

науково-практичний журнал

Т.16, 1(60) '2010 ●

Архів

психіатрії

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХІВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал

Том 16, № 1 (60) '2010

Заснований у листопаді 1995 р. (виходить 4 рази на рік)

Головний редактор С. І. Табачніков

Редакційна колегія:

Л. О. Булахова, Г. Ю. Васильєва, В. Р. Ілейко, Є. Г. Гриневич, Н. О. Дзеружинська,
І. А. Марценковський, В. І. Мельник, О. С. Осуховська, В. Б. Первомайський,
В. Я. Пішель, В. В. Пригожа (відповідальний редактор), О. А. Ревенко,
Н. М. Степанова (відповідальний секретар), Є. М. Харченко, О. С. Чабан



Редакційна рада:

В. А. Абрамов (Україна), Ю. А. Александровський (Росія), І. О. Бабюк (Україна), В. С. Бітенський (Україна),
Л. Ф. Бурлачук (Україна), В. А. Вербенко (Україна), А. М. Вієвський (Україна), М. І. Вінник (Україна),
П. В. Волошин (Україна), С. О. Гримблат (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), М. І. Дубина (Україна),
М. М. Іванець (Росія), В. М. Казаков (Україна), В. Г. Клімовицький (Україна), В. М. Краснов (Росія),
Є. В. Кришталь (Україна), В. М. Кузнецов (Україна), О. М. Макаренко (Україна), М. В. Маркова (Україна),
Н. О. Марута (Україна), Б. В. Михайлов (Україна), О. М. Морозов (Україна), О. В. Павленко (Україна),
О. К. Напреенко (Україна), О. А. Панченко (Україна), В. С. Підкоритов (Україна), А. В. Погосов (Росія),
Т. М. Пушкарьова (Україна), Н. Г. Пішук (Україна), В. М. Рахманов (Україна), А. М. Скрипніков (Україна),
І. К. Сосін (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), О. Г. Сиропятов (Україна), О. С. Тіганов (Росія), А. П. Чупри-
ков (Україна), В. О. Шаповалова (Україна), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Свідectво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903ПР від 15.02.2010 р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, № 4)

Адреса редакції:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103. Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.
Тел./факс: (044) 468-32-15.
e-mail: undisspn@ukr.net
<http://www.undisspn.org.ua>

Дизайн обкладинки О. М. Ротаєнко
Коректори: В. Н. Іщенко, Г. А. Попова
Комп'ютерна верстка Д. Л. Горобець

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 10 від 28.12.2009 р.)
Здано до набору 12.01.2010 р. Підп. до друку 26.02.2010 р. Формат 60 × 84 ¹/₈. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Ньютон С». Ум.-друк. арк. 10,15. Обл.-вид арк. 12.50. Наклад 500 прим. Зам. № 343.
Надруковано ЗАТ «Нічлава», 03680, м. Київ, вул. Героїв Оборони, 10; тел.-факс: 259-88-19.

Цілковите або часткове розмножування у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе ре-
кламодавець.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

С.І. Табачников

Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні 5

Т.Г. Редько, М.В. Маркова

Характерологічні та особистісні властивості жінок із депресивними розладами на тлі інволюції 8

А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз

Психотерапевтические аспекты индивидуальной программы реабилитации для инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями и пути повышения ее эффективности 14

О.М. Макаренко, М.О. Голубева, А.М. Лавренчук

Адаптація студентів-першокурсників до особливостей навчання у вищій школі 17

І.В. Гаврилюк

Клінічні форми та феноменологічні особливості невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, у жертв насильства в сім'ї 20

ЗАГАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, Ю.Н. Астапов

О ранней диагностике шизофрении у военнослужащих 26

Д.В. Максимів, О.М. Макаренко, Я.І. Черник

Корекція розвитку нейродегенеративних процесів у мутантів *drosophila melanogaster* за допомогою комбінованої поетапної дії лікарських засобів 29

О.Н. Голоденко

Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами 33

ПСИХОТЕРАПІЯ

А.Е. Табачников, В.С. Табачникова

Индивидуальная психология А. Адлера 37

С.В. Титиевский, М.Б. Доценко, А.Ю. Васильева, А.В. Кравчук

Психотерапия в сочетании с краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапией при обсессивно-компульсивном расстройстве 41

О.С. Чабан, В.В. Завгородня

Принципи психотерапії у хворих на епілепсію з непсихотичними розладами 45

SOCIAL PSYCHIATRY

S. I. Tabachnykov

About the future development and improvement of the social and forensic psychiatry and narcology in Ukraine 5

T.G. Redko, M.V. Markova

Charakterologic and personality peculiarities of women with depressive disorders on involution background 8

A.V. Ipatov, B.V. Mikhailov, S. M. Moroz

Psychotherapeutic aspects of individual rehabilitation programs for persons with chronic physical illnesses and ways to improve its efficiency 14

A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, A.M. Lavrenchuk

Adaptation of students-freshmen is to features of studies of higher school 17

I.V. Gavryluk

The clinical forms and phenomenological features of neurotic distresses for victims of violence in family 20

PSYCHOPATHOLOGY

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaja, Ju. N. Astapov

About early diagnostics of the schizophrenia at military men 26

D.V. Maksimiv, O.N. Makarenko, Ya.I. Chernik

Correction of neurodegeneration development in drosophila melanogaster mutants using combined consistent influence of medicines 29

O.N. Golodenko

Social-Psychological Adaptation of Patients with Recurrent Depression Disorders 33

PSYCHOTHERAPY

O.Ju. Tabachnikov, V.S. Tabachnikova

Adler individual psychology 37

S.V. Titievsky, M.B. Dotsenko, A.Ju. Vasiljeva, A.V. Kravchuk

Psychopharmacotherapy in combination with short-term cognitive-behavioral psychotherapy in obsessive-compulsive disorder 41

O.S. Chaban, V.V. Zavhorodnyaya

The principles of psychotherapy for patients with epilepsy with nonpsychotic disorders 45

НАРКОЛОГІЯ

Д.С. Лебедев, Т.П. Криштаб,
Н.А. Стогний, Г.Н. Тищенко,
Т.В. Ковтун, Т.М. Полушина

Влияние биологического препарата
на коррекцию метаболических
нарушений при стрессе и алкогольной
интоксикации 48

Л.М. Маркозова, О.І. Усменцева,
В.С. Чурсина

Значення серотонінергічних
механізмів у формуванні варіантів
прояву афективних порушень
при алкоголізмі 51

А.Э. Гатицкая

Общая характеристика и методы
исследования больных с алкогольной
зависимостью 55

О.С. Осуховська, К.В. Аймедов

Дослідження розповсюдженості та особливостей
залежності від азартних ігор як форми нехімічної
адикції серед громадян України 58

В.И. Пономарев

Клинико-психопатологические
особенности зависимости от
летучих органических соединений
у детей и подростков 63

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

В.Б. Первوماйский, В.Р. Илейко

Проблема ограниченной вменяемости
несовершеннолетних 70

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

А. Ю. Васильева

Психологические особенности
больных со злокачественными
новообразованиями 74

ІНФОРМАЦІЯ

П. Т. Петрюк

Рецензия на книгу
«Психоанализ: новейшая энциклопедия» 78

NARCOLOGY

D.S. Lebedev, T.P. Krishtab,
N.A. Stogny, G.N. Tistchenko,
T.V. Kovtun, T.M. Polushina

Biological preparation effect
on metabolism disturbances
caused by stress and alcohol
intoxication 48

L.M. Markozova, E.I. Usmentseva,
V.S. Chursina

The role of serotoninergic
mechanisms in forming of variants
of currents affected frustrations
under alcoholic dependency 51

A.E. Gatitska

General characteristic and methods
of research of patients with
alcoholic dependence 55

E. Osuhovskaya, K. Aymedov

Study of prevalence and features gambling addiction
(forms non-chemical addiction) among the citizens of
Ukraine 58

V.I. Ponomaryov

The clinical psychopathological
particularities of addiction on
volatile organic compounds of
children and teenagers 63

FORENSIC PSYCHIATRY

V. B. Pervomaisky, V. R. Ileiko

Problem of the limited
responsibility minors 70

MEDICAL PSYCHOLOGY

A. Yu. Vasylyeva

Personality peculiarities
of patients suffering from
malignant neoplasms 74

INFORMATION

P. T. Petrjuk

Review of the book
«Psychoanalysis: the newest encyclopedia» 78

ПРО УДОСКОНАЛЕННЯ І ПОДАЛЬШИЙ РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: соціальна і судова психіатрія, наркологія, суїциди, хімічні, нехімічні аддукції.

На сучасному етапі соціально-економічного розвитку нашої країни зниження якості життя значної частини населення (безробіття, погіршення умов праці, відпочинку, навколишнього середовища, якості і структури харчування, надмірні психоемоційні, стресові навантаження, «стреси соціальних змін» та ін.) сприяє нездоровому способу життя та росту психічних розладів. Про це свідчать захворюваність та поширеність психічних і поведінкових розладів в Україні протягом останніх років.

Про недостатню ефективність заходів, які застосовуються психіатричною службою в Україні, сьогодні свідчать показники інвалідності. Так, наприклад, контингент інвалідів з 1999 по 2008 р. виріс на 25,9% (із 467,61 до 588,54 осіб на 100 тис. населення). Не менш важливою проблемою в країні є психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, і перш за все алкогольних напоїв. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нині у світі нараховується 140 млн осіб, які страждають від алкогольної залежності, та 400 млн людей, які зловживають алкогольними напоями. Кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні у наркологічних диспансерах в Україні досягає майже 1 млн. Об'єктивним індикатором гостроти епідеміологічної ситуації щодо поширеності алкоголізму є рівень гострих алкогольних психозів. У нашій країні приріст кількості хворих із гострими алкогольними психозами збільшився більше ніж удвічі і становить 1,89 на 100 тис. населення, а кількість хворих на алкогольні психози щорічно зростає на 10–15%. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2009 р. поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин складала 173,7 на 100 тис. населення (80 168 осіб). Кількість хворих, які страждають на наркоманію, за останні роки збільшилася майже у 4 рази.

Серед хворих, що вживають наркотики, переважають особи молодого віку. Із 80 168 пацієнтів, залежних від наркотичних речовин, 62 711 осіб приймають опіоїди.

Із наркоманією тісно пов'язані такі захворювання, як ВІЛ-інфекція та СНІД. В Україні з 1987 р. до 01.01.2009 р. офіційно зареєстровано 141 277 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 26 804 хворих на СНІД. Наша країна займає одне із провідних місць серед держав Європи за поширеністю та захворюваністю на ВІЛ/СНІД.

За даними ВООЗ у світі курять тютюн 47% чоловіків і 12% жінок, а в Україні — 56,9 і 14,2% від-

повідно. Суттєвою проблемою як у світі, так і в Україні, є ріст захворюваності та поширеності такого виду залежності, як ігromанія. Встановлено, що ці проблеми мають найтісніший зв'язок із соціальними чинниками.

Як у світі, так і в нашій державі, спостерігається тенденція до зростання таких психічних розладів, як депресії, що, безумовно, не може не позначитися на життєдіяльності громадян.

Не може не звертати на себе увагу і висока суїцидальна активність людей в Україні, яка за показником скоєння суїцидів (22,5 на 100 тис. населення) ввійшла до числа країн з високим його рівнем. За даними ВООЗ самогубство виходить на 4–5-те місце у світі як причина смертності, і їх кількість значно зростає до 2020 року.

У світі відмічається збільшення питомої ваги людей віком 60 років і більше. В Україні їх — 19%. Серед осіб літнього віку спостерігається стійке зростання пограничних психічних розладів.

В останні десятиріччя як у світі, так і в Україні актуальними є наукові дослідження з вивчення наслідків надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф. Ці події майже завжди супроводжуються людськими жертвами та психічними розладами внаслідок як безпосередньої їх дії, так і дії стресогенних чинників на постраждалих та їх родичів. За даними МНС України з 1998 по 2008 р. у країні зареєстровано 3629 надзвичайних ситуацій (1974 — техногенного та 1655 — природного характеру), внаслідок яких постраждало 21 700 людей, із них загинуло 3 200 осіб.

Особливого значення набуває вивчення віддалених наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Потребує також наукових розробок вплив інших шкідливих для психічного здоров'я екологічних чинників, яких на сьогодні чимало в Україні.

Актуальним напрямком наукових досліджень на сьогодні є і проблема насильства у сім'ї, на що вказує прийнятий у 2001 р. відповідний Закон України — «Про попередження насильства у сім'ї».

За даними офіційної статистики МОЗ України близько 3% (227 825) дітей є споживачами послуг психіатричної служби. Дуже важливою проблемою є також вплив порушення соціалізації на формування кримінальної поведінки неповнолітніх осіб, ріст захворюваності серед них на наркоманії, токсикоманії, алкоголізм та ін. Соціальна її значущість визначає необхідність виділення груп ризику дітей та підлітків, що важливо у випадках, коли соціальна дезадаптація

поєднується із кримінальною активністю (дослідження ненадзорних дітей — «дітей вулиць», дітей, позбавлених батьківського піклування, та ін.).

Вищенаведені дані свідчать про нагальну необхідність вивчення впливу соціальних чинників на психічне здоров'я окремих груп населення України, що і є змістом предмета соціальної психіатрії, головною установою якої є Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України).

Отже, на сучасному етапі розвитку соціальної психіатрії та наркології та згідно з вимогами сьогодення в рамках наукових досліджень УНДІ ССПН МОЗ України першочергове значення мають вивчення та розробка:

- впливу макрофакторів (соціальних умов, безпосередньо пов'язаних із суспільним ладом, соціально-економічною і політичною структурою суспільства) і мікросоціальних чинників (праця, відпочинок, побут, сім'я, виробничий колектив, різні неформальні групи та ін.), які здатні відігравати як патогенну, так і саногенну (оздоровчу) роль щодо психічного здоров'я людини;
- вікових особливостей впливу соціальних факторів на психічне здоров'я (дітей, підлітків, осіб зрілого та похилого віку, пристарілих людей) для більш кращого розуміння вікових аспектів етіопатогенезу психічних розладів, підвищення ефективності їх профілактики та терапії у різних вікових групах населення;
- впливу екологічних факторів на психічне здоров'я безпосередньо (вплив фізичних, хімічних, радіаційних шкідливостей) і через так званий інформаційний стрес (психотравмуючий вплив інформації про екологічну ситуацію);
- вивчення психічних розладів у представників різних соціально-професійних груп населення для пошуку диференційованих підходів до охорони психічного здоров'я організованих груп (робітників промисловості, сільського господарства, військово-службовців та ін.);
- механізмів формування, клініки і динаміки психічних розладів, обумовлених соціальними стресами (безробіття, вимушена міграція, соціальна незахищеність) і надзвичайно сильними стресами (надзвичайні ситуації — техногенні аварії, катастрофи та ін.);
- соціальних наслідків психічних захворювань (втрата професії, працездатності, сімейно-побутова дезадаптація) для розробки системи соціальної підтримки психічно хворих, а також програм охорони та укріплення психічного здоров'я населення;
- розробка нових форм і методів медико-соціальної допомоги дітям і підліткам, які мають проблеми розвитку і поведінки;
- розробка системи організаційних, діагностичних, лікувально-реабілітаційних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства (дорослим, підліткам, дітям);
- розробка національних стандартів лікувально-діагностичної допомоги хворим ;

• особливостей суїцидальної поведінки у хворих з різними формами психічних розладів;

• розробка пропозицій щодо удосконалення організації суїцидологічної допомоги на державному та регіональному рівнях;

• соціально-психологічних факторів у формуванні залежності від психоактивних речовин;

• ігроманії, тютюнової залежності, залежності від психоактивних речовин в різних вікових групах (у тому числі серед дітей та підлітків);

• коморбідної патології (комбінації залежності від психоактивних речовин з інфекційними, соматичними, неврологічними захворюваннями, гемоконтактними інфекціями — ВІЛ, гепатитом С тощо);

• залежності від психоактивних речовин у поєднанні із психічними розладами межового рівня (аномалії особистості, наслідки стресів);

• розробка нових методів лікування, реабілітації та профілактики для осіб різних вікових груп (у тому числі дітей та підлітків) із залежністю від психоактивних речовин, тютюну та ігроманії.

Судова психіатрія — це спеціальна галузь психіатрії, специфічною рисою якої є її чітка регламентація кримінальним і цивільним законодавствами України та відповідними підзаконними нормативно-правовими актами судово-психіатричної діяльності.

Сьогодні УНДІ ССПН МОЗ України є єдиною науковою експертною установою в країні, в якій працюють судові психіатри високого професійного рівня.

За останнє десятиріччя загальний обсяг судово-психіатричних експертиз, що проводяться в Україні, значно зріс і склав понад 30 тис. на рік, а темп приросту їх обсягу становить 20%. Питома вага підслідних та підсудних, яких направляють на експертизу, із загального числа осіб, які вчинили злочини, зросла із 3,9 до 5,7%. Число експертиз із цивільних справ збільшилося у 2,5 раза. Найбільш складні, повторні, резонансні судово-психіатричні експертизи направляються з усієї України в нашу установу і проводяться науковцями інституту, які є судовими психіатрами. Крім того, вони постійно залучаються (та вносять пропозиції зі своєї ініціативи) до участі у законотворчій роботі, що потребує спеціальних знань із судової психіатрії. Так, наші науковці активно працювали над Законом України «Про психіатричну допомогу», Законом України «Про судову експертизу», залучалися до участі у розробці кримінального, виправно-трудоного, цивільного, сімейного законодавств, постанов Пленуму Верховного Суду України щодо питань судової психіатрії та ін. Ними також розроблені всі нормативно-правові акти з питань судової психіатрії, які сьогодні діють в Україні. Судові психіатри інституту плідно співпрацюють з Міністерством юстиції України, брали участь у роботі над Юридичною енциклопедією (понад 60 наукових статей), надають великий обсяг консультативної допомоги з питань судової психіатрії суддям, слідчим, адвокатам, юристам, громадянам. Як науковці головної установи із судової психіатрії вони здійснюють консультативно-методичну допомогу в Україні судовим психіатрам та лікарям-психіатрам, які проводять застосовані судами примусові заходи медичного характеру.

Проблема суспільно небезпечної поведінки психічно хворих завжди була і є актуальною як для судової психіатрії, так і для суспільства.

В Україні із числа осіб, які вчинили злочини, неосудні (психічно хворі) складають 0,3%. В останні роки спостерігається зростання питомої ваги неосудних серед осіб, які вчинили злочини, і особливо серед осіб, які вчинили вбивства (із 3,8 до 4,4%).

Проблема суспільної безпеки осіб із психічними розладами охоплює не тільки хворих з тяжкими психічними хворобами, але й осіб з межовими психічними розладами, у зв'язку із чим у 2001 р. до кримінального законодавства України було введено нову норму закону — обмежену осудність. У цьому ж році в Кримінальному кодексі України з'явився і новий вид примусових заходів медичного характеру — амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку. Але, незважаючи на введені нові норми закону, вони сьогодні на практиці майже не застосовуються у зв'язку із відсутністю наукових розробок щодо критеріїв їх призначення, механізмів реалізації, зміни та припинення. Це ще раз підтверджує тісний взаємозв'язок судової психіатрії з юридичними інституціями та правовими інтересами держави.

Не може не хвилювати як державу, так і судових психіатрів проблема злочинності неповнолітніх. Від загальної кількості осіб, які направляються на судово-психіатричну експертизу, вони протягом останніх 4 років складають 8,2–10,8%. Ця проблема судової психіатрії майже науково не досліджена в Україні, що пов'язано із недостатнім фінансуванням УНДІ ССПН протягом багатьох років. Разом із тим дана проблема змушує особливо серйозно замислитися про те, яким стане у недалекому майбутньому наше суспільство, підтримка якого зараз закладається у наших дітях.

Демократичні перетворення, що відбуваються у суспільстві, прагнення правосуддя до максимальної індивідуалізації вироку, постанов, рішень, які виносить Суд, вимагають подальших наукових розробок не лише у юриспруденції, але й у галузі судової психіатрії.

На сьогодні основними пріоритетними напрямками наукової діяльності у галузі судової психіатрії є:

- подальша розробка теоретичної та методичної бази судової психіатрії;
- вивчення ролі клінічних, особистісних та соціальних (макро- і мікро-) чинників у формуванні суспільно небезпечної поведінки психічно хворих;
- встановлення критеріїв суспільної безпеки психічно хворих з різною нозологічною належністю та розкриття поняття «суспільна безпека психічно хворих»;
- розробка принципів організації, проведення, зміни та припинення примусових заходів медичного характеру у стаціонарних та амбулаторних умовах;
- розробка механізмів застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які визнані обмежено осудними та засуджені до відбування покарання без позбавлення волі;
- розробка програм застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили

суспільно небезпечні дії під час тимчасових розладів психічної діяльності (сутінкові потьмарення свідомості, інтоксикаційні, алкогольні психози та ін.);

- розробка заходів профілактики первинних суспільно небезпечних дій психічно хворих у системі первинної ланки психіатричної допомоги та ін.

Треба також відмітити, що інститут тісно співпрацює з громадськими організаціями — Асоціацією психіатрів України, Асоціацією головних лікарів психіатричних лікувальних закладів, Національною Лігою психотерапії, психосоматики та медичної психології України, Асоціацією психотерапевтів та психоаналітиків України, Всеукраїнською Асоціацією психосоціальної реабілітації, Асоціацією родичів психічно хворих та ін., залучає їх до розробок:

- концепції психічного здоров'я населення України;
- концепції охорони психічного здоров'я дітей в Україні;
- національної програми щодо охорони психічного здоров'я дітей на 2010–2014 рр.;
- удосконалення чинної законодавчо-нормативної бази в галузі психіатрії, наркології, психотерапії, медичної психології та психоаналізу;
- кодексу професійної етики психіатра;
- кодексу професійної етики судового психіатра;
- заходів щодо зниження рівня стигматизації психічно хворих, підвищення їх соціальної адаптації.

З метою підвищення толерантності населення до психічно хворих співробітники інституту через засоби масової інформації (телебачення, пресу) надають відомості про стан служби психічного здоров'я, можливості, які мають наука і практика в галузі діагностики, лікування, профілактики психічних розладів, та намагаються таким чином розвіяти міф про невиліковність психічних розладів.

Вважаю, що у День психічного здоров'я кожного року необхідно організовувати науково-практичні конференції із залученням не лише фахівців, а й пацієнтів та їх родичів, представників громадських організацій, популярних діячів.

З метою підвищення якості надання споживачу спеціальних психіатричних знань, підготовки спеціалістів (медичних психологів, соціальних працівників, бригад швидкого реагування при надзвичайних ситуаціях, лікарів-психіатрів, які проводять примусові заходи медичного характеру, наркологів, сімейних лікарів, судових психіатрів-експертів та судових експертів психологів, юристів, лікарів загальної медичної практики та ін.) в інституті планується проведення циклу курсів інформатики та стажування, більшість профільних програм яких вже затверджена МОЗ України.

Література

1. Насінник О.А. Статистичні показники примусової госпіталізації в Україні та країнах Європи // Арх. психіатрії. — 2009. — Т. 15, №1 (56). — С. 32–35.
2. Орда О.М., Табачников С.І., Гриневич Е.Г. та ін. Основні принципи організації та досвід роботи щодо забезпечення пси-

холого-психіатричної та психотерапевтичною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру // Арх. психіатрії. — 2004. — Т. 10, №2 (37). — С. 8–14.

3. Табачников С.І., Лебедєв Д.С., Трофімчук Г.Є. та ін. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні // Арх. психіатрії. — 2009. — Т. 15, №1 (56). — С. 81–87.

ОБ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ И ДАЛЬНЕЙШЕМ РАЗВИТИИ СОЦИАЛЬНОЙ, СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В УКРАИНЕ

С.И. Табачников

Представлены данные распространенности и заболеваемости психическими расстройствами, алкогольной, табачной и наркотической зависимостью как за рубежом, так и в нашей стране. Предлагаются новые формы усовершенствования и развития социальной, судебной психиатрии и наркологии в Украине.

Ключевые слова: социальная и судебная психиатрия, наркология, суициды, химические, нехимические аддукции.

ABOUT IMPROVEMENT AND THE FURTHER DEVELOPMENT OF SOCIAL, JUDICIAL PSYCHIATRY AND EXPERTS IN NARCOLOGY IN UKRAINE

S.I. Tabachnikov

Data of prevalence and disease of mental frustration alcoholic, tobacco and a drug dependence as abroad, and in our country are presented. New forms of improvement and development of social, judicial psychiatry and narcology in Ukraine are offered.

Key words: social and judicial psychiatry, narcology, suicides, chemical, not chemical adduction.

Надійшла 03.11.2009

УДК 616.895.4 : 613.99 : 15 : 613.86 — 08 — 084

Т.Г. Редько¹, М.В. Маркова²

ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ВЛАСТИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ТЛІ ІНВОЛЮЦІЇ

¹Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. академіка О.І. Ющенка;

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: психологічні особливості, депресивні розлади, жінки, інволюція.

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальних медико-соціальних проблем особливу актуальність набуває проблема депресивних розладів (ДР) [5, 9–13]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше ніж у 110 млн людей у світі (3–6% популяції) виявлено ті чи інші клінічно значимі прояви таких розладів [17]. Аналогічна тенденція відзначається й в Україні, де за останні десятиріччя кількість випадків ДР збільшилася з 2,27 до 3,8%. [7, 10].

При цьому зростання ДР відбувається за рахунок не ендогенних, а психогенних, реактивних, змішаних форм, що після робіт J. Lange, L. Gayzal, J. Lopez-Ibor, J. Lemke називають формами ларвірованими, маскованими, соматогенними і які проявляються, насамперед, соматичними розладами [5, 9, 12]. Із 1977 до 1990 р. кількість таких розладів зросла на 25% [11].

ДР займають третє місце серед причин, через які люди звертаються до медичних консультацій у розвинених країнах, і є основним змістовим навантаженням для психіатрів. Жінки з такими недугами у 2–3 рази частіше, порівняно з чоловіками, приходять за допомогою до лікаря [1].

Проблема діагностики та лікування ДР, що виникають на тлі інволюції, протягом тривалого часу привертає увагу дослідників, незважаючи на

значну кількість наукових публікацій з цього приводу [4, 14, 19].

Період інволюції розглядається як кризовий у житті людини, коли найменший негативний психологічний та/або соматичний вплив може призвести до появи психопатологічної симптоматики депресивного кола [14]. У ряді наукових досліджень увага акцентується на тому факті, що в цьому випадку саме особистісні властивості можуть ставати або бар'єром, або, навпаки, патогенним чинником, що потенціює розвиток та ускладнює перебіг ДР [6, 19].

Отже, метою даної роботи було встановлення характерологічних та особистісних особливостей жінок з ДР на тлі інволюції.

За умови інформованої згоди на базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. академіка О.І. Ющенка обстежено 104 жінки різного віку, мешканки міста Вінниця, які знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні з діагнозом розладу депресивного спектру.

Основну групу дослідження склали 60 хворих віком від 40 до 60 років (середній вік на момент обстеження становив $46,6 \pm 2,3$ року). Для виявлення та верифікації клінічних особливостей ДР, що виникають на тлі інволюції, обстежено 44 пацієнтки віком від 25 до 39 років (середній вік на момент обстеження — $30,9 \pm 1,6$

холого-психіатричної та психотерапевтичною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру // Арх. психіатрії. — 2004. — Т. 10, №2 (37). — С. 8–14.

3. Табачников С.І., Лебедєв Д.С., Трофімчук Г.Є. та ін. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні // Арх. психіатрії. — 2009. — Т. 15, №1 (56). — С. 81–87.

ОБ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ И ДАЛЬНЕЙШЕМ РАЗВИТИИ СОЦИАЛЬНОЙ, СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В УКРАИНЕ

С.И. Табачников

Представлены данные распространенности и заболеваемости психическими расстройствами, алкогольной, табачной и наркотической зависимостью как за рубежом, так и в нашей стране. Предлагаются новые формы усовершенствования и развития социальной, судебной психиатрии и наркологии в Украине.

Ключевые слова: социальная и судебная психиатрия, наркология, суициды, химические, нехимические аддукции.

ABOUT IMPROVEMENT AND THE FURTHER DEVELOPMENT OF SOCIAL, JUDICIAL PSYCHIATRY AND EXPERTS IN NARCOLOGY IN UKRAINE

S.I. Tabachnikov

Data of prevalence and disease of mental frustration alcoholic, tobacco and a drug dependence as abroad, and in our country are presented. New forms of improvement and development of social, judicial psychiatry and narcology in Ukraine are offered.

Key words: social and judicial psychiatry, narcology, suicides, chemical, not chemical adduction.

Надійшла 03.11.2009

УДК 616.895.4 : 613.99 : 15 : 613.86 — 08 — 084

Т.Г. Редько¹, М.В. Маркова²

ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ВЛАСТИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ТЛІ ІНВОЛЮЦІЇ

¹Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. академіка О.І. Ющенка;

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: психологічні особливості, депресивні розлади, жінки, інволюція.

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальних медико-соціальних проблем особливу актуальність набуває проблема депресивних розладів (ДР) [5, 9–13]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше ніж у 110 млн людей у світі (3–6% популяції) виявлено ті чи інші клінічно значимі прояви таких розладів [17]. Аналогічна тенденція відзначається й в Україні, де за останні десятиріччя кількість випадків ДР збільшилася з 2,27 до 3,8%. [7, 10].

При цьому зростання ДР відбувається за рахунок не ендогенних, а психогенних, реактивних, змішаних форм, що після робіт J. Lange, L. Gayzal, J. Lopez-Ibor, J. Lemke називають формами ларвірованими, маскованими, соматогенними і які проявляються, насамперед, соматичними розладами [5, 9, 12]. Із 1977 до 1990 р. кількість таких розладів зросла на 25% [11].

ДР займають третє місце серед причин, через які люди звертаються до медичних консультацій у розвинених країнах, і є основним змістовим навантаженням для психіатрів. Жінки з такими недугами у 2–3 рази частіше, порівняно з чоловіками, приходять за допомогою до лікаря [1].

Проблема діагностики та лікування ДР, що виникають на тлі інволюції, протягом тривалого часу привертає увагу дослідників, незважаючи на

значну кількість наукових публікацій з цього приводу [4, 14, 19].

Період інволюції розглядається як кризовий у житті людини, коли найменший негативний психологічний та/або соматичний вплив може призвести до появи психопатологічної симптоматики депресивного кола [14]. У ряді наукових досліджень увага акцентується на тому факті, що в цьому випадку саме особистісні властивості можуть ставати або бар'єром, або, навпаки, патогенним чинником, що потенціює розвиток та ускладнює перебіг ДР [6, 19].

Отже, метою даної роботи було встановлення характерологічних та особистісних особливостей жінок з ДР на тлі інволюції.

За умови інформованої згоди на базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. академіка О.І. Ющенка обстежено 104 жінки різного віку, мешканки міста Вінниця, які знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні з діагнозом розладу депресивного спектру.

Основну групу дослідження склали 60 хворих віком від 40 до 60 років (середній вік на момент обстеження становив $46,6 \pm 2,3$ року). Для виявлення та верифікації клінічних особливостей ДР, що виникають на тлі інволюції, обстежено 44 пацієнтки віком від 25 до 39 років (середній вік на момент обстеження — $30,9 \pm 1,6$

року), які склали групу порівняння. Таким чином, віковий чинник, зокрема вік інволюції, був головним критерієм відбору при формуванні груп обстежених. На заключних етапах роботи (п'ятому і шостому) серед жінок основної групи було виділено групу осіб, що брали участь у розроблених психокорекційних заходах (ПЗ) (30 осіб, група втручання — ГВ), та тих, що не брали участі в психокорекційній роботі (30 осіб, група контролю — ГК). Розподіл обстежених жінок на групи представлено на рисунку 1.

Контингент обстежених був однорідним за усіма базовими показниками, що дало можливість вивчити проблему, а результати дослідження вважати та кими, що репрезентативно відображали генеральну сукупність.

Після отримання письмової згоди на проведення дослідження здійснювали аналіз соціально демографічних характеристик пацієнток, вивчали їх анамнез та «історію життя».

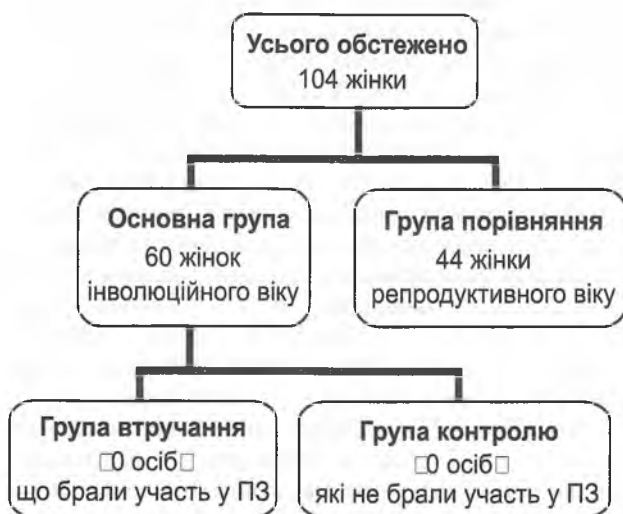


Рис. 1. Розподіл обстежених жінок за групами дослідження

Діагностику ДР проводили шляхом стандартизованого інтерв'ювання та спостереження із застосуванням діагностичних критеріїв МКХ 10.

Порівняльний аналіз нозологічної структури ДР у пацієнток основної та порівняльної груп встановив деякі розбіжності (рис. 2, 3).

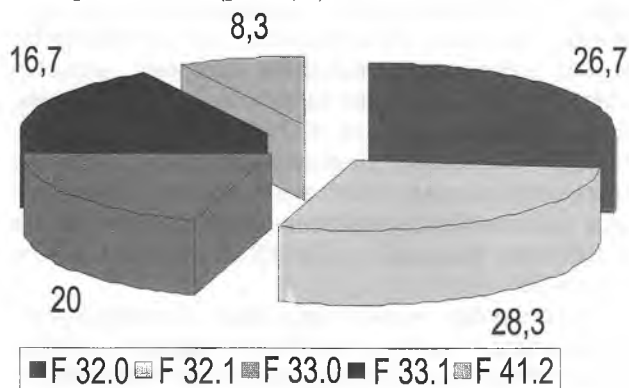


Рис. 2. Нозологічна структура ДР у хворих основної групи (%)

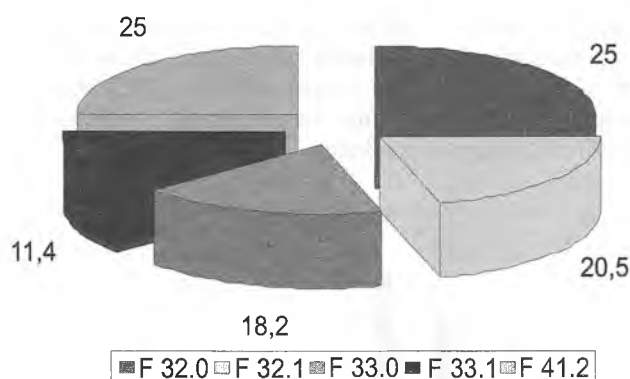


Рис. 3. Нозологічна структура ДР у жінок групи порівняння (%)

Так, у жінок основної групи діагностовані наступні розлади депресивного спектру: у 55,0% — депресивний епізод, у 36,7% — рекурентний депресивний розлад, у 8,3% — змішаний тривожно депресивний розлад. У порівняльній групі нозологічний розподіл мав іншу структуру: 45,5% — депресивний епізод, 29,6% — рекурентний депресивний розлад, 25% — змішаний тривожно депресивний розлад. Таким чином, у групі порівняння виявилось більше осіб із ДР невротичного кола, на відміну від основної групи, де переважали афективні порушення.

Психологічні особливості пацієнток встановлювали за допомогою різних методик. Тип акцентуації характеру визначали за методикою Г. Шмішека [15], індивідуально типологічні властивості — за Міннесотським багатоаспектним особистісним опитувальником ММРІ (адаптованим Ф.Б. Березіним, М.П. Мірошниковим, Р.В. Романцем, 1976) [2] та тесту «Автопортрет» (Р. Бернс, 1986) [3].

Варіаційно статистичну обробку одержаних результатів в ході виконання дисертаційної роботи та їх прогностичну оцінку здійснювали з використанням програм багатовимірних статистичного аналізу «Statistica 5.5 for Windows» і «SPSS 10.0 for Windows».

Результати аналізу наявності акцентуованих характерологічних особливостей та інтенсивності їх вираженості у обстежених жінок представлені на рисунках 4 та 5.

Так, акцентуація характеру демонстративного типу, яка відрізняється розмаїттям поведінкових реакцій, рухливістю та легкістю у встановленні контактів і, водночас, відображає наявність психопатологічних рис істеричного типу і егоцентризму, а також намагання постійно бути у центрі уваги, віддаючи перевагу виключно зовнішнім ефектам, була притаманна $8,3 \pm 2,8\%$ жінок основної та $6,8 \pm 2,5\%$ осіб порівняльної груп, причому інтенсивність вираженості цього типу акцентуації становила $13,58 \pm 0,20$ і $14,68 \pm 0,22$ бала відповідно.

Акцентуація педантичного типу, відмітними ознаками якої є ригідність та інертність психічних процесів, що зумовлюють тривале переживання подій, котрі вже давно минули, акуратність, пунктуальність, пасивне, проте надзвичайно виражене, переживан

ня будь яких конфліктів, виражений бюрократизм у повсякденній діяльності тощо, була діагностована у 16,7±3,7% жінок в основній та — 20,5±4,0% в порівняльній групі (при вираженості 10,69±0,18 і 12,01±0,18 бала відповідно).

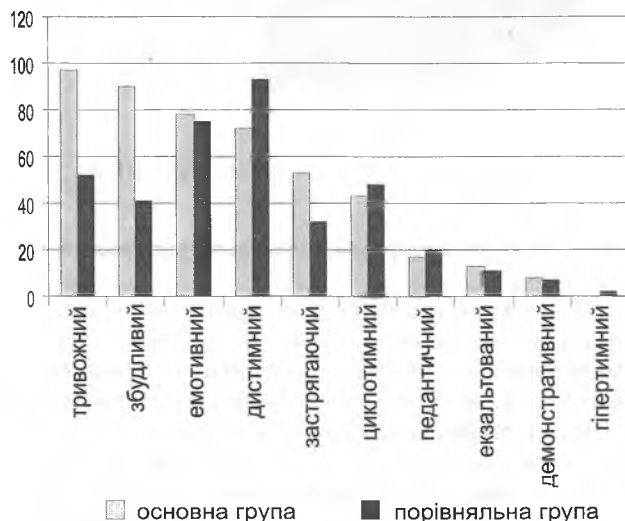


Рис. 4. Розподіл наявних типів акцентуації у обстежених (%)

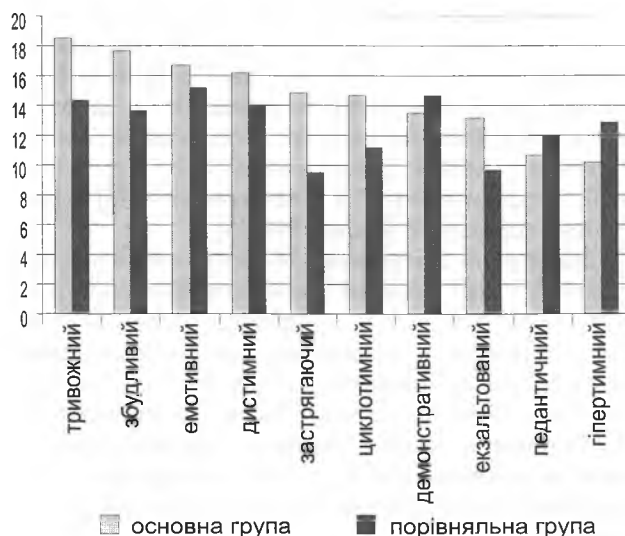


Рис. 5. Інтенсивність вираженості акцентуації у обстежених (бали)

Застрягаючий тип акцентуації, невід'ємними ознаками якого є помірна, однак нав'язлива, товариськість, занудливість, небалакучість, схильність до повчань, пі дозрілість, настороженість, недовірливість у відношенні до оточуючих, схильність до афективної поведінки та виражена інертність у мисленні та моториці, був виявлений у 53,3±5,0% випадків в основній та 31,8±4,7% — у порівняльній групі (інтенсивність вираженості — 14,80±0,13 та 9,45±0,12 бала відповідно).

За кількістю акцентуованих за збудливим типом серед жінок інволюційного та більш молодого віку встановлені значні розбіжності. Так, в основній групі у 90±3,0% осіб виявлено наявність даної акцентуації (вираженість — 17,59±0,22 бала), проте в порівняльній

ній групі таких пацієнток було встановлено 40,9±4,9% (вираженість — 13,62±0,21 бала). Акцентуованим за збудливим типом особам властиві такі риси, як суттєве послаблення контролю особистості над потягами, недостатня керуваність, підвищена імпульсивність та інстинктивність, роздратованість та запальність.

На відміну від попереднього, гіпертимний тип акцентуації, характерними рисами якого є схильність до підвищеного настрою, надмірна оптимістичність, швидке переключення з однієї справи на іншу, практично не зустрічався у досліджуваного контингенту. Серед жінок із ДР на тлі інволюції акцентуованих за гіпертимним типом не було зовсім (показник інтенсивності не виходив за рамки відсутності акцентуації — 10,13±0,24 бала), а серед осіб молодшого віку таких було 2,3±1,5% (вираженість — 12,89±0,19 бала).

Питома вага осіб, яким притаманний дистимний тип акцентуації, що відрізняється наявністю проявів зниженого настрою, уповільнення мислення та моторики, слабкості волевих зусиль, низькою самооцінкою і контактністю, а також вираженою загальмованістю перебігу основних нервових процесів, складала 71,7±4,5% серед пацієнток основної і 93,2±2,5% — у порівняльній групі. Інтенсивність вираженості даної акцентуації була високою — 16,11±0,28 бала в основній та 14,08±0,21 — у групі порівняння.

Ознаки циклотимної акцентуації, для якої характерні різкі перепади настрою з перевагою явищ депресивного реагування та вираженої залежності від зовнішніх подій, виявились у 43,3±5,0% жінок основної та 47,7±5,0% осіб порівняльної групи. Причому вираженість даного типу в основній групі складала 14,6±0,18, а в порівняльній — 11,25±0,16 бала.

Кількість осіб із наявністю акцентуації за екзальтованим типом, особливостями якого є лабільність основних психічних проявів, схильність до афективних та емоційно насичених проявів і, водночас, до виникнення панічних реакцій, в основній та порівняльній групах становила 13,3±3,4 та 11,4±3,2% відповідно. Проте, незважаючи на досить невелику кількість осіб із зазначеною акцентуацією, вираженість її у жінок інволюційного віку виявилась більшою за норму — 13,24±0,21 бала, на відміну від жінок молодшого віку — 9,45±0,14 бала.

Максимальною була кількість осіб, акцентуованих за тривожним типом, що відрізняється боязкістю при виконанні поведінкових дій, невпевненістю у собі, нерішучістю, мінорним настроєм, низькою контактністю, загальним занепокоєнням та відчуттям власної неповноцінності: 96,7±1,8 та 52,3±5,0% відповідно в основній і порівняльній групах. Причому інтенсивність вираженості тривожної акцентуації та кож мала найбільші значення, особливо серед жінок із ДР на тлі інволюції — 18,55±0,29 і 14,35±0,21 бала відповідно.

Акцентуація за емотивним типом, невід'ємними рисами якої є надмірна емоційна чутливість, неадекватні різкі зміни настрою, хворобливе ставлення до таких негативних особистісних проявів, як грубість і хамство, а також надзвичайно слабка організація взаємовідносин з оточуючими, також була значно

вираженою в осіб основної ($78,3 \pm 4,1\%$) і порівняльної ($75,0 \pm 4,3\%$) груп (з інтенсивністю $16,72 \pm 0,27$ та $15,25 \pm 0,22$ бала відповідно).

Результати, отримані в ході вивчення ступеня окремих акцентуацій характеру, не лише засвідчували особливості їх вираження у кожному окремому випадку, але й надавали можливість побудувати узагальнений профіль особистості, ще один надзвичайно важливий критерій оцінки характерологічних властивостей, які можуть формувати схильність до розвитку передпатологічних та патологічних проявів з боку психічного стану, у тому числі і до формування клінічно-окреслених проявів депресивного змісту.

Узагальнений профіль акцентуації жінок інволюційного віку, що страждали на ДР (рис. 6), засвідчив суттєву перевагу в його структурі таких типів акцентуації, як тривожний (1-ше рейтингове місце), збудливий (2-ге рейтингове місце), емотивний (3-ге рейтингове місце), дистимний (4-ге рейтингове місце) та застрягаючий (5-те рейтингове місце), тобто саме за тими рисами особистості, які, власне, і формували високу її схильність до розвитку як субдепресивних станів, так і яскраво вираженої депресії (рис. 4.3). Значно меншим був рівень вираження акцентуації за циклотимним (6-те рейтингове місце), демонстративним (7-ме рейтингове місце), екзальтованим (8-ме рейтингове місце), педантичним (9-те рейтингове місце) та гіпертимним (10-те рейтингове місце) типами, тобто саме за тими рисами особистості, які, за свідченням цілого ряду дослідників [8, 18], відзначаються певною, в різній мірі вираженою, однак наявною здатністю стримувати процеси створення особистісних передумов до формування ДР.

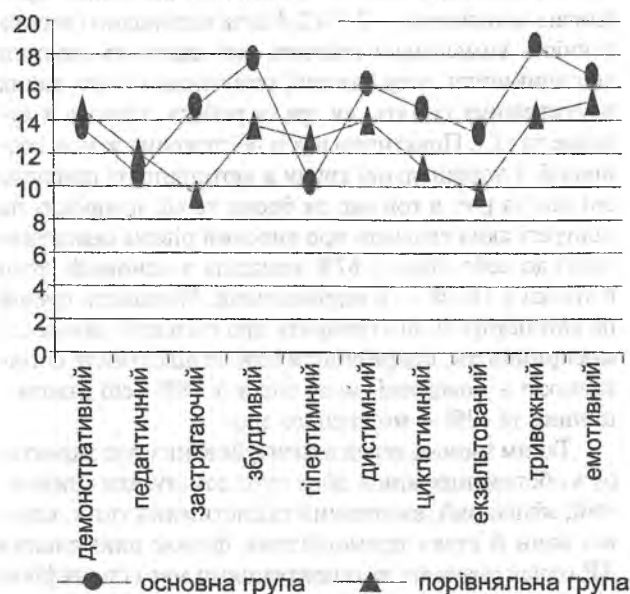


Рис. 6. Усереднений профіль акцентуації обстежених жінок

Таким чином, серед акцентуованих рис характеру в обстежених осіб обох груп домінували тривожний, збудливий, емотивний та дистимний типи, власне, вони й стали преморбідним фоном виникнення

ДР, однак розподіл за акцентуаціями мав і специфічні відмінності — як якісні (за інтенсивністю проявів, який в усіх випадках, окрім гіпертимної акцентуації, був вище у жінок основної групи), так і кількісні — у жінок інволюційного віку з ДР превалювали тривожний, збудливий та емотивний типи акцентуації ($p < 0,001$), а у жінок репродуктивного віку — дистимний ($p < 0,001$).

Це у повній мірі співпадало з результатами клініко-психопатологічного дослідження та виділенням клінічних варіантів ДР на тлі інволюції — астенотимічного (40%), тривожного (31,7%), сенесто-іпохондричного (20%) та конверсійно-іпохондричного (8,3%) [16]. Це ще раз підтвердило, що наявність вищевказаних акцентуацій характеру є преморбідним фоном для розвитку ДР.

Особистісні особливості хворих вивчали за допомогою багатофакторного опитувальника для дослідження особистості [2] та проективної методики «Автопортрет» [3].

За результатами стандартизованого методу вивчення особистості (ММРІ) усереднений профіль хворих основної групи в цілому був вищим, ніж такий порівняльної групи (рис. 7).

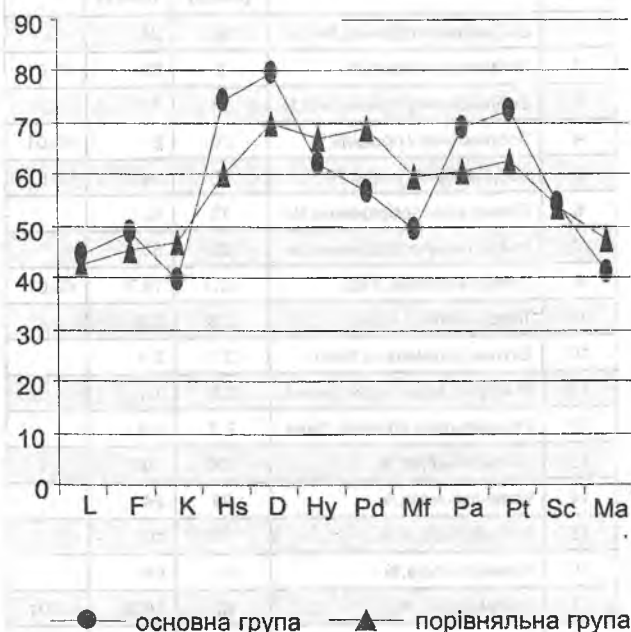


Рис. 7. Усереднений профіль особистості обстежених жінок

У жінок із ДР на тлі інволюції були достовірно вищі показники за шкалами Hs (іпохондрія, $p < 0,001$), D (тривога — депресія, $p < 0,001$), Pa (ригидність, $p < 0,001$), Pt (психастенія, $p < 0,001$) та низькі — за шкалами Mf (маскуліність — фемінність, $p < 0,001$) та Ma (гіпоманія, $p < 0,001$). Це свідчать про наявність у них таких характерних особливостей, як емоційна нестійкість, роздратованість, внутрішня напруга, тривожність, ригідність, іпохондричний настрій, невпевненість в своїх силах, депресивний стан.

Усереднений профіль особистості жінок із ДР на тлі інволюції, для якого були характерними наступні особливості: максимальне підвищення за шкалою D,

помірне підвищення за шкалами Нs, Ра, Рt та різке зниження за шкалою Ма — так званий депресивний профіль — дозволив переконливо довести, що для вищезазначеного контингенту осіб притаманні такі риси, як іпохондрична фіксація, депресивне реагування, афективна ригідність, схильність до психастенічної фіксації тривоги та обмежувальної поведінки. Пік профілю на другій шкалі та низькі Т-бали на дев'ятій дозволили говорити про наявність ангедонічної депресії, а підвищення першої і сьомої шкал — про наявність схильності до іпохондричного реагування, тривоги за стан свого здоров'я. Зниження рівня профілю на п'ятій шкалі відобразило тенденцію до гіперрольової поведінки, підвищену чутливість до емоцій і стосунків, сентиментальність, прагнення до захищеності, пасивність та інші риси, характерні для гіперфемінінного стереотипу статевої поведінки.

Результати дослідження за методикою «Автопортрет» представлені у таблиці.

Таблиця Аналіз даних, отриманих за методикою «Автопортрет»				
№ шкали	Параметр малюнка	Основна група (n=60)	Порівняльна група (n=44)	p
1	Зображення обличчя, %	58	24	
2	Зображення бюсту, %	8	39	<0,01
3	Зображення у повний ріст, %	34	37	
4	Зображення у профіль, %	70	6	<0,01
5	Зображення в анфас, %	30	94	<0,01
6	Схематичне зображення, %	75	42	
7	Реалістичне зображення, %	25	58	
8	Площа малюнка, см ²	12,7	19,7	<0,01
9	Толщина нажиму, бали	2,3	2,3	
10	Ступінь штриховки, бали	2,1	2,1	
11	Емоційна виразність, бали	1,6	1,7	
12	Промальовка обличчя, бали	2,3	2,4	
13	Наявність очей, %	100	100	
14	Наявність носа, %	94	94	
15	Наявність рота, %	94	100	
16	Наявність брів, %	67	64	
17	Наявність вії, %	67	18,2	<0,01
18	Наявність грудей, %	28	12	

Жінки основної групи загалом малювали свій автопортрет меншим за розмірами, ніж особи порівняльної групи ($p<0,01$). Їм не було притаманно малювати себе у вигляді бюсту, 58% пацієнок з ДР на тлі інволюції зображали тільки своє обличчя, що свідчило про низьку їх контактність. Автопортрет у повний зріст (що є свідченням високої креативності — творчої спрямованості особистості) намальовали тільки 34% осіб основної та 37% — порівняльної груп. Портрет пацієнок основної групи у 70% випадків був намальований у профіль, що свідчило про наявність у цих жінок низького рівню самоповаги та високого рівню сенситивності ($p<0,01$). Навпаки, 94% хворих

групи порівняння створили свій автопортрет в анфас, що дало підставу говорити про високий ступінь самосприйняття, характерний для даного контингенту. В основній групі зустрічались малюнки себе у вигляді літературного персонажу в яскравому емоційному стані, в процесі руху, чого не було в жодному випадку у групі порівняння. Натомість реалістичне зображення було властиве 58% жінок порівняльної групи (в основній — 25%), що підтвердило наявність у пацієнок з ДР молодшого віку, що було свідомством більш високого рівня самосприйняття та незалежності від зовнішніх обставин порівняльно з жінками з ДР інволюційного віку. Як вже вказувалось вище, площа малюнка у жінок основної групи була достовірно менша, ніж в осіб групи порівняння (12,7 та 19,7 см² відповідно). Відомо, що чим більше площа, яку займає власне зображення, тим більше людина схильна вважати, що її досягнення — плід її зусиль, а не зовнішніх обставин, вона здатна з успіхом досягати мети у майбутньому (тобто має високий рівень інтернальності в галузі досягнень). Між тим, за такими показниками, як ступінь нажиму ліній (причому треба враховувати, що чим тонкіша лінія, тим більша спонтанність поведінки того, хто малює, а товста лінія свідчить про сприйняття в цілому людської природи як позитивної) та ступінь штриховки (свідчить про здатність людини вважати свої дії важливим чинником в організації власного виробництва, в стосунках, що складаються, в колективі, у своїх просуваннях, а не приписувати важливіше значення зовнішнім обставинам — керівництву, товаришам по роботі, везінню-невезінню), результати обстежених пацієнок обох груп виявились однаковими (2,3 та 2,1 бала відповідно — приблизно середні значення). Ступінь промальовки обличчя у пацієнок обох груп виявилась приблизно однаковою — 2,3 й 2,4 бала відповідно (висока точність вимальовки свідчить про здатність людини до сприйняття світу і людей, розуміння зв'язку таких протилежних понять, як гра та робота, тілесне й духовне та т.і.). Практично в усіх обстежених жінок і основної, і порівняльної групи в автопортреті присутні очі, ніс та рот, в той час як брови та вії, наявність на портреті яких свідчить про високий рівень сенситивності до себе, були у 67% випадків в основній групі й тільки у 18,2% — в порівняльній. Наявність грудей на автопортреті, що говорить про низький рівень самосприйняття, неприйняття себе та відсутність спонтанності в поведінці, мало місце у 28% осіб інволюційного та 12% — молодшого віку.

Таким чином, серед акцентуованих рис характеру в обстежених жінок обох груп домінували тривожний, збудливий, емотивний та дистимний типи, власне, вони й стали преморбідним фоном виникнення ДР, однак розподіл за акцентуаціями мав і специфічні відмінності, які відзначалися як якісно (за інтенсивністю проявів, яка в усіх випадках, окрім гіпертимної акцентуації, була вище у жінок основної групи), так і кількісно — у пацієнок інволюційного віку з ДР превалювали тривожний, збудливий та емотивний типи акцентуації, а у жінок репродуктивного віку, що страждали на ДР, — дистимна акцентуація. Це у

повній мірі співпадало з результатами клініко-психопатологічного дослідження та виділення клінічних варіантів ДР на тлі інволюції — астенотипічного (40%), тривожного (31,7%), сенесто-іпохондричного (20%) та конверсійно-іпохондричного (8,3%) [16]. Це ще раз підтвердило, що наявність вищезазначених акцентуацій характеру є преморбідним фоном для розвитку ДР.

Усереднений профіль особистості жінок з ДР на тлі інволюції — так званий депресивний профіль — дозволив переконливо довести, що для вищезазначеного контингенту осіб притаманні такі особливості, як наявність іпохондричної фіксації, схильності до депресивного реагування, афективної ригідності, психастеничної фіксації тривоги та обмежувальної поведінки, тривоги за стан свого здоров'я, а також гіперфемінінний стереотип статеворольової поведінки.

Аналіз індивідуально-типологічних особливостей жінок з ДР на тлі інволюції встановив наявність у них низького рівня самоповаги та самосприйняття, а також високого рівня сенситивності й неприйняття себе ($p < 0,01$).

Таким чином, встановлені характерологічні та особистісні відмінності були патопсихологічними чинниками ризику, що на негативному тлі інволюції сприяли виникненню ДР.

На нашу думку, отримані результати повинні враховуватись при побудові терапевтичних стратегій лікування даної категорії пацієнток.

Література

1. Бахтеева Т.Д. Особенности факторов психической травматизации при невротических расстройствах у женщин / Т.Д. Бахтеева // Тавр. журн. психиатрии. — 2004. — Т. 8, № 2 (27). — С. 17–21.
2. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М.Л. Мирошников, Р.В. Рожнец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. — М.: Прогресс, 1986. — 449 с.
4. Винник М.І. Клініко-патогенетичні особливості і комплексна корекція еволюційних психічних розладів у жінок в пре- та постменопаузі: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / М.І. Винник. — К., 2000. — 36 с.
5. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі / Н.О. Марута, І.О. Явдак, Г.Ю. Каленська та ін. // Арх. психіатрії. — 2003. — № 1 (32). — С. 17–20.
6. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. — Київ–Ніжин: Studio Дизайн, 2007. — 115 с.
7. Маркова М.В. Щодо терапії тривожно-депресивних розладів неспсихотичного регістру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями / М.В. Маркова, М.Ю. Ігнатов, В.В. Бабич // Мистецтво лікування. — 2007. — № 6 (042). — С. 30–32.
8. Минутко В.Л. Депрессия / В.Л. Минутко. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
9. Михайлов Б.В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины / Б.В. Михайлов // Арх. психіатрії. — 2004. — Т. 36, № 1. — С. 182–190.
10. Мішнев В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев. — Львів, 2004. — 208 с.
11. Напрєенко О.К. Депресивні розлади в амбулаторній загальносоматичній практиці / О.К. Напрєенко, Н. Латчан / Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 3 (32). — С. 46–48.
12. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике / В.С. Подкорытов // Арх. психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 1 (32) — С. 69–71.
13. Пішель В.Я. Депресивні розлади у хворих літнього віку: діагностика, клініка, терапія / В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, О.О. Хоменко // Арх. психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 1 (36). — С. 34–39.
14. Пшук Н.Г. Соматизовані депресії / Н.Г. Пшук. — Вінниця: Континент, 1998. — 64 с.
15. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2002. — 672 с.
16. Редько Т.Г. Клінічні особливості депресивних розладів у жінок на тлі інволюції / Т.Г. Редько // Тавр. журн. психіатрії. — 2009. — Т. 13, № 1 (46). — С. 53–62.
17. Сарториус Н. Значение депрессивных расстройств для уровня здоровья населения / Н. Сарториус // Междунар. мед. журн. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 20–21.
18. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. — М.: Мед. информ. агентство, 2003. — 432 с.
19. Шустрова Г.П. Психосемантический подход в диагностике личности и оценке динамики лечения больных с депрессивными расстройствами в пожилом возрасте: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Г. П. Шустрова — СПб, 2006 — 20 с.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ИНВОЛЮЦИИ

Т.Г. Редько, М.В. Маркова

Установлено, что для женщин с депрессивными расстройствами на фоне инволюции свойственны такие психологические особенности, как превалирование тревожного, возбудимого и эмотивного типов акцентуации, ипохондрическая фиксация, ангедоническое депрессивное реагирование, аффективная ригидность, склонность к психастенической фиксации тревоги и ограничительному поведению, низкий уровень самоуважения и самовосприимчивости, высокий уровень сенситивности и неприятия себя, что должно быть учтено при построении стратегий терапии данной категории пациенток.

Ключевые слова: психологические особенности, депрессивные расстройства, женщины, инволюция.

CHARACTEROLOGIC AND PERSONALITY PECULIARITIES OF WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS ON INVOLUTION BACKGROUND

T.G. Redko, M.V. Markova

It is set such psychological features of women with depressive disorders on involution background as predominating anxious, excitable and emotive types of accentuation, hypochondria fixing, angedonic depressed reacting, highly emotional rigidity, propensity to the psychasthenic fixing, low level of self-esteem, high level of sensitive and non-acceptance itself, that must be taken into account at the construction of strategies of therapy of this category of patients.

Key words: psychological peculiarities, depressive disorders, women, involution.

А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, г. Днепропетровск;
Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Ключевые слова: психотерапия, инвалидность, реабилитационный потенциал, индивидуальная программа реабилитации.

На современном этапе развития медицины становится все более очевидным, что научно обоснованное и эффективное ведение реабилитационной работы с инвалидами возможно лишь с учетом знания внутренних психологических закономерностей, особенностей формирования тех или иных изменений психики в условиях соматического заболевания и применения различных способов коррекции этих изменений [1, 2, 4].

Проведенное нами ранее исследование психической сферы инвалидов показало, что инвалидность сама по себе является сложной психотравмирующей ситуацией, которая видоизменяет и усугубляет психические расстройства, возникшие на фоне основного соматического заболевания [3, 5]. Инвалидизация способствует развитию особых нарушений психической сферы инвалидов, сопровождающихся формированием личностно-реактивных новообразований — компенсаторных, приспособительных, но чаще всего дезадаптивных: невротических, психопатоподобных или патохарактерологических [3, 6, 7].

Также следует отметить, что полученные результаты всестороннего исследования личности инвалидов с различными соматическими заболеваниями позволили выделить устойчивые психологические закономерности, подтверждающие, что ситуация инвалидности патогенным образом влияет на все уровни личностной организации, приводит к глобальным личностным изменениям [3, 6].

На уровне психофизиологической (нейрофизиологической) базы нарушения обусловлены разворачиванием собственно соматической патологии и взаимовлиянием соматического и психического в структуре единого организма. Изменения и нарушения на данном уровне проявляются раньше других и к моменту инвалидизации больного являются наиболее видимыми.

Нарушения на индивидуально-психологическом или индивидуально-исполнительском уровне проявляются в процессе хронизации основного соматического заболевания, когда больной сталкивается с начальными проявлениями ограничения активности его деятельности. В своем развитии эти нарушения могут достигать степени утраты адекватных способов реализации устремлений и отношений.

И, наконец, нарушения личностно-смыслового уровня — уровня формирования смысловых ориентаций, определения назначения своей жизни, качества смысловых отношений к бытию начинают свое развитие и появляются именно в момент установления инвалидности, что делает личностную ситуацию человека максимально неопределенной и напряженной [3].

Важно указать, что нарушения каждого из уровней протекают в условиях нарушений на других уровнях, но определяются не только их наличием, а и включенностью в общую, в том числе и социальную ситуацию индивида [3, 5, 8]. Индивидуальное развитие ситуации определяет качество и степень нарушения каждого из уровней, но не защищает от их появления и проявления.

Таким образом, патогенное влияние складывающихся в ситуации инвалидизации обстоятельств имеет чрезвычайно сложную структуру и определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов: накопленной физической и психологической астенизацией организма, неспецифической отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами, нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности нервной системы), актуальным психическим и физическим состоянием, личностными особенностями, уровнем нарушений различных личностных структур, ценностной и нравственной дезорганизацией, направленностью интересов, пространственно-временной организацией личности, фоном семейных и других межличностных контактов, неблагоприятным воздействием социальных факторов и т.д. [3, 7].

Исходя из вышеизложенного, мы разработали интегративную модель инвалидности как психотравмирующей ситуации, которая объединила интерпретационные схемы патогенетического развития в ситуации инвалидности, факторного анализа патогенного воздействия ситуации инвалидности с учетом всех дезинтегрирующих моментов, данных объективного исследования биоэлектрической активности мозга, всех структурных компонентов личности, организации межличностного взаимодействия (рис. 1).

Основная направленность патогенного воздействия носит преимущественно социально обусловленный характер. К такому виду воздействия могут быть

отнесены изменение социального статуса больного, изменение структуры межличностного взаимодействия. Переоценка и обесценивание собственного прошлого опыта и осознание необратимости патологического развития, хотя и протекают на уровне рефлексии и внутриличностных процессов, осуществляются только с обязательным включением в этот процесс социального положения больного. Отдельно следует остановиться на том, что при анализе факторов, оказывающих воздействие в процессе установления больному группы инвалидности, те нарушения, которые начинаются под воздействием описанных факторов, также становятся патогенетическими.

Развитие патологических изменений на уровне индивидуально-психологическом очень неравномерно. Так, дезорганизация процессов высшей психической деятельности в ситуации установления инвалидности развивается незначительно, в отдельных случаях усиление нарушений восприятия, внимания, памяти и мышления практически не наблюдается.

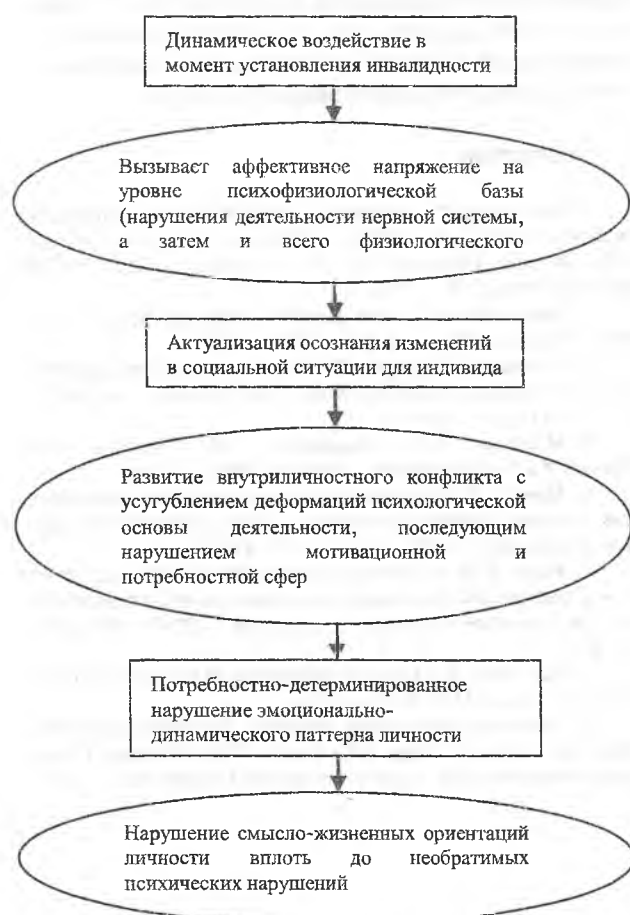


Рис. 1. Схема развития психотравмирующего воздействия в ситуации инвалидизации

Нарушения эмоциональной сферы, напротив, выражены значительно, а анамнез больного и основное соматическое заболевание определяют характер и направленность этих нарушений. Видоизменение структуры личностных особенностей является пролонгированным процессом, для которого ситуация инвали-

дизации является пусковым механизмом. В связи с этим при оценке психологического состояния инвалида и его личностной организации необходимо учитывать даже минимально проявляющиеся тенденции изменения личности не только в процессе организации лечебного процесса, но и в процессе психотерапии.

Наиболее значимыми являются изменения, выявляемые на уровне личностно-смысловом. Прежде всего, следует отметить, что данные изменения являются характерными только в ситуации установления инвалидности. Во временных рамках первыми проявляются смещение пространственно-временных ориентиров и нарушение смысложизненных ориентаций. Последующая ценностная и нравственная дезорганизация является следствием травматического действия, самой ситуации инвалидизации и начавшегося процесса смещения пространственно-временных ориентиров и нарушения смысложизненных ориентиров.

В результате анализа патопсихологического исследования эмоционально-динамического паттерна личности инвалида выявлены также как взаимообусловленность изменений в рамках какого-либо уровня, так и межуровневые взаимовлияния. Следовательно, можно говорить о тотальном характере выявляемых нарушений и патологических воздействий (рис. 2).

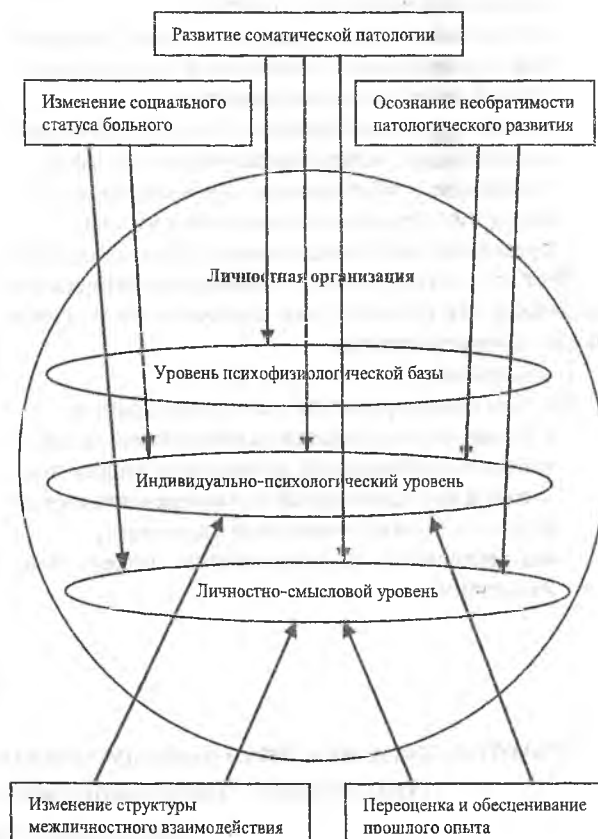


Рис. 2. Схема факторного анализа патогенного воздействия ситуации инвалидности

Таким образом, нами выделен целый комплекс реабилитационного потенциала инвалида, связанный с психической организацией функционирования лич-

ности. Оценка реабилитационного потенциала данной сферы включается в несколько разделов индивидуальной программы реабилитации: медицинская и психолого-педагогическая реабилитация, как оказывающая одно из ведущих влияний на направление в целом, и как опосредованное влияние на профессиональную, социально-бытовую сферы реабилитации.

Так, оценка профессионального потенциала и экспертиза профпригодности базируются на результатах изучения уровня профессиональных знаний, навыков, умений, склонностей и возможностей больного к профессиональной деятельности в обычных или специально созданных условиях, необходимости, условий и возможностей переобучения и переквалификации.

Устранение этих нарушений зависит также от адекватного и своевременного использования психосоциальных воздействий, недостаточность которых нередко имеет следствием фиксацию переживаний и затягивание болезненного состояния.

Разработанная нами поэтапная программа реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями представлена ниже.

1. Медицинский этап

На этом этапе производится:

- психологическая диагностика особенностей эмоционально-динамического паттерна личности, совместно с психиатром выявление психопатологических расстройств;
- патопсихологическая диагностика всей личностной организации психической деятельности, оценка качества жизни инвалида;
- подбор медикаментозной терапии, направленной на устранение психопатологических синдромов;
- выявление и обоснование наиболее эффективного психотерапевтического воздействия;
- проведение медицинской модели психотерапии.

Этот этап осуществляется в рамках соматического стационара или поликлиники врачом-интернистом и врачом-психотерапевтом.

2. Психолого-педагогический этап

На этом этапе проводится следующая работа:

- в случае необходимости психологическая диагностика особенностей личности и уровня подготовки для дальнейшей психотерапевтической работы и профессиональной адаптации;
- осуществляется психологическая модель психотерапии;

- проводится профессиональная переподготовка и социальная адаптация.

Этот этап осуществляется психологом-психотерапевтом в рамках реабилитационных центров или в рамках работы МСЭК.

Выводы

Обосновано и описано практическое применение нового решения научной проблемы повышения эффективности реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями за счет включения в комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий психотерапевтического воздействия на психологическую составляющую реабилитационного потенциала инвалида на всех этапах реализации индивидуальной программы реабилитации.

Предложенная теоретическая модель позволяет определить этиопатогенетические механизмы возникновения и развития непсихотических психических расстройств и психологических деформаций личности в ситуации инвалидности, возникших вследствие хронического соматического заболевания. Также это доказывает, что выявленные нарушения носят качественно иной характер, чем в ситуации хронической соматической болезни, протекающей без нарушения социального функционирования личности.

Литература

1. Бройтгам В., Коистан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕД-Пресс-информ, 2002. — 588 с.
3. Михайлов Б.В., Мороз С.М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация // Арх. психіатрії. — 2008. — Т. 14, № 2 (53). — С. 4–8.
4. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чурунов В.В. Психотерапия. — Харьков, 2002. — 762 с.
5. Мороз С.М. Психосоматические состояния (классификация, клиника, принципы терапии) // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. — 2005. - № 1 (7). — С. 87–89.
6. Мороз С.М. Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2004. - № 4 (14). — С. 58–61.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 170 с.
8. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково-методичний посібник / Упорядн. Іпатов А.В., Сергієн О.В., Войтчик Т.Г. та ін.; За ред. Маруніча В.В. — Дніпропетровськ: Пороги, 2005. — 227 с.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ІНВАЛІДІВ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ І ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

А.В. Іпатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз

У статті обґрунтовано та описано нове рішення наукової проблеми підвищення ефективності реабілітації інвалідів з хронічними соматичними захворюваннями за рахунок включення в комплекс діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів психотерапевтичного впливу на психологічну складову реабілітаційного потенціалу інваліда на всіх етапах реалізації індивідуальної програми реабілітації.

Ключові слова: психотерапія, інвалідність, реабілітаційний потенціал, індивідуальна програма реабілітації.

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS FOR PERSONS WITH CHRONIC PHYSICAL ILLNESSES AND WAYS TO IMPROVE ITS EFFICIENCY

A.V. Ipatov, B.V. Mikhailov, S. M. Moroz

The article justified and described a new solution to a scientific problem of improving the rehabilitation of disabled persons with chronic physical illness to include a set of diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures of psychotherapeutic effects on the psychological component of the rehabilitation potential disabilities in all phases of the individual rehabilitation program.

Key words: psychotherapy, disability, potential for rehabilitation, individual rehabilitation program.

Поступила 18.10.2009

УДК 159.964.21

О.М. Макаренко, М.О. Голубева, А.М. Лавренчук

АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО ОСОБЛИВОСТЕЙ НАВЧАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Г. Сковороди;
Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ

Ключові слова: адаптація першокурсників, навчання у ВНЗ, адаптованість.

Актуальність дослідження. Навчання у вищому навчальному закладі (ВНЗ) для сучасної молоді людини — один з найважливіших періодів її життєдіяльності, особистісного зростання та становлення як фахівця. Пошук шляхів успішної адаптації до соціальних умов, що докорінно змінилися, та нової діяльності є нагальною проблемою для кожного, хто вступив до ВНЗ [3]. Відповідно до Болонської конвенції в Україні з 2005 року здійснюється перехід на новітні моделі навчання, істотно змінюються навчальні плани, форми організації занять, критерії оцінювання знань, впроваджуються нові педагогічні технології та стандарти освіти. Основний вид діяльності студента — професійне навчання стає більш складним за формами та змістом, а тому підвищуються вимоги до особистості. У контексті розгортання цієї тенденції для особистості психологічно важливо піти шляхом адекватної самозміни, саморозвитку та самореалізації [3].

Здатність адаптуватися, долати труднощі, віднайти своє місце у життєвому просторі є вирішальним чинником вдалого розвитку молоді людини, а в майбутньому — фахівця з вищою освітою. У ВНЗ процес навчання першокурсників налагоджується непросто, характеризується великою динамічністю психічних процесів і станів, які зумовлені зміною соціального середовища. Зокрема, вступ до навчального закладу у значної частини молоді супроводжується дезадаптацією, що спричинена новизною студентського статусу, відсутністю референтної групи, підвищеними вимогами з боку професорсько-викладацького складу, напруженістю та жорстким режимом навчання, збільшенням обсягу самостійної роботи та організації загалом. Усе це вимагає від першокурсника значної

мобілізації всіх можливостей для успішного входження у нове оточення задля якісно іншого ритму життя [8, 9].

Стан розробленості проблеми. Актуальним проблемам адаптації молоді до нових умов життєдіяльності та стосунків у соціальній групі присвячені праці вітчизняних дослідників (В.Л. Кікоть, В.А. Петровський, О.В. Симоненко, Т.В. Середа, О.І. Гончаров, А.Д. Ерднієв, М.І. Лісіна, А.В. Фурман) та зарубіжних учених (Е. Еріксон, Д. Клаузен, З. Фройд та ін.). В окремих психологічних дослідженнях вирішуються питання адаптації молоді до навчання у ВНЗ (О.І. Борисенко, А.В. Захарова, А. Кан-Калік, М.В. Левченко, О.Г. Мороз, В.С. Штифурак та ін.). Увага дослідників в основному зосереджена на вивченні різноманітних факторів, у тому числі й особистісних властивостей, які спричиняють процес дезадаптації першокурсників [1, 2, 10, 12].

Виклад основного матеріалу. Під соціально-психологічною адаптацією більшість учених розуміють пристосування індивіда до нових умов соціального довкілля та результат цього процесу. Уміння адаптуватися за різних умов життя, нових вимог та соціального статусу характеризує процес становлення і розвитку особистості, її професійного зростання. У разі ж її дезадаптації порушується не лише особистісно-професійний розвиток, а й знижуються психофізіологічні можливості організму, частішими стають розлади здоров'я.

Особливу вагомість адаптаційні процеси набувають за умов зміни середовища життєдіяльності, зокрема на початкових етапах навчання юнаків і дівчат у ВНЗ. Ці процеси вимагають від молоді лю-

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS FOR PERSONS WITH CHRONIC PHYSICAL ILLNESSES AND WAYS TO IMPROVE ITS EFFICIENCY

A.V. Ipatov, B.V. Mikhailov, S. M. Moroz

The article justified and described a new solution to a scientific problem of improving the rehabilitation of disabled persons with chronic physical illness to include a set of diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures of psychotherapeutic effects on the psychological component of the rehabilitation potential disabilities in all phases of the individual rehabilitation program.

Key words: psychotherapy, disability, potential for rehabilitation, individual rehabilitation program.

Поступила 18.10.2009

УДК 159.964.21

О.М. Макаренко, М.О. Голубева, А.М. Лавренчук

АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО ОСОБЛИВОСТЕЙ НАВЧАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Г. Сковороди;
Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ

Ключові слова: адаптація першокурсників, навчання у ВНЗ, адаптованість.

Актуальність дослідження. Навчання у вищому навчальному закладі (ВНЗ) для сучасної молоді людини — один з найважливіших періодів її життєдіяльності, особистісного зростання та становлення як фахівця. Пошук шляхів успішної адаптації до соціальних умов, що докорінно змінилися, та нової діяльності є нагальною проблемою для кожного, хто вступив до ВНЗ [3]. Відповідно до Болонської конвенції в Україні з 2005 року здійснюється перехід на новітні моделі навчання, істотно змінюються навчальні плани, форми організації занять, критерії оцінювання знань, впроваджуються нові педагогічні технології та стандарти освіти. Основний вид діяльності студента — професійне навчання стає більш складним за формами та змістом, а тому підвищуються вимоги до особистості. У контексті розгортання цієї тенденції для особистості психологічно важливо піти шляхом адекватної самозміни, саморозвитку та самореалізації [3].

Здатність адаптуватися, долати труднощі, віднайти своє місце у життєвому просторі є вирішальним чинником вдалого розвитку молоді людини, а в майбутньому — фахівця з вищою освітою. У ВНЗ процес навчання першокурсників налагоджується непросто, характеризується великою динамічністю психічних процесів і станів, які зумовлені зміною соціального середовища. Зокрема, вступ до навчального закладу у значної частини молоді супроводжується дезадаптацією, що спричинена новизною студентського статусу, відсутністю референтної групи, підвищеними вимогами з боку професорсько-викладацького складу, напруженістю та жорстким режимом навчання, збільшенням обсягу самостійної роботи та організації загалом. Усе це вимагає від першокурсника значної

мобілізації всіх можливостей для успішного входження у нове оточення задля якісно іншого ритму життя [8, 9].

Стан розробленості проблеми. Актуальним проблемам адаптації молоді до нових умов життєдіяльності та стосунків у соціальній групі присвячені праці вітчизняних дослідників (В.Л. Кікоть, В.А. Петровський, О.В. Симоненко, Т.В. Середа, О.І. Гончаров, А.Д. Ерднієв, М.І. Лісіна, А.В. Фурман) та зарубіжних учених (Е. Еріксон, Д. Клаузен, З. Фройд та ін.). В окремих психологічних дослідженнях вирішуються питання адаптації молоді до навчання у ВНЗ (О.І. Борисенко, А.В. Захарова, А. Кан-Калік, М.В. Левченко, О.Г. Мороз, В.С. Штифурак та ін.). Увага дослідників в основному зосереджена на вивченні різноманітних факторів, у тому числі й особистісних властивостей, які спричиняють процес дезадаптації першокурсників [1, 2, 10, 12].

Виклад основного матеріалу. Під соціально-психологічною адаптацією більшість учених розуміють пристосування індивіда до нових умов соціального довкілля та результат цього процесу. Уміння адаптуватися за різних умов життя, нових вимог та соціального статусу характеризує процес становлення і розвитку особистості, її професійного зростання. У разі ж її дезадаптації порушується не лише особистісно-професійний розвиток, а й знижуються психофізіологічні можливості організму, частішими стають розлади здоров'я.

Особливу вагомість адаптаційні процеси набувають за умов зміни середовища життєдіяльності, зокрема на початкових етапах навчання юнаків і дівчат у ВНЗ. Ці процеси вимагають від молоді лю-

дини активації механізмів адаптації та часто призводять до стану психологічного перенапруження.

Психологічна адаптація розглядається як один із провідних чинників і як необхідна умова соціалізації. Саме так підходив до цього питання психолог Л.С. Виготський, аналізуючи процес входження дитини у нові соціальні ситуації та процес формування у неї певного ставлення до суспільного оточення. Тобто, зароджуючись у безпосередніх соціальних контактах дитини з дорослими, вищі психічні функції згодом «врастають» в її свідомість. За цих умов розгортаються процеси інтеріоризації соціальних норм і вимог соціально значущої поведінки у внутрішній план її індивідуальної активності. А це, в свою чергу, приводить до формування все нових і нових властивостей особистості, які виступають психологічними засобами побудови більш досконалих стратегій діяльності, досягнення особистістю вищих рівнів соціалізації [6].

У теорії психологічної адаптації, як правило, виділяють такі етапи розгортання адаптаційних процесів людини: усталена адаптація, переадаптація, дезадаптація, реадаптація (Лебедев І.І.). Звичайно, вичерпно скористатися даними про ці етапи у системі освіти немає змоги. Проте, саме ідея етапності адаптації варта найпильнішої уваги. Зокрема, перший висновок, який було зроблено в результаті аналізу проблеми, полягає у тому, що успішність адаптації залежить від того, яка спеціальна виховна робота із студентами здійснюється педагогічним колективом у першому семестрі. Це дає змогу визначити два етапи психічної адаптації тих, хто навчається: пропедевтичний і поточний (основний), на кожному з яких необхідно забезпечити організаційні та психолого-педагогічні умови ефективного розгортання різномірних адаптаційних процесів.

У цілому, під процесом адаптації будемо розуміти складну систему перетворень, що відбуваються з людиною відповідно до змін умов її життя, внаслідок яких виникають певні якості: адаптованість та адаптивність. Адаптованість можна трактувати як безпосередній результат цих перетворень, тобто стан узгодження наявних якостей і вимог середовища.

Адаптивність виступає як інтегрована особистісна якість, що забезпечує здатність людини до подальших перетворень [7]. Результат процесу адаптації — адаптованість людини до певної системи. Адаптування йде водночас на декількох ієрархічних рівнях, кожний з яких може мати власні тенденції та темпи. У зв'язку з цим це явище розрізняється на різних ступенях — від біологічного до соціального. Соціальний ступінь виник у людському суспільстві та має складнішу структуру у порівнянні з попередніми його біологічними формами. Це специфічне суспільне явище, в основі якого лежить взаємодія між суспільним об'єктом і соціальним об'єктом — умовами його суспільного існування. Суб'єктом соціальної адаптації є людина, особистість як індивідуальне буття соціальних стосунків. Як об'єкт адаптації особистості виступають соціальні умови [10].

Аналіз науково-педагогічних, психологічних досліджень цієї проблеми дає змогу виділити низку понять.

На нашу думку, професійна адаптація у ВНЗ — це психологічне поняття, що розкриває процес залучення особистості до опанування знань, умінь, навичок, ключових компетенцій, необхідних для майбутньої професії. Ми вважаємо, що дидактична адаптація — це психолого-педагогічне поняття, що показує процес пристосування тих, хто вчиться, до нових для них умов, процесів спілкування та технологій навчання. Пристосування може проходити як відносно швидко, так і відносно повільно. Оперативна адаптація залежить, по-перше, від тісного зв'язку методів навчання між середньою школою та ВНЗ, по-друге, від розвитку самостійності та творчого мислення студентів, по-третє, від рівня зорієнтованості у вимогах до майбутньої професії та стійкого бажання оволодіти програмою ВНЗ. Соціальна адаптація — пристосування до нової соціальної групи, особистого стилю поведінки [4, 5, 11]. Дослідники частіше за все виділяють суспільно-політичну, професійну, соціально-психологічну, психофізіологічну, матеріально-побутову форми адаптації особистості.

Показниками особистісного рівня адаптації особистості можуть бути:

- зниження особистісного рівня тривожності;
- відсутність бажання змінити життєву ситуацію;
- домінування позитивних емоцій (оптимістична гіпотеза);
- впевненість у собі, у власних силах, у здатності вирішити проблеми свого життя;
- стійка адекватна самооцінка [12].

Під час проведення експерименту щодо дослідження рівня тривожності у студентів-першокурсників було використано опитувальник Ч. Спілбергера, який включає дві шкали: шкалу ситуативної тривожності; шкалу особистісної тривожності. Ми зробили особливий акцент на дослідження ситуативної тривожності як показника впливу сесії на рівень тривожності.

Щоб виявити характер і рівень емоційної напруженості, адаптації та емоційно-психологічної стійкості під час стресових (екстремальних) умов використано методикку «Прогноз» (розроблена Санкт-Петербурзькою військово-медичною академією).

При проведенні дослідження ми відібрали студентів-першокурсників, які склали дві групи: експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ). Загальна кількість студентів, що брали участь в експериментальному дослідженні — 40, по 20 осіб у кожній групі. Дослідження проходило у три етапи:

I етап — проведення діагностичного зрізу за вибраними методиками у досесійний період для збору початкових даних, що характеризують стрес та дезадаптацію;

II етап — діагностичний зріз під час початку першої сесії та проведення тренінгових, корекційних заходів;

III етап — діагностичне дослідження впливу тренінгу на рівень тривожності.

У таблиці 1 представлені отримані у процесі діагностування студентів за методикою Ч. Спілбергера на всіх етапах експериментального дослідження дані.

Таблиця 1						
Тривожність у студентів-першокурсників, досліджена за методикою Ч. Спілбергера, %						
Рівень тривожності	Досесійний період		Період дослідження		Після проведення тренінгу	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Високий	10	15	30	35	15	45
Середній	60	50	60	60	70	50
Низький	30	35	10	5	15	5

Як видно із наведених даних, у період навчання високий рівень тривожності мали 10% студентів в ЕГ та 15% у КГ. На початку сесії він зріс у два рази і становив 30% в ЕГ і 35% — у КГ. Після проведення тренінгових занять в ЕГ спостерігалось зменшення кількості студентів із високим рівнем тривожності. У КГ, де не проводилося тренінгових занять, відсоткові показники високого рівня тривожності збільшилися (рис. 1).

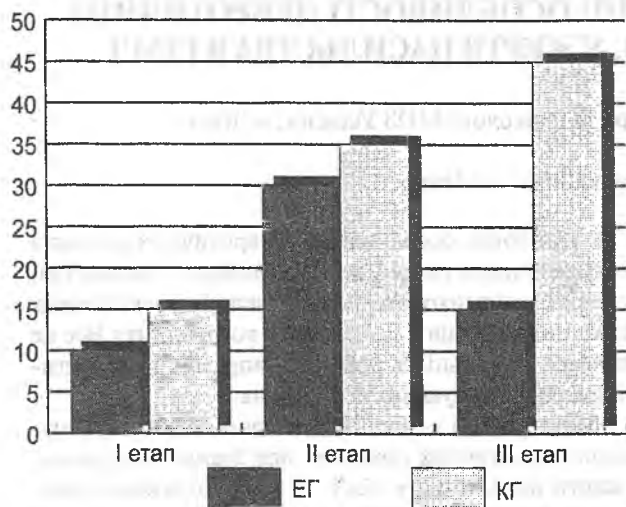


Рис. 1. Тривожність у студентів-першокурсників, визначена за методикою Ч. Спілбергера

При дослідженні емоційної напруженості, адаптації та емоційно-психологічної стійкості під час стресових умов за методикою «Прогноз» отримані такі результати: в ЕГ під час поточного навчання 40% студентів мали високий рівень стресової та емоційно-психологічної стійкості, а у КГ в той же період — 35%; на початку сесії в ЕГ показник високого рівня стійкості до стресу та емоційної напруги знизився до 15%, у КГ — до 20%; після проведення тренінгових занять в ЕГ рівень стресової та емоційної стійкості збільшився до 30%, в той час як у КГ зменшився до 5% (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2						
Стрессова та емоційно-психологічна стійкість у студентів-першокурсників під час сесії						
Рівень тривожності	Досесійний період		Період дослідження		Після проведення тренінгу	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Високий	40	35	15	20	30	5
Середній	50	55	35	35	45	30
Низький	10	10	50	45	25	65

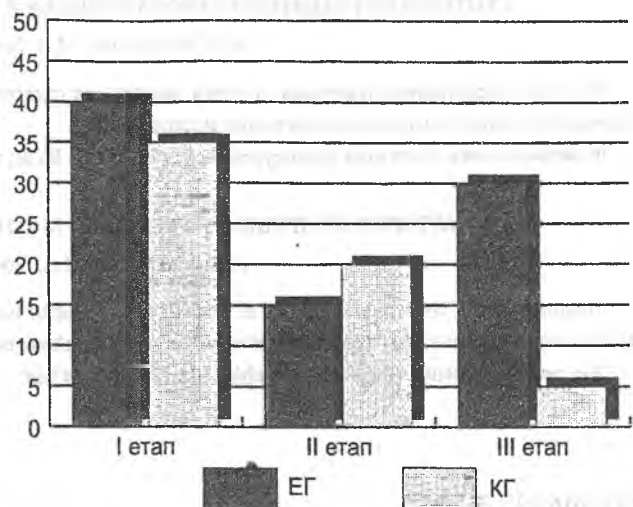


Рис. 2. Стрессова та емоційно-психологічна стійкість у студентів-першокурсників під час сесії

Висновки. Початок навчання в університеті — це досить складний і багатогранний процес адаптації у житті кожного студента, до якого входять активне пристосування до нових умов життя, включення у кардинально новий вид діяльності, пристосування до нового соціального середовища. Важливим аспектом соціальної адаптації вважається прийняття індивідом нової соціальної ролі. На основі отриманих результатів дослідження можна зробити висновки про те, що на початку сесії у студентів-першокурсників розвивається емоційно-психологічна напруга, підвищується рівень тривожності, знижується рівень адаптованості до екстремальних умов, що свідчить про розвиток у них дезадаптації та стресу.

За допомогою проведення спеціально організованих тренінгових занять із студентами можна зменшити рівень їхньої тривожності, підвищити адаптаційні можливості щодо стресу та емоційно-психологічної напруги.

Література

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. — Кн. 2 / Пер. с англ.; Под ред. К.М. Гуревича. В.И. Лубовского. — М.: Педагогика, 1982. — 488 с.
2. Безруких М.М. Ученье, вредное для здоровья? / Семья и школа. — 2001. — №4. — С. 10–11.
3. Безруких М.М. Школьные факторы риска и здоровье детей // Педагогика. — 1999. — №3-4. — С. 8–12.
4. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. — К.: Здоровье, 1989. — 168 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — К.: Наук. думка, 1989. — 200 с.
6. Курик М. Організувати навчання, не шкодячи здоров'ю дитини // Освіта України. — 2005, 4 жовтня. — С. 4–7.
7. Нормативные предписания разработчикам и пользователям психодиагностических методик // Вопр. психологии. — 1987. — №5. — С. 176–181.
8. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології: Навч. посібник. — К.: Кондор, 2005. — 278 с.
9. Розов В.І. Психологічна діагностика здібностей до стресу // Практ. психологія та соц. робота. — 2006. — №11. — С. 41–47.
10. Тоффлер Э. Шок будущего. — М.: АСТ, 2002. — 382 с.
11. Ушаков Г.К. Профилактика нервно-психических расстройств у детей. — М.: Знание, 1966. — 404 с.
12. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб: Питер, 2006. — 278 с.

АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОСОБЕННОСТЯМ УЧЕБЫ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, А.М. Лавренчук

В статье представлена трактовка понятия «адаптация студентов к обучению в ВУЗе», особенно в период сдачи экзаменов. Приводятся результаты экспериментального исследования.

Ключевые слова: адаптация первокурсников, обучение в ВУЗе, адаптированность.

ADAPTATION OF STUDENTS-FRESHMEN IS TO FEATURES OF STUDIES OF HIGHER SCHOOL

A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, A.M. Lavrenchuk

Interpretation of concept «Adaptation of students to teaching in Institute of higher» is presented in the article, especially in the period of handing over of examinations. Results over of experimental research are brought.

Key words: adaptation of freshmen, teaching, is in Institute of higher, adaptirovanost'.

Надійшла 14.08.2009

УДК:616.895: 343.988

І.В. Гаврилюк

КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, У ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В СІМ'І

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: жертви насильства в сім'ї, невротичні розлади, клінічні особливості.

Насильство в сім'ї є розповсюдженим соціальним явищем, яке спричиняє негативні медичні, соціальні, економічні та демографічні втрати у цивілізованому суспільстві. В Законі України «Про попередження насильства в сім'ї» дефініція насильства в сім'ї визначена як «будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю» [1].

Тривале насильство в сім'ї може призвести до психічних розладів у потерпілих. За науковими даними більшість жертв насильства мають ознаки порушення психічного здоров'я, які віднесені за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду до розділу F4 «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади» [3, 4, 7].

Під впливом світових тенденцій в Україні проблема сімейного насильства набула піку своєї актуальності ще на початку XXI століття, коли був прийнятий Закон «Про попередження насильства в сім'ї». Міністерство охорони здоров'я актуальність проблеми насильства в сім'ї задекларувало в міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації на 2002–2011 роки», а «психіатричну віктимологію» визнало одним з пріоритетних напрямів науково-практичних досліджень із соціальної психіатрії [2, 5, 6].

Проте й на сьогодні проблема насильства в сім'ї лишається розповсюдженою, але офіційно прихованою. Відсутні наукові розробки стосовно поширенос-

ті та клінічних особливостей невротичних розладів неспсихотичного рівня у жертв сімейного насильства, немає моделі психолого-психіатричної корекції таких психічних розладів у зазначеного контингенту. Все це визначає актуальність роботи і напрямок перспективи подальших наукових досліджень.

Мета роботи — вивчити закономірності формування невротичних розладів, пов'язаних із стресом, у жертв насильства в сім'ї, їх клініко-психопатологічні та феноменологічні особливості для своєчасної діагностики і можливості застосування адекватних медико-соціальних заходів.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 160 жінок з невротичними розладами, пов'язаними зі стресом (рубрика МКХ-10 — F40–F48). Основну групу склали 74 жінки, які постали жертвами насильницьких дій в сім'ї і звернулися до спеціалізованих центрів соціальних служб або за медичною допомогою. Залежно від виду насильства їх було розділено на дві підгрупи: I підгрупу склали 50 осіб, що зазнали фізичного насильства; до II підгрупи включені 24 жінки — жертви психологічного насильства. До групи порівняння увійшли 86 жінок з аналогічними клінічними проявами невротичних розладів ненасильницького генезу. Обстеження проводилось за допомогою спеціального клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, статистичного методів дослідження.

Результати роботи. У результаті порівняльного обстеження жінок з невротичними розладами неспсихотичного рівня, які виникли внаслідок насильницьких дій в сім'ї, та осіб з аналогічними психічними порушеннями, що не зазнавали насильства в родині, було

АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОСОБЕННОСТЯМ УЧЕБЫ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, А.М. Лавренчук

В статье представлена трактовка понятия «адаптация студентов к обучению в ВУЗе», особенно в период сдачи экзаменов. Приводятся результаты экспериментального исследования.

Ключевые слова: адаптация первокурсников, обучение в ВУЗе, адаптированность.

ADAPTATION OF STUDENTS-FRESHMEN IS TO FEATURES OF STUDIES OF HIGHER SCHOOL

A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, A.M. Lavrenchuk

Interpretation of concept «Adaptation of students to teaching in Institute of higher» is presented in the article, especially in the period of handing over of examinations. Results over of experimental research are brought.

Key words: adaptation of freshmen, teaching, is in Institute of higher, adaptirovanost'.

Надійшла 14.08.2009

УДК:616.895: 343.988

І.В. Гаврилюк

КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, У ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: жертви насильства в сім'ї, невротичні розлади, клінічні особливості.

Насильство в сім'ї є розповсюдженим соціальним явищем, яке спричиняє негативні медичні, соціальні, економічні та демографічні втрати у цивілізованому суспільстві. В Законі України «Про попередження насильства в сім'ї» дефініція насильства в сім'ї визначена як «будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю» [1].

Тривале насильство в сім'ї може призвести до психічних розладів у потерпілих. За науковими даними більшість жертв насильства мають ознаки порушення психічного здоров'я, які віднесені за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду до розділу F4 «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматичні розлади» [3, 4, 7].

Під впливом світових тенденцій в Україні проблема сімейного насильства набула піку своєї актуальності ще на початку XXI століття, коли був прийнятий Закон «Про попередження насильства в сім'ї». Міністерство охорони здоров'я актуальність проблеми насильства в сім'ї задекларувало в міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації на 2002–2011 роки», а «психіатричну віктимологію» визнало одним з пріоритетних напрямів науково-практичних досліджень із соціальної психіатрії [2, 5, 6].

Проте й на сьогодні проблема насильства в сім'ї лишається розповсюдженою, але офіційно прихованою. Відсутні наукові розробки стосовно поширенос-

ті та клінічних особливостей невротичних розладів неспсихотичного рівня у жертв сімейного насильства, немає моделі психолого-психіатричної корекції таких психічних розладів у зазначеного контингенту. Все це визначає актуальність роботи і напрямок перспективи подальших наукових досліджень.

Мета роботи — вивчити закономірності формування невротичних розладів, пов'язаних із стресом, у жертв насильства в сім'ї, їх клініко-психопатологічні та феноменологічні особливості для своєчасної діагностики і можливості застосування адекватних медико-соціальних заходів.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 160 жінок з невротичними розладами, пов'язаними зі стресом (рубрика МКХ-10 — F40–F48). Основну групу склали 74 жінки, які постраждали від насильницьких дій в сім'ї і звернулися до спеціалізованих центрів соціальних служб або за медичною допомогою. Залежно від виду насильства їх було розділено на дві підгрупи: I підгрупу склали 50 осіб, що зазнали фізичного насильства; до II підгрупи включені 24 жінки — жертви психологічного насильства. До групи порівняння увійшли 86 жінок з аналогічними клінічними проявами невротичних розладів ненасильницького генезу. Обстеження проводилось за допомогою спеціального клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, статистичного методів дослідження.

Результати роботи. У результаті порівняльного обстеження жінок з невротичними розладами неспсихотичного рівня, які виникли внаслідок насильницьких дій в сім'ї, та осіб з аналогічними психічними порушеннями, що не зазнавали насильства в родині, було

з'ясовано, що клінічна картина невротичних розладів у жертв насильства представлена більш широким розмаїттям симптомів різної глибини. У жінок основної групи спостерігалось поєднання виразних астенічних порушень, депресивних, тривожно-фобічних, панічних, obsесивно-компульсивних, вегетативних і соматичних розладів. Нерідко така полісимптоматична клінічна картина значно ускладнювала діагностичне виділення конкретної клінічної форми невротичних розладів в окремо взятому випадку. До того ж, внаслідок тривалості психотравмуючої ситуації, залежно від форми і проявів насильства, додаткових несприятливих життєвих ситуацій або захворювань, могла відбуватись динамічна трансформація однієї форми невротичних розладів в іншу з поглибленням симптоматики чи, навпаки, її нівелюванням. У жінок з порівняльної групи відмічалась тенденція до моносимптоматичної картини невротичних розладів, але значно більшої глибини їх проявів. У жертв насильства в сім'ї було виділено 4 варіанти невротичних розладів: тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, соматовегетативний, obsесивно-компульсивний (рис. 1), симптоматичні прояви яких мали відмінності у жінок основної та порівняльної груп.

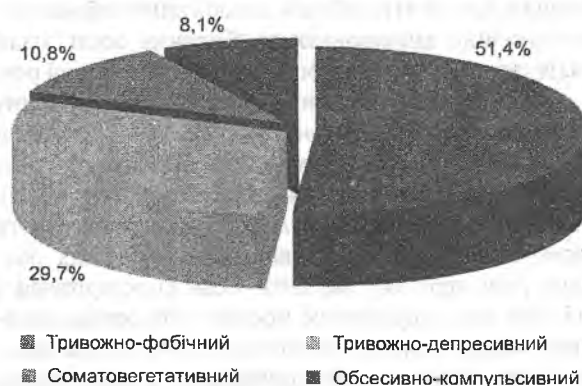


Рис. 1. Структура невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, у жертв насильства в сім'ї

Тривожно-фобічна форма невротичних розладів (F 40 за МКХ-10) у жінок, що зазнали насильства у родині, мала місце більше ніж у половині випадків (38 — 51,4% — в основній групі та 8 — 9,3% — в порівняльній). Тривога і страх у жінок — жертв сімейного насильства були пов'язані з певними специфічними ситуаціями, переважно сімейно-конфліктного характеру. Навіть коли сімейно-віктимологічна тематика хворобливих переживань, на перший погляд, не простежувалась у висловлюваннях і скаргах жінок, при детальному обстеженні, з метою з'ясування предриспонуєчих факторів і причин невротичних розладів, завжди вдавалось виявити сімейно-конфліктне підґрунтя розвитку психічних розладів. Серед психодестабілізуючих ситуацій, що супроводжувались страхом, тривогою, погіршенням настрою, жінки основної групи, як приклад, називали «прихід чоловіка додому, повернення його з роботи», тобто сам факт його присутності поряд викликав у них психологічний дискомфорт і загострення тривожно-фобічної

симптоматики у поєднанні з постійним страхом недовгожити чоловіку, що спричиняло бурю обурення з його боку, з образами, приниженнями, нерідко застосуванням фізичної агресії з несуттєвих приводів. Достатньо поширеною була боязнь чоловіка в стані алкогольного сп'яніння, тому що в нетверезому стані останній ставав агресивним і влаштовував акти насильства. Іноді джерелом постійного страху і тривоги у жінок могла бути несвоєчасно або недостатньо якісно виконана побутова робота, невчасно приготування їжі тощо. Як варіант агорафобії, в широкому розумінні цього поняття, у 16 (21,6%) жінок, що зазнали фізичного насильства зустрічався страх виходити з дому (взагалі або самостійно без чоловіка), страх опинитись серед людей, у натовпі. При цьому жінки зазначали, що вдома вони теж не почувались спокійно і захищено, відчували себе «як у клітці», постійно побоюючись чоловіка. Інші скаржились майже на панічний страх виходити з дому без супроводу чоловіка, оскільки це спричиняло його докори, ревності, акти насильства. В той же час і поряд з чоловіком, під його контролем вони почувались невпевнено, боячись своєю поведінкою або висловлюваннями недовгожити йому і викликати гнів. У цих жінок спостерігалась соціальна обмеженість, а нерідко і соціальна ізоляція. Слід зазначити, що описані варіанти агорафобії відмічались тільки у непрацюючих жінок, які виконували обов'язки домогосподарок.

Усі жінки з тривожно-фобічними розладами намагались уникати загрозливо-фобічних ситуацій у сім'ї. Проте сам процес уникання був психологічно неприємним, з відчуттям самообмеження і невпевненості у ефективності застережливих заходів, що поглиблювало психологічний дистрес і, як наслідок, невротичні розлади.

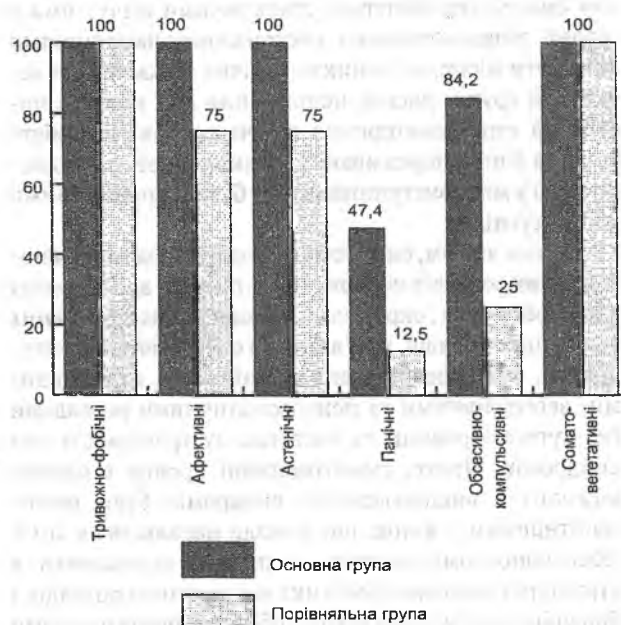


Рис. 2. Синдромальна структура тривожно-фобічного варіанту невротичних розладів у жінок основної і порівняльної груп

Тривожно-фобічні розлади в осіб, що зазнали сімейного насильства, на відміну від жінок з порівняльної групи, ніколи не обмежувались страхом, тривогою, пригніченим настроєм. Ці симптоми співіснували з виразними астеничними, афективними, вегетативними та психосоматичними розладами, нерідко обсесивними страхами та думками неприємного змісту про власну гріховність або гомоцидні бажання (рис. 2.).

У синдромальній структурі тривожно-фобічного варіанту невротичних розладів у жертв насильства в сім'ї, на відміну від порівняльної групи, достовірно частіше (47,4% проти 12,5%, $p < 0,05$) спостерігались панічні атаки виключно на специфічні загрозливі ситуації, через що такі випадки у представниць основної групи не діагностувались як окремі панічні розлади. Особливістю панічних атак у представниць основної групи було те, що вони рідко супроводжувались симптомами деперсоналізації, дереалізації та відчуттям страху смерті. Натомість превалував страх втрати самоконтролю з можливістю аутоагресії або гомоцидних дій, а також страх божевілля. Депресивна симптоматика, тривога, фобії, порушення або відсутність сну, вегетативно-соматичні симптоми, поліморфні астеничні розлади, на противагу представницям групи порівняння, спостерігались між приступами панічних атак без змін їх виразності. Страх та тривога з приводу можливості повторення панічних атак у жертв насильства в сім'ї були невиразними і нівелювались більш значущими для особистості і суб'єктивно неприємними переживаннями. У 4 (4,7%) представниць порівняльної групи з істинними панічними атаками (F41.0) напади панічної тривоги були непередбачуваними, не спричинялись конкретними ситуаціями чи обставинами, майже завжди супроводжувались симптомами дереалізації та деперсоналізації, страхом смерті, серцебиттям, стискаючими відчуттями у грудях, запамороченням, нестримними намаганнями покинути місце, де виникла панічна атака. Зі слів жінок цієї групи, досить неприємним для них був постійний страх повторення панічних атак, натомість тривога й інші переживання, а також вегетативні дисфункції у міжприступний період були маловиразними або відсутніми.

Таким чином, синдромальна структура тривожно-фобічних розладів невротичного генезу у досліджених жінок обох груп, окрім власне домінуючих тривожних і фобічних проявів, пов'язаних з специфічними ситуаціями, була представлена астеничними, афективними, вегетативними та психосоматичними розладами без суттєвої різниці за частотою зустрічаємості цих синдромів. Проте, симптоматичні прояви в рамках кожного з вищенаведених синдромів були різноманітнішими у жінок, що зазнали насильства в сім'ї. Обсесивно-компульсивні та панічні еквіваленти в структурі тривожно-фобічних невротичних розладів з більшою достовірністю ($p < 0,05$) були притаманними жертвам насильства.

Обсесивно-компульсивний варіант невротичних розладів було діагностовано у 6 (8,1%) випадках в основній групі та у 5 (5,8%) жінок порівняльної групи.

Недивлячись на те, що обсесивно-компульсивна (переважно обсесивна) симптоматика спостерігалась досить часто у комплексі скарг, які висловлювали жертви сімейного насильства, здебільшого вона носила супровідний, вторинний характер відносно більш вагомих тривожних, фобічних, депресивних або інших розладів. У даних випадках обсесивно-компульсивні розлади були виділені як окрема клінічна форма невротичних розладів, оскільки виступали домінуючими серед інших симптомів, таких як знижений настрій, тривога, порушення сну, відчуття виснаженості тощо.

Обсесивно-компульсивні розлади у жертв насильства проявлялись переважно нав'язливими страхами, думками або потягами агресивного характеру з сімейно-насильницьким підтекстом. Жінки скаржились на болісні нав'язливі думки жорстокого, садистичного змісту щодо них самих або інших членів сім'ї. Про нав'язливі потяги агресивного характеру щодо чоловіків, які, по суті, були неприємними, лякаючими і непритаманними внутрішньому «Я» та особистісним настановам, повідомили 4 (5,4%) жінки. Разом з тим, представниці основної групи нерідко висловлювали нав'язливі страхи забруднення, занесення в дім «заразних» хвороб, повідомляли про вжиття дій для запобігання забрудненню (постійно здійснювали прибирання оселі, мали безліч пристроїв та ганчірок для кожної окремої речі та заходу, встановлювали порядок та нескінченну безглузду послідовність «санітарних дій», виділяли окремі місця для речей з метою уникання їх стикування та уявного забруднення, зараження тощо). У жінок основної групи було виділено два варіанти формування таких обсесивно-компульсивних розладів. При першому варіанті, який спостерігався у 4 (5,4%) осіб, первинним носієм (суб'єктом) обсесивно-компульсивних потягів до чистоти була власне жінка, а чоловік, не приймаючи її нав'язливих позицій, реагував конфліктами і насильством. Такі жінки вимагали дотримання власних правил та поглядів від оточуючих, порушення яких доводило їх до дистресу. В той же час, їх нав'язлива поведінка і вимоги дотримання «санітарних правил» виступали причинами конфліктів і провокуючими факторами скоєння сімейного насильства. Ці жінки виділялись істероїдними рисами характеру. При іншому варіанті формування нав'язливих розладів, що спостерігався у 2–2,7% випадках, власне чоловік вимагав від дружини «криштальної чистоти в оселі», сварився і карав її за найменші дрібниці неприбраності. Протягом тривалого часу такі педантичні вимоги надмірної чистоти формували у жінки часткове розділення (прийняття) його поглядів, але нескінченність вимог, неможливість повністю догодити йому, сприяли розвитку та поглибленню невротичних розладів. Такий варіант обсесивно-компульсивних розладів спостерігався у жінок, які самі були достатньо охайними і акуратними, а невгамовні вимоги чоловіків доводили їх до неврозу. Індивідуально-особистісними рисами цих жінок виступали педантичність, надмірна сугестивність, невпевненість.

Специфічною клінічною особливістю нав'язливих розладів у жінок основної групи була достатня виразність obsесивного компоненту, в якому простежувався сімейно-конфліктний підтекст, поряд з невиразними, нерозгорнутими компульсивними діями, які не порушували сімейного та соціального функціонування жінок.

Obsесивно-компульсивні розлади в обстеженого контингенту основної групи супроводжувалися зниженням настроєм, тривогою, астеничними проявами, різноманітними страхами, вегетативними і соматичними скаргами (тремтінням, пітливістю, відчуттям кому у горлі, головним болем, неприємними відчуттями у грудях, болем у спині, суглобах тощо).

У всіх представниць порівняльної когорти відмічалася значна виразність як obsесивного, так і компульсивного компонентів нав'язливих розладів. Саме наявність стереотипних, тягосних для особистості компульсивних дій, які порушували сімейне і соціальне функціонування, була основною причиною звернення жінок за медичною допомогою до лікарів-психіатрів. Астено-афективні та вегетативно-соматичні скарги ці пацієнтки висловлювали рідше, найбільше занепокоєння у них викликали саме нав'язливі думки, потяги та ритуальні дії, в яких не простежувалося сімейно-конфліктного підґрунтя їх виникнення і розвитку.

Клінічна структура obsесивно-компульсивного варіанту невротичних розладів за кількісними показниками поширеності синдромів між двома групами порівняння не мала достовірних відмінностей. В основній групі відмічався ширший діапазон симптоматичних проявів астеничного, афективного, вегетативно-соматичного синдромів. Суттєві відмінності мала тематика хворобливих переживань з відображенням психотравмуючої сімейної ситуації.

Розповсюдженою клінічною формою неспсихотичних порушень невротичного генезу у жінок обох груп були тривожно-депресивні розлади, які спостерігались у 22 (29,7%) осіб, що зазнали сімейного насильства, та у 39 (45,3%) жінок групи порівняння. Домінуючими симптомами, які обумовили виділення цього клінічного варіанту невротичних психічних розладів, були депресія і тривога. Натомість ці симптоми майже не виступали окремо взятими невротичними проявами, а співіснували з астеничними розладами (підвищена втомлюваність, роздратованість, емоційна лабільність, погіршення уваги, психічна та соматична гіперестезія, безініціативність, апатія тощо), вегетативними і психосоматичними дисфункціями (тремтіння, серцебиття, пітливість, утрудненість дихання, сухість у роті, головний біль, запаморочення, відчуття задухи, неприємні болісні відчуття у спині, суглобах, диспепсичні явища тощо), порушеннями сну, аж до його відсутності, іпохондричною заклопотаністю питаннями власного здоров'я з впевненістю в існуванні тяжкого захворювання. У жінок основної групи спостерігались невиразні obsесивно-компульсивні еквіваленти, а також ознаки панічних атак, на відміну від групи порівняння, в якій подібні випадки були відсутніми (рис. 3.).

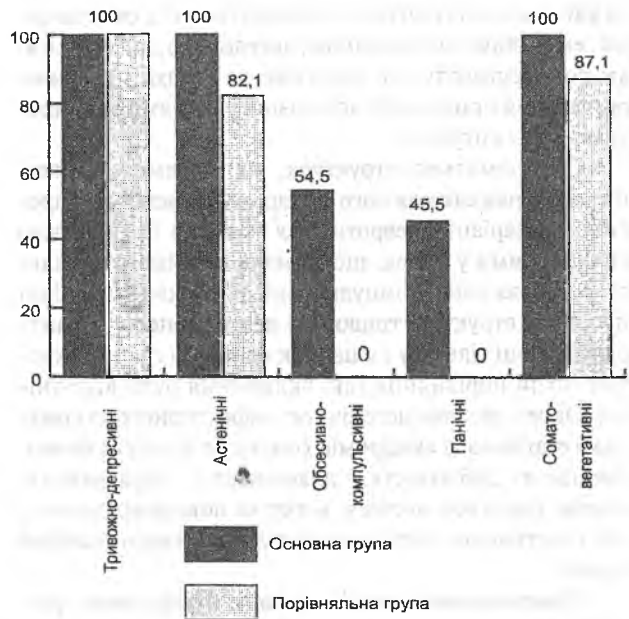


Рис. 3. Синдромальна структура тривожно-депресивного варіанту невротичних розладів у жінок основної і порівняльної груп

У жінок основної групи, що зазнали насильства в родині, розвиток тривожно-депресивних розладів був тісно (причинно і наслідково) пов'язаний із впливом сімейної психотравмуючої ситуації, яка відображалась в тематиці хворобливих переживань. Стрессова подія або тривала психотравмуюча ситуація були первинними і основними причинами розвитку цих розладів. Тому такі психічні порушення класифікувалися за МКХ-10 як розлади адаптації (F 43.2).

У групі порівняння тривожно-депресивні симптоми як розлад адаптації було діагностовано у 7 (8,1%) випадках при наявності причинно-наслідкового зв'язку між стресовими життєвими подіями без агресивного впливу в родині (смерть родичів, особливо дітей, тяжке розлучення, банкрутство тощо). Решта випадків тривожно-депресивних розладів у цій групі підпадала під рубрику змішаних тривожних і депресивних розладів (F 41.2), при яких спостерігалось співіснування майже однакових за ступенем виразності тривожних і депресивних розладів без очевидної причини їх виникнення.

У 4 (5,4%) жінок основної групи в рамках тривожно-депресивного варіанту невротичних розладів після актів грубого фізичного насильства з боку сімейного партнера спостерігались ознаки посттравматичного стрессового розладу (F 43.1). Посттравматичний стресовий розлад розвивався як результат впливу сильного стрессогенного фактора (у даних випадках — застосування грубого фізичного насильства з тілесними пошкодженнями, знущаннями). Це були випадки, коли жінки вперше зазнали актів фізичної агресії з боку чоловіків, що стало для них психологічним потрясінням, хоча раніше вони зазнавали образ, приниження, докорів з боку сімейного партнера. Симптоматично цей розлад проявлявся нав'язливими пригадуваннями психотравмуючої ситуації, подавленим настроєм, тривогою, апатією, замкненістю, не-

бажанням спілкуватись та контактувати з оточуючими, емоційним опієнням, ангедонією, диссомнією аж до відсутності сну, скаргами на страхи, болісним реагуванням при згадках або розпитуваннях про психотравмуючу ситуацію.

Синдромальна структура, як і симптоматичні прояви в рамках кожного синдрому тривожно-депресивного варіанту невротичних розладів були значно складнішими у жінок, що зазнали сімейного насильства. Обсесивно-компульсивні та панічні клінічні прояви в структурі тривожно-депресивного варіанту були наявні тільки у пацієнток основної групи, у хворих групи порівняння такі включення були відсутніми. Окремі прояви астеничного, афективного та соматовегетативного синдромів (постійне відчуття втоми, емоційна лабільність, плаксивість, образливість, апатія, боротьба мотивів, відчуття повної відсутності сну) достовірно частіше відмічались у жертв сімейної агресії.

Соматовегетативний варіант невротичних розладів у вигляді соматоформної вегетативної дисфункції (F45.3) був діагностований у 8 (10,8%) випадків в основній групі та у 30 (34,9%) у жінок порівняльної групи. Жінки з цим розладом висловлювали численні скарги як соматичного, так і вегетативного характеру, без іпохондричної фіксації у впевненості існування у них якогось конкретного тяжкого захворювання. Саме за цими ознаками було встановлено вид соматоформних розладів. Серед численних соматичних скарг різного характеру і локалізації, у 6 (8,1%) жінок основної групи переважали скарги, які стосувались серцево-судинної системи. Ці жінки, в першу чергу, скаржились на тривалий багатогодинний біль у ділянці серця, нерідко повідомляли про відчуття печії, схоплення, стискання у ділянці серця. Ірадіації кардіального болю ніколи не спостерігалось. Серцевий біль супроводжувався тахікардією з поодинокими екстрасистолами, лабільністю артеріального тиску, запамороченням, головним болем. Симптоми завжди загострювались після психоемоційного навантаження або незначних хвилювань. Натомість фізичне навантаження ніколи не сприяло виникненню симптоматики.

У 2 (2,7%) жінок основної групи соматизована вегетативна дисфункція виявлялася симптомами ураження кишково-шлункового тракту. Разом зі скаргами вегетативного характеру жінки повідомляли про нудоту, не пов'язану з вагітністю чи іншими об'єктивними причинами, зниження апетиту, втрату ваги, інші диспепсичні розлади, такі як метеоризм, проноси, біль і дискомфорт у животі без об'єктивних причин. Як і при кардіалгічній дисфункції симптоми загострювались після психоемоційних хвилювань, спричиняли психологічний дискомфорт та порушення загального самопочуття. Ці симптоми настільки хвилювали жінок, що вони часто звертались до лікарів (терапевтів, кардіологів, гастроентерологів), перебуваючи впевненими, що подібна симптоматика є проявом наявності якогось захворювання. Проте, результати об'єктивних методів обстеження не знаходили органічного підґрунтя ураження серцево-судин-

ної, шлунково-кишкової або будь-якої іншої системи.

Окрім посилення на ураження серцево-судинної чи шлунково-кишкової системи, жінки висловлювали скарги на підвищену роздратованість, стомлюваність, слабкість, неможливість зосередитись, часті відчуття запаморочення, приливів жару з пітливістю, тремтінням (не пов'язані з клімаксом), біль у спині, у суглобах, відчуття задухи, нестачі повітря, кому у горлі, утруднення ковтання тощо.

Тобто, у жінок основної групи, окрім домінуючих скарг кардіалгічного і диспепсичного характеру, відмічалась поліморфність симптомів, що відносились до різних систем організму. У представниць порівняльної групи спостерігався більш широкий діапазон клінічних форм соматичної вегетативної дисфункції (серцево-судинної, травної, дихальної, сечостатевої систем), проте скарги жінок обмежувались більш конкретним органом або системою, які вони вважали джерелом свого захворювання. Схильність до розвитку соматоформних вегетативних дисфункцій простежувалась у жінок з істероїдними рисами характеру.

У результаті порівняльного аналізу клінічних форм та симптоматичних проявів невротичних розладів в рамках кожної підгрупи жінок, які зазнали фізичного чи психологічного насильства, було встановлено певні закономірності формування клінічних варіантів невротизів в залежності від типу насильства в сім'ї (таблиця).

Таблиця Структура невротичних розладів у жертв фізичного і психологічного сімейного насильства						
Клінічний варіант невротичних розладів	Кількість випадків				Усього	
	I підгрупа		II підгрупа			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тривожно-фобічний	28	56,0	10	41,6	38	51,4
Тривожно-депресивний	10	20,0	12	50,0	22	29,7
Соматовегетативний	7	14,0	1	4,2	8	10,8
Обсесивно-компульсивний	5	10,0	1	4,2	6	8,1
Разом	50	100,0	24	100,0	74	100,0

У жінок, що зазнали фізичного насильства більше ніж у половині відсотків випадків (28-56,0%) розвинувся тривожно-фобічний варіант невротичних порушень. У підгрупі жінок, які були жертвами психологічного (морального) насильства, достовірно частіше розвивався тривожно-депресивний варіант невротичних розладів (12 випадків — 50,0%, $p < 0,01$). Інші форми зустрічались без суттєвих відмінностей за частотою поширеності між підгрупами.

Посттравматичний стресовий розлад (4 випадки — 8,0%), що був включений нами до тривожно-депресивного варіанту невротичних розладів, розвивався виключно у жінок — жертв жорстокого фізичного насильства.

Інтенсивність і діапазон симптоматичних проявів в рамках кожного синдрому був значно ширшим у жертв фізичного насильства.

Суїцидальні думки та наміри, без суїцидальних спроб, достовірно частіше були притаманними жінкам — жертвам фізичної агресії (17 — 34,0% проти 3 — 12,5%, $p < 0,05$). Така закономірність є цілком

логічною з огляду на тип насильства та більшу тяжкість стану жінок, які зазнають регулярних побоїв, знущань, заподіяння тілесних пошкоджень тощо. Психопатологічним підґрунтям суїцидальних намірів виступали тривога і депресія.

Висновки

1. У жертв насильства в сім'ї виділені чотири клінічні форми (варіанти) невротичних розладів: тривожно-фобічний (38 — 51,4% випадків), тривожно-депресивний (22 — 29,7%), соматовегетативний (8 — 10,8%) та обсесивно-компульсивний (6 — 8,1%).

2. Синдромальна структура невротичних розладів у жертв насильства була полісимптоматичною з тенденцією до динамічної трансформації виразності клінічних проявів. У жінок групи порівняння, у генезі невротичних розладів яких був відсутній вплив сімейного насильства, психічні розлади, навпаки, мали тенденцію до сталих моносимптоматичних проявів.

3. Тематика хворобливих переживань у жертв насильства в сім'ї завжди відображала сімейно-конфліктну ситуацію. Виявлення сімейно-віктимологічного підтексту невротичних розладів дозволяє вжити адекватних для даного контингенту медико-соціальних заходів.

4. Жінки, що постраждали від фізичної агресії з боку сімейного партнера з найбільшою вірогідністю мали тенденцію до розвитку тривожно-фобічного варіанту невротичних розладів, на відміну від жертв психологічного насильства, в яких найчастіше спостерігались тривожно-депресивні форми невротичного реагування.

5. Виразність клінічних проявів і діапазон симптомів в рамках кожного невротичного синдрому були значно ширшими у жертв фізичної агресії. У цих жінок достовірно частіше відмічалися суїцидальні думки і наміри без суїцидальних спроб в анамнезі на психопатологічному ґрунті тривоги і депресії. Вчасне звернення за медико-психіатричною допомогою зменшило можливість реалізації суїцидальних намірів.

Література

1. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї»: прийнятий 15 листопада 2001 р. № 2789 — III // *Голос України*. — 2001. — 20 груд.
2. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В.Ф. Москаленко. — К., 2002. — 88 с.
3. Онишко Ю.В. Проблеми психіатричної допомоги жінкам — жертвам насильницьких дій // *Арх. психіатрії*. — 2000. — № 1–2 (20–21). — С. 7–9.
4. Онишко Ю.В. Жертви насильства — нова група пацієнтів. Проблеми, реалії та перспективи в аспекті комплексного міждисциплінарного підходу // *Арх. психіатрії*. — 2002. — № 4 (31). — С. 22–26.
5. Онишко Ю.В. Система медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї у заходах, що передбачені Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації на 2002–2011 роки» // *Арх. психіатрії*. — 2003. — № 3 (34). — С. 10–16.
6. Табачников С.І., Онишко Ю.В., Домбровська В.В. та ін. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» в аспекті соціальної та судової психіатрії // *Укр. вісн. психоневрології*. — 2002. — С. 151–154.
7. Alison M. Heru Насилие со стороны интимного партнера: лечение его и его жертвы // *Обзор современной психиатрии*. — 2008. — № 2 (36). — С. 55–63.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, У ЖЕРТВ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ

И.В. Гаврилюк

В статье рассмотрены клинические варианты и симптоматические проявления невротических расстройств у жертв семейного насилия. Выделены особенности невротических расстройств в зависимости от типа семейного насилия.

Ключевые слова: жертвы насилия в семье, невротические расстройства, клинические особенности.

THE CLINICAL FORMS AND PHENOMENOLOGICAL FEATURES OF NEUROTIC DISTRESSES FOR VICTIMS OF VIOLENCE IN FAMILY

I.V. Gavryluk

In the article the clinical forms and symptomatic developments of neurotic distresses for victims of family violence are reviewed. The features of neurotic distresses are discharged depending on a type of family violence.

Key words: victims of violence in family, neurotic distresses, clinical features.

Надійшла 27.11.2009

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н. Астапов³

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Украинская военно-медицинская академия,²Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,³Главный военно-медицинский клинический центр, г. Киев**Ключевые слова:** преклинический этап шизофрении, ранняя диагностика, военно-врачебная экспертиза.

В настоящее время для постановки диагноза психического расстройства используется международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). При создании МКБ-10 разработчики исходили из прагматических задач международных научных контактов и медицинской статистики, считая, что она не подменяет собой существующие национальные классификации и достижения клинической практики. По данным В.А. Жмурова [2], множество психопатологических феноменов отбрасывается, так как они не проходят строгого отбора на пригодность для диагностики конкретной болезненной единицы. Если практически полезными оказываются всего 10–15% симптомов, а все прочие лишаются значения и смысла, то это никак не добавляет уважения к господствующей ныне практике. На современном уровне знаний нозологически ориентированный методологический подход в области создания международных классификаций не сформирован. Отмечается, что «применение высоких технологий при отсутствии сочетания с благо-разумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психиатрии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище». Многие достижения клинического классического психиатрического подхода незаслуженно «забываются», а психиатры классического направления выглядят ретроgrадами в глазах современного поколения врачей-психиатров. В отечественной психиатрии сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны, активно внедряется «доказательная медицина», а с другой — происходит экспансия спекулятивного психоанализа. N.C. Andreasen отмечает, что «психоанализ способствовал значительному уменьшению роли тщательного наблюдения за объективными и субъективными проявлениями заболевания у пациента, что являлось основой для психиатров раннего гуманистического периода, в частности для развития феноменологии. Действительно, согласно психоаналитическому подходу симптомы и внутренний опыт пациента должны игнорироваться, а психоаналитику для выявления истины необходимо было обнаружить глубинные причины, скрывающиеся за жалобами больного» [7].

Операциональные критерии шизофрении не позволяют своевременно диагностировать это заболевание и проводить раннюю терапию. Следует подчеркнуть, что диагностические критерии включают только

некоторые характерные симптомы заболевания и не предназначены для всестороннего описания болезни, а используются лишь в качестве инструмента, с помощью которого было бы возможно поставить диагноз. Самая главная проблема, над которой работают разработчики будущей классификации МКБ-11 — это разграничение нормы и патологии. Требуется установить различия между патологическим и нормальным психологическим функционированием. Кроме того, следует уточнить диагностические категории и значения одномоментных (поперечных) диагнозов в сравнении с лонгитудинальными (продольными). Возвращение к анализу алгоритмов течения заболевания расширяет возможности психиатрической классификации [3].

Согласно эпидемиологическим данным частота инициальных расстройств перед манифестным приступом составляет 76,6% у мужчин и 63,3% у женщин [6]. Наличие многолетних доманифестных расстройств при шизофрении отмечали такие классики психиатрии, как G.Huber (в 21–30% наблюдений), O.Bumke (в 70%), E.Bleuler (в 75 %) [5]. Исследования, проведенные в клинике, со всей очевидностью показывают, что в подавляющем большинстве случаев (по данным В.М. Шаманиной, в 88%) развитию приступов периодической шизофрении предшествует ряд изменений психической деятельности, которые могут быть с достаточным основанием отнесены к симптомам доманифестного инициального периода [4]. В работе Т.Ю. Воробьевой выделяется 2 типа доманифестных расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении: 1) с доманифестными расстройствами, как проявлениями вялого течения с психопатоподобной, невротоподобной и аффективной симптоматикой, постепенным расширением круга позитивных симптомов и нарастанием негативных личностных изменений малой прогредиентности; 2) с доманифестными эпизодами в рамках диатеза, характеризующимися наличием черт конституциональных личностных аномалий с развитием на их фоне бесследно обходящихся «форпост-синдромов», невротических, аффективно-реактивных, психогенных и фазных образований [1]. Для ранней диагностики шизофрении плодотворным является феноменологический подход, вытесненный в современных классификациях операциональными критериями. После того, как Н.С. Рümke описал чувство шизофрении (прекокс-гефюль) в отношении раннего слабоумия,

J. Wyrsh провів глибокий аналіз цього інтуїтивно-го розпознавання пацієнтів, стражданих шизофренією. По мнению J. Wyrsh, це чутство ґрунтоване не тільки на особливостях мимики, жестів или мотивів, а на цілостній модальності буття, визначеному способом «существования в мире и причастности к нему», включаючому время, пространство, отношения с другими людьми, т.е. онтологический аспект человеческого существования [8].

Структурно-динамический и феноменологический подходы, плодотворно использованные в отечественной психиатрии, требуют своего возрождения. Особенно важен структурно-динамический подход в ранней диагностике шизофрении. Динамическое понимание шизофрении позволяет нам выделить в течении этого заболевания три основных периода:

1) начальный, которому во многих случаях предшествует «преклиническая»/доманифестная стадия, когда у больного медленно нарастает психопатологическая симптоматика, мало характерная для шизофрении. Эта стадия в дальнейшем сменяется стадией выраженного «манифестного» периода, характеризующегося формирующейся симптоматикой, не укладывающейся еще в какую-либо «классическую» форму шизофрении;

2) средний период развернутых клинических форм шизофрении;

3) поздний период — период исхода шизофрении.

С точки зрения ранней диагностики наибольший интерес представляет доманифестный, начальный, «преклинический» период. Накопленные нами данные многолетних наблюдений и сведения, почерпнутые из литературы, позволили нам уточнить некоторые критерии ранней диагностики шизофрении.

Определенного внимания заслуживают своеобразные черты психики родителей больного: нередко они не могут понять или допустить, что их ребенок болен. Проявляют недоверие к разъяснениям врача и поискам, как они считают, «истинных» причин болезни ребенка. Своеобразие психики родителей проявляется в амбивалентном отношении к военной службе. При манифестации психических расстройств они надеются, что военная служба «исправит» их сына и скрывают бывшие у него в прошлом психотические эпизоды. Некритическое отношение родителей к болезни ребенка проявляется также в попытке трактовать возникшие манифестные проявления болезни как результат неуставных отношений среди военнослужащих с последующими кверулянтскими действиями.

Первыми и наиболее постоянными клиническими проявлениями являются нарушения продуктивности. Новобранцы не могут овладеть знаниями и навыками курса молодого бойца. Изучаемый материал плохо воспроизводится, элементарные воинские требования выполняются с трудом. Произвольное длительное напряжение и сосредоточение внимания не улучшает продуктивности. В некоторых случаях у больных можно отметить неопределенность или нечеткость мышления, отраженную в тех затруднениях, которые больной испытывает при попытках словесных формулировок своих переживаний или при рас-

крытии смысла пословиц и поговорок. Очень частым, но несколько поздним симптомом, является своеобразная жалоба на «наплывы мыслей». Это состояние характеризуется тем, что у больных постоянно «вертятся» в голове один и тот же «сюжет», все время развиваемый больным в достаточно однообразных вариантах. Это состояние может быть более выражено в период засыпания. Больные осознают ненужность подобных рассуждений и их бесплодность. По своему содержанию это мысли на отвлеченные темы. Иногда это мысли «о жизни» или «мистические». В некоторых случаях эти феномены отражаются в письменной продукции больных. В отличие от навязчивостей эти психопатологические проявления лишены «непреодолимости» и аффективной насыщенности. Они скорее аффективно безразличные и пустые, но пациенты пассивно их принимают.

Сенсорные нарушения в доманифестной шизофрении не столь очерчены (вербальные галлюцинации, псевдогаллюцинации), как в последующем периоде развития болезни. Видное место среди первых жалоб занимают жалобы на «расстройство зрения». У всех больных они весьма сходно формулируются в достаточно однообразных определениях: больные заявляют, что они «стали видеть как через туман», «у них перед глазами сетка», «марля», «муть в глазах». Ощущения эти имеют очень стойкий и упорный характер, больные уделяют им много внимания, так как обычно они переживаются ими как очень неприятные. По поводу этих ощущений пациенты нередко обращаются к офтальмологу. В некоторых случаях у них отмечают очень неопределенные диффузные жалобы общего порядка на «общую разбитость», «тошнотность». Иногда эти переживания принимают вычурный характер — больной жалуется на «переливание содержимого черепа в зависимости от положения головы».

Одной из первых по времени и достаточно интенсивной является жалоба больных на неприятные ощущения со стороны сердца, формулируемые обычно как «тяжесть в области сердца», «жжение в сердце», «сердцебиения», «замирание сердца», «боли в сердце». В своем словесном оформлении эти жалобы напоминают «невроз сердца», что предопределяет диагноз интернистов: «вегетососудистая дистония по кардиальному типу». Однако, в отличие от невротических больных, больные шизофренией относятся к своим ощущениям пассивно, не «сопротивляются» им, как бы сживаясь со своими ощущениями. Нередко они отрицательно относятся к предполагаемому обследованию и лечению. Эти жалобы существенно отличаются от кардиофобического синдрома, а именно тем, что не имеют связи с внешними событиями, монотонны, лишены страха, сопровождаются неадекватными эмоциями и нежеланием обращаться за медицинской помощью.

Наряду с указанными кардиальными жалобами у рассматриваемых больных отмечают и жалобы на «затруднение дыхания», «одышку», «чувство сжатия в грудной клетке», «отсутствие ощущения полноты вдоха». Следует отметить, что, по нашим данным, больным шизофренией свойственен иррегулярный тип дыхания, асинхронный с частотой их пульса.

Несколько более поздним, приходящимся уже на границу преคลินิกического и выраженного начального периода, является своеобразное переживание больным изменения самого себя. Иногда этот феномен выражается лишь в симптомах «боязнь смотреть в зеркало» или «не люблю фотографироваться». По своей психопатологической структуре данные симптомы близки к еще более позднему симптому «отчуждения», когда больному все окружающее кажется «изменившимся», чужим, «странным».

Эмоциональные расстройства являются облигатными в преклинической стадии шизофрении. Выраженные эмоциональные нарушения на этой стадии заболевания проявляются в виде вяло-депрессивных или тревожных состояний. Характерная особенность тревожных состояний — сочетание тревоги и растерянности. В ряде случаев тревога связана со смутным ощущением надвигающейся катастрофы. При этом больные погружены в свои переживания и в силу этого внешне выглядят «безразличными», «примороженными». Сослуживцы обычно замечают, что пациенты при разговоре с ними как будто «отсутствуют». «Маскированные» эмоциональные нарушения проявляются при клиническом психиатрическом исследовании. У больных можно отметить повышенную чувствительность, обидчивость по незначительным поводам, вегетативную лабильность при внешне «спокойном» состоянии.

Нарушения волевых актов и поведения чаще всего способствуют социальной декомпенсации больных. Можно выделить следующие виды нарушенного поведения в дебюте шизофрении: а) вялое и безынициативное поведение с последующим углублением аутизма; б) поведение с односторонней активностью и «активной ипохондрией»; в) поведение с импульсивной наркоманией или алкоголизмом; г) неожиданные немотивированные правонарушения (парагномен) или д) неожиданное суицидальное поведение.

Развитие симптоматики на преклиническом/доманифестном этапе развития шизофрении отличается полиморфизмом и незавершенностью клинической картины. Эти состояния трудно квалифицировать как в клиническом, так и в экспертном аспекте. Упрощенный «поперечный» взгляд на состояние пациента вынуждает устанавливать такие диагнозы, как «патологическое расстройство адаптации», «декомпенсация патохарактерологических черт характера», «невротическое состояние» или «расстройство личности».

Вместе с тем, даже при скудной клинической картине следует различать процессуальные признаки для вынесения правильного экспертного решения при проведении военно-врачебной экспертизы. В заключениях экспертов следует отмечать процессуальный характер выявленных расстройств и квалифицировать их как «неврозоподобные» или «шизотипические». Установление процессуальных клинических симптомов как проявление «тяжести» состояния должно определять решение в пользу увольнения таких военнослужащих из вооруженных сил.

Таким образом, современный уровень знания и использование международных классификаций недостаточны для точной квалификации процессуальных психических расстройств на преклинической стадии шизофрении. Игнорирование опыта классической психиатрии и феноменологический подход остаются значимыми методами ранней диагностики психических расстройств, в частности шизофрении. Выявление доманифестных признаков шизофрении определяет военно-врачебное экспертное решение в пользу увольнения таких военнослужащих из вооруженных сил.

Литература

1. Воробьева Т.Ю. Шизообразная шизофрения с доманифестными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: НЦПЗ РАМН, 1996. — 9 с. (<http://www.psychiatry.ru/diss.php?dissnum=83>)
2. Жмуров В.А. Психические нарушения. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 1016 с.
3. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнакова и др. — М.: ГЕОТАР — Медиа, 2009. — 1000 с.
4. Шаманина В.М. Об основных закономерностях развития и течения циркулярной шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М.: Институт психиатрии АМН СССР, 1966. — 28 с.
5. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — 400 с.
6. Шмаснова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1985. — Т. 85, № 8. — С. 1184—1191.
7. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 4. — 8 с.
8. Wyrsh J. Über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen // Schweiz. Med. Wochenschr. — 1946. — № 46. — S. 1173—1176.

ПРО РАННЮ ДІАГНОСТИКУ ШИЗОФРЕНІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О.Г. Сиромятов, Н.О. Дзеружинська, Ю.М. Астапов

Виділено доклінічний етап розвитку шизофренії з характерними соматичними, когнітивними, емоційними та поведінковими ознаками. Пропонується оцінювати цю симптоматику як «процесуальну» та виносити рішення про звільнення цих військовослужбовців при проведенні військово-лікарських експертиз.

Ключові слова: доклінічний етап шизофренії, рання діагностика, військово-лікарська експертиза.

ABOUT EARLY DIAGNOSTICS OF THE SCHIZOPHRENIA AT MILITARY MEN

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaja, Ju.N. Astapov

It is allocated preclinic stage of development of schizophrenia with characteristic somatic, cognitive, emotional and behavioral signs. It is offered to estimate this semiology as «remedial» and to pass the decision on dismissal of these military men at carrying out of military-medical examinations.

Key words: preclinic stage of schizophrenia, early diagnostics, military-medical examination.

Поступила 11.09.2009

Д.В. Максимів, О.М. Макаренко, Я.І. Черник

КОРЕКЦІЯ РОЗВИТКУ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У МУТАНТІВ *DROSOPHILA MELANOGASTER* ЗА ДОПОМОГОЮ КОМБІНОВАНОЇ ПОЕТАПНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ*

Львівський національний університет імені Івана Франка

Ключові слова: дрозофіла, нейродегенерація, нейропротекція, нейроактивація, нейроретардація, тривалість життя.

Вступ. У результаті дегенерації нервових клітин центральної нервової системи (ЦНС) виникають нейродегенеративні захворювання (НДЗ) — внаслідок зміни синтезу нейромедіаторів з'являються порушення в її роботі: розлади координації рухів, розумових здібностей, пам'яті. Найбільш поширені НДЗ — хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, хорея Гантінгтона, боковий аміотрофічний склероз, хвороба Німана-Піка та ін. Ці захворювання характеризуються прогресивною загибеллю різних типів нервових клітин у різних структурах ЦНС. Незворотній дегенерації підлягають холінергічні нейрони спинного мозку і стовбура головного мозку при боковому аміотрофічному склерозі і спінальний м'язовий атрофії, дофамінергічні нейрони чорної субстанції (*substantia nigra*) при хворобі Паркінсона, ГАБА-ергічні нейрони базальних гангліїв при хорей Гантінгтона, нейрони головного мозку при хворобі Альцгеймера [5, 13, 15, 18]. Підтримання функції нейронів, які охопив патологічний процес, і відновлення втрачених міжклітинних зв'язків нервової тканини можуть суттєво підвищити якість і збільшити тривалість життя хворих. Проблема лікування цих захворювань залишається однією з найважливіших у нейробіології. Сьогодні процес регенерації клітин у ЦНС не вважається нездійсненним. Функціональна значущість нервових клітин для організму передбачає їхню потенційну регенерацію за рахунок стовбурових клітин. Очевидно, що подібні досягнення в нейробіології поряд з прогресом молекулярних і клітинних технологій відкривають широкі перспективи для розробки нових методів лікування НДЗ. Такими перспективними методами вважаються корекція експресії гена, відповідального за розвиток хвороби, трансплантація стовбурових клітин, а також поєднання генної інженерії з клітинною терапією — трансплантація генетично модифікованих стовбурових клітин [15, 21, 26]. Однак ці методи не завжди є доступними, і тому на даному етапі актуальною і загальноприйнятною залишається фармакотерапія. Монотерапія лікарськими засобами хвороби Альцгеймера та інших нейродегенеративних захворювань недостатньо ефективна і нерідко супроводжується побічною дією та ускладненнями [17, 25]. В останнє десятиліття йде пошук системи препаратів,

які діяли б злагоджено, поетапно, забезпечуючи на кожному етапі лікування процеси регенерації нейронів [18].

Для вивчення впливу конкретних фармакологічних засобів на розвиток нейродегенерацій широко застосовують мутантні лінії мишей, шурів, а також дрозофіли. Розшифровано геном *Drosophila melanogaster* і виявлено, що він на 75% є гомологічним до геному людини [23]. Тому нейродегенеративні мутанти дрозофіли, одержані за допомогою індукованого мутагенезу [2, 11], були у нашій роботі зручною біологічною моделлю для вивчення патогенезу нейродегенерацій та впливу на них фармакологічних засобів.

Матеріали і методи

Дослідження проводили на чотирьох лініях мутантів дрозофіли за Х-хромосою (*sws*, 76–15, 2–14, 61–7), які характеризувалися вкороченою тривалістю життя та наявністю дегенеративних порушень у структурах головного мозку. Фенотипово нейродегенеративні зміни у мутантів проявлялися у вигляді вакуолей, прогалин, отворів різного розміру, які пронизували тканину головного мозку і нагадували фенотип мозку людини при НДЗ [2]. Контролем була лінія дикого типу Oregon R (рис. 1).

Вплив фармакологічних препаратів вивчали за наведеною схемою (рис. 2). Спочатку методом личинкового згодовування вносили лікарські препарати з нейропротекторним ефектом. Після вильоту мух п'ятиденних імаго переносили на нове середовище з додаванням фармакологічних засобів, що мали нейроактиваторні властивості, а на 10-й день життя особин розміщували на середовищі з препаратами нейроретардаторами. На всіх етапах експерименту контролем була дистильована вода.

На першому етапі ми застосовували такі препарати: донепезил гідрохлорид (арісепт) — інгібітор ацетилхолінестерази, який зупиняє розпад та дегенерацію нейронів; пірацетам (ноотропіл) — 2-оксо-1-піролідинацетамід [9] з групи ноотропів, який змінює швидкість проходження процесів збудження у мозку, покращує нейрональну пластичність і метаболізм, сприяючи активації синтезу ДНК, фосфоліпідів та низки кіназ у нейронах; церебралізін (Ебеве, Австрія) з вираженою нейроспецифічною активністю, нейрометаболічною регуляцією, нейропротекцією та функ-

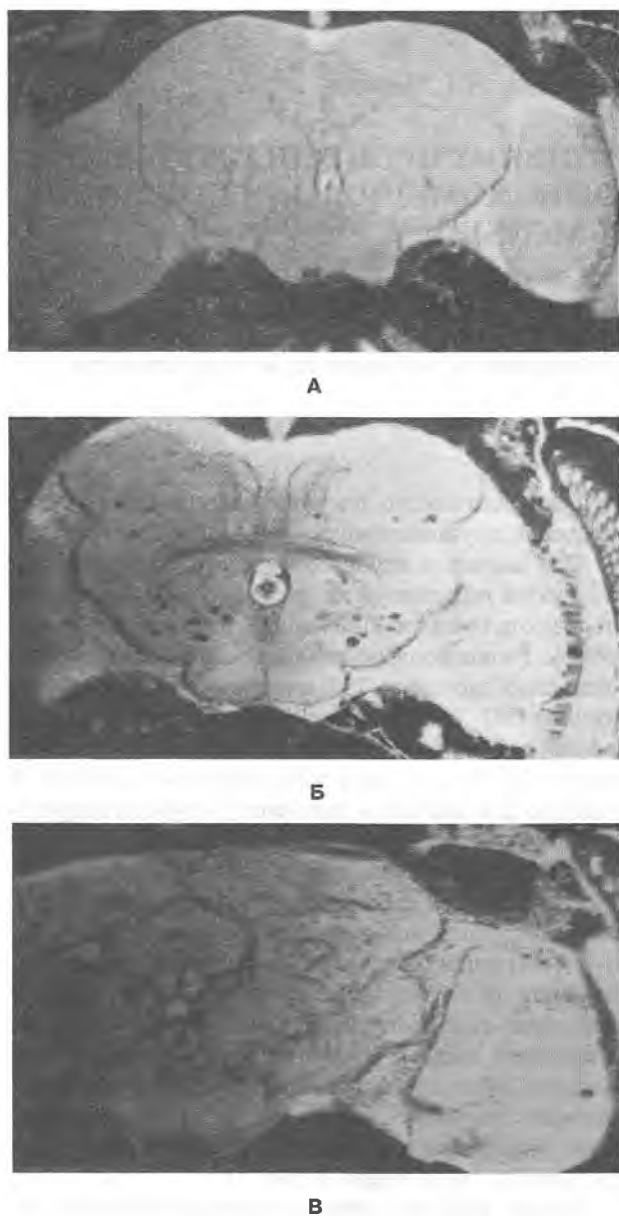


Рис. 1. Фенотип тканини мозку особин дикого типу Oregon (А) та нейродегенеративних мутантів sws (Б) і 76–15(В) (х 600)

ціональною нейро модуляцією [25]. Як нейроактиватори були використані адреналін — збуджувач усіх типів адренорецепторів, адемент і церебрал. Останнім часом можна відмітити “біологізацію” у пошуку нових лікарських засобів, оскільки в живих організмах виявлено ендogenous сполуки з вираженою фармакологічною активністю [1, 3]. Відомо [4], що реакція нейронів на стресову дію супроводжується певними процесами: гіперплазією мембранних структур, зміною стану рецепторів мембран і трансмембранного транспорту нейромедіаторів, утворенням біологічно активних речовин захисного характеру. Встановлено [4, 6], що у пошкоджених тканинах мозку утворюються травмотрофічні речовини, які прискорюють процес відновлення функції пошкоджених нейронів. Адемент — препарат, виділений із крові пацієнта з хворобою Альцгеймера на стадії ремісії після базової

традиційної терапії, містить низькомолекулярні пептиди (300–600 Да) [3, 6]. Церебрал — екстракт водорозчинних молекул, виділених з цереброкортексу тварин, які успішно перенесли геморагічний інсульт [4]. Після моделювання геморагічного інсульту у тварин відбуваються активні регенеративні та репаративні процеси, стимулюються ріст нейритів і синапсоутворення. Церебрал підсилює синтез фактору росту нейронів і виявляє модулюючі впливи на імунну систему в експерименті [7]. На третьому етапі в якості нейроретардаторів застосовували верапаміл (верапамілу гідрохлорид) та німотоп (німодипін). Ці антагоністи Ca^{+2} каналів нормалізують тонус мозкових судин та гомеостаз нейронів [17]. У роботі ми використовували фармакологічні засоби у концентраціях, які розраховували, виходячи з рекомендованої максимальної дозової дози (*dosis therap. max.*) засобу на 1 кг маси тіла пацієнта у перерахунку на кількість поживного середовища: пірацетам — 0,085 мл/100 мл середовища, церебралізін — 3,6 мл/100 мл середовища, арісепт — 2,9 мг/мл (7 мМ); церебрал — 3,6 мг/100 мл середовища, адреналін — $4,8 \times 10^{-5}$ мг/мл (0,48 мМ), адемент — 0,14 мл/100 мл середовища; верапаміл — 0,28 мл/100 мл середовища, німотоп — 3,43 мг/мл (8 мМ).

Гістологічні препарати головного мозку готували за стандартною методикою [14, 20]. Для цього досліджуваних особин фіксували у розчині Карноя (етанол, хлороформ і оцтова кислота у співвідношенні 6:3:1). Далі проводили дегідратацію і відмивання об'єктів у спиртах з наступною фіксацією у парафінах. З парафінових блоків виготовляли гістологічні зрізи мозку дрозофіли товщиною 7 мкм, які переносили на желатинізовані предметні скельця, висушували при температурі 37° С і відмивали кислотом від парафіну. Готові препарати аналізували в ультрафіолетовому світлі за допомогою мікроскопу Laboval 3 (Carl Zeiss Jena) при збільшенні 15х40. Гістологічні препарати зрізів мозку аналізували на 5, 15, 22, 25 й та 27 й дні життя імаго.

Результати та обговорення

Старіння у *D. melanogaster* в нормі починається після 20 днів життя імаго [14]. У досліджуваних мутантів поява нейродегенерації спостерігалася у різні терміни. У мух лінії sws вакуолі різного розміру, розкидані по всій мозковій тканині, виявлялися вже на перший день після вильоту імаго (рис.1). Фенотип особин лінії 76–15 проявлявся у вигляді губчасто

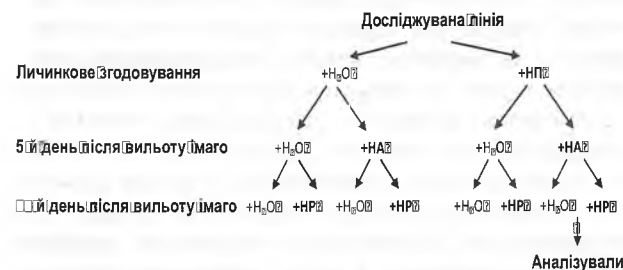


Рис. 2. Схема дослідження комбінованого впливу фармакологічних засобів на нейродегенеративних мутантів *D. melanogaster*: НП — нейропротектор, HA — нейроактиватор, HP — нейроретардатор

подібної структури мозку з третього дня життя дорослих особин. У імаго ліній 2–14 та 61–7 на третій день з'являлися зміни у вигляді отворів і плям різного розміру по всій структурі головного мозку [2, 12]. У процесі життя особин дегенеративні зміни прогресували.

Теоретичною основою розробленої системи корекції розвитку нейродегенеративних процесів за допомогою фармакологічних речовин з різними механізмами дії є комбінований поетапний їхній вплив. Оскільки всі дегенеративні процеси супроводжуються вираженою втратою нейронів, на першому етапі бажано зупинити ушкодження або сповільнити процеси загибелі клітин, а також забезпечити мінімальну їхню регенерацію. Це завдання можуть здійснювати препарати з нейропротекторною дією. На наступному етапі лікарські засоби повинні посилювати регенерацію, активувати відновлення структурних компонентів нейронів, забезпечувати утворення нових міжнейрональних зв'язків (розвиток спраунтингу). На цьому етапі можуть бути задіяні нейроактиватори. Однак надмірна активація може призвести до утворення гліом, а надлишок фактора росту нейронів — викликати розвиток амілоїдної дегенерації, тому важливо своєчасно призупинити ці процеси. Власне, таке завдання здійснюють на третьому етапі речовини-ретардатори, які є антагоністами Ca^{+2} -каналів і забезпечують зупинку надмірного розростання нейронів.

Саме така схема поетапного комбінованого впливу фармакологічних засобів з різними механізмами дії (нейропроекція → нейроактивація → нейроретардація) була розроблена нами і досліджена на модельному об'єкті *D. melanogaster* [10, 11]. Принцип досліду полягав у тому, щоб перевірити ефективність препаратів у послідовності нейропротектор+нейроактиватор+нейроретардатор на тих самих особинах. Такими особинами були дорослі 10-денні мухи, які одержали всі заплановані лікарські засоби на кожному етапі.

Ми проаналізували вплив фармакологічних засобів за наведеною схемою (рис. 2) у трьох різних системах: 1 — арісепт+адреналін+німотоп; 2 — церебролізін+адемент+німотоп; 3 — пірацетам+церебрал+верапаміл.

Як видно з наведених даних (табл. 1) без впливу препаратів мутантний фенотип у всіх досліджуваних мутантних ліній проявляється вже до 5-го дня життя імаго, а після введення фармакологічних засобів у послідовності нейропротектор+нейроактиватор+нейроретардатор ще у 15-денних мутантів усіх досліджуваних ліній спостерігається нормальний фенотип тканини мозку.

Найбільш резистентними до фармакотерапії виявилися мутантні лінії sws та 61–7 — незалежно від впливу системи лікарських засобів в особин на 22-й день з'являлися нейродегенерації, хоча при дії системи церебролізін+адемент+німотоп серед 22-денних комх спостерігали особин, в яких не було у мозку дегенеративних змін. Подібний результат продемонстрували мутанти 2–14, але на відміну від ліній 61–7 та sws поєднання церебролізін+адемент+німотоп відтермінувало появу змін у тканині мозку до 25-го дня життя імаго. І це зрозуміло, оскільки нашими дослід-

Таблиця 1 Фенотиповий прояв нейродегенеративних змін у тканині мозку мутантів <i>D. melanogaster</i> під час поетапного впливу фармакологічних засобів						
Лінія	Препарати	Фенотип мозку мутантів				
		Дні				
		1–5-й	15-й	22-й	25-й	27-й
Oregon	$\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$	N	N	N	N	N
	+Ар+Ад+Н	N	N	N	N	N
	+Ц+А+Н	N	N	N	N	N
	+П+Цр+В	N	N	N	N	N
2–14	$\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$	M	M	M	M	M
	+Ар+Ад+Н	M	N	M	M	M
	+Ц+А+Н	M	N	N	M	M
	+П+Цр+В	M	N	M	M	M
76–15	$\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$	M	M	M	M	M
	+Ар+Ад+Н	M	N	N	M	M
	+Ц+А+Н	M	N	N	N	M/N
	+П+Цр+В	M	N	N	M	M
61–7	$\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$	M	M	M	M	M
	+Ар+Ад+Н	M	N	M	M	M
	+Ц+А+Н	M	N	M/N	M	M
	+П+Цр+В	M	N	M	M	M
sws	$\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$	M	M	M	M	M
	+Ар+Ад+Н	M	N	M	M	M
	+Ц+А+Н	M	N	M/N	M	M
	+П+Цр+В	M	N	M	M	M

Примітка. N — нормальний фенотип мозкової тканини, M — мутантний фенотип, Ар — арісепт, Ад — адреналін, Н — німотоп, П — пірацетам, Ц — церебролізін, Цр — церебрал, В — верапаміл.

женнями [8] по картуванню мутацій 61–7 та 2–14 було показано, що ці мутації і мутація sws є алельними, і їх продукти не несуть амінокислотних замін. Мутанти 76–15 виявилися найбільш чутливими до впливу лікарських засобів — поява дегенеративних змін у тканині мозку не спостерігалася до 25–27 днів життя імаго. Особини лінії 76–15 також несуть алельну форму гена sws, а дана мутація призводить до амінокислотної заміни у білковому продукті [8]. Якщо говорити про ефективність, то найбільш дієвою виявилася комбінація церебролізін+адемент+німотоп. Поетапна дія цих препаратів у всіх досліджуваних ліній сприяла нормальному функціонуванню мозку до 22–25-денного віку комх, віддаляючи появу дегенеративних змін на 17–20 днів. У лінії 76–15 ці зміни починали з'являтися у деяких особин аж на 27-й день їхнього життя. Відомо, що один день життя мухи прирівнюється до двох років життя людини. Очевидно, що відтермінування появи дегенеративних змін у мозку мутантів на 20–22 дні після впливу поетапної поєднаної дії препаратів може сприяти розробці застосування подібних систем у терапії людини з НДЗ.

У роботах багатьох дослідників [5, 13] було показано, що активне функціонування нервової системи відіграє важливу роль у регуляції процесів старіння, при цьому тривалість життя більшості нейронів корелює із тривалістю життя цілісного організму. Були побудовані криві виживання досліджуваних мутантів, на основі яких визначали параметри тривалості життя без впливу препаратів та після поетапної дії різних лікарських засобів (табл. 2). Максимальну тривалість

життя (МТЖ) серед досліджуваних ліній мав дикий тип Oregon — 62 дні. У лінії нейродегенеративних мутантів цей показник становив 40–50 днів, тобто був на 20–36 % менше від контролю. За даними літератури [14, 16, 19] вкорочена тривалість життя у нейродегенеративних мутантів може бути наслідком порушення процесів метаболізму в організмі комах, а також відмирання певних груп нейронів, МТЖ збільшилася на 10–33%, хоча в лінії дикого типу ці зміни були незначними. Найвищу тривалість життя після впливу фармакологічних засобів виявили особини лінії 76–15. Параметри середньої тривалості життя після впливу препаратів складала: відмирання 25% особин (S₇₅) спостерігалася на 35–45-й день, тоді як без дії препаратів цей показник був у межах 23–32 днів. Відмирання 50% особин (S₅₀) після дії фармакологічних засобів відтермінувалося на 8–18 днів: без дії препаратів половина мутантних особин відмирала впродовж 17–22 днів, а після їхнього впливу таке відмирання відбувалося на 23–35-й день. Цікавим виявилось те, що в особин усіх ліній після дії комбінації препаратів значно підвищилася життєздатність. На кривих виживання спостерігалася характерне плато — активна життєздатність особин до 20-го дня.

Слід зазначити, що застосування фармакологічних препаратів за схемою нейропротектор+нейроактиватор+нейроретардатор є достатньо дієвою, оскільки у цьому випадку поява нейродегенеративних змін у мозку мутантів відтермінувалася, залежно від генотипу лінії, до 22–27-го дня життя імаго, а середня тривалість життя збільшувалася на 10–33%. Найбільшу ефективність проявила система поетапної дії препаратів у складі церебралізину+адемент+німотоп.

Ці результати можуть свідчити про можливість блокади дегенеративних процесів в особин середнього віку і під час старіння мутантів та нормалізацію метаболічних процесів у нервовій системі комах на даних етапах життя.

Таблиця 2					
Параметри тривалості життя мутантних ліній в нормі та після поетапного впливу фармакологічних засобів					
Лінія	Препарати	Параметри тривалості життя (доба)			
		Середня тривалість життя			МТЖ
		S ₇₅	S ₅₀	S ₂₅	
Oregon	+H ₂ O+H ₂ O+H ₂ O	27±0,7	32±1,6	40±1,6	62±1,9
	+Ц+А+Н	25±0,9	30±1,4	45±1,4	65±1,3
	+П+Цр+В	25±0,2	37±0,9	52±1,7	66±0,3
2–14	+H ₂ O+H ₂ O+H ₂ O	20±1,6	28±0,9	32±1,4	49±1,8
	+Ц+А+Н	22±1,0	30±0,7	40±1,5	56±1,2
	+П+Цр+В	21±0,6	30±0,3	40±1,2	60±1,4
76–15	+H ₂ O+H ₂ O+H ₂ O	20±0,5	23±0,4	36±1,7	49±0,9
	+Ц+А+Н	23±1,2	27±0,4	45±1,9	57±0,1
	+П+Цр+В	23±1,1	27±1,4	40±0,3	57±0,4
61–7	+H ₂ O+H ₂ O+H ₂ O	23±0,4	31±1,2	25±1,4	53±1,3
	+Ц+А+Н	23±0,6	35±0,2	45±0,8	55±1,7
	+П+Цр+В	25±1,0	34±0,2	48±1,4	60±0,5
sww	+H ₂ O+H ₂ O+H ₂ O	26±1,9	32±0,1	41±1,7	41±0,7
	+П+Цр+В	26±0,9	34±0,5	40±0,5	53±1,1

Примітка: позначення, як в таблиці 1.

Література

1. Аркадьев В.Г., Макаренко А.Н., Новик Л.В., Пустоваров А.Ю., Максимов Ю.Н. Влияние церебрала — перспективного антиинсультного средства на иммунную систему при геморрагическом инсульте // Эксперим. и клин. фармакология — 2002. — Т. 65, № 2. — С. 20–23.
2. Бобак Я.П., Кімак Н.Я., Максимів Д.В., Черник Я.І., Щербата Г.Р. Пошук морфологічних змін мозку, індукованих етилметансульфонатом, в лінії Oregon *Drosophila melanogaster* // Цитологія і генетика — 2001. — № 6. — С. 34–37.
3. Гасуль Е.Р., Макаренко А.Н., Королев Ю.Н., Деркач И.Ю. Варианты индивидуального лечения больных шизофренией и болезнью Альцгеймера факторами, полученными из аутоплазмы // Актуальні проблеми сучасної психофармакотерапії. — К. — 2001. — С. 69–72.
4. Макаренко А.Н., Королев Ю.Н., Касьянов С.В. Сравнительное исследование аминокислотного состава отдельных субстанций церебрала, постонт и адемент — новой разрабатываемой группы нейротропных средств // Архив психиатрии. — 1998. — № 3. — С. 138–143.
5. Макаренко А.Н., Гасуль Е.Р. Болезнь Альцгеймера. Этиопатологические и клинико-терапевтические аспекты. К., 1999. — 20 с.
6. Макаренко А.Н., Васильева И.Г., Чоник Н.Г. Нейроактивирующий молекулярный механизм действия факторов синтеза секреции ФРН при остром геморрагическом инсульте // Трансплантология. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 69–74.
7. Макаренко А.Н., Григорьева Т.И., Гасуль Е.Р., Корольов Ю.Н., Степаненко Л.В. Адемент — новое и эффективное средство для лечения болезни Альцгеймера // Материалы 7-й Международной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение», М. — 2003. — С. 60.
8. Матийцив Н.П., Максимів Д.В. Генетичний аналіз нейродегенеративних Х-зчеплених мутантів *Drosophila melanogaster* групи sww // Досягнення і проблеми генетики, селекції та біотехнології: 36.наук.пр. / Укр. т-во генетиків і селекціонерів ім. М.І. Вавилова. — К.: Логос, 2007. — Т. 1. — С. 276–280.
9. Машковский М.Д. Лекарственные средства. — М.: Медицина. — 1999. — Т. 1. — С. 732.
10. Радий В., Ступницька І., Кучеренко М., Плахта О., Макаренко О., Гасуль Е., Максимів Д., Черник Я. Вплив препарату Адемент і його низько-молекулярних фракцій на розвиток нейродегенеративних процесів у мутантів *Drosophila melanogaster* // Цит. і генет. — 2005. — Т. 39, № 4. — С. 45–52.
11. Радий В.В., Максимів Д.В., Макаренко А.Н. Комплексное влияние фармакологических веществ на дегенеративные процессы в мозге мутантов *Drosophila melanogaster* // Экспер. и клин. фармакол. — 2006. — Т. 69, № 5. — С. 16–19.
12. Щербата Г., Матийцив Н., Черник Я., Яценко А., Радий В., Кучеренко М., Максимів Д. Генетический анализ нейродегенеративных мутантов *Drosophila melanogaster* по X-хромосоме, индуцированных етилметансульфонатом и нитрозоэтилмочевинной // Генетика. — 2004. — Т. 40, № 9. — С. 1286–1292.
13. Яхно Н., Преображенская И. Болезнь Альцгеймера: патогенез, клиника, лечение // РМЖ. — 2002. — Т. 10, № 25. — С. 2–14.
14. Ashburner M. *Drosophila* // NY, USA: Cold Spring Harbor Univ. Press. — 1989. — V. 1. — 1331 p.
15. Bullock R. New drugs for Alzheimer's disease and other dementions // Br. J. Psychiatry. — 2002. — V. 180. — P. 135–139.
16. Driscoll M., Garstbrein B. Dying for a cause: invertebrate genetics takes on human neurodegeneration // Genetics. — 2003. — V. 4. — P. 181–194.
17. Echiren H., Eichelbaum M. Clinical pharmacokinetics of verapamil, nifedipine and diltiazem // Clin. Pharmacokinetics. — 1986. — V. 11. — P. 425–449.
18. Fanh S. and Sulzer D. Neurodegeneration and neuroprotection in Parkinson Disease // The J. Amer. Society for Experim. Neurotherapeutics. — 2004. — V. 1. — P. 139–154.
19. Greenspan R. Fly pushing. The theory and practice of *Drosophila* genetics // NY, USA. Cold Spring Harbor Lab. Press. — 1997. — P. 23–46.

20. Heisenberg M., Bohl K. Isolation of anatomical brain mutants of *Drosophila* by histological means // *Naturforsch.* — 1979. — V. 34. — P. 143–147.

21. Higgins L., Cordell A. Genetically engineered animal models of human neurodegenerative disease // *Neurodegeneration.* — 1995. — V. 4. — P. 117–129.

22. Hurlley St., Hardy J. Neurodegeneration: Experimental Therapeutics of Neurodegenerative Disorders // *Science.* — 1998. — V. 282. — P. 171–183.

23. Kretschmar D., Hasar G., Sharma S., Heisenberg M., Benzer S. The swiss cheese mutant causes glial hyperwrapping and

brain degeneration in *Drosophila* // *J. Neurosci.* — 1997. — V. 17. — P. 7425–7432.

24. Mitsuddi M., Nambu J.R. Neural disease: *Drosophila* degenerates for a good cause // *Current Biology.* — 1998. — V. 8. — P. 809–811.

25. Mossler H. Cerebrolysin in Alzheimer's disease: efficacy and safety of a neurotrophic drug // *Reseach & Preact. Alzheimer's Disease.* — 2000. — № 3. — P. 305–311.

26. Roses A.D. From genes to mechanisms to therapies: lessons to be learned from neurobiological disorders // *Nat. Medicine.* — 1996. — № 2. — P. 267–269.

КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У МУТАНТОВ *DROSOPHILA MELANOGASTER* С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПОЭТАПНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Д.В. Максимив, А.Н. Макаренко, Я.И. Черник

В результате влияния лекарственными средствами в комбинации нейропротектор+нейроактиватор+нейроретардатор на мутантов дрозофилы выявили задержку появления дегенеративных изменений в мозге особей до 22–27-го дня жизни имаго и возрастание средней продолжительности их жизни на 10–33 % по сравнению с контрольными мухами. Наибольшую эффективность оказало поэтапное действие препаратов в составе церебролизин+адемент+нимотоп.

Ключевые слова: дрозофила, нейродегенерация, нейропротекция, нейроактивация, нейроретардация, продолжительность жизни.

CORRECTION OF NEURODEGENERATION DEVELOPMENT IN *DROSOPHILA MELANOGASTER* MUTANTS USING COMBINED CONSISTENT INFLUENCE OF MEDICINES

D.V. Maksimiv, O.N. Makarenko, Ya.I. Chernik

As a result of effect of pharmacological drugs in combination neuroprotector+neuroactivator+neurorretardator on *drosophila* mutants, the delayng of brain degenerative chages to 22–27 days of imago life and increasing of life span to 10–33% compared to control flies, were showed. The most effective influence of drugs was detected using cerebrorolisin+adement+nimotop.

Key words: *drosophila*, neurodegeneration, neuroprotection, neuroactivation, neurorretardation, life span.

УДК 616.89-008.454-003.96

Надійшла 29.11.2009

О.Н. Голоденко

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, психосоциальная реабилитация, рекуррентные депрессивные расстройства.

В последнее время остро стоит вопрос психосоциальной реабилитации больных с хроническими психическими расстройствами. Психосоциальная реабилитация — это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе [1, 2].

Интеграция больного в общество — одна из основных задач социальной психиатрии. При этом в контексте проблем психосоциальной реабилитации наибольшее значение приобретает социально-психологическая адаптация, под которой понимают процесс, позволяющий человеку устанавливать оптимальные взаимоотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между его

психическими и физиологическими характеристиками, с одной стороны, и требованиями среды — с другой [3]. Понятие социально-психологической адаптации раскрывает динамический аспект функционирования человека в изменяющихся условиях [4].

Одним из тяжелых эндогенных заболеваний в психиатрии является рекуррентная депрессия, распространенность ее составляет 5% среди всех депрессивных расстройств. Это наиболее тяжелая депрессия с длительным и затяжным течением. При этой патологии тоскливые настроения настолько сильны, что люди могут часами просиживать в однообразной согбенной позе, погружившись в свои переживания, иногда совершая медлительные движения, не меняя скорбного выражения на лице с застывшим взглядом. Их трудно вывести даже на обычный разговор,

20. Heisenberg M., Bohl K. Isolation of anatomical brain mutants of *Drosophila* by histological means // *Naturforsch.* — 1979. — V. 34. — P. 143–147.

21. Higgins L., Cordell A. Genetically engineered animal models of human neurodegenerative disease // *Neurodegeneration.* — 1995. — V. 4. — P. 117–129.

22. Hurlley St., Hardy J. Neurodegeneration: Experimental Therapeutics of Neurodegenerative Disorders // *Science.* — 1998. — V. 282. — P. 171–183.

23. Kretschmar D., Hasar G., Sharma S., Heisenberg M., Benzer S. The swiss cheese mutant causes glial hyperwrapping and

brain degeneration in *Drosophila* // *J. Neurosci.* — 1997. — V. 17. — P. 7425–7432.

24. Mitsuddi M., Nambu J.R. Neural disease: *Drosophila* degenerates for a good cause // *Current Biology.* — 1998. — V. 8. — P. 809–811.

25. Mossler H. Cerebrolysin in Alzheimer's disease: efficacy and safety of a neurotrophic drug // *Reseach & Preact. Alzheimer's Disease.* — 2000. — № 3. — P. 305–311.

26. Roses A.D. From genes to mechanisms to therapies: lessons to be learned from neurobiological disorders // *Nat. Medicine.* — 1996. — № 2. — P. 267–269.

КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У МУТАНТОВ *DROSOPHILA MELANOGASTER* С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПОЭТАПНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Д.В. Максимив, А.Н. Макаренко, Я.И. Черник

В результате влияния лекарственными средствами в комбинации нейропротектор+нейроактиватор+нейроретардатор на мутантов дрозофилы выявили задержку появления дегенеративных изменений в мозге особей до 22–27-го дня жизни имаго и возрастание средней продолжительности их жизни на 10–33 % по сравнению с контрольными мухами. Наибольшую эффективность оказало поэтапное действие препаратов в составе церебролизин+адемент+нимотоп.

Ключевые слова: дрозофила, нейродегенерация, нейропротекция, нейроактивация, нейроретардация, продолжительность жизни.

CORRECTION OF NEURODEGENERATION DEVELOPMENT IN *DROSOPHILA MELANOGASTER* MUTANTS USING COMBINED CONSISTENT INFLUENCE OF MEDICINES

D.V. Maksimiv, O.N. Makarenko, Ya.I. Chernik

As a result of effect of pharmacological drugs in combination neuroprotector+neuroactivator+neurorretardator on *drosophila* mutants, the delayng of brain degenerative chages to 22–27 days of imago life and increasing of life span to 10–33% compared to control flies, were showed. The most effective influence of drugs was detected using cerebrorolisin+adement+nimotop.

Key words: *drosophila*, neurodegeneration, neuroprotection, neuroactivation, neurorretardation, life span.

УДК 616.89-008.454-003.96

Надійшла 29.11.2009

О.Н. Голоденко

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, психосоциальная реабилитация, рекуррентные депрессивные расстройства.

В последнее время остро стоит вопрос психосоциальной реабилитации больных с хроническими психическими расстройствами. Психосоциальная реабилитация — это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе [1, 2].

Интеграция больного в общество — одна из основных задач социальной психиатрии. При этом в контексте проблем психосоциальной реабилитации наибольшее значение приобретает социально-психологическая адаптация, под которой понимают процесс, позволяющий человеку устанавливать оптимальные взаимоотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между его

психическими и физиологическими характеристиками, с одной стороны, и требованиями среды — с другой [3]. Понятие социально-психологической адаптации раскрывает динамический аспект функционирования человека в изменяющихся условиях [4].

Одним из тяжелых эндогенных заболеваний в психиатрии является рекуррентная депрессия, распространенность ее составляет 5% среди всех депрессивных расстройств. Это наиболее тяжелая депрессия с длительным и затяжным течением. При этой патологии тоскливые настроения настолько сильны, что люди могут часами просиживать в однообразной согбенной позе, погружившись в свои переживания, иногда совершая медлительные движения, не меняя скорбного выражения на лице с застывшим взглядом. Их трудно вывести даже на обычный разговор,

который то и дело стопорится и затягивается из-за непонимания вопросов, длительных пауз, односложных ответов, с трудностями в подборе слов и формулировок, так как, по объяснению самих людей, даже мысли становятся медленными и неповоротливыми. И говорить они могут только о своем состоянии, монотонно жалуясь на болезненную тяжесть на душе, чувство подавленности, беспросветности и глубокой тоски, а все остальное их практически не интересует, ни люди, ни события [5].

Ранее этиология этого заболевания снимала вопрос о проведении каких-либо психотерапевтических мероприятий таким пациентам [6]. Традиционное, только медикаментозное лечение, конечно же, улучшало психическое состояние больного, нормализовало его эмоциональный фон, купировало продуктивную симптоматику, но для того чтобы вернуть пациента в общество к нормальному функционированию, одной медикаментозной коррекции недостаточно. Необходимо целостное, всестороннее изучение психосоциальных факторов, определяющих успешность адаптации личности, ее адаптационно-компенсаторный потенциал и реализацию этого потенциала в конкретных жизненных условиях с помощью психотерапевтических методов лечения [7].

В соответствии с современными подходами к проблеме лечения рекуррентных депрессий именно психосоциальная реабилитация с ее комплексным вмешательством должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для восстановления физических и психических способностей пациента и его адаптационных возможностей.

Целью настоящего исследования была оценка уровня социально-психологической адаптации больных рекуррентными депрессивными расстройствами с различной длительностью заболевания на момент их выписки из психиатрического стационара.

Материал и методы исследования

Было обследовано 18 пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами (F 33) на момент их выписки из Центра аффективной патологии Донецкой областной психиатрической больницы. Они были разделены на две группы в зависимости от длительности заболевания. Первую группу составили больные с длительностью заболевания более пяти лет (9 человек), вторую — с длительностью заболевания менее 5 лет (9 человек). Возраст больных составил от 25 до 37 лет, средний возраст в обеих группах — 32 года и 30 лет соответственно.

В контрольную группу вошли 18 человек того же возраста, которые никогда ранее не обращались за помощью к психиатру.

Использовалась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда [8]. От больных требовалось ответить на входящие в опросник пункты, эти данные были проанализированы, и рассчитаны средние и интегральные показатели для каждой группы.

При сравнении показателей был использован метод Вилкоксона с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с рекуррентными депрессиями были выявлены высокие показатели дезадаптивности (176 баллов), эмоционального дискомфорта (43 балла), неприятия себя (41 балл) и других (30 баллов), внешнего контроля (37 баллов) со склонностью к ведомому поведению (26 баллов) и уходом от проблем (23 балла). Остальные показатели соответствовали нормативным значениям: принятие себя — 22 балла и других — 14 баллов, внутренний контроль — 52 балла.

В группе здоровых лиц, показатели дезадаптивности (140 баллов), эмоционального дискомфорта (30 баллов) и неприятия себя (30 баллов) были немного выше нормативных значений, но достоверно ниже, чем у больных с рекуррентными депрессиями ($p \leq 0,05$). Все остальные показатели социально-психологической адаптивности у лиц контрольной группы находились в пределах нормы: адаптивность — 105 баллов, принятие себя — 35 баллов, принятие и неприятие других — 15 и 27 баллов, эмоциональный комфорт — 20 баллов, внутренний и внешний контроль — 38 и 34 балла, доминирование и ведомость — 10 и 20 баллов, уход от проблем — 18 баллов (рис.1).

Сравнения интегральных показателей выявили достоверные различия ($p \leq 0,05$) в сферах «Адаптивности» (А), «Самопринятия» (S) и «Эмоциональная комфортность» (Е); в сферах «Принятие других» (L),



Рис. 1. Суммарные показатели социально-психологической адаптации у больных рекуррентными депрессиями и здоровых людей

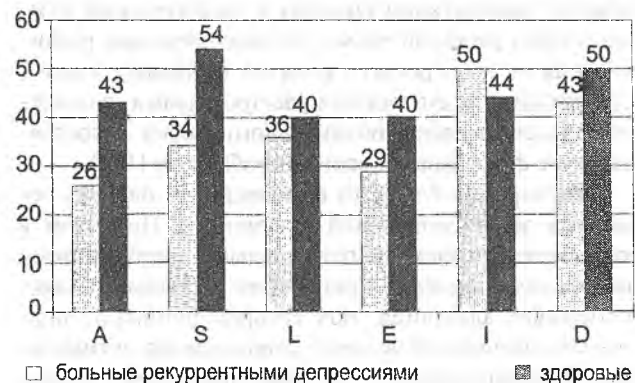


Рис. 2. Интегральные показатели социально-психологической адаптации у больных рекуррентными депрессиями и здоровых людей

«Інтернальність» (І) и «Стремление к доминированию» (D) достоверных различий выявлено не было. На рисунке 2 представлены интегральные показатели в группе здоровых лиц и в группе больных рекуррентными депрессиями.

Анализ полученных данных указывает на то, что больные рекуррентными депрессиями испытывают значительной выраженности социально-психологическую дезадаптацию и эмоциональный дискомфорт, по сравнению со здоровыми людьми.

Сравнительный анализ социально-психологической адаптации у больных рекуррентными депрессивными расстройствами с различной длительностью заболевания

В первой группе пациентов средние значения указывали на высокие показатели дезадаптивности (199 баллов), неприятия других (34 балла), эмоционального дискомфорта (41 балл), ведомости (27 баллов) и ухода от проблем (28 баллов); показатели же самоприятия (приятие себя — 29 и неприятие себя — 24 балла), внутреннего (50 баллов) и внешнего (35 баллов) контроля оставались в пределах нормы.

Вторая группа пациентов также имела высокие показатели дезадаптивности (154 балла), эмоционального дискомфорта (32 балла) и ведомости (25 баллов), в то же время у них определялись высокие показатели внутреннего (54 балла) и внешнего (40 баллов) контроля, неприятия себя (58 баллов) и очень низкие показатели принятия себя (16 баллов). Нормальными показателями оказались: принятие (17 баллов) и неприятие других (26 баллов), уход от проблем (18 баллов).

Несмотря на то что в обеих группах были выявлены высокие показатели дезадаптивности и эмоционального дискомфорта, они имели достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$): в первой группе эти показатели были выражены значительно, чем во второй.

Анализируя интегральные показатели, достоверные различия были выявлены в сферах «Самоприятие» (S) и «Принятие других» (L) ($p \leq 0,05$). В сферах «Адаптация» (A), «Эмоциональная комфортность» (E), «Інтернальність» (І) и «Стремление к доминированию» (D) достоверных различий выявлено не было. На рисунке 3 представлены интегральные показатели в I и II группах.

Суммируя полученные данные, можно сделать вывод, что на момент выписки из психиатрического стационара у пациентов с более тяжелой рекуррентной депрессией (длительность заболевания более 5 лет) адаптивные процессы значительно снижены, что обуславливает отсутствие стремления принимать общество и вовлекаться в общественную жизнь. Эти люди ощущают выраженный эмоциональный дискомфорт. Больные же с менее тяжелой рекуррентной депрессией (длительность заболевания менее 5 лет) на фоне высокой дезадаптивности и эмоционального дискомфорта склонны анализировать и переживать сложившуюся измененную ситуацию, что свидетельствует об их стремлении восстановить общественные связи.

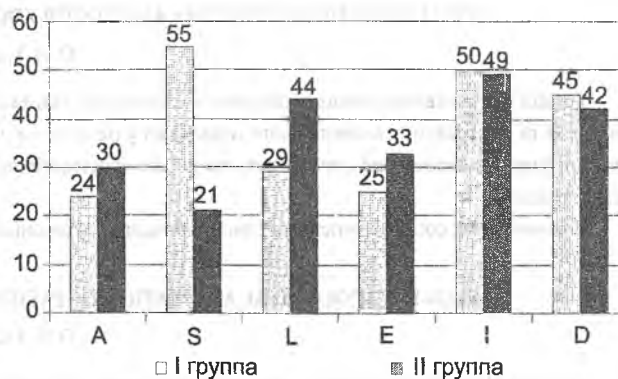


Рис. 3. Интегральные показатели социально-психологической адаптации у больных рекуррентными депрессиями с различной длительностью заболевания

Выводы

Таким образом, несмотря на то, что все пациенты с рекуррентной депрессией были успешно пролечены традиционным медикаментозным методом, уровень социально-психологической адаптации у них остался значительно ниже, чем у здоровых людей, к тому же уровень социально-психологической дезадаптации зависит от длительности заболевания, что свидетельствует о необходимости своевременного и обязательного включения в лечебную программу психотерапевтических методов, направленных на улучшение адаптивных способностей пациента. Разработка психосоциальной программы реабилитации больных рекуррентными депрессивными расстройствами необходима для улучшения функционирования пациента в обществе и восстановления его социально-психологической адаптации.

Литература

1. Уткин А.А., Степанова О.Н. Инновационные формы психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в Омской области // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. — 2009. — № 1. — С. 124–126. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.mniip.org/science/avtoreferats/stepanova.doc>
2. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики. — Донецк: Каштан, 2004. — С. 108–117.
3. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация — универсальный биологический механизм приспособления. — М., 1987. — С. 57–63.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988.
5. Казьмина О.Ю., Чемякова Е.Б., Савенко Г.В. и др. Место группового психокоррекционного метода в комплексной терапии ювенильных эндогенных депрессий [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1172828&uri=index.html>
6. Гордичев А. «Отношения психиатрии и психотерапии (на примере терапии депрессии)» [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://babuka.ru/referat/psihologiya/0_object74002.html
7. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E. et al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature // Diabetes Care 2005. — V. 23. — P. 434–442. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/7069>
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. — С. 457–465.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

О.М. Голоденко

У даній статті вивчено рівень соціально-психологічної адаптації хворих на рекурентні депресивні розлади. Проведено порівняння сумарних та інтегральних значень цього показника у пацієнтів з різною тривалістю захворювання та у здорових людей відповідного віку. Зроблено висновок про вираженість соціально-психологічної дезадаптації у хворих на рекурентні депресії з різною тривалістю захворювання.

Ключові слова: соціально-психологічна адаптація, психосоціальна реабілітація, рекурентні депресивні розлади.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSION DISORDERS

O.N. Golodenko

The level of social-psychological adaptation of patients with the recurrent depression disorders is studied in this article. Comparison of the total and integral values of this index is conducted for patients with different duration of disease and with the healthy people of the proper age. A conclusion is done about expressiveness of the social-psychological disadaptation for patients with recurrent depressions of different duration and the level of this index for healthy people.

Key words: social-psychological adaptation, psychosocial rehabilitation, recurrent depression disorders.

Поступила 21.12.2009

А.Е. Табачников, В.С. Табачникова

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ А. АДЛЕРА

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;
Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: индивидуальная психология, психоанализ, Адлер, Фрейд, психотерапевтическая теория, теория личности, психическое здоровье.

Введение

Альфред Адлер — один из первых и наиболее активных учеников З. Фрейда — уже в 1911 г. расстался с ним, опубликовав собственную теорию неврозов, легшую в основу его психотерапевтической концепции. Прежде чем приступить к изложению этой концепции, отметим два существенных для ее понимания момента.

Во-первых, в силу личной истории Адлера особенно интересовали компенсаторные возможности человека, как в физическом, так и в психологическом аспекте — что происходит при недостаточном развитии или повреждении какого-то органа, частичной или полной утрате его функций, а также при депривации той или иной потребности индивида? Именно сквозь призму этой проблемы, как мы увидим ниже, рассматривал Адлер нормальное и патологическое развитие психики.

Во-вторых, индивидуальная психология, как и большинство психотерапевтических школ XX века, развивалась на основе теории Фрейда, в дискуссии с ней. Фрейдовские постулаты стали системой координат, в которой строились иные концепции. Поэтому выдвигание Адлером определенного теоретического положения, уделение той или иной проблеме особого внимания в большинстве случаев означало несогласие автора с позицией Фрейда по данному вопросу.

Философская модель

Свой базовый подход к пониманию личности и ее нарушений (т.е. философские принципы) Адлер определял как целостный, социальный и телеологический.

Целостность (холизм) проявлялась в подчеркивании Адлером единства личности в противоположность фрейдовской теории, концентрировавшейся на борьбе ее составных частей. Это нашло отражение и в названии учения («индивидуум» по латыни — неделимый).

«Индивидуальная психология рассматривает жизнь человека как целостность, относясь к каждой единичной реакции, каждому движению и импульсу, как к проявленной части индивидуальной жизненной установки» [1]. «Судить о чем-либо можно не иначе, как только приняв сначала целое и проследив единую связь, проникающую во все частности» [2].

Принцип целостности требует от терапевта понимать «любой душевный феномен» как частное проявление «единого жизненного плана» пациента.

Социальность адлеровского подхода заключается в понимании действий личности исключительно в контексте ее отношений с другими людьми. Человек, по мнению Адлера, стремится к сосуществованию и взаимодействию с другими, поскольку требует этого от нас «железная логика социальной жизни» (цит. по [3]).

«Индивидуальная психология рассматривает и исследует индивида включенным в общество. Мы отказываемся рассматривать и изучать человека изолированным от него» [4]. «Кроме рассмотрения жизни индивида как единого целого, мы должны также учитывать ее социальный контекст» [1]. «Факт человеческой общности уже содержится в понятии человеческой жизни как предпосылка» [2].

Здесь мы вновь видим оппонирование фрейдовской теории, недостаточно учитывавшей, по мнению Адлера, общественную природу человека.

Наконец, поведение личности рассматривается в индивидуальной психологии как *направленное к определенной цели в будущем* в большей степени, чем вызванное какими-то причинами в прошлом.

«Индивидуальная психология как наука развивалась из настойчивого стремления постичь таинственную творческую силу жизни, силу, которая воплощается в желании развития, борьбы, достижения, превосходства и даже компенсации поражения в одной сфере, стремлением к успеху в другой. Эта сила телеологическая: она проявляется в устремленности к цели, в которой все телесные и душевные движения производятся во взаимодействии» [1].

Таким образом, каузальный детерминизм Фрейда Адлер заменяет целевым, телеологическим детерминизмом. Это означает, что, пытаясь постичь сущность какого-то психологического феномена, адлерианец, в отличие от фрейдиста, задается вопросом «для чего?», а не «отчего?».

Принятие телеологического подхода ведет к двум важным выводам в понимании Адлером жизни.

1. Изначально заданного смысла жизни нет, каждый человек создает его для себя сам, придумывая жизненный идеал. Адлер развивал мысль философа Ханса Файхингера о том, что основные человеческие

цели — фиктивны (т.е. созданы самим индивидом), так как их истинность или ложность невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть; они реальны только для тех, кто их принимает, и являются проявлением свободного выбора человека¹.

2. Наличие у человека альтернативы в выборе целей означает, что он сам, в конечном счете, определяет свою судьбу — он может принимать творческие, самостоятельные решения, связанные с полезными, социально-позитивными целями, а может посвятить себя бесполезной стороне жизни, заботясь о своем превосходстве перед другими, оберегая себя, свое чувство личной значимости от угроз.

Идея свободного выбора тесно связана в концепции Адлера с идеей целостности личности.

«Каждый человек является творцом, ибо он творит нечто из различных врожденных факторов и возможностей. По этой причине картина его душевной жизни составляет единство. Этот тезис — ворота в индивидуальную психологию, ее необходимая предпосылка» [2].

Помимо способности к свободному выбору целей важной присущей человеческой натуре характеристикой Адлер считал способность к преодолению препятствий, которые создает жизнь, к компенсации тех или иных недостатков. Поэтому создаваемые индивидом цели определяются во многом теми препятствиями, с которыми он сталкивается (желание стать богатым порождается испытанной в детстве бедностью, врачами становятся для преодоления первичного страха смерти и т.д.). Эти цели обычно не очень четко сформулированы и не всегда осознаются.

«Многие из наиболее выдающихся людей, внесших огромный вклад в культуру, начинали с несовершенных органов; зачастую у них было плохое здоровье, и они рано умирали. И именно от тех людей, которые жестоко боролись с трудностями, причиняемыми их собственным телом, как если бы это были внешние обстоятельства, — именно от этих людей мы получили больше всего пользы и возможностей для продвижения вперед. Борьба усилила их, и они пошли дальше» (цит. по [5]).

Эта мысль созвучна сформулированной двумя десятилетиями ранее и ставшей очень популярной в Европе идее Ф. Ницше — «Все, что не убивает его, делает его сильнее» [11]. Вся человеческая культура, по Адлеру, выросла из стремления преодолеть биологическую ограниченность нашего вида.

Определяя смысл человеческой жизни, Адлер писал, что перед каждым человеком стоят три основные задачи: установление межличностных отношений (социальное самоопределение), выбор работы (профессиональное самоопределение), и нахождение партнера, создание семьи и воспитание детей (любовь)². Он отмечал, что решение каждой из этих задач помогает успешнее решать остальные, поскольку

они представляют собой разные аспекты одной и той же сверхзадачи — успешной жизни в существующем окружении, проявления своего глубинного ощущения сути жизни.

«Жизнь ставит перед нами три комплекса важнейших задач, от решения которых зависит наше будущее, наше счастье. Первая жизненная задача — это общественная задача в самом широком смысле. Жизнь требует от каждого определенного поведения и развитой способности к контактам с окружающими нас людьми, определенного поведения в семье и формулировки своей социальной позиции... Следующая жизненная задача, которая ждет нашего решения, — профессиональный вопрос, то есть вопрос о том, каким образом человек хочет принести пользу обществу... Третий жизненный вопрос, который должен решить любой человек, — это вопрос любви и брака» (цит. по [5]).

Саму жизнь Адлер рассматривает как процесс развития, стремление «снизу вверх» к самосовершенствованию.

Психологическая модель

Напомним, что психологическая модель психотерапевтической теории включает в себя представления о личности, ее нормативном развитии и функционировании, а также о критериях психического здоровья.

В своем понимании структуры и механизмов функционирования личности Адлер разделял основные постулаты фрейдовского учения — о ведущей роли бессознательного и периода детства в формировании психического здоровья и болезни. Однако Адлер трактовал бессознательное скорее как прилагательное, чем как существительное, избегая, таким образом, материализации этого понятия [6].

На ранних этапах развития личности индивид, по Адлеру, пытается организовать свой опыт, чтобы лучше понимать, предсказывать и контролировать собственные переживания и внешний мир. Для этого он вырабатывает, во-первых, личную логику (предубежденное восприятие и мышление, включающие обобщения и сверхупрощения), а во-вторых, индивидуальный поведенческий паттерн, называемый *жизненным стилем*³. Личная логика и жизненный стиль создаются к 4–5 годам на основе творческого восприятия ситуации в своей семье. Они определяют цели и формы будущего поведения, позволяют его предсказывать.

Вот как Адлер описывает процесс формирования жизненного стиля:

«Любую обращающую на себя внимание повадку человека можно проследить вплоть до ее истоков в детстве. В детстве формируются и подготавливаются будущие манеры человека, несущие на себе печать окружения» [9].

«Уже младенец стремится оценить свои собственные силы и свой удел во всей той жизни, которая окружает его... Значение жизни постигается в

¹ Поэтому главным средством понимания личности является скорее субъективность, а не так называемая объективная оценка. Как писал Адлер (цит. по [3]): «Мы должны уметь видеть его глазами и слышать его ушами».

² Адлер еще упоминал духовную задачу (не уточняя ее содержание), а его последователи писали о проблеме определения природы вселенной, существования и Бога, необходимости определить свое отношение к этим понятиям.

первые четыре или пять лет жизни, и подходит к нему человек не через математический процесс, но через блуждание в потемках, через ощущения, которые не до конца понимаются, через догадки по намекам и нащупывание объяснений... и, вероятно, что-то похожее на ошибку неизбежно вкрадывается, когда мы берем какие-то определенные переживания в качестве основы для нашей будущей жизни...

К концу пятого года жизни ребенок уже достигает единого и кристаллизованного паттерна поведения, своего собственного стиля в подходе к проблемам и задачам. В нем уже глубоко укоренилось представление о том, чего ждать от мира и самого себя. С этих пор мир воспринимается им через устойчивую схему апперцепции: переживания истолковываются еще до того, как они воспринимаются, и истолкование это всегда согласуется с тем первоначальным значением, которое было придано жизни» [7].

Как видно из приведенной выше цитаты, в концепции жизненного стиля проявляется целостность, телеологичность и социальность адлеровского подхода.

Под влиянием каких конкретно факторов формируется жизненный стиль? Важнейшими из них Адлер называет жизненный стиль родителей и семейную констелляцию — структуру родительской семьи. Он полагал, что порядок рождения детей в семье обуславливает, как правило, их определенные личностные черты, которые сохраняются и во взрослом возрасте.

«Внутри одной семьи существует совершенно особая атмосфера вокруг каждого ребенка. Так, печально известны условия жизни первенца. Вначале первый ребенок — единственный, и поэтому является центром всеобщего внимания. Но после рождения второго ребенка он обнаруживает себя свергнутым с пьедестала, и эта перемена ему не по вкусу. Это и в самом деле трагедия в жизни ребенка: он обладал властью, которой теперь лишился. Это ощущение трагедии... со временем проявится в его качествах, когда он станет взрослым... Положение второго ребенка также весьма своеобразно и неповторимо. Так как у него всегда есть лидер, его ситуация резко отличается от ситуации первенца. Обычно второй ребенок обгоняет своего лидера, и если разбираться в причине такого положения вещей, можно обнаружить, что старшего ребенка попросту раздражает наличие соперника, и это раздражение, в конце концов, отражается на его положении в семье. Старший ребенок начинает бояться соревнований и не особо в них преуспевает. Он все больше прислушивается к поощрениям своих родителей, которые начинают ценить второго ребенка. Напротив, второй ребенок изначально противопоставлен лидеру, что постоянно побуждает его к соревнованию. Все его качества будут отражать особенность его положения в семейном сообществе. По натуре он бунтовщик, не признающий власть или авторитет» [1].

Постулируя такое влияние порядка рождения ребенка на формирование его характера и его психологических проблем, индивидуальная психология предполагает, что для более точных объяснений и предсказаний необходимо учитывать возрастные и гендерные различия между детьми, особенности семейной истории.

Существенным отличием от фрейдовского подхода к пониманию движущих сил формирования личности является то, что жизненный стиль — результат влияния не только объективных обстоятельств, но и творческих способностей индивида. Хотя они формируются и влияют на поведение человека бессознательно, каждый имеет возможность свободно создавать свой собственный стиль жизни, поэтому, в конечном счете, люди сами ответственны за то, кем они становятся и как себя ведут.

«В свете индивидуальной психологии уменьшается важность проблемы наследственности, так как важно не то, что наследует человек, а то, что он делает со своей наследственностью в ранние годы, — иными словами, важен прототип, который формируется ребенком в его окружении» [1].

Благодаря наличию жизненного стиля и личной логики поведение индивида является целенаправленным.

«Мы не способны думать, чувствовать, желать, действовать, не имея перед собой цели. Таким образом, можно обнаружить, что все душевные движения получают свое направление благодаря ранее поставленной цели» [7].

«Когда формируется прототип — ранний вариант личности, воплощающий цель, — устанавливается направление и ориентированность жизни индивида. Все это дает нам возможность предсказывать, что случится в его жизни в дальнейшем.

Ребенок будет воспринимать различные ситуации не такими, какие они существуют в действительности, но согласно личной схеме апперцепции, иными словами, он будет воспринимать ситуации сквозь призму предубеждений своих личных интересов» [1].

На протяжении своей научной карьеры Адлер неоднократно менял свои представления о ведущей потребности человека. Вначале [8] он утверждал, что индивидом движет стремление к власти (концентрируя внимание на агрессивной природе человека), затем — стремление к превосходству⁴ (имелось в виду превосходство над обстоятельствами жизни), стремление достичь более полного контроля над средой, и, наконец, — стремление к совершенству, что отражает более социально-позитивные взгляды позднего Адлера на устремления человека.

Адлер, в отличие от Фрейда, не придавал сексуальным потребностям центральной мотивирующей роли. Для Адлера сексуальные проблемы были просто другим выражением стремления к власти и превосходству («половое поведение невротика следует понимать как

³Некоторые адлероведы считают, что термин «жизненный стиль» описывает не поведенческую, а когнитивную организацию личности.

⁴Некоторые историки психологии в качестве отдельного этапа эволюции адлеровских идей выделяют концепцию «маскулинного протеста» (утверждения мужественности, компетентности, превосходства и контроля) как основного мотива человека.

«иносказательное» выражение его жизненного плана» [10]. Например, он рассматривал Эдипов комплекс как борьбу за достижение доминирования.

Поскольку жизнь постоянно ставит перед человеком сложные задачи, для успешного функционирования (психического здоровья) необходимо, по Адлеру, наличие таких психологических характеристик, как социальный интерес⁵, смелость и использование здравого смысла.

1. *Социальный интерес* — это стремление к взаимодействию с другими на основе равноправия и взаимного уважения.

Эта характеристика является проявлением социальной природы человека, постулированной в философской модели индивидуальной психологии. О значении, которое Адлер придавал этой характеристике, говорит тот факт, что он называл количество имеющегося у индивида социального интереса «барометром нормальности». Человек с развитым чувством общности уверен в себе и своем месте в группе (идентифицирует себя с ней) и вносит вклад в решение ее задач. По сути, социальный интерес является для Адлера второй после стремления к совершенству движущей силой поведения человека.

«...человеческое устремление обусловлено сочетанием чувства общности и стремлением к личному превосходству. Оба этих основных фактора проявляются как социальные образования: первое как врожденное, укрепляющее человеческую общность, второе как приобретенное, вполне понятное желание использовать общность для достижения собственного престижа» [9].

2. *Смелость* — это готовность осуществить рискованные действия, когда последствия или неизвестны, или могут оказаться неблагоприятными.

Упомянутое при обсуждении философской модели адлеровского анализа наличие у человека альтернатив несет, наряду с возможностями, риск и ответственность. Человеку не понадобилась бы смелость при принятии и реализации решений, если бы он был всемогущ или мог предсказать последствия всех своих поступков. Но из-за отсутствия таких способностей повседневное поведение требует принятия нами риска, т.е. смелости. Потенциально способностью к этому обладает каждый человек, но не все готовы к ее проявлению на практике.

ИНДИВІДУАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ А. АДЛЕРА

О.Ю. Табачников, В.С. Табачникова

Статья містить першу частину лекції «Індивідуальна психологія» з циклу «Теоретичні основи психотерапії» та присвячена філософській та психологічній моделям індивідуальної психології. Описані погляди А. Адлера та його прихильників на природу людини і механізми функціонування її психіки, базуючись на яких Адлер створив свою психотерапію.

Ключові слова: індивідуальна психологія, психоаналіз, Адлер, Фрейд, психотерапевтична теорія, методологічні принципи, теорія особистості, психічне здоров'я.

ADLER INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

O.Ju. Tabachnikov, V.S. Tabachnikova

The article contains the first part of the lecture «Individual psychology» from «Theoretical Basics of Psychotherapy» series. This part of the lecture is devoted to philosophical and psychological patterns of individual psychology. Adler's conception of human's nature and mechanisms of his mind's functioning are considered.

Key words: individual psychology, psychoanalysis, Adler, Freud, psychotherapeutic theory, methodological principles, personality theory, mental health.

Поступила 10.10.2009

«Только смелые, уверенные в себе люди, чувствующие себя в мире как дома могут извлекать преимущества как из благ жизни, так и из ее трудностей» [1].

3. *Здравый смысл* — это объективное (в отличие от личной логики) восприятие и мышление, максимально точно отражающее действительность.

«Согласно здравому смыслу мы различаем хорошее и плохое, и хотя в сложных ситуациях мы часто делаем ошибки, именно благодаря логике здравого смысла они имеют тенденцию исправляться» [1].

Помимо наличия трех вышеупомянутых психологических характеристик важным критерием уровня психического здоровья индивида является успешность решения им основных жизненных задач, упомянутых при обсуждении философской модели. Таким образом, психическое здоровье для Адлера не только интрапсихический, но социальный феномен.

Литература

1. Адлер А. Наука жить. — К.: Port-Royal, 1997. — 288 с.
2. Адлер А. Индивидуальная психология как путь к познанию людей и самопознанию // Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии. — М.: Когито-Центр, 2002. — 220 с.
3. Мосак Г. Адлеровская психотерапия // Журн. практ. психологии и психоанализа. — 2000. — № 4.
4. Adler A. Problems of neurosis: A book of case histories. — New York: Harper and Row, 1964. — 180 p.
5. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. — СПб: Питер, 2003. — 310 с.
6. Clifford J. Adlerian therapy // Handbook of Individual Therapy. — London: SAGE Publications. — P. 103–120.
7. Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии. — М.: Когито-Центр, 2002. — 220 с.
8. Адлер А. Мотив власти // Адлер А. Наука жить. — К.: Port-Royal, 1997. — С. 235–241.
9. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. — М.: Академический проект, 2007. — 240 с.
10. Adler A. The Problem of Distancing Oneself // Collected Clinical Works of Alfred Adler. — vol. 4. — Journal Articles: 1914–1920: Expanding the Horizons of Child Guidance, Neurosis, & Psychosis. — Chapter V. — Alfred Adler Institute, 2005. — 228 p.
11. Ницше Ф. Ессе Homo, как становятся самим собой // Ницше Ф. Сочинения в двух томах. — М.: Мысль, 1990. — 832 с.

⁵В других переводах — «социальное чувство», «общественное чувство». Наиболее адекватным переводом термина «Gemeinschaftsgefühl» было бы «чувство общности», но в силу укорененности в русскоязычной литературе термина «социальный интерес» мы будем пользоваться им наряду с «чувством общности».

УДК 616.8-085.85-056.24

С.В. Титиевский¹, М.Б. Доценко², А.Ю. Васильева³, А.В. Кравчук⁴

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С КРАТКОСРОЧНОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИЕЙ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

¹Донецкий Национальный медицинский университет имени М. Горького; ²Областная психоневрологическая больница — медико-психологический центр, г. Донецк; ³Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев; ⁴Центральная городская клиническая больница №6, г. Донецк

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, когнитивно-поведенческая психотерапия, психофармакотерапия.

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство является тяжелым и потенциально инвалидизирующим заболеванием [12]. Ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС) (в частности, кломипрамин и различные селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)) а также когнитивно-поведенческая психотерапия, включающая такие методы, как экспозиция и предотвращение ритуалов, признаны у данных больных эффективными в рандомизированных, контролируемых исследованиях [1]. В клинической практике ИОЗС при указанной патологии используются наиболее часто [2], но они, как правило, позволяют достичь лишь 20–40% редукции симптомов обсессивно-компульсивного расстройства [18]. Единственной стратегией усиления клинического действия ИОЗС с эффективностью, доказанной во множественных рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях, является добавление в схему лечения антипсихотиков (в частности, галоперидола, рисперидона, оланзапина либо кветиапина) [3]. Тем не менее, на это лечение отвечает (т.е. демонстрирует $\geq 25\%$ уменьшение тяжести обсессивно-компульсивного расстройства) не более половины пациентов [4, 13], и, кроме того, назначение антипсихотиков связано со значительными побочными эффектами [14]. Установлена эффективность применения при обсессивно-компульсивном расстройстве методов экспозиции и предотвращения ритуалов как в качестве монотерапии [6], так и для потенцирования ИОЗС [21]. Поэтому для усиления клинического действия ИОЗС предложены методы когнитивно-поведенческой психотерапии. В частности, в рандомизированном, контролируемом исследовании N.H. Tenenij и соавторов [22] сопоставлены эффекты только медикаментозного лечения (пароксетином либо венлафаксином) и его сочетания с экспозицией и предотвращением ритуалов. Установлено, что включение данных методов в схему лечения дает определенные преимущества, но терапевтические эффекты при этом выражены слабо. Проведено также рандомизированное, контролируемое исследование, сравнившее эффекты усиления действия ИОЗС

в группах, где во внестационарных условиях применялись экспозиция с предотвращением ритуалов и такой эффективный метод когнитивно-поведенческой психотерапии, как тренинг управления стрессом [20]. Каждому больному проводилось 17 сеансов длительностью 90–120 минут с периодичностью 2 раза в неделю, в промежутках между которыми испытуемый ежедневно выполнял домашние задания и поддерживал контакт с исследователем по телефону. Установлено, что экспозиция и предотвращение ритуалов имели преимущества перед тренингом управления стрессом в устранении симптомов обсессивно-компульсивного расстройства, однако у большинства больных минимальная выраженность симптомов достигнута, тем не менее, не была. В то же время, остается невыясненной эффективность пригодно по срокам для лечения больных обсессивно-компульсивным расстройством в условиях стационара сочетанного применения психофармакотерапии, включающей антидепрессанты с различными механизмами действия и антипсихотики в дозах, не достигающих максимальных терапевтических (т.е. не вызывающих значительных дозозависимых побочных эффектов), и усиливающего ее клиническое действие варианта методики экспозиции и предотвращения ритуалов.

Целью данного исследования было определение эффективности при обсессивно-компульсивном расстройстве комплексного стационарного лечения, включающего сочетанную психофармакотерапию и краткосрочный вариант когнитивно-поведенческой психотерапии.

Материал и методы

Отобраным методом случайной выборки 18 больным в возрасте от 21 до 56 лет, у которых в качестве основного диагноза в соответствии с критериями МКБ-10 зарегистрировано обсессивно-компульсивное расстройство (F42), нами проведено комплексное стационарное лечение, включавшее сочетанную психофармакотерапию, основанную на применении антидепрессантов с различными механизмами действия и антипсихотиков в дозах, не достигающих максимальных терапевтических, и краткосрочную когнитивно-поведенческую психотерапию в виде экс-

позиции и предотвращения ритуалов. Тяжесть клинического состояния определялась с помощью шкалы obsessions и compulsions Йелле-Брауна [7, 8] для исследования обсессивно-компульсивных симптомов, шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAM-D) [10] — для депрессии, шкалы тревоги Гамильтона (HAM-A) [11] — для генерализованной тревоги. Сравнивались результаты по шкале obsessions и compulsions Йелле-Брауна, HAM-D и HAM-A до и после стационарного лечения. Длительность катamnестического наблюдения находилась в пределах от 1 года до 4 лет.

Протокол экспозиции и предотвращения ритуалов представлял собой модифицированный вариант методики E.V. Foa и M.J. Kozak [5]. Он включал курс из 20 сеансов (два сеанса по планированию лечения и 18 сеансов экспозиции) с периодичностью 5 в неделю. Сеансы в домашних условиях пациента не проводились. Генерализации способствовало использование разнообразных обстоятельств, максимально приближенных к реально вызывающим тревогу (в том числе наиболее выраженную). Как *in vivo*, так и в воображении, проводились экспозиции, на протяжении которых больные сталкивались со своими страхами в течение длительного периода времени без ритуализации. Пациентов просили остановить ритуализацию уже после первого сеанса экспозиции. Рациональное объяснение, предоставляемое больным, заключалось в том, что в процессе экспозиции, не сопровождаемой ритуалами, они смогут прийти к выводу об уменьшении тревоги, оставшейся определенное время без подкрепления («привыкание»), и об отсутствии возникновения пугающих последствий. Хотя формальные когнитивные техники не использовались, проводилось, тем не менее, обсуждение дисфункциональных убеждений в контексте экспозиции (например, пациента спрашивали: «Отмечаете ли Вы, что Ваша тревога уменьшается, если Вы не ритуализируете, и ничего плохого при этом не происходит?»). В качестве «домашнего задания» больных просили регистрировать любые возникающие ритуалы и самостоятельно проводить экспозиции по меньшей мере 1 час в день.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованных было 8 (44,4%) мужчин и 10 (55,6%) женщин. Клинико-демографическая характеристика больных, включающая сведения об их возрасте, длительности заболевания, сроках пребывания без работы к моменту обследования, возрасте начала заболевания, представлена в таблице 1. К моменту обследования работали 5 (27,8%) человек, имели группу инвалидности 2 (11,1%), т.е. в большинстве случаев пациенты не были трудоустроены, не являясь при этом инвалидами.

Таблица 1 Клинико-демографическая характеристика обследованных больных				
Показатель	Возраст, лет	Возраст к моменту начала заболевания, лет	Длительность заболевания, лет	Длительность пребывания без работы, лет
Среднее значение	33,5	25,1	8,4	3,2
Стандартное отклонение	9,3	11,4	6,2	3,8

Таблица 2 Характер психической патологии у обследованных больных								
Диагноз в соответствии с МКБ-10	Коморбидные психопатологические проявления							
	Депрессия		Генерализованная тревога		Другие		Всего больных	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Преимущественно навязчивые мысли (F42.0)	11	61,1	11	61,1	4	22,2	12	66,7
Смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2)	4	22,2	4	22,2	4	22,2	4	22,2
Другие обсессивно-компульсивные расстройства (F42.8)	2	11,1	2	11,1	2	11,1	2	11,1
Итого	17	94,4	17	94,4	10	55,5	18	100,0

Характер психической патологии у обследованных пациентов представлен в таблице 2. Большинство из них страдало обсессивно-компульсивным расстройством в виде преимущественно навязчивых мыслей (F42.0) ($p < 0,05$) с наличием менее выраженных ритуалов, которые в большей или меньшей степени также были клинически представлены у всех

Таблица 3 Психофармакотерапия, проводившаяся обследованным больным				
Препарат	Доза при стационарном лечении, мг/сут		Доза при поддерживающем лечении, мг/сут	
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Сертралин	25,0	0,0	-	-
Кломипрамин	25,0	0,0	-	-
Пароксетин	22,5	12,6	-	-
Циталопрам	40,0	0,0	-	-
Милнаципран	100,0	0,0	-	-
Амитриптилин	66,7	28,9	50,0	0,0
Буспирон	15,0	0,0	-	-
Тиоридазин	52,5	20,9	50,0	35,4
Сульпирид	200,0	0,0	-	-
Хлорпротиксен	25,0	6,5	16,7	7,2
Трифазин	15,0	0,0	-	-
Азалептин	300,0	0,0	50,0	0,0
Клопиксол	25,0	0,0	-	-

Таблица 4 Результаты комплексного стационарного лечения, проводившегося обследованным больным				
Методика обследования	До лечения		После лечения	
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Шкала obsessions и compulsions Йелле-Брауна	24,6	4,5	13,9	6,4
HAM-D	9,2	5,7	5,4	5,1
HAM-A	11,5	8,3	7,5	6,7

остальных больных. Среди коморбидных психопатологических проявлений депрессия и генерализованная тревога преобладали ($p < 0,05$) над другими нарушениями, к числу которых относились бессонница, раздражительность, нарушение внимания, соматоформные симптомы, включая «комочек в горле», а также сенестопатии.

Из числа обследованных пациентов ранее лечились седативными препаратами, преимущественно бензодиазепинами, 9 (50,0%) человек, антидепрессантами, преимущественно сертралином — 9 (50,0%), антипсихотиками — 4 (22,2%). При этом 7 (38,9%) больных принимали более одного препарата из числа бензодиазепинов, антидепрессантов либо антипсихотиков. Характер психофармакотерапии, проводившейся больным на этапах стационарного и поддерживающего лечения, представлен в таблице 3.

На этапе стационарного лечения преимущественно монотерапия антидепрессантами, в основном паксиллом, проводилась 5 (27,8%) больным, политерапия, включавшая, главным образом, сочетания антипсихотиков — 2 (11,1%), политерапия, в большей мере сочетавшая антидепрессанты с различными механизмами действия, антипсихотики и буспирон, — 11 (61,1%). Как следует из представленных в таблице 3 данных, средние дозы применявшихся в период стационарного лечения препаратов, за исключением азалептина, не достигали максимальных терапевтических пределов. Азалептин был назначен 1 (5,6%) больному с последующим поддерживающим лечением в значительно более низкой дозе.

По окончании стационарного лечения в 27,8% (5 человек) случаев больным рекомендовалось в дальнейшем лишь проведение социореабилитационных мероприятий (в первую очередь, рационального трудоустройства), в остальных случаях наряду с упомянутыми выше рекомендациями — поддерживающая монотерапия амитриптилином, тиоридазином, хлорпротиксеном, либо азалептином в невысоких дозах, длительностью 1-2 месяца с последующей полной отменой препаратов. Это представлялось возможным в связи со значительным улучшением в виде клинически определяемой редукции психопатологической симптоматики (исчезновения жалоб, улучшения, отмеченного при объективной оценке психического состояния). В течение сроков катамнестического наблюдения исследуемые больные повторно на стационарное лечение не поступали, получая при необходимости амбулаторную помощь у психиатров по месту жительства.

Результаты лечения, обобщенные по показателям использованных в процессе исследования шкал, представлены в таблице 4. Определены редукция симптомов, соответствующих общему показателю баллов по шкале obsessions и compulsions Йелле-Брауна, а также снижение показателей шкал HAM-D и HAM-A. Данные изменения не были, тем не менее, статистически значимыми, что связано с малой величиной выборки. При дальнейших исследованиях в данном направлении и получении данных, соответствующих большей выборке, вероятно, можно будет

говорить о получении статистически значимых результатов.

Проведенное нами исследование продемонстрировало, тем не менее, клиническую эффективность выбранного варианта комплексного стационарного лечения больных, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, с использованием краткосрочной методики когнитивно-поведенческой психотерапии в виде экспозиции и предотвращения ритуалов. Несмотря на то, что в литературе [9, 15–20] подчеркивается эффективность длительного, не менее чем 12-недельного, применения антидепрессантов (ИОЗС) в высоких («адекватных») дозах (≥ 225 мг/сут кломипрамина, ≥ 60 мг/сут флуоксетина, ≥ 60 мг/сут пароксетина, ≥ 200 мг/сут сертралина, ≥ 250 мг/сут флувоксамина, ≥ 60 мг/сут циталопрама, ≥ 30 мг/сут эсциталопрама) для лечения данной категории больных, мы использовали преимущественно сочетание антидепрессантов с различными механизмами действия и антипсихотиков, что позволило снизить дозы препаратов и избежать, таким образом, существенных побочных явлений, добившись, применяя также краткосрочные, приемлемые для стационарного лечения методики экспозиции и предотвращения ритуалов, значимого клинического эффекта, устойчивость которого подтверждена катамнестическим наблюдением.

Выводы

1. Комплексное стационарное лечение, основанное на применении антидепрессантов с различными механизмами действия и антипсихотиков в дозах, не достигающих максимальных терапевтических, и краткосрочного варианта когнитивно-поведенческой психотерапии в виде экспозиции и предотвращения ритуалов, клинически эффективно при обсессивно-компульсивном расстройстве.

2. Результаты лечения, обобщенные по показателям шкал obsessions и compulsions Йелле-Брауна, HAM-D и HAM-A, свидетельствуют о редукции психопатологических симптомов у больных с обсессивно-компульсивным расстройством.

3. При дальнейших исследованиях, связанных с накоплением данных о большей выборке, вероятно, можно будет говорить о получении статистически значимых результатов лечения, обобщенных по показателям шкал obsessions и compulsions Йелле-Брауна, HAM-D и HAM-A.

Литература

1. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. — 2007. — V. 164, suppl. — P. 1–56.
2. Blanco C., Olfson M., Stein D.J. et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists // *J. Clin. Psychiatry*. — 2006. — V. 67. — P. 946–951.
3. Bloch M.H., Landeros-Weisenberger A., Kelmendi B. et al. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder // *Mol. Psychiatry*. — 2006. — V. 11. — P. 622–632.
4. Denys D., de Geus F., van Megen H.J. et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine addition in patients

with obsessive-compulsive disorder refractory to serotonin reuptake inhibitors // *J. Clin. Psychiatry*. — 2004. — V. 65. — P. 1040–1048.

5. Foa E.B., Kozak M.J. Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder // *Long-term treatments for anxiety disorders* / M. R. M. R. F. Prien (Ed.). — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. — P. 285–309.

6. Foa E.B., Liebowitz M.R., Kozak M.J. et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. — 2005. — V. 162. — P. 151–161.

7. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, II: validity // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1989. — V. 46. — P. 1012–1016.

8. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1989. — V. 46. — P. 1006–1011.

9. Greist J.H., Jefferson J.W., Kobak K.A. et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1995. — V. 52. — P. 53–60.

10. Hamilton M. A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1960. — V. 23. — P. 56–62.

11. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // *Br. J. Med. Psychol.* — 1959. — V. 32. — P. 50–55.

12. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2005. — V. 62. — P. 617–627.

13. McDougle C.J., Epperson C.N., Pelton G.H. et al. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2000. — V. 57. — P. 794–801.

14. Meltzer H.Y. Focus on the metabolic consequences of long-term treatment with olanzapine, quetiapine and risperidone: are there differences? // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* — 2005. — V. 8. — P. 153–156.

15. Montgomery S.A., Kasper S., Stein D.J. et al. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 2001. — V. 16. — P. 75–86.

16. Owens M.J., Rosenbaum J.F. Escitalopram: a second-generation SSSRI // *CNS Spectr.* — 2002. — V. 7, supp 1.1. — P. 34–39.

17. Pigott T.A., Seay S. Biological treatments for OCD: literature review, in obsessive-compulsive disorder: theory, research, and treatment. — New York, Guilford, 2001. — P. 298–326.

18. Pigott T.A., Seay S.M. A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder // *J. Clin. Psychiatry*. — 1999. — V. 60. — P. 101–106.

19. Sanchez C., Bogeso K.P., Ebert B. et al. Escitalopram versus citalopram: the surprising role of the R-enantiomer // *Psychopharmacology (Berl.)*. — 2004. — V. 174. — P. 163–176.

20. Simpson H.B., Foa E.B., Liebowitz M.R. et al. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. — 2008. — V. 165. — P. 621–630.

21. Simpson H.B., Gorfinkle K.S., Liebowitz M.R. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial // *J. Clin. Psychiatry*. — 1999. — V. 60. — P. 584–590.

22. Tenenij N.H., van Megen H.J., Denys D.A. et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment // *J. Clin. Psychiatry*. — 2005. — V. 66. — P. 1169–1175.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ У ПОЄДНАННІ З КОРОТКОТРИВАЛОЮ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЮ ПСИХОТЕРАПІЄЮ ПРИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМУ РОЗЛАДІ

С.В. Тітєвський, М.Б. Доценко, Г.Ю. Васильєва, А.В. Кравчук

Комплексне стаціонарне лікування, що поєднувало психофармакотерапію, засновану на вживанні антидепресантів із різними механізмами дії, та антипсихотиків, а також короткотривалу когнітивно-поведінкову психотерапію у вигляді експозиції та запобігання ритуалів, проведено 18 хворим із обсесивно-компульсивним розладом віком від 21 до 56 років. Ефективність лікування продемонстровано клінічно та за допомогою шкал обсесій Йеле–Брауна, HAM-D і HAM-A.

Ключові слова: обсесивно-компульсивний розлад, когнітивно-поведінкова психотерапія, психофармакотерапія.

PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN COMBINATION WITH SHORT-TERM COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

S.V. Titievsky, M.B. Dotsenko, A.Ju. Vasiljeva, A.V. Kravchuk

We have carried out in 18 patient with obsessive-compulsive disorder, who were between the ages of 21 and 56, the complex in-patient treatment, which included combined psychopharmacotherapy, based on antidepressants with different mechanisms of action and antipsychotics, and the short-term cognitive-behavioral psychotherapy such as exposure and ritual prevention. The efficacy of the treatment was demonstrated clinically and on the base of Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale, HAM-D and HAM-A scores.

Key words: obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral psychotherapy, psychopharmacotherapy.

Поступила 07.09.2009

УДК:616.853-08:615.851

О.С. Чабан¹, В.В. Завгородня²

ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З НЕПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ*

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ;²Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня №1, ЛЕНЦ «Епілепсія»**Ключові слова:** психотерапія, епілепсія, непсихотичні розлади, специфічні зміни особистості.

Пошук ефективних методів психотерапії та покращення якості життя хворих на епілепсію залишаються серед найважливіших завдань сучасної епілептіології. Актуальність проблеми визначається не тільки розповсюдженістю різноманітних форм епілепсії, частим виникненням хвороби у працездатному віці, суб'єктивною тяжкістю прийняття хвороби, а й об'єктивною значущістю низки факторів. До їх числа належать високий відсоток хворих, в яких залишаються епілептичні приступи (при зменшенні їх кількості), незважаючи на протисудомну терапію, посилення специфічних змін особистості з набуванням психопатологічних синдромів дефіцитарного характеру та поступове зменшення соціальної адаптації [4, 6].

При терапії епілепсії необхідно враховувати, що зміни психічного стану хворих можуть бути викликані різними етіологічними факторами: а) пре- та постіктальними змінами психічного стану; б) змінами психічного стану як еквіваленту епілептичного приступу; в) розладами непсихотичного рівня у хворих на епілепсію, як прояв дезадаптаційних процесів особистості та вторинно-невротичних сполучень (внаслідок реакції хворого на захворювання).

Психотерапія, яка проводиться у комплексі лікування хворих на епілепсію, може мати патогенетичну мету (при дезадаптаційних непсихотичних розладах) чи проводиться як допоміжне і симптоматичне лікування (психологічне опрацювання психічних еквівалентів епілептичних приступів та пре- і постіктальних змін психічного стану). Її патогенетичне застосування базується на таких теоретичних принципах: багаторівневий підхід — при діагностиці преморбідних якостей особистості, рівня особистісних змін, причини змін психічного стану; системний підхід — при визначенні ступеня психотерапевтичного втручання залежно від актуальних особистісних можливостей для опрацювання хворобливого стану; індивідуальний підхід — формування фокусу психотерапевтичного втручання у контексті актуального запиту.

Відомо, що при захворюванні на епілепсію у 34% випадків спостерігаються специфічні зміни особистості [7], які пов'язують із проявами епілептичної енцефалопатії [1, 2, 3, 8]. Специфічні зміни особистості при епілепсії проявляються у трьох сферах психічної діяльності — емоційній, поведінковій та когнітивній. Під час розвитку специфічних змін особистості при епілепсії першими виникають емоційні та по-

ведінкові порушення, а потім когнітивні розлади. Наростання когнітивних порушень, які починають домінувати у клінічній картині змін особистості у сполученні із збільшенням соціальної дезадаптації хворих, з часом формує епілептичне слабоумство [5]. Тому діагностування особистісних змін та аналіз збереженої особистісної структури особистості, яка здатна опрацьовувати психотерапевтичний матеріал, є специфічним завданням психотерапевтичної діагностики при епілепсії.

Матеріали та методи досліджень. Нами було проведено комплексне обстеження 20 хворих на епілепсію з непсихотичними розладами (F06.83 — 10 хворих; F07.0 — 7 хворих, F07.8 — 3 хворих) віком від 20 до 58 років за допомогою клініко-психопатологічного, патопсихологічного методів дослідження. За непсихотичними розладами дана група мала наступний розподіл: помірний депресивний епізод (F 32,1) — 3 хворих (15%), важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F 32,2) — 1 хворий (5%), циклотимія (F34,0) — 1 хворий (5%), інші тривожно-фобічні розлади (F40,8) — 2 хворих (10%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41,2) — 3 хворих (15%), інші змішані тривожні розлади (F41,3) — 1 хворий, змішані obsесивні думки та дії (F42,2) — 1 хворий (5%), розлад адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція (F43.22) — 2 хворих (10%), розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки (F43,25) — 3 хворих (15%), дисоціативний розлад моторики (F44,4) — 1 хворий (5%), змішаний дисоціативний (конверсійний) розлад (F44,7) — 1 хворий (5%) та емоційно неврахований розлад особистості (F60,3) — 1 хворий (5%). До базової схеми лікування додавалась психодинамічна терапія як метод для опрацювання непсихотичної симптоматики.

Результати досліджень. У комплексі терапевтичних втручань, які проводилися щодо даної категорії хворих, ми використовували різні методи психодинамічно-орієнтованої психотерапії.

У дослідженні переважали індивідуальні сеанси, що за даними літератури є більш ефективною формою роботи з даною категорією пацієнтів.

За структурою психотерапевтичне лікування мало такі етапи: діагностичне психотерапевтичне інтерв'ю, індивідуальне складання терапевтичного плану лікування, фокусна психодинамічноорієнтована психотерапія (експресивно-підтримуючий підхід), завер-

шення психотерапевтичної роботи із закріпленням досягнутих результатів.

На діагностичному етапі (2–3 сеанси) застосовували комбіноване та спеціалізоване психіатричне та психодинамічне інтерв'ю (з використанням психопатологічного та психодинамічного підходів). За допомогою спеціалізованого інтерв'ю проводили діагностику форми епілепсії за МКБ-10; визначали рівень зниження особистості під впливом епілептичного процесу, преморбідні якості особистості, типологічну її організацію, досліджували переважаючі механізми психологічних захистів, які використовує хворий, та надавали пробні психодинамічні інтерпретації з аналізом опанування їх пацієнтом. Головна спрямованість даного етапу — діагностична.

На етапі складання індивідуального терапевтичного плану (1–2 сеанси) на підставі діагностичних даних та актуального запиту пацієнта проводили обговорення та формування фокусу психотерапевтичного впливу. Використовуючи матеріал первинного інтерв'ю та актуальні скарги пацієнта, за допомогою психодинамічного методу аналізу, формували модель конфлікту в актуальній ситуації як і шляхи її опрацювання, що формувало базу терапевтичному альянсу для початку психотерапевтичної роботи. Головна спрямованість даного етапу — прогностична.

Базовим принципом для корекції порушень у психічній сфері для хворих на епілепсію було адекватне застосування психотерапевтичних технік відповідно до рівня організації особистості та можливостей опрацювання психологічного матеріалу. У комплексі психотерапевтичної корекції на лікувально-корегуючому етапі (5–12 сеансів) використовували методи, які базувалися як на загальній моделі психоаналітичної психотерапії, так і на експресивних та підтримуючих техніках.

У процесі психотерапії неспсихотичних розладів при епілепсії загальну модель психоаналітичної психотерапії використовували у пацієнтів, які мають: достатньо добре структуроване Его; стабільну преморбідну особистісну структуру, яка активно протидіє руйнуючому впливу епілептичного процесу; рідку частоту епілептичних приступів, повільне розгортання особистісних змін, збереженість спостережувачого Его та асоціативних і символічних процесів. Система психотерапевтичної корекції для таких хворих будувалася на підставі дидактичного підходу, який передбачав: збільшення відносної сили Его-процесів, використання пацієнтом більш адаптивних механізмів захисту. При цьому у процесі психотерапевтичного впливу активно використовували техніки аналізу опору та переносу, роботу з емпатією та контейнуванням, інтерпретативні та реконструктивні техніки.

Експресивні та підтримуючі техніки психотерапевтичного впливу при психотерапії неспсихотичних розладів у хворих на епілепсію використовували у тих осіб, які мали межу преморбідну особистісну структуру або виражені зміни особистості. Такі хворі мали поступову втрату спостережувачого Его, хаотичні переходи між різними станами Его (що заважало формуванню стабільного терапевтичного альянсу); дифузну

ідентичність та хрупкість Его-кордонів, переважання атакуючих Его-афектів дистимічно-дисфоричного кола та необхідність опрацювати їх за допомогою примітивних механізмів захисту; поступове зменшення символічних асоціативних процесів. Система психотерапевтичної корекції для таких хворих будувалася на підставі уявлень про функціонування межових розладів, які передбачають: стабілізацію та посилення Его-функцій, зменшення використання примітивних (первинних) та збільшення долі вторинних механізмів захисту, що покращувало адаптивні можливості та якість життя даної категорії хворих.

При використанні експресивних технік залучались такі базові методики: а) формування безпечних кордонів терапевтичного процесу — для хворих на епілепсію з вираженими змінами особистості характерні часті зміни Его-станів, що зумовлювало необхідність формувати чітку психотерапевтичну рамку в роботі з ними; б) техніку описання контрастних чуттєвих станів — формування інтерпретацій для хворих на епілепсію, які втрачають здатність до самостійних інтегративних функцій, має містити в собі повністю описаний інтегральний образ матеріалу, що аналізується (терапевт виконував функцію допоміжного Его для пацієнта — як модель відновлення та посилення втрачених функцій); в) техніку інтерпретації примітивних захистів — при частковому збереженні у пацієнтів спостережувачих функцій Его; г) «звернення до пацієнта за консультацією» — як засіб підвищення відчуття автономії у пацієнтів та укріплення терапевтичного альянсу; д) підтримка індивідуальності та перешкода регресії — для запобігання флуктуації Его-станів та укріплення стабільного настрою; е) техніку інтерпретації у стані спокою — як головну техніку опрацювання актуального домінуючого афекту (аналіз роздратованості, емоційної лабільності, напруженості проводився після того, як пацієнти відходять від охоплення даними почуттями).

Слід зазначити, що всі окреслені техніки психотерапевтичного впливу зазнавали певних змін при роботі з неспсихотичними розладами у хворих на епілепсію. Характерною ознакою таких змін є переважна робота на конкретному (не символічному) рівні та вибір техніки відповідно до психогенезу симптоматичних розладів.

При використанні підтримуючих технік для хворих на епілепсію з неспсихотичними розладами враховувалися фактори дестабілізуючого впливу, які викликають періодичну дестабілізацію у пацієнтів даної категорії. Такими факторами є епілептогенез хвороби та весь комплекс церебральних впливів, обумовлених органічним враженням (дисфункцією) мозку. Такі коливання накладають на Его пацієнта додаткове навантаження та вимагають частіше використовувати примітивні механізми психологічного захисту. Для зміцнення Его-функціонування ми використовували такі базові підтримуючі методики психотерапевтичного впливу: а) створення стабільної та безпечної психологічної атмосфери під час сеансу з відчуттям надійності терапевтичних стосунків, що допомагало хворому стабілізувати власне функціо-

нування; б) підтримуючу та просвітницьку модель психотерапії — при станах дезорієнтації в власних психічних почуттях у хворих (при зміщенні психічних еквівалентів приступів з базовим психічним функціонуванням, коли тривога чи відчуття «сходження з розуму» є аурую чи психічним еквівалентом приступу та не розглядається хворим як ознака хвороби, а сприймається як частина особистісного функціонування); в) техніку пов'язання афектів тривоги з певними життєвими стресами пацієнтів — початком використання даної техніки було приєднання до домінуючого афекту пацієнта, підтримуюче коментування його стану з поступовим спрямуванням до аналізу витоків домінуючого афекту.

Загальний фокус психотерапевтичного впливу формувалася залежно від запиту хворого, але загальне завдання лікувально-корегуючого етапу відповідало рівню особистісного функціонування та симптомокомплексу неспсихотичного розладу. Для хворих з мінімальним рівнем змін особистості головним завданням даного етапу була корекція, покращення невротичних захистів і зміцнення функціонування Его у межах преморбідного типу особистості. Для хворих із межевою структурою особистості та середнім чи вираженим рівнем епілептично зумовлених змін особистості головним завданням на даному етапі було зміцнення збережених частин особистісного функціонування, корекція первинних (архаїчних) захистів, зменшення дифузності Его-ідентичності та посилення Его-кордонів. Головна спрямованість психотерапії даного етапу — патогенетична.

Заключний профілактично-закріплюючий етап спеціалізованої психотерапевтичної допомоги хворим на епілепсію з неспсихотичними розладами (1–2 сеанси) був спрямований на закріплення досягнутого терапевтичного результату, окреслення набутих знань, навичок емоційного та поведінкового реагування, закріплення корисного інтерпретативного матеріалу. Головна спрямованість психотерапії даного етапу — профілактична.

Аналіз ефективності застосування психотерапії у досліджених хворих показав, що редукція неспсихотичних розладів мала місце у 73% випадків. При цьому спостерігалось покращення як особистісних, так і емоційних проявлень захворювання, а також показників соціальної адаптації.

Висновки. Головними принципами побудови системи психотерапії для хворих на епілепсію з неспсихотичними розладами є :

- 1) системність, багаторівневість діагностики та психотерапевтичного впливу;
- 2) етапність психотерапевтичних втручань, які базуються на дидактичному підході;
- 3) диференційоване використання психотерапевтичних підходів та технік залежно від рівня функціонування особистості, ступеня епілептологічного впливу й можливостей особистісного опрацювання матеріалу неспсихотичного розладу;
- 4) коригування методик при застосуванні їх у хворих зі специфічними особистісними змінами, зумовленими епілепсією;
- 5) максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу.

Література

1. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
2. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. — М.: Медицина, 1997. — 208 с.
3. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. — М., 1999. — 416 с.
4. Максимова А., Фрейзер В. Психотерапия эпилепсии. — Берлин: Блеквел Виссеншафтс-Ферлаг, 1998. — 180 с.
5. Носов С.Г. Особенности специфических изменений личности у больных эпилепсией // Вісник епілептології. — 2004. — № 2 (9–10). — С. 7–10.
6. Смышляев Э.Б. Исходные состояния эпилепсии (эпилептическое слабоумие) — М., 1960.
7. Шапиро Б.А. К вопросу о классификации психических расстройств при эпилепсии и эпилептических синдромах // Вісник епілептології. — 2003. — № 2 (5–6). — С. 35–37.
8. Trimble M.R. A neurobiological perspective of the behavior disorders of epilepsy // Disorders of Brain and Mind. — Cambridge University Press, 1999. — P. 233–251.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.С. Чабан, В.В. Завгородняя

В работе приведены данные о применении специализированной психотерапии в лечении неспсихотических расстройств у больных эпилепсией. Описаны основные направления психотерапии и предложена система специализированных психотерапевтических техник. Отображены принципы построения психотерапии при данных расстройствах.

Ключевые слова: психотерапия, эпилепсия, неспсихотические расстройства, специфические изменения личности.

THE PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH EPILEPSY WITH NONPSYCHOTIC DISORDERS (THE METHOD OF PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCE)

O.S. Chaban, V.V. Zavhorodnyaya

In the article are described particularities of psychotherapeutic diagnostic of nonpsychotical disorders of patients with epilepsy which is connected with specifically personality changes at epilepsy.

There are described special modification of the technique of therapeutic work at epilepsy.

Key words: psychotherapeutic technique, epilepsy, nonpsychotic disorders, changes of personality.

Надійшла 14.10.2009

УДК 579.22+579.26+579.84+616.89

Д.С. Лебедев, Т.П. Криштаб, Н.А. Стогний, Г.Н. Тищенко, Т.В. Ковтун, Т.М. Полушина

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА КОРРЕКЦИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СТРЕССЕ И АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: биопрепарат, алкогольная интоксикация, стресс, оксид азота, ферменты.

Резкое увеличение числа и интенсивности стрессовых воздействий на человека в последние десятилетия способствует возникновению длительных отрицательных эмоциональных состояний, лежащих в основе развития различных видов патологии [6, 7].

Известно, что реакция организма на воздействие стрессовых факторов реализуется в виде общего адаптационного синдрома, включающего четыре основные стадии: срочной (аварийной) адаптации, перехода срочной адаптации в долговременную, долговременной адаптации и истощения [3, 9, 12].

У человека психоэмоциональный стресс составляет значительную часть большинства неблагоприятных воздействий. Важным пусковым звеном защитных реакций на патологический процесс является кора надпочечников, функция которой тонко регулируется корой большого мозга через гипоталамо-гипофизарную систему. К химическим медиаторам, действующим на уровне гипоталамической регуляции аденокортикотропной функции гипофиза, относятся представители катехоламинов, в частности дофамин, адреналин и норадреналин.

Стресс и алкогольная зависимость тесно и неразрывно связаны между собой. В условиях экономического и политического кризиса, неуверенности в завтрашнем дне человек постоянно подвергается стрессовым воздействиям, для снятия которых часто прибегает к приему алкоголя. При этом может возникнуть порочный круг — алкоголь на короткое время снимает, а затем еще более усиливает воздействие стресса. Это, в свою очередь, способствует систематическому употреблению алкоголя, что со временем может привести к развитию зависимости от него.

Проблема алкогольной зависимости не нова и касается почти всех слоев общества в большинстве стран мира. К сожалению, существующие способы и методы ее лечения малоэффективны.

В Институте микробиологии и вирусологии Национальной академии наук Украины разработан препарат на основе селекционированного штамма бактерии, биомасса которого содержит: белки — 40%; аминокислоты — 23,8%; липиды — 5,38%; углеводы — 3,7%; микроэлементы: Mg — 1,98%, Ca — 9,44%, Na — 7,59%, K — 7,11%, P — 0,92%, Fe — 0,08%; витамины: B1 — 10,0 мкг/г, B2 — 33,2 мкг/г, B12 — 2,7 мкг/г, PP — 378,75 мкг/г; каротиноиды — 10,0 мкг/г.

Препарат не является продуктом химического синтеза, это комплекс веществ природного происхождения. Разработана биотехнология препарата, позволяющая создать его промышленное производство. Источники сырья не дефицитны. Аналогов таких природных препаратов, полученных из клеток микроорганизмов, в мировой и отечественной практике нет. Разработки авторов препарата запатентованы в Украине. Проведены экспериментальные исследования, подтверждающие эффективность его применения при ряде патологий [5].

Цель настоящего исследования: изучить влияние биопрепарата на некоторые метаболические процессы у экспериментальных животных при стрессе и алкогольной интоксикации.

Материал и методы исследования: исследования проведены на беспородных белых половозрелых крысах-самцах массой 250,0–280,0 г. Животные были разделены на три группы: 1) норма (интактная); 2) контрольная; 3) опытная.

Модель стресса

Животные с грузом, равным 20% от массы тела, плавали в воде при температуре 37°C в течение 5 мин (контрольная группа). Животным опытной группы за 30 мин до стресса вводили внутривентрикулярно биопрепарат в дозе из расчета 30 мг/100 г массы тела. Группу норма составили интактные животные. Декапитацию крыс выполняли через 60 мин после стресса.

В крови животных определяли содержание этанола (Э) и ацетальдегида (АА) с помощью газового хроматографа «Хром-5»; адреналина (А) и норадреналина (НА) — по методу Меньшикова [4].

Содержание оксида азота в ткани печени животных оценивали по уровню его стабильных: NO_2^- определяли по методу Грисса [15], а NO_3^- — с помощью бруцинового реактива [13].

Модель хронической алкогольной интоксикации

Животные контрольной группы на протяжении 10 дней получали алкоголь: первые 5 дней алкоголь вводили внутривентрикулярно из расчета 2,0 г/кг массы животного; следующие 5 дней животные имели свободный доступ к 25% раствору алкоголя. Животным опытной группы одновременно с алкоголем первые 5 дней внутривентрикулярно вводили биопрепарат в дозе 30,0 мг/100 г массы животного, а следующие 5 дней — с кормом.

В сыворотке крови определяли активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) [17] и альдегиддегидрогеназы (АлДГ) [10].

В различных структурах мозга (гипоталамус, средний мозг и новая кора) животных определяли содержание дофамина (ДА) с помощью метода колоночной хроматографии на сефадексе G-10 [14].

Результаты и их обсуждение

Нами показано, что через 1 час после стресса в крови животных содержание как А, так и НА повышается в 2,5 раза по сравнению с интактными крысами. У животных опытной группы, которым до стресса вводили биопрепарат, содержание А и НА снижается в 1,5 раза по сравнению с животными контрольной группы (рис. 1).

В последние десятилетия проводятся многочисленные исследования по изучению роли системы оксида азота (NO) в организме при различных патологических состояниях. Оксид азота является общепризнанным регулятором жизненных функций в организме человека и животных, что определяется, прежде всего, его физико-химическими свойствами высоколабильного, короткоживущего, реактивного свободного радикала [9].

NO синтезируется в ответ на физиологическую потребность организма ферментом NO-синтазой из его метаболического предшественника аминокислоты L-аргинина [16, 18].

При высоком уровне концентрации оксид азота оказывает токсический эффект, который характеризуется повреждением клеточных структур, мутацией ДНК, интенсивным апоптозом. NO существенно влияет на развитие радикальных окислительных процессов.

Выведено предположение об участии NO в патогенезе дофаминергической нейротоксичности. Взаимное влияние NO и катехоламинов многообразно [2].

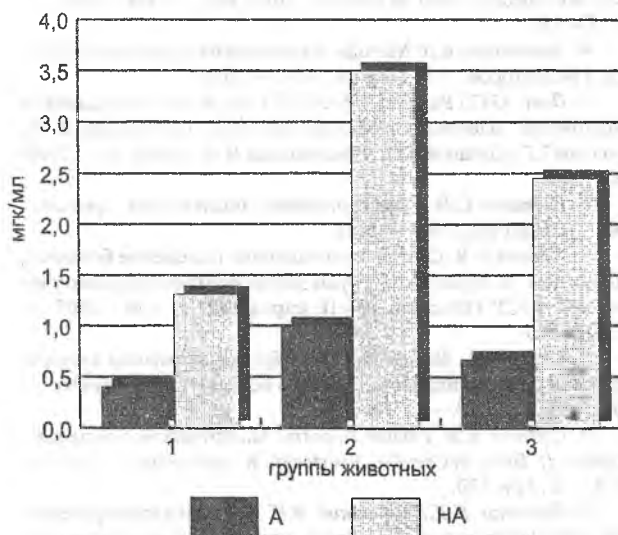


Рис. 1 Влияние биопрепарата на содержание адреналина (А) и норадреналина (НА) в крови крыс (n=21):

1 — норма (интактные животные); 2 — контроль (животные в состоянии стресса); 3 — опытная (биопрепарат + стресс)

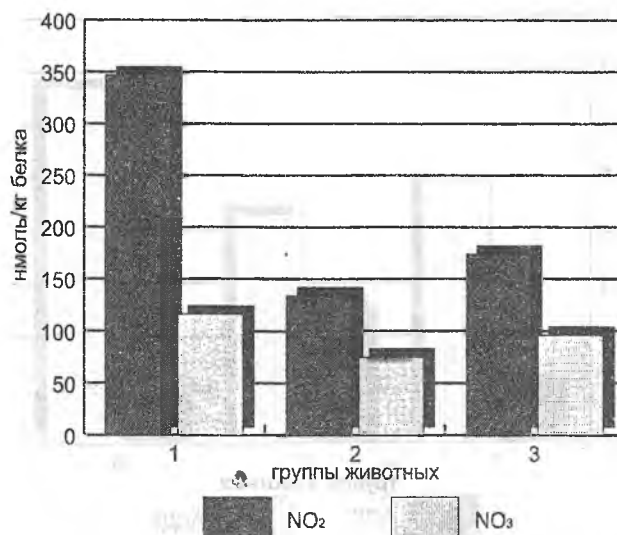


Рис. 2 Влияние биопрепарата на содержание стабильных метаболитов оксида азота в печени крыс (n=21):

1 — норма (интактные животные); 2 — контроль (животные в состоянии стресса); 3 — опытная (биопрепарат + стресс)

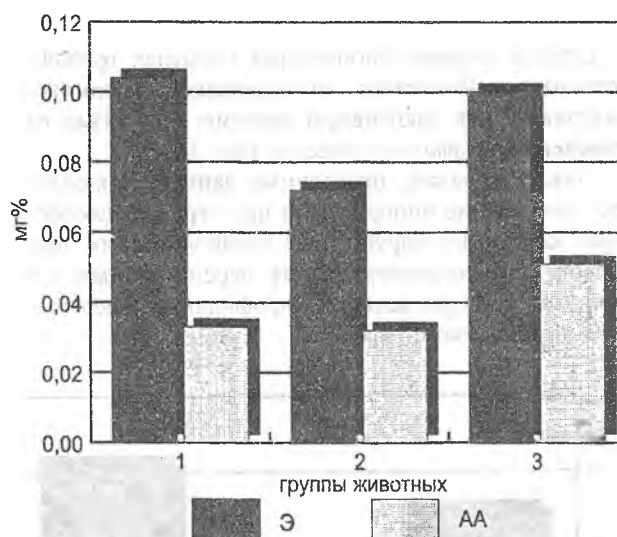


Рис. 3 Влияние биопрепарата на содержание этанола (Э) и ацетальдегида (AA) в крови крыс (n=21):

1 — норма (интактные животные); 2 — контроль (животные в состоянии стресса); 3 — опытная (биопрепарат + стресс)

По полученным данным, через 1 час после стресса содержание стабильных метаболитов оксида азота в печени животных (контрольная группа) существенно изменяется: уровень NO_2^- снижается в 2,4 раза, а NO_3^- — в 1,6 раза по сравнению с интактными животными. Введение биопрепарата животным перед стрессом (опытная группа) оказывает защитное действие (рис. 2).

Эндогенные Э и AA можно рассматривать как естественные метаболиты обмена веществ, играющие регуляторную роль [1,12]. Нами показано, что содержание эндогенного AA в крови животных, которым

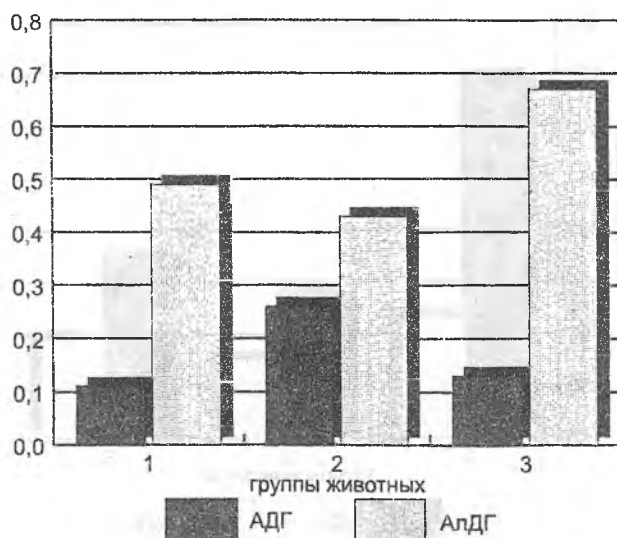


Рис.4 Влияние биопрепарата на активность алкоголь-метаболизирующих ферментов: алкогольдегидрогеназы (АДГ) (нмоль НАД/мин/мг) и ацетальдегиддегидрогеназы (АлДГ) (нмоль НАДН/мин/мг) в крови крыс (n=21):

1 — контроль; 2 — этанол; 3 — этанол + биопрепарат

до стресса вводили биопрепарат (опытная группа), повышается. Возможно, эти изменения можно рассматривать как адаптивную реакцию организма на изменения, вызванные стрессом (рис.3).

Таким образом, полученные данные показали, что применение биопрепарата при стрессе способствует коррекции нарушенных метаболических процессов. Это позволяет считать перспективным его использование для лечения и профилактики нарушений, вызываемых стрессом.

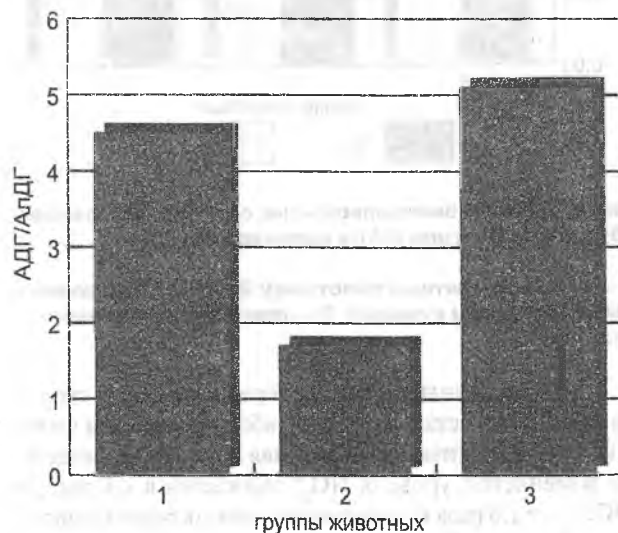


Рис.5 Соотношение активности алкоголь-метаболизирующих ферментов: алкогольдегидрогеназы (АДГ) и ацетальдегиддегидрогеназы (АлДГ) в крови крыс (n=21):

1 — контроль; 2 — этанол; 3 — этанол + биопрепарат

Известно, что при злоупотреблении алкоголем в организме происходят нарушения метаболизма этанола, изменяется активность основных ферментов его обмена АДГ и АлДГ [11].

Полученные результаты свидетельствуют, что активность АДГ у животных с хронической алкогольной интоксикацией повышается в 2 раза по сравнению с интактными животными. Введение препарата нормализует активность АДГ и в 1,3 раза повышает активность АлДГ (рис. 4). Повышение активности АлДГ способствует более быстрому метаболизму АА, что, в свою очередь, оказывает детоксикационное действие и защищает печень от токсического повреждения.

Соотношение активности АДГ/АлДГ у интактных животных составляет 1:4,5. При хронической алкоголизации это соотношение уменьшается (1:1,7), что ведет к накоплению в органах и тканях токсического соединения ацетальдегида. Введение препарата оказывает корректирующее действие (АДГ/АлДГ составляет 1:5,1), тем самым способствует более быстрому превращению АА (рис. 5).

Таким образом, полученные нами экспериментальные данные показали, что биопрепарат положительно влияет на коррекцию изученных метаболических процессов как при стрессе, так и при алкогольной интоксикации.

Литература

1. Божко Г.Х. Роль ацетальдегида в механизмах действия этанола // Успехи физиол. наук. — 1990. — Т. 21, №3. — С. 98—116.
2. Внеклеточное содержание ацетилхолина и аденозина и генерация оксида азота в мозге крыс при действии амфетамина / Башкатова В.Г., Краус М., Праст Г., Ванин А.Ф. // Нейрохимия. — 2003. — Т. 20, № 3. — С. 201—205.
3. Гуляева Н.В., Левшина И.П. Характеристика свободно-радикального окисления защиты мозга при адаптации к хроническому стрессу // Бюл. эксперим. биол., мед. — 1988. — № 7. — С. 153—155.
4. Меньшиков В.В. Методы клинической биохимии гормонов и медиаторов. — М.: Наука, 1966. — 180 с.
5. Пат. 32473 України. А61К35/74. Засіб від алкогольної та наркотичної залежності / Малашенко Ю.Р., Синицький В.М., Соколов І.Г., Криштаб Т.П., Романовська В.О.; опубл. 15.12.2000, Бюл. № 7.
6. Полякова О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление. — СПб: Речь, 2008. — 144 с.
7. Попова Р.В. Стресс-совпадающее поведение больных, зависимых от героина // Труды конференции молодых ученых МГ МСУ (Москва, 13—16 марта 2007). — М., 2007. — С. 328—329.
8. Серая И.П., Нарциссов Я.Р. Совр. представления о биологической роли оксида азота // Успехи современной биологии. — 2002. — Т. 122, № 3. — С. 249—259.
9. Судаков К.В. Новые акценты классической концепции стресса // Бюл. эксперим. Биологии и медицины — 1997. — № 2. — С. 124—130.
10. Харченко Н.К., Синицкий В.Н. Альдегиддегидрогеназная активность сыворотки крови при разных концентрациях ацетальдегида // Укр. био-хим. журн. — 1993. — Т. 65, № 5. — С. 53—58.
11. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб: Лань, 1999. — 350 с.
12. Эффекты информационного стресса у человека: соотношение биохимических параметров и сердечно-сосудистого ритма / Ведерко О.В., Данилова Н.Н., Гуляева Н.В. и др. // Нейрохимия. — 2003. Т. 20, № 1. — С. 68—74.

13. Bank N.R., Aynedjian H.S. Role of EDRF (nitric oxide) in diabetic renal hyperfiltration // *Kidney Int.* — 1993 — V. 43. — P. 1306–1312.

14. Earley G.J. and Leonard B.E. Isolation and assay of noradrenaline, dopamine, 5-hydroxytryptamine and several metabolites from brain, tissue using disposable Bio-Rad column packed with sephadex G-10 // *J. of Pharmac. Methods.* — 1978. — V. 1. — P. 67–79.

15. Grees L.G., Wagner D.A., Glogowski. Analysis of nitrate, nitrite and [ISN] nitrate in biological fluids // *Anal. Biochem.* — 1982. — V. 126. — P. 559–565.

16. Neuronal nitric oxide synthase contributes to chronic stress-induced depression by suppressing hippocampal neurogenesis / Zhou QG, Hu Y, Hua Y et al. // *Journal of Neurochemistry.* — 2007. — V. 103, № 5. — P. 1843–1854.

17. Skursky L., Kowaz I. and Stachova M. A sensitive photometric assay for al-cohol dehydrogenase activity in blood Serum // *Analyt Biochem.* — 1979. — V. 99. — P. 65–71.

18. Wegener G., Volke V., Harvey B.H. The nitric oxide pathway in anxiety and stress-related disorders // *European Psychiatry* — 2008. — V. 23, № 2. — P. 2–3.

ВПЛИВ БІОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ НА КОРЕКЦІЮ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ СТРЕСІ ТА АЛКОГОЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Д.С. Лебедєв, Т.П. Криштаб, Н.А. Стогній, Г.М. Тищенко, Т.В. Ковтун, Т.М. Полушина

У статті наведені дані, що свідчать про позитивний вплив біопрепарату на корекцію метаболічних процесів у експериментальних тварин як при стресі, так і при алкогольній інтоксикації.

Ключові слова: біопрепарат, алкогольна інтоксикація, стрес, оксид азоту, ферменти.

BIOLOGICAL PREPARATION EFFECT ON METABOLISM DISTURBANCES CAUSED BY STRESS AND ALCOHOL INTOXICATION

D.S. Lebedev, T.P. Krishtab, N.A. Stogny, G.M. Tishchenko, T.V. Kovtun, T.M. Polushina

In article was given data to affirm the positive effect of biological preparation on correction of metabolism disturbances in experimental animals with stress or alcohol intoxication.

Key words: biopreparation, alcohol intoxication, stress, nitric oxide, enzyme.

Поступила 01.12.2009

УДК 612.015:547.551/.554:616.895:616.89-08.441.13

Л. М. Маркозова, О.І. Усменцева, В.С. Чурсина

ЗНАЧЕННЯ СЕРОТОНІНЕРГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ У ФОРМУВАННІ ВАРІАНТІВ ПРОЯВУ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ*

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: серотонін, мелатонін, альдегіддегідрогеназа, алкогольдегідрогеназа, каталаза, алкогольна залежність, дисфоричний варіант, тривожно-депресивний варіант.

Вступ. В основі розладів біологічних систем та функцій організму лежать зміни в метаболізмі нейромедіаторів, які спричиняють виникнення різноманітних проявів хвороби та потребують більш поглибленого вивчення.

В етіології та патогенезі психічних розладів значну роль відіграють порушення нейромедіаторного обміну. У хворих з афективними розладами на тлі алкогольної залежності у стані відміни послаблюються інтелектуальні функції та спостерігається зниження концентрації уваги та погіршення коротко- та довготривалої пам'яті [1, 6]. При цьому не останнє місце належить індоламінам, які беруть участь в одному з основних механізмів розвитку даної патології [8, 18]. Зокрема, дефіцит моноамінів (норадреналін, серотонін) здатен призводити до порушень синаптичної передачі в нейронах та формувати депресивний стан з різним перебігом різноманітних клінічних синдромів. Існує теорія, що моноамінові нейромедіатори

здіяняні в проявах емоцій людини, регуляції настрою тощо. Стимуляція норадренергічної трансмітерної системи приводить до викиду норадреналіну в синаптичну щілину, що супроводжується клінічним антидепресивним ефектом. Вихід адреналіну спонукає серотонінергічні нейрони до активації. При цьому стимуляція серотонінергічних рецепторів супроводжується розвитком антидепресивного та анксиолітичного ефектів [12]. Збільшення вмісту серотоніну та норадреналіну нейтралізується ензимами, які беруть участь у метаболізмі моноамінів, етанолу та ацетальдегіду [19].

Мелатонін як один з продуктів обміну серотоніну, має значну біологічну активність і бере участь у координативній діяльності центральної нервової системи. Мелатонін виявляє антистресорну та адаптогенну дію, забезпечує захист мозку і всього організму від впливу шкідливих екзо- та ендогенних факторів. Рецептори мелатоніну широко представлені в ділянках

13. Bank N.R., Aynedjian H.S. Role of EDRF (nitric oxide) in diabetic renal hyperfiltration // *Kidney Int.* — 1993 — V. 43. — P. 1306–1312.

14. Earley G.J. and Leonard B.E. Isolation and assay of noradrenaline, dopamine, 5-hydroxytryptamine and several metabolites from brain, tissue using disposable Bio-Rad column packed with sephadex G-10 // *J. of Pharmac. Methods.* — 1978. — V. 1. — P. 67–79.

15. Grees L.G., Wagner D.A., Glogowski. Analysis of nitrate, nitrite and [ISN] nitrate in biological fluids // *Anal. Biochem.* — 1982. — V. 126. — P. 559–565.

16. Neuronal nitric oxide synthase contributes to chronic stress-induced depression by suppressing hippocampal neurogenesis / Zhou QG, Hu Y, Hua Y et al. // *Journal of Neurochemistry.* — 2007. — V. 103, № 5. — P. 1843–1854.

17. Skursky L., Kowaz I. and Stachova M. A sensitive photometric assay for al-cohol dehydrogenase activity in blood Serum // *Analyt Biochem.* — 1979. — V. 99. — P. 65–71.

18. Wegener G., Volke V., Harvey B.H. The nitric oxide pathway in anxiety and stress-related disorders // *European Psychiatry* — 2008. — V. 23, № 2. — P. 2–3.

ВПЛИВ БІОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ НА КОРЕКЦІЮ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ СТРЕСІ ТА АЛКОГОЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Д.С. Лебедев, Т.П. Криштаб, Н.А. Стогній, Г.М. Тищенко, Т.В. Ковтун, Т.М. Полушина

У статті наведені дані, що свідчать про позитивний вплив біопрепарату на корекцію метаболічних процесів у експериментальних тварин як при стресі, так і при алкогольній інтоксикації.

Ключові слова: біопрепарат, алкогольна інтоксикація, стрес, оксид азоту, ферменти.

BIOLOGICAL PREPARATION EFFECT ON METABOLISM DISTURBANCES CAUSED BY STRESS AND ALCOHOL INTOXICATION

D.S. Lebedev, T.P. Krishtab, N.A. Stogny, G.M. Tistchenko, T.V. Kovtun, T.M. Polushina

In article was given data to affirm the positive effect of biological preparation on correction of metabolism disturbances in experimental animals with stress or alcohol intoxication.

Key words: biopreparation, alcohol intoxication, stress, nitric oxide, enzyme.

Поступила 01.12.2009

УДК 612.015:547.551/.554:616.895:616.89-08.441.13

Л. М. Маркозова, О.І. Усменцева, В.С.Чурсина

ЗНАЧЕННЯ СЕРОТОНІНЕРГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ У ФОРМУВАННІ ВАРІАНТІВ ПРОЯВУ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ*

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: серотонін, мелатонін, альдегіддегідрогеназа, алкогольдегідрогеназа, каталаза, алкогольна залежність, дисфоричний варіант, тривожно-депресивний варіант.

Вступ. В основі розладів біологічних систем та функцій організму лежать зміни в метаболізмі нейромедіаторів, які спричиняють виникнення різноманітних проявів хвороби та потребують більш поглибленого вивчення.

В етіології та патогенезі психічних розладів значну роль відіграють порушення нейромедіаторного обміну. У хворих з афективними розладами на тлі алкогольної залежності у стані відміни послаблюються інтелектуальні функції та спостерігається зниження концентрації уваги та погіршення коротко- та довготривалої пам'яті [1, 6]. При цьому не останнє місце належить індоламінам, які беруть участь в одному з основних механізмів розвитку даної патології [8, 18]. Зокрема, дефіцит моноамінів (норадреналін, серотонін) здатен призводити до порушень синаптичної передачі в нейронах та формувати депресивний стан з різним перебігом різноманітних клінічних синдромів. Існує теорія, що моноамінові нейромедіатори

здіяняні в проявах емоцій людини, регуляції настрою тощо. Стимуляція норадренергічної трансмітерної системи приводить до викиду норадреналіну в синаптичну щілину, що супроводжується клінічним антидепресивним ефектом. Вихід адреналіну спонукає серотонінергічні нейрони до активації. При цьому стимуляція серотонінергічних рецепторів супроводжується розвитком антидепресивного та анксиолітичного ефектів [12]. Збільшення вмісту серотоніну та норадреналіну нейтралізується ензимами, які беруть участь у метаболізмі моноамінів, етанолу та ацетальдегіду [19].

Мелатонін як один з продуктів обміну серотоніну, має значну біологічну активність і бере участь у координативній діяльності центральної нервової системи. Мелатонін виявляє антистресорну та адаптогенну дію, забезпечує захист мозку і всього організму від впливу шкідливих екзо- та ендогенних факторів. Рецептори мелатоніну широко представлені в ділянках

мозку, які безпосередньо беруть участь у формуванні та організації пізнавальної діяльності, психічних та психомоторних актів [2]. Будучи природним хронобіотиком, що синхронізує різні біологічні ритми, він сприяє нормалізації мозкових процесів. Вважають, що зі змінами його обміну пов'язаний ряд афективних порушень, що характерні для хворих з алкогольною залежністю. Високий вміст мелатоніну асоціюється зі значним рівнем тривожності в психоемоційному стані хворих [5]. Висловлюється думка, що високий рівень мелатоніну може бути інформативним критерієм для виділення груп ризику виникнення депресії [14].

Виходячи з вищезазначеного метою роботи стало вивчення вмісту серотоніну в крові, мелатоніну та етанолметаболізуючих ензимів в сироватці крові у хворих на алкогольну залежність у стані відміни з дисфоричним та тривожно-депресивним варіантами перебігу афективних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведені на пацієнтах ($n=18$) 2-го наркологічного відділення міської наркологічної лікарні № 9 м. Харкова. Залежно від варіанту проявів афективних розладів усі пацієнти були розподілені на дві групи: 1-шу групу ($n=9$) склали пацієнти з дисфоричним варіантом (середній вік хворих складав $41,67 \pm 3,45$ року), 2-гу групу ($n=9$) — з тривожно-депресивним варіантом (середній вік складав $38,89 \pm 2,79$ року). Використано клініко-психопатологічний, анамнестичний та біохімічні методи дослідження. Клініко-психопатологічні прояви синдрому відміни алкоголю (СВА) вивчали за 4-бальною оціночною шкалою (3 бали відповідали максимальному ступеню прояву симптому; 2 і 1 бал відповідали помірному й легкому ступеню прояву симптому відповідно; 0 балів — відсутність симптому); рівень тривоги і депресії визначали за шкалою HADS; рівень депресії — за шкалами DEPS, Hamilton [15]. Усі хворі клінічно спостерігалися в динаміці лікування.

Біохімічні дослідження проводились після надходження хворих до стаціонару та через 10 діб лікування. Використовувалися наступні методи: визначення концентрації мелатоніну у сироватці крові проводили методом осадження на карбоксиметилцелюлозі [3]; концентрацію серотоніну визначали в крові нінгидриновим методом після адсорбції на карбоксиметилцелюлозі [10]; активність АДГ визначали за методом Скорски з використанням нікотинаміддинуклеотиду [4]; активність АЛДГ вивчали з використанням оптового альдегіду за методом Матеевої [13]; рівень каталазної активності оцінювали за методом Королик [11]. У групу порівняння було включено 10 практично здорових людей. Для корекції афективних розладів хворим на тлі традиційної детоксикаційної терапії застосовували антидепресанти (іксел по 50 мг/добу; мелітор 25 мг/добу; міразеп 30 мг/добу).

Отримані дані були проаналізовані й статистично оброблені за методом Фішера—Стьюдента, за допомогою ПЕОМ IBM PC Pentium в операційній системі Windows-XP-2007 з використанням програм групування даних та математичного аналізу Excel.

Результати та обговорення. Виявлено, що перше знайомство зі смаком алкоголю відбувалося в осіб з АЗ 1-ї групи у віці $15,45 \pm 1,32$ року, у пацієнтів 2-ї групи — у віці $16,78 \pm 0,79$ року. Тривалість захворювання у пацієнтів 1-ї групи складала $10,45 \pm 2,12$ року, у хворих 2-ї групи — $8,0 \pm 2,12$ року. За строком формування СВА групи були ідентичні (у хворих 1-ї групи СВА формувалася протягом $3,23 \pm 0,79$ року, у хворих 2-ї групи — протягом $3,12 \pm 1,06$ року). Добова доза алкоголю у хворих 1-ї групи складала $1,05 \pm 0,17$ л горілки/самогону, у хворих 2-ї групи — $1,11 \pm 0,33$ л горілки. Амнезія алкогольного ґенезу відмічалася у 78% хворих 1-ї групи та у 100% 2-ї групи. Епілептичні напади спостерігалися у хворих 1-ї групи в 33% випадків та у хворих 2-ї групи в 22% випадків. Після встановлення діагнозу алкогольної залежності вперше лікувались 22% хворих 1-ї групи та 33% хворих 2-ї групи.

Вміст серотоніну в крові хворих загальної групи при госпіталізації був значно збільшеним порівняно з показниками здорових осіб (табл. 1). Після застосування лікарських засобів концентрація серотоніну в цій групі пацієнтів збільшувалася ще більше (табл. 1). У цих хворих у 100% випадків спостерігався потяг до алкоголю, роздратованість, визначалася клінічно виражена депресія та тривога; в 70% випадків виявлена ажитація.

В осіб першої групи рівень серотоніну в крові при надходженні до стаціонару коливався в межах нормальних значень. Після лікування вміст серотоніну в крові значно зростав.

Рівень мелатоніну у сироватці крові цих осіб до лікування складав 106% від показника групи контролю.

Таблиця 1 Вміст серотоніну у крові хворих на алкогольну залежність із різними варіантами афективних розладів		
Умови досліджень	Серотонін, нмоль/л	
	До лікування	Після лікування
Норма	$1,49 \pm 0,09$ $n=10$	
Загальна група	$1,94 \pm 0,14$ $n=18$ $P_0 < 0,01$	$2,44 \pm 0,26$ $n=18$ $P_0 < 0,01$ $P' < 0,1$
Дисфорія	$1,51 \pm 0,13$ $n=9$	$2,87 \pm 0,42$ $n=9$ $P' < 0,01$
Тривожна депресія	$2,33 \pm 0,14$ $n=9$ $P_0 < 0,01$	$2,01 \pm 0,25$ $n=9$

Примітки: P_0 — зміни вірогідні порівняно з нормою;
 P' — зміни вірогідні порівняно з показниками у хворих до лікування.

Таблиця 2 Вміст мелатоніну у сироватці крові хворих на алкогольну залежність із різними варіантами перебігу афективних розладів, нмоль/л				
Група порівняння	Дисфоричний варіант		Тривожно-депресивний варіант	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
$0,64 \pm 0,02$ $n=11$	$0,68 \pm 0,044$ $n=9$	$0,76 \pm 0,044$ $n=9$ $P_0 < 0,05$	$0,72 \pm 0,031$ $n=9$ $P_0 < 0,05$	$0,69 \pm 0,038$ $n=9$

Примітка: P_0 — зміни вірогідні щодо показників групи порівняння.

лю, тобто практично не відрізнявся від рівня гормону у здорових осіб. Терапія призводила до зростання вмісту індоламіну, який майже на 20% перевищував контрольні значення (табл.2). У 22% випадків у хворих цієї групи спостерігалась апатія, в 56% випадків — агресивність; в 78% хворих — перепади настрою, потяг до алкоголю — у 100% пацієнтів. Середній бал вираженості симптомів стану відміни алкоголю до лікування у хворих даної групи складав $42,67 \pm 2,39$. Рівень тривоги за шкалою HADS у цих хворих знижувався з $14,23 \pm 1,46$ бала на початку лікування до $3,23 \pm 0,66$ після лікування, середній бал ступеня прояву депресії також знижувався з $13,34 \pm 1,06$ на початку лікування до $2,23 \pm 0,79$ бала. Вираженість депресії у хворих даної групи за шкалою DEPS зменшувалися з $18,0 \pm 2,79$ бала на початку лікування до $1,12 \pm 0,27$ бала після лікування, за шкалою Hamilton знижувалися відповідно з $33,34 \pm 1,32$ до $0,67 \pm 0,13$ бала. Під впливом лікування у 55% хворих цієї групи спостерігалось поліпшення настрою, зменшення роздратованості, тривоги, ажитації, агресивності, нормалізація сну відбувалась на 6–7-му добу паралельно з нівелюванням клінічних проявів СВА. Повне зняття проявів тривожно-депресивної симптоматики відзначалося до 10-ї доби. Середній бал вираженості симптомів СВА на третю добу лікування складав $13,34 \pm 1,19$ ($p < 0,001$), після лікування — $2,78 \pm 0,79$ ($p < 0,001$).

Концентрація серотоніну в крові осіб другої групи при надходженні до клініки мала значно більші величини порівняно з показниками здорових людей ($p < 0,01$) та залишалась майже на тому ж рівні після 10-денного лікування (табл.1). У хворих цієї групи вихідний рівень мелатоніну також був вище норми ($p < 0,05$). Зміни середніх значень концентрації мелатоніну у досліджених групах пацієнтів під час лікування мали різнонаправлений характер (табл.2). Вміст мелатоніну під час лікування в осіб другої групи дещо знижувався, але ці зміни не набували рівня значущості. У всіх пацієнтів цієї групи відмічався потяг до алкоголю, у 33% випадків спостерігалась апатія, в 45% випадків — агресивність та у 11% випадків — перепади настрою. Середній бал вираженості симптомів у хворих досліджуваної групи в стані відміни алко-

лю до лікування складав $34,67 \pm 2,92$. Рівень тривоги за шкалою HADS у цих хворих знижувався відповідно з $14,34 \pm 1,73$ до $3,34 \pm 0,53$ бала, рівень депресії — з $13,89 \pm 1,99$ бала до $3,45 \pm 0,53$ бала. У хворих 2-ї групи прояви депресії за шкалою DEPS змінювалися з $22,23 \pm 2,79$ бала на початку лікування на $1,0 \pm 0,26$ бала після лікування; за шкалою Hamilton рівень депресії переходив відповідно з $28,78 \pm 2,26$ бала на $1,23 \pm 0,13$ бала. Поліпшення настрою під впливом лікування, зменшення роздратованості, тривоги, ажитації, агресивності, нормалізація сну спостерігалися у 89% хворих до 4-ї доби. Повне зняття проявів тривожно-депресивної симптоматики відзначалося до 5-ї доби. Середній бал проявів симптомів СВА на третю добу лікування складав $9,12 \pm 1,73$ ($p < 0,001$), після лікування — $1,23 \pm 0,67$ ($p < 0,001$).

Активності етанолметаболізуючих ензимів у сироватці крові хворих до застосування лікарських засобів перевищували контрольні показники ($p < 0,01$) та мали рівнозначні величини у всіх без винятку випадках і не відрізнялись в залежності від варіанту проявів афективних порушень, тому не були розподілені на групи (табл.3). Високий рівень активності АДГ свідчить про глибину змін ферментативної системи, вказує на тривалість основного захворювання та забезпечує реакцію утворення 5-гідрокситриптофолу, зворотно направлену моноаміноксидазі.

Серотонін, як і катехоламіни, за допомогою моноаміноксидази переводиться в альдегід, який має високу активність та дуже шкідливий для організму. У знешкодженні цієї високореакційної речовини задіяна АЛДГ.

Саме завдяки цим властивостям ензиму пояснюється високий рівень його активності в крові [16].

У процесі катаболізму хімічно активних речовин, а саме — серотоніну та катехоламінів, утворюються також активні форми кисню, які використовуються при утворенні пероксидів, які в свою чергу пошкоджують живі клітини. На нейтралізацію пероксиду водню направлена дія каталази.

На 10-й день лікування спостерігалась тенденція до збільшення активності АЛДГ ($p < 0,1$) в сироватці крові, тобто мала місце пряма залежність між змінами вмісту серотоніну та величиною активності АЛДГ. Активності інших ензимів залишались без змін та демонстрували досить високі показники (табл. 3).

Таким чином, аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок, що у виникненні дисфоричного варіанту прояву афективних розладів у хворих в стані відміни алкоголю не задіяні серотонінергічні механізми. Можливо, провідну роль в появі дисфоричних розладів відіграє катехоламінова нейромедіація, особливо дофамінергічна [7]. У формуванні тривожно-депресивного варіанту прояву афективних порушень в осіб з алкогольною залежністю в стані відміни алкоголю серотонінергічна система відіграє важливу роль, про що свідчать отримані результати досліджень. Підвищені показники активності ензимів вказують на стійкі порушення окислювально-відновлюючих процесів в організмі при таких захворюваннях. Вживання лікарських засобів активує

Показник	Норма	Загальна група хворих	
		До лікування	Після лікування
АДГ, нкат/л	$19,67 \pm 1,5$ n=28	$52,38 \pm 9,12$ n=18 $P < 0,01$	$57,95 \pm 6,51$ n=18 $P < 0,001$
АЛДГ, нкат/л	$4,87 \pm 0,45$ n=10	$16,46 \pm 2,72$ n=18 $P < 0,001$	$28,79 \pm 5,65$ n=18 $P < 0,001$ $P' < 0,1$
Каталаза, мкат/л	$16,8 \pm 6,18$ n=15	$84,0 \pm 11,35$ n=18 $P < 0,001$	$92,49 \pm 14,66$ n=18 $P < 0,001$

Примітки: P — зміни вірогідні порівняно з нормою; P' — зміни вірогідні порівняно з показниками у хворих до лікування.

ензиматичні процеси та сприяє антиальдегідному і антирадикальному захисту організму хворих з алкогольною залежністю.

Вивчені явища, які спостерігалися при дослідженні хворих на алкогольну залежність в стані відміни алкоголю з різними варіантами перебігу афективних розладів після проходження курсу лікування фармацевтичними засобами, дія яких спрямована на нормалізацію порушень серотонінергічної системи, свідчать про стимуляцію імунної системи пацієнтів на основі активуючої дії препаратів серотонінової спрямованості [9]. Ця активація, ймовірно, призводить до збільшення синтезу імунoglobulinів та активації імунної реакції, що спричинює підвищення імунної відповіді та забезпечує фон для нормального функціонування медіаторних взаємозалежних систем, важливих для життєдіяльності організму людини. У процесі лікування потрібно якомога точно індивідуально підібрати необхідний лікарський засіб, враховуючи імунний статус пацієнта, давність захворювання та генетичну схильність.

Зміщенням періоду максимуму синтезу мелатоніну в осіб з тривожно-депресивним варіантом перебігу хвороби можна пояснити підвищення концентрації гормону в сироватці крові. Дослідження середньодобового ритму секреції мелатоніну в організмі людини [17, 20] показали, що існують певні часові періоди максимальної секреції гормону. У хворих з депресіями спостерігалися зміщення в часі піку максимального рівня мелатоніну, але напрямок цих змін був різним — як у бік більш раннього періоду максимуму секреції, так і його затримки. Тому відмінності поміж рівнем мелатоніну в обох групах пацієнтів можуть бути викликані проведенням визначення у різні періоди синтезу мелатоніну.

Зміни секреції мелатоніну, що відбувалися під час лікування у пацієнтів досліджених груп, мали тотожність з порушеннями обміну серотоніну, що відбиває компенсаторно-адаптаційні механізми захисту організму, спрямовані на нормалізацію роботи нейро-медіаторних, нейроендокринних систем, зменшення проявів порушень у психоемоційній, поведінковій і інтелектуально-мнестичній сферах та покращання загального стану хворих.

Висновки

1. Виділені варіанти прояву афективних розладів в осіб з алкогольною залежністю у стані відміни: дисфоричний та тривожно-депресивний.

2. Встановлено, що у хворих з дисфоричними проявами хвороби більш виражена агресивність, роздратованість, переважали перепади настрою, в той час як у хворих з тривожно-депресивним перебігом захворювання домінували клінічно виражена тривога та депресія в рамках СВА.

3. Регрес проявів синдрому відміни алкоголю у хворих з тривожно-депресивним перебігом захворювання відбувався до 4–5-ї доби, в той час, як у хворих з дисфоричним перебігом хвороби — до 10-ї доби за рахунок ступеня вираженості афективного компонента СВА.

4. Визначена роль серотонінергічної системи в патогенезі дисфоричного та тривожно-депресивного варіантів прояву афективних розладів на тлі алкогольної залежності у хворих в стані відміни. В розвиток тривожно-депресивного варіанту перебігу захворювання вносять значний вклад зміни серотонінової нейромедіації, котрі не зачіпаються при дисфоричному варіанті афективних порушень у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни. Мають місце спільні наслідки імуностимулюючої дії серотонінергічної системи та ензиматичного захисту організму.

5. Виявлено більш високий вихідний рівень мелатоніну в осіб з алкогольною залежністю з переважанням тривожно-депресивного синдрому порівняно з пацієнтами, у яких більшою мірою спостерігалися дисфоричні прояви афективних порушень.

6. У процесі застосованого курсу терапії спостерігались паралельні зміни у функціонуванні серотонінергічної та гормональної систем.

Література

1. Анохина И.П. Биологические основы лечения алкоголизма антидепрессантами // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: МЗ РФ, 2000. — С. 17–21.
2. Арушанян Э.Б. Эпифизарный гормон мелатонин и нарушения познавательной деятельности головного мозга // Рус. мед. журн. — 2006. — Т. 14. — С. 673–678.
3. Бойко Т.П., Костюковская Л.С., Холодный Ю.Г., Реминяк И.В. Определение концентрации мелатонина в сыворотке крови флуориметрическим методом // Укр. вісн. психоневрології. — 2001. — Т. 9, №2. — С. 55–56.
4. Бокий И.В. Использование анализа активности АДГ и липидного состава крови в качестве дополнительных критериев для диагностики острой и хронической интоксикации алкоголем: Метод. рекомендации. — Л., 1985. — 20 с.
5. Герман С.В. Мелатонин у человека // Клин. медицина. — 1993. — Т. 71, №3. — С. 22–30.
6. Дамулин И.В. Деменции при дефицитарных состояниях и алкоголизме // Невролог журн. — 2005. — Т. 10, №5. — С. 4–8.
7. Дробизев М.Ю. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Больше различий, чем сходства // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — Т. 7, №4. — С. 217–223.
8. Ерышев О.Ф., Спринц А.М. Депрессии: проявления, лечение, профилактика. — СПб: Нева, 2005. — 93 с.
9. Идова Г.В., Давыдова С.М., Чейдо М.А. и др. Значимость исходного эмоционального состояния для нейроиммунотуляции в условиях активации и блокады 5-HT_{1A}-рецепторов // Журн. Высшей нерв. деятельности. — 2005. — Т. 55, №4. — С. 567–572.
10. Костюковська Л.С. Удосконалений метод визначення серотоніну крові у клінічній неврології та психіатрії // Укр. вісн. психоневрології — 1993. — №1. — С. 30–32.
11. Королик М.А. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело — 1988. — №1. — С. 16–19.
12. Кулинский В.И., Колесниченко Л.С. Катехоламины: биохимия, фармакология, физиология, клиника // Вопр. мед. химии — 2002. — Т.48, №1. С. 45–67.
13. Матеева И.М. Активность АЛДГ в эритроцитах больных алкоголизмом // Лаб. дело — 1991. — №6. — С. 20–24.
14. Ром-Богуславская Е.С. Состояние эпифиза при различных заболеваниях и перспективы использования препаратов эпифизарных гормонов в клинической практике // Междунар. мед. журн. — 1997. — №4. — С. 82–85.
15. Студевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. — М.: Берг, 2000. — 180 с.

16. *Blundell, John E.* Serotonin and the biology of feelings // *Amer. J. of Clin. Nutrition.* — 1992. — V. 55. — P. 155–159.

17. *Rubin R.T., Heisi E.K., McGeoy S.S. et al.* Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression. IX. Serum melatonin measures in patients and matched control subjects // *Arch Gen Psychiat.* — 1992. — V. 49. — P. 558–569.

18. *Sullivan G.M., Oquendo M.A., Simpson Norman et al.* Brain serotonin_{1A} receptor binding in depression is related to psychic and

somatic anxiety // *Depress. And Anxiety.* — 2005. — V. 22, №4. — P. 240–241.

19. *Sullivan G.M., Oquendo M.A., Huang Y. et al.* Elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid levels in patients with comorbid depression and panic disorders // *Depress. And Anxiety.* — 2005. — V. 22, №4. — P. 240.

20. *Srinivasan V., Smits M., Spence W et al.* Melatonin in mood disorders // *World J. Biol. Psychiat.* — 2006. — V/7, №3. — P. 138–152.

РОЛЬ СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Л. М. Маркозова, Е. И. Усменцева, В. С. Чурсина

Определена роль серотонинергической системы в патогенезе дисфорического и тревожно-депрессивного вариантов течения аффективных расстройств при алкогольной зависимости в состоянии отмены. Выявлены последствия совместного иммуностимулирующего действия серотонинергической системы и энзимологической защиты организма.

Ключевые слова: серотонин, мелатонин, альдегиддегидрогеназа, алкогольдегидрогеназа, каталаза, алкогольная зависимость, дисфорический вариант, тревожно-депрессивный вариант.

THE ROLE OF SEROTONINERGIC MECHANISMS IN FORMING OF VARIANTS OF CURRENTS AFFECTED FRUSTRATIONS UNDER ALCOHOLIC DEPENDENCY

L.M. Markozova, E.I. Usmentseva, V.S. Chursina

The role of the serotoninergic system in pathogenesis of disphoretic and uneasily-depressed of variants of currents affected frustration under alcoholic dependency in the withdrawal state was investigated. It was revealed the consequences of the combinant immunomodulation action of the serotoninergic system and enzymologic protection of organism

Key words: serotonin, melatonin, aldehyde dehydrogenase, alcohol dehydrogenase, catalase, alcohol dependence, disphoretic variant, uneasily-depressed variant.

Надійшла 27.10.2009

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, заболеваемость, урбанизация, образование, лечение, ремиссии, рецидивы.

Алкогольная патология в структуре других форм зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) продолжает оставаться доминирующей не только в Украине, но и во многих странах мира (Москаленко В.Ф., Виевский А.Н., Табачников С.И., 2000; Волошин П.В., Минко А.И., Линский И.В. и др., 2001; Битенский В.С., Аймедов К.В., 2002; Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф., 2008). Согласно результатам статистических исследований МЗ Украины, по состоянию на 01.01.2009 г. общее количество зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) составило около одного миллиона человек. Все это и объясняет актуальность и большой интерес исследователей к поиску, разработке, а также внедрению новых подходов к лечению АЗ.

В основу нашей работы положены результаты комплексного обследования 280 больных с АЗ, ко-

торые обратились за медицинской помощью в Донецкий центр «Медицина тонких энергий» в период 2007–2009 гг.

В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на три группы. Основную группу составили 120 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет и старше и две группы сравнения — по 80 человек.

В основной группе больных мы проводили комплексное лечение (медикаментозная терапия, психотерапия и иглорефлексотерапия — ИРТ). Пациентам первой группы сравнения проводили только психотерапию, а второй группы сравнения — ИРТ.

Все исследуемые были мужчины. На каждого из них мы составляли «Протокол информированного согласия на обследование и лечение».

В таблицах 1–4 представлено распределение больных (основная и две группы сравнения) по воз-

16. *Blundell, John E.* Serotonin and the biology of feelings // *Amer. J. of Clin. Nutrition.* — 1992. — V. 55. — P. 155–159.

17. *Rubin R.T., Heisi E.K., McGeoy S.S. et al.* Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression. IX. Serum melatonin measures in patients and matched control subjects // *Arch Gen Psychiat.* — 1992. — V. 49. — P. 558–569.

18. *Sullivan G.M., Oquendo M.A., Simpson Norman et al.* Brain serotonin_{1A} receptor binding in depression is related to psychic and

somatic anxiety // *Depress. And Anxiety.* — 2005. — V. 22, №4. — P. 240–241.

19. *Sullivan G.M., Oquendo M.A., Huang Y. et al.* Elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid levels in patients with comorbid depression and panic disorders // *Depress. And Anxiety.* — 2005. — V. 22, №4. — P. 240.

20. *Srinivasan V., Smits M., Spence W et al.* Melatonin in mood disorders // *World J. Biol. Psychiat.* — 2006. — V/7, №3. — P. 138–152.

РОЛЬ СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Л. М. Маркозова, Е. И. Усменцева, В. С. Чурсина

Определена роль серотонинергической системы в патогенезе дисфорического и тревожно-депрессивного вариантов течения аффективных расстройств при алкогольной зависимости в состоянии отмены. Выявлены последствия совместного иммуностимулирующего действия серотонинергической системы и энзимологической защиты организма.

Ключевые слова: серотонин, мелатонин, альдегиддегидрогеназа, алкогольдегидрогеназа, каталаза, алкогольная зависимость, дисфорический вариант, тревожно-депрессивный вариант.

THE ROLE OF SEROTONINERGIC MECHANISMS IN FORMING OF VARIANTS OF CURRENTS AFFECTED FRUSTRATIONS UNDER ALCOHOLIC DEPENDENCY

L.M. Markozova, E.I. Usmentseva, V.S. Chursina

The role of the serotoninergic system in pathogenesis of disphoretic and uneasily-depressed of variants of currents affected frustration under alcoholic dependency in the withdrawal state was investigated. It was revealed the consequences of the combinant immunomodulation action of the serotoninergic system and enzymologic protection of organism

Key words: serotonin, melatonin, aldehyde dehydrogenase, alcohol dehydrogenase, catalase, alcohol dependence, disphoretic variant, uneasily-depressed variant.

Надійшла 27.10.2009

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, заболеваемость, урбанизация, образование, лечение, ремиссии, рецидивы.

Алкогольная патология в структуре других форм зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) продолжает оставаться доминирующей не только в Украине, но и во многих странах мира (Москаленко В.Ф., Виевский А.Н., Табачников С.И., 2000; Волошин П.В., Минко А.И., Линский И.В. и др., 2001; Битенский В.С., Аймедов К.В., 2002; Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф., 2008). Согласно результатам статистических исследований МЗ Украины, по состоянию на 01.01.2009 г. общее количество зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) составило около одного миллиона человек. Все это и объясняет актуальность и большой интерес исследователей к поиску, разработке, а также внедрению новых подходов к лечению АЗ.

В основу нашей работы положены результаты комплексного обследования 280 больных с АЗ, ко-

торые обратились за медицинской помощью в Донецкий центр «Медицина тонких энергий» в период 2007–2009 гг.

В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на три группы. Основную группу составили 120 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет и старше и две группы сравнения — по 80 человек.

В основной группе больных мы проводили комплексное лечение (медикаментозная терапия, психотерапия и иглорефлексотерапия — ИРТ). Пациентам первой группы сравнения проводили только психотерапию, а второй группы сравнения — ИРТ.

Все исследуемые были мужчины. На каждого из них мы составляли «Протокол информированного согласия на обследование и лечение».

В таблицах 1–4 представлено распределение больных (основная и две группы сравнения) по воз-

Таблица 1 Распределение больных исследуемых групп по возрасту						
Возраст, лет	Основная группа, n=120		Первая группа сравнения, n=80		Вторая группа сравнения, n=80	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 20	1	0,83	-	-	-	-
21-30	13	10,84	13	16,25	12	15
31-40	34	28,4	21	26,25	29	36,25
41-50	40	33,4	24	30	22	27,5
51-60	20	16,7	19	23,75	11	13,75
61-70	11	9,17	3	3,75	5	6,25
Старше 70	1	0,83	-	-	1	1,25
Всего	120	100	80	100	80	100

Таблица 2 Распределение исследуемых больных по уровням урбанизации						
Место жительства	Основная группа, n=120		Первая группа сравнения, n=80		Вторая группа сравнения, n=80	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Крупный индустриальный город	76	63,4	53	66,25	62	77,5
Небольшой город, поселок городского типа	27	22,5	15	18,75	10	12,5
Село	17	14,1	12	15	8	0,1
Всего	120	100	80	100	80	100

Таблица 3 Распределение исследуемых больных по уровню образования						
Уровень образования	Основная группа, n=120		Первая группа сравнения, n=80		Вторая группа сравнения, n=80	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Неполное среднее	5	4,17	3	3,75	2	2,5
Среднее	14	11,7	13	16,25	19	23,75
Среднее специальное	56	46	36	45	35	43,75
Высшее	45	37,5	28	35	24	30
Всего	120	100	80	100	80	100

Таблица 4 Количество детей в семьях исследуемых больных						
Количество детей	Основная группа, n=120		Первая группа сравнения, n=80		Вторая группа сравнения, n=80	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Один	32	34,5	34	55	29	47,5
Двое	46	49,5	27	42	24	39,35
Три и более	15	16	2	3	8	13,15
Всего	93	100	63	100	61	100

Таблица 5 Распределение исследуемых больных по методам проводимого антиалкогольного лечения и продолжительности ремиссии								
Методы антиалкогольного лечения	Длительность ремиссий							
	до 3 месяцев		от 3 до 6 месяцев		от 6 до 12 месяцев		1 год и более	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
«Психокодирование» по А.Р. Довженко (n=100 – 35,7%)	23	8,2	24	8,2	33	11,7	20	7,1
Имплантация эсперали (n=21 – 7,5%)	5	1,7	2	0,7	12	4,3	2	0,7
Торпедо (n=59 – 21,1%)	15	5,3	12	4,2	19	6,7	13	4,6
Медикаментозная терапия (n=39 – 13,9%)	20	7,2	8	2,8	6	2,1	5	1,7
Гипносуггестивная терапия (n=36 – 12,9%)	11	3,9	10	3,5	9	3,1	5	2,1
ИРТ (n=25 – 8,9%)	10	3,5	9	3,2	4	1,4	2	0,7

расту, уровням урбанизации, образованию, семейному положению, количеству детей в семьях, общему трудовому стажу и др.

Так, представленные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что больные как в основной, так и в группах сравнения обращались за медицинской помощью чаще в возрасте от 21 года до 60 лет. В возрасте 21–30 лет их было всего 53 человека, от 61 до 70 лет и старше в основной группе было только 12 пациентов, а в группах сравнения — 9.

Анализ социальных и демографических данных (табл. 2) показывает, что жителей крупного индустриального города, а также небольшого города, включая пгт, в основной группе было 103 (85,8%), а в двух группах сравнения — 140 (87,5%). В селе проживали в основной группе 17 (1,41%) пациентов, а в группах сравнения — 20 (1,25%).

По уровню образования (табл. 3): в основной группе было с высшим образованием 45 (37,5%) человек, со средним и средним специальным — 70 (58,3%), с неполным средним — только 5 (0,4%). В двух группах сравнения: с высшим образованием — 52 (32,5%), со средним специальным — 103 (64,3%) и неполным средним — 5 (0,3%) человек.

Данные, приведенные в таблице 4, указывают, что в основной группе одного — трех и более детей имели 93 (77,5%) человека, а в группах сравнения — 122 (76,2%). Не имели детей в основной группе 27 (22,5%), а в группах сравнения — 38 (23,7%) пациентов.

Распределение больных в зависимости от мотива обращения за медицинской помощью представлено в таблице 5.

В основной группе (n=120): желание и надежда на излечение — у 31 (25,9%) пациента; в связи с семейными конфликтами из-за пьянства — 44 (36,7%); из-за служебных конфликтов — 31 (25,8%); в связи с проблемами здоровья — 14 (11,6%).

Аналогичные мотивы в группах сравнения (n=160): соответственно 32 (20%); 56 (35%); 50 (31,2%), 20 (12,5%) и другие причины — 2 (1,3%) случая.

По семейному статусу больные распределились: женатых было 135 (48,2%); разведенных — 90 (32,2%); холостых — 25 (8,9%); вдовцов — 30 (10,7%).

Из числа обследованных (n=280) 150 (53,6%) больных лечились первично, а 130 (46,6%) — обращались за медицинской помощью неоднократно (табл. 5).

Из применявшихся ранее методов антиалкогольной терапии использовались «психокodирование» по А.Р. Довженко в 35,7% случаев; торпедо — 21,1%; имплантация препарата эспераль — 7,5%; медикаментозная терапия — 13,9%; гипноусуггестивная терапия — в 12,9%, иглорефлексотерапия — в 8,9% случаев. При этом наибольшая частота ремиссий (более года) наблюдалась у 100 больных, пролеченных по методу А.Р. Довженко.

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что для больных с АЗ характерно обращение за помощью в основном в возрасте 31–60 лет (78,5% случаев), то есть когда у них преобладала вторая (средняя) стадия заболевания в фазе обострения, с абстинентным синдромом и средней степенью тяжести, а также с началом алкогольной деградации личности.

В соответствии с целью и задачами исследования нами был применен комплекс методов, включающий:

социально-демографический, клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический, психодиагностический, катamnестический и статистический.

В качестве основного инструмента для получения вышеуказанных данных мы разработали модификацию унифицированной карты и специальную анкету для больных и их близких родственников.

Для психодиагностического и клинко-психопатологического исследований использовали традиционные методики: опросники Ч.Д. Спилберга—Ю.Л. Ханина (2000), «Тип отношения к болезни» (2003), «САН» (2001), методику В.Д. Менделевича (2005) и др.

В целях проведения статистической обработки использовали параметрический критерий Стьюдента, точный метод Фишера. Математическая обработка материала и построение диаграмм были выполнены с помощью компьютерной программы Excel и статистического пакета Statistika v.6.0.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

А.Е. Гатицька

Представлено результати комплексного дослідження 280 хворих з алкогольною залежністю, які зверталися за медичною допомогою в Донецький центр «Медицина тонких енергій» в період 2007–2009 рр. Згідно з метою і задачами дослідження хворі були розподілені на три групи. В основній групі 120 пацієнтам проводили комплексне лікування (медикаментозна терапія, психотерапія та голкорефлексотерапія). Хворим першої групи порівняння (80 осіб) проводили тільки психотерапію, а другої — голкорефлексотерапію. Для психодіагностики та клініко-психопатологічного дослідження використовували традиційні методи: опитувальники Ч.Д. Спілберга—Ю.Л. Ханіна (2000), «Тип отношения к болезни» (2003), «САН» і методику В.Д. Менделевича (2005) та ін. Зроблено висновки, що хворі із алкогольною залежністю звертаються за медичною допомогою здебільшого у віці 31–60 років (78,5 %), переважно при другій стадії захворювання у фазі його загострення.

Ключові слова: алкогольна залежність, поширеність, захворюваність, урбанізація, лікування, ремісії, рецидиви.

GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE

A.E. Gatitska

The results of complex research are presented 280 patients with alcoholic dependence, which applied for medical help in the Donetsk center «Medicine of thin energies» in the period of 2007–2009. In obedience to a purpose and tasks researches sick were up-diffused on three groups. In a basic group 120 patients conducted a holiatry (medicinal therapy, psychotherapy and golkoreflaksoterapiya). Conducted the patient of the first group of comparison (80 persons) only psychotherapy, and to the second — golkoreflaksoterapiyu. For a psychoactivator and abnormal kliniko-psychology traditional methods drew on research: questionnaires of Ch.d. Spilberga-Yu.l. Khanina (2000), «Type otnosheniya k of boleznii» (2003), «DIGNITY» and method of V.D. Mendelevicha (2005) but other. Conclusions are done, that patients with alcoholic dependence apply for medical help mostly in age 31–60 (78,5 %), mainly at the second stage of disease in the phase of his sharpening.

Key words: alcoholic dependence, prevalence, a case rate, an urbanization, formation, treatment, remissions, relapses.

Поступила 30.11.2009

О.С. Осуховська, К.В. Аймедов

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР ЯК ФОРМИ НЕХІМІЧНОЇ АДИКЦІЇ СЕРЕД ГРОМАДЯН УКРАЇНИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: ігрова залежність, схильність до азартних ігор, ігроманія, лудоманія, гендерні особливості, статевий диморфізм.

Історія азартних ігор — це практично історія розвитку людства, з «дорослішанням» якого і вдосконаленням товарно-грошових відносин ігри ускладнювалися, а ігрова залежність завдавала все більшої шкоди, стаючи в один ряд з алкогольною залежністю та залежністю від наркотичних речовин.

У зарубіжних країнах проблема ігроманії актуалізувалася близько 30 років тому [1]. Кількість патологічних гравців у дорослій популяції варіює від 0,4 до 3,4%, а в деяких регіонах, особливо там, де гральний бізнес легалізовано, може досягати 7% [2]. Формуючись, як правило, у соціально-активному віці, лудоманія не тільки завдає шкоди психічному та соматичному здоров'ю, але й веде до соціальної дезадаптації [3]. У літературі до сьогодення не припиняються суперечки: лудоманія — це адикція чи більшою мірою одна з форм обсесивно-компульсивного розладу? [4]. Однак більшість вчених відносять гемблінг до нехімічної залежності, називаючи цю патологію «моделлю поведінкової адикції» [5, 6]. У 1993 р. Ц.П. Короленко, а у 2000 р. Н.В. Дмитрієва [7] і Ю.В. Попов [8] поставили гемблінг в один ряд нехімічних адикцій, таких як адикція відносин, сексуальна, любовна, уникнення, ургентна, роботоголізм, адикція до витрати грошей.

А.О. Бухановський та інші [9] позначили особистісний, морфофункціональний і гендерний компоненти схильності до гемблінгу. Морфофункціональний компонент був зазначений в таких особливостях будови головного мозку: розширення субарахноїдального простору з переважною локалізацією в лобових відділах, судинні аномалії, аномалії бічних шлуночків мозку і лімбічної системи, ознаки дизонтогенезу в ділянці зовнішніх поверхонь мозку, дизонтогенетичні аномалії черепа. Гендерний компонент був детермінований переважанням чоловіків, слабкою і середньослабкою статевою конституцією, редукцією романтичної стадії у психосексуальному розвитку. Таким чином, предиспозиції до лудоманії формуються у результаті поєднання біологічних, психологічних і соціальних факторів [10].

Сьогодні лудоманію вважають переважно поліетіологічним розладом, що виникає внаслідок складної взаємодії психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів. Залежність від азартних ігор має ряд характерних психопатологічних про-

явів: патологічний потяг, зростання толерантності, абстинентний синдром, клінічна динаміка, зміни особистості [11].

Проведений аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових джерел літератури показав суперечливість поглядів на залежність від азартних ігор. Мало досліджені мотиви залучення до гри. До теперішнього часу немає повного опису клінічної картини ігрової залежності, варіантів перебігу, синдрому патологічного потягу до азартної гри. Недостатньо розроблені для різних категорій ігроманів комплексні діагностичні програми, немає жодної моделі, яка повністю пояснювала б складний і гетерогенний характер патологічної залежності від азартних ігор. Не вивчені показники якості життя та соціального функціонування у хворих з ігровою залежністю.

Форми азартних ігор, що пропонуються господарями грального бізнесу громадянам України, різні: від гри в рулетку, карти, телевізійну лотерею, ставок на кінських перегонах до гри на мобільних телефонах, ігрових приставках і комп'ютерах. Особливу увагу привертають до себе ігри в Інтернеті як найменш контрольований від гемблінгу.

Актуальність дослідження ігрової залежності зумовлена тим, що дотепер в Україні не було проведено жодного статистичного дослідження кількості хворих на ігроманію чи виявлення осіб, схильних до азартних ігор. Важко переоцінити значення такого дослідження, оскільки азартні ігри стали в наш час вкрай загрозливою соціальною проблемою [12–14]. На сьогодні не існує достатніх оприлюднених статистичних даних щодо патогенетичних, психопатологічних аспектів діагнозів F63.0 та Z72.6 за МКХ-10 [15]. Тому дані, що їх ми отримали у польовому дослідженні ігрової залежності [16], по-перше, надали багатий та відповідний сучасності експериментальний матеріал, а по-друге, вказали напрямки подальшого теоретичного осмислення. Отже, темою нашої статті є розповсюдженість, гендерні та соціальні особливості схильності до азартної гри досліджуваного у 2005–2010 рр. загалу мешканців міст Києва та Одеси.

Об'єктом дослідження є клінічні прояви ігроманії серед мешканців м. Одеси та розповсюдженість ігрової залежності серед учнів середніх шкіл та вищих навчальних закладів м. Києва. Предметом є соціальні та гендерні особливості схильності до азартних ігор.

Мета дослідження — вивчення розповсюдженості та виділення прогностично значущих характеристик ігрової залежності, а також розробка на їх основі напрямку майбутніх експериментальних досліджень, спрямованих на профілактику та лікування ігроманії.

Вихідні теоретичні передумови та методи дослідження. У дослідженні ми спираємось на психіатричний [17, 18], системний [19, 20], та гендерний підходи [21]. Сьогодні, коли психологія статі, віку та соціальної ролі набуває важливого значення у контексті вирішення різних завдань у багатьох сферах практики, що вимагають міждисциплінарного підходу, однією з основних є проблема статевого диморфізму — найбільш істотної характеристики філо-, онто- та соціогенетичного розвитку. Думки сучасних дослідників щодо ігрової залежності [22–27], незважаючи на певну строкатість та неузгодженість щодо термінології, вміщуються у загальній дефініції МКХ-10 про схильність до азартної гри та укладання пари (Z72.6), проте, з особливою обмовкою: «Виключено: компульсивний чи патологічний потяг до азартних ігор (F63.0)» [15]. На відміну від схильності, патологічна схильність характеризується частою повторною участю в азартних іграх, що домінує у житті суб'єкта та веде до редукції соціальних, матеріальних, професійних і сімейних цінностей. Відтак, критеріальним розподілом поміж схильністю та патологічною схильністю є саме домінування азартної гри у житті людини, яке (домінування) «пересуває» її під протекцію іншої нозологічної форми 10-го перегляду МКХ.

Треба також зауважити, що гемблінгасоційовані феномени ігрової залежності, на думку багатьох дослідників ігроманії [28], сукупно охоплюють декілька розрізнених рубрик МКХ-10 (Z72.6; F63.0). Можна говорити, що у загальному випадку схильність до азартної гри як послідовний етап у багаторівневій структурі патологічної схильності до азартних ігор являє собою фактично преморбід патологічної схильності до азартної гри. Це поступове загострення переважаючого характерологічного радикалу рис індивідууму відтворює поступове нарощування адиктивного, патологічного потенціалу хвороби.

Як відомо, будь-яка адиктивна реалізація має загальні та специфічні предиспонуєчі фактори. Так, О.Ю. Єгоров зазначає декілька достатньо вивчених, подібних і для ігрової залежності: нейробіологічні, характерологічні, особистісні, соціальні тощо [24].

Зважаючи на деонтологічні вимоги до наукової та етичної коректності [30, 31, 32], наше дослідження проведено на таких засадах: 1) участь кожного досліджуваного була добровільною; 2) усі учасники були проінформовані про його мету і зміст; 3) дослідження відповідає основним вимогам професійної етики, є методологічно обґрунтованим та не містить шкідливих впливів на досліджуваного, участь якого є добровільною, досліджувані безкорисливо співпрацюють з дослідником з метою допомоги у науковій роботі [26].

Психодіагностичним інструментарієм дослідження мешканців м. Одеси був опитувальник асоціації GA (Gamblers Anonymous) [22], призначений для скринінгу досліджуваної популяції щодо наявності

феноменів ігрової залежності та використаний нами для відповідного клініко-психопатологічного дослідження. Інтегральний показник даного опитувальника INDEX надає попередню «сиру» інформацію про схильність досліджуваного до азартної гри у формі дихотомії – «схильний/не схильний» (відповідно 0–6 та 7–20 балів). Для скринінгового дослідження учнів м. Києва використовувались: адаптований та доповнений опитувальник Л.М. Юрьєвої, Т.Ю. Больбот, а також опитувальник South Oaks Gambling Screen.

Спираючись на психіатричний підхід [17, 18], принципи класифікації нозологічних одиниць МКХ-10 [15] та власний клінічний досвід ми згрупували запитання опитувальника GA у 4 блоки: соціальні характеристики особистості (SOC); особистісні особливості (PER); ознаки obsесії (OBS); ознаки компульсії та фізіологічних порушень (КОМП). Запроваджений контент-аналіз семантичних конструктів для вищезазначених блоків встановив, що:

- блоки SOC та КОМП відтворюють соціальні, а також моральні та фізіологічні збитки відповідно, які спричиняють участь людини в азартних іграх;
- блок PER відтворює адаптивну роль гри у житті людини, зокрема дещо подібну до ролі механізмів психологічного захисту та копінгу;
- блок OBS позначає obsесивний характер ігрової діяльності людини.

Можна підсумувати таким чином: блоки OBS і PER певною мірою характеризують особистість гравця (також його ігрову діяльність як таку), а блоки SOC і КОМП — радше соціально-психологічну ціну, яку сплачує гравець.

Сформований таким чином первинний масив даних був підданий статистичному аналізу (кореляційний та факторний аналізи, критерії Колмогорова–Смірнова, Стюдента, Манна–Уїтні) з наступною якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Математична обробка даних результатів здійснювалась за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм SPSS.

Організація та результати дослідження. Авторами за період 2005–2010 рр. було проведено пілотажне польове дослідження серед мешканців м. Одеси (n=3871) віком від 16 до 70 років, чоловічої та жіночої статі [16], а також 500 учнів 5–11 класів середніх шкіл, їх батьків та 1750 студентів вузів м. Києва шляхом опитування та анонімного тестування. Для забезпечення оптимальної гомогенності параметрів вибіркової та генеральної сукупностей (вік, стать, кількість тощо) добір учасників дослідження відбувався відносно довільним чином у закладах психіатричного профілю м. Одеси.

Учні шкіл, відповідаючи на питання про те, з якою метою найчастіше вони виходять в Інтернет, відзначили: 40,5% — шукають інформацію, яка цікавить; 35% — дивляться, завантажують фото, відео, аудіо; 28% — користуються електронною поштою; 29% — спілкуються у соціальних мережах і 16% — грають тривалістю більше 1 години на день. За даними тестування 3% дітей мають ознаки ігрової залежності.

Таблиця 1

Описові статистики загальної вибірки							
Параметри розподілу	Показники						
	SEX	AGE	SOC	PER	OBS	KOMP	INDEX
Середнє	0,58	30,34	0,47	0,47	1,16	0,14	2,24
Стандартне відхилення	0,49	12,70	0,94	0,89	1,57	0,41	3,01
Асиметрія (ст. похибка 0,04)	-0,31	0,91	2,43	2,52	1,57	2,97	2,42
Екскоз (ст. похибка 0,08)	-1,90	0,02	6,30	7,40	2,57	8,48	8,75
Z - значення*	23,4	8,1	25,9	24,7	17,8	31,8	14,1

Примітки: SEX — стать, AGE — вік; SOC — соціальний, PER — особистісний, OBS — обсесивний, KOMP — компульсивний блоки опитувальника GA; INDEX — індекс ігрової залежності; * — Z-значення критерія Колмогорова-Смірнова для однієї вибірки (при $p < 0,001$).

Таблиця 2

Описові статистики виокремлених підвибірок*				
Параметри підвибірок	Підвибірки		Рівень значущості достовірності відмінностей**, p	
	«0-6»	«7-20»		
Загальна кількість, осіб***	3540/93,62	241/6,27		
Кількість жінок, осіб/%	1518/42,9	81/33,6		
Кількість чоловіків, осіб/%	2022/57,1	160/66,4		
Середнє значення	SEX	0,57	0,66	0,05
	AGE	30,48	28,28	0,558
	SOC	0,32	2,63	0,001
	PER	0,33	2,44	0,001
	OBS	0,93	4,51	0,001
	KOMP	0,09	0,95	0,001
	INDEX	1,67	10,53	0,001

Примітки: * — значення показані заокругленими; ** — за критерієм Манна-Уїтні для двох незалежних вибірок; *** — відсоток вказано відносно кількості загальної вибірки (n=3781).

Таблиця 3

Факторні моделі для груп жіночої статі							Таблиця 3
№ фактора п/п	Модель						
	Ж		Ж0		Ж1		
	Назва фактора,*	Показники та їх факторне навантаження	Назва фактора,*	Показники та їх факторне навантаження	Назва фактора,*	Показники та їх факторне навантаження	
1	K+P, 38	KOMP (0,85) PER (0,81)	K+S, 28	KOMP (0,8) SOC (0,74)	K+P, 34	KOMP (0,89) PER (0,75)	
2	O, 25	OBS (0,91)	A, 21	AGE (0,95)	S+O, 26	SOC (0,94) OBS (0,56)	
3	A, 20	AGE (0,998)	P, 21	PER (0,97)	A, 21	AGE (0,98)	
Параметри факторизації	Обсяг загальної дисперсії змінних, яку охоплює модель						
	83,59		69,61		79,95		
	Критерій адекватності Кайзера–Майєра–Окліна						
	0,82		0,63		0,71		
	Критерій сферичності Барлетта (при $p \leq 0,001$)						
	2546,36		316,43		69,95		
Примітка: * — через кому подані заокруглені значення частки фактора у загальній дисперсії моделі підвибірки.							

Таблиця 4

Факторні моделі для груп чоловічої статі							Таблиця 4
№ факто- ра п/п	Модель						
	Ч		Ч0		Ч1		
	Назва фак- тора,*	Показники та їх фактор- не навантаження	Назва фактора,*	Показники та їх факторне навантаження	Назва фактора,*	Показники та їх фактор- не навантаження	
1	K+S, 30	KOMP (0,89) SOC (0,67)	S+K+O, 29	SOC (0,75) KOMP (0,7) OBS (0,52)	O+P, 29	OBS (0,78) PER (0,73)	
2	P+O, 26	PER (0,91) OBS (0,57)	P, 20	PER (0,98)	K, 23	KOMP (0,91)	
3	A, 29	AGE (0,999)	A, 20	AGE (0,999)	A, 21	AGE (0,97)	
Парамет- ри факто- ризації	Обсяг загальної дисперсії змінних, яку охоплює модель						
	76,76		69,05		72,43		
	Критерій адекватності Кайзера–Майєра–Окліна						
	0,75		0,61		0,62		
	Критерій сферичності Барлетта (при $p \leq 0,001$)						
	1582,8		319,013		49,63		
Примітка: * — через кому подані заокруглені значення частки фактора у загальній дисперсії моделі підвибірки.							

Із 1750 студентів м. Києва 100 (5,714%) учнів є лудоманами.

Результати статистичного аналізу (м. Одеса) даних загальної вибірки засвідчили, що розподіл усіх без винятку показників досліджуваної популяції не є нормальним (табл. 1).

З'ясовано (табл. 2), що, подібно до відомих закордонних досліджень [12], співвідношення кількості схильних/несхильних до азартної гри серед досліджуваних можна представити у вигляді дробу 6,27%/93,62%.

Як свідчать розрахунки, серед обох відокремлених підвибірок з умовними позначеннями «0–6» та «7–20» більшість складають чоловіки, відповідно 57 і 66%. Результати попереднього статистичного аналізу загальної вибірки свідчать також про те, що розподіл більшості змінних не є нормальним; відтак, уся подальша обробка даних проводилась за правилами непараметричної статистики.

Продиференціювавши загальну вибірку за статтю та рівнем показника INDEX, ми отримали шість підвибірок досліджуваних. Для визначення структури особливостей схильності до азартної гри (Z72.6) нами запроваджена процедура факторизації (табл. 3, 4) для жіночої та чоловічої часток загальної вибірки (Ч та Ж), а також їхніх підгруп, відповідно з ознаками ігрової залежності (Ч1 та Ж1 із значенням показника INDEX 7–20 балів) та без таких (Ч0 та Ж0 із значенням показника INDEX 0–6 балів).

Загалом проведено 6 процедур факторизації, для підвищення рівня значущості яких ми обрали такі її умови: у якості формального критерію рівня значущості для всіх показників використовується нижня

межа факторного навантаження 0,55; до уваги були прийняті лише ті методи витягу та варіанти обернення факторів моделі, які охоплюють не менше ніж дві третини (тобто біля 66,7%) загальної дисперсії результатів групи [33].

Виявилось, що фактор, цілком заснований на змінній «вік» (A), є ідентичним як за системним рівнем, так і кількісно для обох статей. У той же час, перший та другий фактори моделей Ч1 та Ж1 різняться як кількісно, так і якісно. Розглянемо це детально за допомогою порівняльного аналізу, який використав параметричні та непараметричні критерії (табл. 5).

Як свідчать результати порівняльного аналізу, саме за змінними SOC ($U=-1,83$ при $p\leq 0,0335$), PER ($U=-1,73$ при $p\leq 0,042$), OBS ($U=-2,97$ при $p\leq 0,0015$), INDEX ($U=-2,84$ при $p\leq 0,002$) достовірно та значущо різняться чоловіча та жіноча схильність до азартної гри. Натомість, за змінними AGE ($t=-0,999$ при $p\leq 0,1595$) та KOMP ($U=-0,7$ при $p\leq 0,2415$) гендерних достовірних відмінностей не виявлено.

У повній відповідності до якісних, можна визначити кількісні відмінності статевої особливості схильності до азартної гри таким чином: значення всіх показників, за якими існує значуща достовірність відмінностей менше для чоловіків аніж для жінок (табл. 6).

Очевидно, що схильність до азартної гри у жінок має більш руйнівні наслідки (масштаби). Крім того, в середньому жінки мають більші значення за структурними блоками схильності до азартних ігор (окрім змінної K), а також за інтегральним показником INDEX. Серед них найбільша різниця (біля 20%) виявлена для obsесивних симптомів (S).

Описові статистики підвибірок Ч1 та Ж1									Таблиця 5
Параметри	Підвибірки						Достовірність відмінностей***		
	Ч1			Ж1					
Кількість осіб (%)	160 (66,39)			81 (33,61)					
	Середні	Критерій Колмогорова–Смірнова		Середні	Критерій Колмогорова–Смірнова		Z-значення	Рівень значущості, p	
		Z*	Рівень значущості, p		Z*	Рівень значущості, p			
AGE	28,68	1,20	0,319	27,51	1,25	0,086	-0,999**	0,319/0,1595	
SOC	2,50	2,25	0,001	2,88	1,29	0,071	-1,83	0,067/0,0335	
PER	2,31	1,91	0,001	2,70	1,34	0,054	-1,73	0,084/0,042	
OBS	4,23	1,52	0,02	5,06	1,19	0,119	-2,97	0,003/0,0015	
KOMP	0,93	2,80	0,001	1,00	1,85	0,002	-0,70	0,483/0,2415	
INDEX	9,97	2,61	0,001	11,64	2,00	0,001	-2,84	0,004/0,002	
Примітки: * — Z-значення за двостороннім критерієм Колмогорова–Смірнова для однієї вибірки; ** — двосторонній t-критерій Стюдента для двох незалежних вибірок; *** — двосторонній рівень (через похилу вказано також і відповідний односторонній) значущості за U-критерієм Манна–Уїтні для двох незалежних вибірок.									

Співвідношення середніх значень «чоловіки/жінки»				Таблиця 6
Показник	Середні значення показників		Різниця, %	
	Чоловіки Ч1, бали	Жінки Ж1, бали		
SOC	2,50	2,88	15,2	
PER	2,31	2,70	16,9	
OBS	4,23	5,06	19,6	
INDEX	9,97	11,64	16,8	

Висновки

1. Аналіз результатів дослідження: поміж жінками та чоловіками існують та істотно різняться особливості схильності до азартних ігор. Схильність до азартних ігор має специфічні гендерні особливості на структурному, якісному та кількісному рівнях. Структурно схильність до азартних ігор як чоловіків, так і жінок визначається 3-факторною моделлю.

2. Гендерні відмінності схильності до азартних ігор кількісно визначаються тим, що жінки, порівняно з чоловіками, мають збільшені (у середньому на 16–20%) значення за показниками, які значущо достовірно різняться, а саме, соціальні збитки від ігрової діяльності, адаптивна властивість азартної гри для людини, обсесивні симптоми та інтегральний індекс ігрової залежності.

3. Експериментальні дослідження ігрової залежності мають враховувати статеві відмінності людей, схильних до азартної гри, а саме: кількісний склад чоловіків та жінок у загальній вибірці має обчислюватись дробом 2:1; віковий склад не має обмежень.

4. Високі показники розповсюдженості лудоманії серед учнів 5–11 класів середніх шкіл та вищих навчальних закладів є приводом для подальшого вивчення особливостей ігрової залежності у досліджуваного контингенту осіб з метою подальшої розробки заходів психотерапії та психопрофілактики даної патології.

Література

- Grant J.E. & Potenza M.N. Escitalopram in the treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: An open-label pilot study with double-blind discontinuation // *International Clinical Psychopharmacology*. — 2006. — V. 21. — P. 203–209.
- Ениколопов С.Н., Умняшкіна Д.А. Психологические проблемы патологического влечения к азартным играм // *Вопр. Психологии*. — 2007. — № 3. — С. 82–99.
- Chambers A., Potenza M. Neurodevelopment, Impulsivity, and Adolescent Gambling // *J. Gambling Studies*. — 2003. — V. 19, No. 1. — P. 53–84.
- Blanco C., Petkova E., Ibanez A. et al. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling // *Annals of Clinical Psychiatry*. — 2002. — V. 14. — P. 9–15.
- Бобров А.Е. Поведенческие зависимости и психическая диссоциация // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Рос. конф. (9–11 окт. 2007 г., г. Москва)*. — М., 2007. — С. 36.
- Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // *Аддиктология*. — 2005. — № 1. — С. 65–77.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академ. проект, Екатеринбург: Деловая кн., 2000. — 460 с.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб: Речь, 2000. — 402 с.
- Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Баранова И.В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // *Журн. неврологии и психиатрии*. — 2008. — № 10. — С. 20–25.
- Шемчук Н.В. Факторы, влияющие на возникновение и формирование патологического влечения к азартным играм // *Рос. психиатр. журн.* — 2008. — № 3. — С. 24–28.
- Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Особенности психопатологических расстройств у лиц зависимых от игры. // *Всерос. науч.-практ. конф. «Бехтерев и современная психология»*: Сб. тр. — Казань, 2005. — С. 152–154.
- Машек Ю.О. Усунення залежності від азартних ігор: [Навчальний посібник] / Ю.О. Машек. — К.: Центр учбової літератури, 2007. — 104 с.
- Эпидемия лудомании — что это? [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://narcolog.com.ua/game/prevalence/epidemija_ludo_20.html
- Придатко О. Здоров'я нації — показник добробуту держави [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.ualogs.kiev.ua/fulltext.html?id=791>
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: [Клинические описания и указания по диагностике] / Пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — ВОЗ. — СПб.: «АДИС», 1994. — 302 с.
- Аймедов К.В. Декотрі епідеміологічні характеристики ігрової залежності (на прикладі популярії м. Одеси) / К.В. Аймедов / Актуальні питання транспортної медицини, 2010. — подана до друку.
- Снежневский А.В. Общая психопатология [курс лекций] / А.В. Снежневский. — Москва, 2007. — 207 с.
- Чайка Ю.В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1) / Ю.В. Чайка, Ю.Ю. Чайка / *Український вісник психоневрології*, 2003. — Т. 11. — вип. 4. — С. 5–9.
- Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / П.К. Анохин. — М.: Наука, 1973. — С. 5–61.
- Bertalanffy L. An outline of General Systems Theory / L. Bertalanffy / *British Journal for the Philosophy of Science*. — 1950. — V. 1. — P. 134–165.
- Геодакян В.А. Эволюционная теория пола / В.А. Геодакян. — Природа, 1991. — № 8. — С. 60–69.
- Долгов А.П. Что наша жизнь? Гемблинг!!! // *Матеріали VII-ї Української наук.-практ. конф. з участю Міжнародних спеціалістів [«Довженківські читання: лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин»]* / Під ред. Л.В. Волошина. — Вид-во ТОВ «ВП Плейда». — 2006. — 212 с.
- Верещагин Н.В. Методы лечения в зеркале доказательной медицины / Н.В. Верещагин, О.Ю. Реброва / *Лечение нервных болезней*, 2000. — № 1. — С. 33–35.
- Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] / А.Ю. Егоров. — СПб.: Речь, 2007. — 190 с.
- Аймедов К.В. Клинико-психологические аспекты коморбидных расстройств аддиктивного спектра / К.В. Аймедов, Ю.П. Жогно. — *Таврический журнал психиатрии*. — Т. 12. — № 1(42), 2008. — С. 4–8.
- Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 1997. — 800 с. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.koob.ru/books/slovar-prakticheskogopsyhologa.rar>
- Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике (МКБ-10). — МЗ Украины. — Донецк, «Критис», 2000. — 345 с.
- Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions / I. Marks / *British J. Addict.* — 1990. — V. 85. — P. 1389–1394.
- Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко — *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, 1991/1. — С. 8–15.
- Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. — 7-е изд. — СПб.: Питер, 2005. — 668 с.
- Давыдов В.П. Методология и методика психолого-педагогического исследования: [учеб. пособие для студ. вузов] / В.П. Давыдов, П.И. Образцов, А.И. Уман. — М.: Логос, 2006. — 128 с.
- Бурлачук Л.Ф. Словарь — справочник по психологической диагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. — К.: Наукова думка, 1989. — 200 с.
- Наследов А.Д. SPSS Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А.Д. Наследов. — СПб.: Питер, 2007. — 416 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР КАК ФОРМЫ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ СРЕДИ ГРАЖДАН УКРАИНЫ

Е.С. Осуховская, К.В. Аймедов

В статье приведены данные исследования распространенности феномена склонности к азартным играм среди населения Украины. На основании методов математической статистики проведен общий анализ результатов пилотажного исследования игровой зависимости на выборке жителей городов Киева и Одессы. Итогом исследования является определение распространенности и особенностей склонности к азартным играм, а также определение вектора направления экспериментальных исследований игромании.

Ключевые слова: игромания, лудомания, склонность к азартным играм, зависимость от азартных игр, контингенты риска.

STUDY OF PREVALENCE AND FEATURES GAMBLING ADDICTION (FORMS NON-CHEMICAL ADDICTION) AMONG THE CITIZENS OF UKRAINE

E. Osuhovskaya, K. Aymedov

The paper studied the prevalence of the phenomenon of taste for gambling among the population of Ukraine. Based on the methods of mathematical statistics provide an overall analysis of the results of pilot research of gambling addiction on a sample of residents of Kiev and Odessa. The outcome of the study is to determine the characteristics of propensity to gambling, as well as the definition of the vector direction of experimental research gambling.

Key words: game addiction, gambling addiction, playing dependence, propensity to the reckless game, sexual dimorphism.

Надійшла 02.12.2009

УДК: 616.89-005.441.33:616-053.5-084

В.И. Пономарев

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ», г.Харьков;
Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: клиничко-психопатологические особенности, синдром зависимости, дети и подростки, ингаляционная токсикомания, летучие органические соединения.

Изучение клиничко-психопатологических аспектов формирования и течения синдрома зависимости от летучих органических соединений (ЛОС) у детей и подростков является актуальной проблемой современной наркологии. Целенаправленных, комплексных исследований клиничко-психопатологических особенностей формирования синдрома зависимости от ЛОС до настоящего времени не проводилось. В специальной литературе нами найдены единичные работы, посвященные различным клиничко-терапевтическим аспектам аддикции ингалянтами. Описываются отдельные симптомы патологического влечения к растворителям клея в рамках синдрома психической зависимости, рассматриваются проблемы патологического влечения в структуре абстиненции, изучались объективные показатели актуализации патологического влечения к ЛОС в процессе лечения [4–6, 8].

В настоящее время накопилось значительное число публикаций, отражающих распространенность, факторы риска, мотивы злоупотребления летучими растворителями. В то же время клиничческие аспекты проблемы разработаны недостаточно. На это указывает не только ограниченное число сообщений по данному вопросу, но и противоречивость содер-

жащихся в них сведений. Не создается целостного представления о феноменологии и синдромологии острой интоксикации ЛОС, что объясняется отсутствием каких-либо попыток исследователей изучить клинику данной разновидности интоксикации с учетом, во-первых, общих закономерностей формирования опьянения при употреблении психоактивных средств (ПАВ), во-вторых, особенностей заболевания в целом. Лишь в небольшом количестве работ принимались усилия систематизировать психопатологические расстройства при острой интоксикации ингалянтами [1–3, 7, 9].

Решение данной проблематики будет способствовать принятию адекватных мер профилактики аддиктивного поведения на донологическом этапе болезни.

Целью данного исследования было изучение клиничко-психопатологических особенностей формирования зависимости и течения ингаляционной токсикомании вследствие злоупотребления ЛОС у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 155 детей и подростков в возрасте от 6 до 16 лет, живущих в Харьковском областном приюте

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР КАК ФОРМЫ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ СРЕДИ ГРАЖДАН УКРАИНЫ

Е.С. Осуховская, К.В. Аймедов

В статье приведены данные исследования распространенности феномена склонности к азартным играм среди населения Украины. На основании методов математической статистики проведен общий анализ результатов пилотажного исследования игровой зависимости на выборке жителей городов Киева и Одессы. Итогом исследования является определение распространенности и особенностей склонности к азартным играм, а также определение вектора направления экспериментальных исследований игромании.

Ключевые слова: игромания, лудомания, склонность к азартным играм, зависимость от азартных игр, контингенты риска.

STUDY OF PREVALENCE AND FEATURES GAMBLING ADDICTION (FORMS NON-CHEMICAL ADDICTION) AMONG THE CITIZENS OF UKRAINE

E. Osuhovskaya, K. Aymedov

The paper studied the prevalence of the phenomenon of taste for gambling among the population of Ukraine. Based on the methods of mathematical statistics provide an overall analysis of the results of pilot research of gambling addiction on a sample of residents of Kiev and Odessa. The outcome of the study is to determine the characteristics of propensity to gambling, as well as the definition of the vector direction of experimental research gambling.

Key words: game addiction, gambling addiction, playing dependence, propensity to the reckless game, sexual dimorphism.

Надійшла 02.12.2009

УДК: 616.89-005.441.33:616-053.5-084

В.И. Пономарев

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ», г.Харьков;
Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: клиничко-психопатологические особенности, синдром зависимости, дети и подростки, ингаляционная токсикомания, летучие органические соединения.

Изучение клиничко-психопатологических аспектов формирования и течения синдрома зависимости от летучих органических соединений (ЛОС) у детей и подростков является актуальной проблемой современной наркологии. Целенаправленных, комплексных исследований клиничко-психопатологических особенностей формирования синдрома зависимости от ЛОС до настоящего времени не проводилось. В специальной литературе нами найдены единичные работы, посвященные различным клиничко-терапевтическим аспектам аддикции ингалянтами. Описываются отдельные симптомы патологического влечения к растворителям клея в рамках синдрома психической зависимости, рассматриваются проблемы патологического влечения в структуре абстиненции, изучались объективные показатели актуализации патологического влечения к ЛОС в процессе лечения [4–6, 8].

В настоящее время накопилось значительное число публикаций, отражающих распространенность, факторы риска, мотивы злоупотребления летучими растворителями. В то же время клиничко-аспекты проблемы разработаны недостаточно. На это указывает не только ограниченное число сообщений по данному вопросу, но и противоречивость содер-

жащихся в них сведений. Не создается целостного представления о феноменологии и синдромологии острой интоксикации ЛОС, что объясняется отсутствием каких-либо попыток исследователей изучить клинику данной разновидности интоксикации с учетом, во-первых, общих закономерностей формирования опьянения при употреблении психоактивных средств (ПАВ), во-вторых, особенностей заболевания в целом. Лишь в небольшом количестве работ принимались усилия систематизировать психопатологические расстройства при острой интоксикации ингалянтами [1–3, 7, 9].

Решение данной проблематики будет способствовать принятию адекватных мер профилактики аддиктивного поведения на донологическом этапе болезни.

Целью данного исследования было изучение клиничко-психопатологических особенностей формирования зависимости и течения ингаляционной токсикомании вследствие злоупотребления ЛОС у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 155 детей и подростков в возрасте от 6 до 16 лет, живущих в Харьковском областном приюте

для несовершеннолетних (с 2008 года — Харьковский областной приют для детей), а также детей, находившихся на обследовании и лечении в 9-м, 22-м детских и 24-м подростковом отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 по поводу ингаляционной токсикомании ЛОС. У всех больных диагностирован синдром зависимости — F-18.2 по МКБ-10.

В нашей работе были использованы клиничко-анамнестический и клиничко-психопатологический методы. Клиничко-психопатологическое исследование проводилось по специально разработанному нами алгоритму, предусматривающему использование «Анамнестической карты пациента» и «Индивидуальной карты динамического наблюдения пациента». Они были созданы на основе ранее разработанных аналогичных карт, используемых для стандартизации исследования, но учитывающих особенности детско-подросткового возраста.

Результаты и их обсуждение. Выявленные нами в процессе исследования клиничко-психопатологические особенности имеют определенное сходство с таковыми при зависимости от других ПАВ (каннабиоды, алкоголь, опиаты), описанными в специальной литературе. В то же время нами обнаружены и идентифицированы некоторые особенности, обусловленные, во-первых, разновидностью ПАВ (ЛОС), во-вторых — объектом исследования (дети и подростки). Физиологические особенности и поведенческие стереотипы, характерные для этого возраста, находят отражение в особенностях формирования и течения зависимости от ЛОС.

На первом этапе исследования был проведен тщательный ретроспективный анализ особенностей воспитания и развития ребенка на основе данных родительской информации, медицинской документации, сведений с места обучения, из инспекции по делам несовершеннолетних, опроса учителей и воспитателей, а также из акта помещения ребенка в приют, направления помещения в приют. Нас интересовали только особенности психофизического и интеллектуального развития в дошкольном возрасте. По результатам ретроспективного исследования выделены 3 группы пациентов, у которых были определены основные тенденции формирования синдрома зависимости от ЛОС.

В первую группу вошли 35 человек, которые по данным ретроспективного тестирования были отнесены к подросткам, которые росли и развивались без заметных, документально фиксированных поведенческих девиаций, имели хорошую успеваемость, воспитывались в относительно благополучных полных и неполных семьях, проживали в комфортных материальных условиях.

Во вторую группу вошли 47 детей, которые по совершенно очевидным данным (со слов родителей, педагогов) с момента определения в детский сад, а затем школу имели проблемы интеллектуального развития, позже своих сверстников начали говорить, с заметным отставанием обучались письму и счету, с трудом осваивали школьные предметы. Данная группа паци-

ентов проживала в относительном материальном достатке, родители и близкие с пониманием относились к трудностям учебы, делали попытки подтянуть интеллектуальный уровень ребенка.

В третью группу были включены 73 пациента, которые с пубертатного возраста характеризовались родителями и педагогами как гиперактивные, всегда были склонны к совершению несдержанных поступков (драки, хулиганство, уходы и побеги из дома), прогуливали уроки в школе, допускали воровство дома, в кругу знакомых и близких, легко втягивались в сомнительные дворовые компании, где лидером было более взрослое лицо, увлекались азартными играми, игровыми автоматами и т.п.

Данные группы больных, сформировавшиеся в процессе нашего исследования, и которые на момент манифестных проб ЛОС имели клинически диагностированный преморбид, были условно обозначены как: 1-я группа — «психически здоровые»; 2-я группа — «интеллектуальные расстройства»; 3-я группа — «поведенческие девиации».

Следующий этап исследования был направлен на изучение клиничко-психопатологических особенностей формирования синдрома зависимости от ЛОС и характерологических особенностей пациентов на момент госпитализации.

У обследованного контингента с зависимостью от ЛОС более чем в половине случаев встречались реакции протеста, которые проявлялись в стремлении избавиться от опеки родителей, учителей, требованием свободы, независимости, отрицанием запретов. Демонстративные побеги из дома, из домов-интернатов в подростковом возрасте у обследованных отмечались более чем в 1/3 случаев.

Антисоциальные поступки (хулиганские действия с правовыми последствиями, частые драки в школе, кражи, побеги из дома и школ-интернатов, дворовые компании и т.п.) совершали 56,1% обследованных детей и подростков с зависимостью от ЛОС. Судимости (участие в грабежах, квартирные кражи) имели 21,6% пациентов.

В половине случаев у больных в преморбиде наблюдались колебания настроения, с одинаковой частотой аутохтонные и реактивно-спровоцированные. Суицидальные тенденции до начала употребления ингалянтов были выявлены у 15% пациентов, причем у 10% — отравления медикаментами и у 5% — совершенные суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера.

Большинство обследованных лиц имело незаконченное среднее образование, из них около 70% — совсем оставили среднюю школу. Среди интересов в преморбидный период преобладали увлечения, связанные с получением легкой информации, потребностью во множестве поверхностных контактов — дворовые компании, дискотеки, кафе, игровые автоматы. Интерес к учебе проявляли только 17,5% обследованных лиц. Около 32,3% пациентов принимали пассивное участие в антисоциальных компаниях (не все из них совершали антисоциальные поступки).

Обращает на себя внимание ранний возраст начала половой жизни, который варьировал от 12 до 15 лет и в среднем составил $13,7 \pm 0,87$ года. Большинство пациентов (60,4%) начинали половую жизнь в возрасте 13–14 лет, а в 1/5 всех случаев (17,6%) — в 12 лет. Беспорядочную половую жизнь еще до начала употребления ингалянтов вели 20,6% обследованных пациентов с зависимостью от ЛОС, гиперсексуальность (высокий уровень либидо, активное стремление к половым контактам) отмечалась почти в 1/3 случаев.

Почти все обследованные пациенты курили сигареты, курение носило систематический характер, суточная толерантность достигала 20–30 сигарет. Имели место пробы курения препаратов конопли.

Все обследованные неоднократно пробовали алкоголь. Первая проба алкоголя состоялась в среднем в $9,4 \pm 1,87$ года. Лишь 2,5% пациентов до начала ингаляций ЛОС совершенно не употребляли алкоголь. Систематическое употребление алкоголя встречалось в 16,3% случаев. После начала употребления ЛОС почти 30% всех пациентов совершенно не употребляли алкоголь, достаточно часто выражали негативное отношение к винопитию.

На этапе знакомства с ПАВ выявились определенные закономерности. При среднем возрасте приобщения к табаку и пиву в $9,0 \pm 1,7$ года раньше других — в 7,5–9,0 лет — начинали эксперименты подростки из 3-й группы, особенно лица с характерологическими особенностями истерического круга. Подростки 1-й и 2-й группы с характерологическими особенностями астенического круга в подавляющем большинстве случаев решались на эти пробы позже — к 10–11 годам. У многих обследованных больных наблюдался период первоначального поискового полинаркотизма с пробами до 10 видов ПАВ. Он отмечен более чем у половины обследованных равномерно по всем группам, преимущественно у больных стенического (24,5%), истерического (19,7%), неустойчивого (15,3%) круга.

Первая проба ПАВ у большинства исследованных состоялась в возрасте от 5 до 12 лет; в половине случаев (50,7%) — в возрасте до 10 лет, до 12 лет — лишь в 17,2% случаев, старше 12 лет — в 32,1% случаев. Более чем в 47,3% случаев первым ПАВ была марихуана, у 10,6% обследованных — настойки на основе кустарных психостимуляторов. Подобные пробы происходили в компаниях более старших лиц, очень часто под давлением подростковой среды. В результате таких проб признаки зависимости от табака имели 38,7% пациентов во всех 3 группах, признаки пивной зависимости — 18,2% больных из 3-й группы, 14,3% участников 2-й группы и 10,7% — 1-й.

Групповое давление, мнение и влияние старших ее членов играли основную роль в первичном употреблении ингалянтов. При анализе причин ингаляции наиболее часто назывались следующие факторы: любопытство, желание ощутить хорошее настроение, употребление за компанию, старшие посоветовали, хотелось казаться сильнее и главнее остальных и т.д. Данные факторы служили основной причиной последующей систематической наркотизации. Переход на

регулярное употребление ингалянтов у подавляющего большинства обследованных было связано с социальными и психологическими негативными явлениями: «желание уйти подальше из дома», «желание вести себя как все», «обретение самоуверенности», «улучшение настроения», «средство поддерживать дружбу с друзьями», «нежелание идти в школу» и т.п. В наших наблюдениях значительную роль играл факт общедоступности ЛОС, они всегда были в продаже, хранение данных средств не имеет правовых ограничений.

Средствами ингаляции во всех 3 группах исследования были в подавляющем числе случаев клей «Момент», его аналог «Супермомент», клей «Квинтол», ацетон, реже бензин и толуол. Эти летучие вещества и растворители являлись самым первым средством, с помощью которого дети и подростки вводили себя в состояние опьянения и оглушения, одурманивания.

Привлекательность данных ЛОС определялась, по словам обследуемых, качеством и характером опьянения. На фоне головокружения и чувства легкости в голове возникала последовательная палитра привлекательных красочных ощущений. Для подростков представляли особый интерес калейдоскоп и вереница чувственных, суперкомфортных иллюзий и галлюцинаторных переживаний, когда они словно «вживались» в ход и сценарий виртуальных действий и образов. Эффект токсического опьянения с элементами возбуждения начинался буквально на первых вдохах ингалянта, причем дети и подростки самоиндуцировали себя на «просмотр» наиболее любимых мультфильмов, детских сериалов, что создавало дополнительную привлекательность ожидаемых эффектов одурманивания.

Ниже представлены основные клинико-динамические характеристики становления зависимости от ЛОС у детей и подростков в зависимости от клинически диагностированных преморбидных особенностей (таблица).

Характеристика эйфорических и седативных эффектов на высоте употребления ЛОС базировалась на самоотчетах больных. При этом были встречены определенные трудности, так как многие пациенты затруднялись подробно охарактеризовать собственные ощущения, большинство из них ограничивались общими фразами «было хорошо», «приятно расслабился», «отдохнул» и т.п. Вместе с тем, при подробном расспросе удавалось выяснить, что большинство детей и подростков под действием ЛОС ощущали со-

Таблица Клинико-динамические характеристики становления зависимости от ЛОС у детей и подростков (M±m)			
Изучаемый показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Возраст начала употребления ПАВ	$9,0 \pm 0,61$	$8,5 \pm 0,43$	$8,1 \pm 0,36$
Возраст начала употребления ингалянтов	$9,6 \pm 0,57$	$9,2 \pm 0,52$	$8,4 \pm 0,76$
Возраст начала регулярного употребления ингалянтов	$11,4 \pm 0,35$	$11,2 \pm 0,45$	$11,0 \pm 0,52$
Возраст формирования синдрома отмены	$12,5 \pm 0,27$	$11,9 \pm 0,39$	$11,5 \pm 0,42$
Возраст формирования психорганического синдрома	$13,3 \pm 0,33$	$12,8 \pm 0,41$	$12,4 \pm 0,45$

стояние блаженства, спокойствия, отрешенности от проблем. Удалось установить, что в 13,8% случаев в состоянии интоксикации отмечалось состояние возбуждения, часто встречались дисфорические приступы, что вообще не свойственно интоксикации ЛОС. По мере развития зависимости различия в описании патогенных эффектов во всех 3 группах обследованных нивелировались: Все больные с длительностью употребления ЛОС более 2 лет указывали на ослабление желанных эффектов при ингаляциях ЛОС.

Ингаляции обычно проводились в группах детей и подростков, в безлюдных местах, в подвалах, заброшенных домах. Вдыхаемое вещество помещалось в целлофановый пакет, подносилось к лицу и интенсивно вдыхалось, как правило, через рот. С увеличением стажа ингаляции проходили в присутствии взрослых (в школе, на улице, в семье и т.д.), то есть терялся ситуационный контроль.

Возраст начала употребления ингалянтов варьировал от 6–7 лет до 9–12 лет, в среднем составил $9,07 \pm 0,62$ года. Длительность эпизодического употребления ингалянтов составляла в среднем 4,1 месяца, а в 31,5% случаев пациенты начинали употреблять ЛОС сразу систематически, минуя стадию эпизодического употребления. Большинство из данных наблюдений пришлось на 3-ю группу обследованных (54,8%), меньше на 2-ю группу (28,5%), остальные (16,7%) были пациенты из 1-й группы. Эта разница также обусловлена тем, что к употреблению ингалянта пациентов наиболее часто привлекали в организованных группах подростков с изначально девиантными формами поведения.

Обращение за медицинской помощью в 89,2% наблюдений по всем группам было вынужденным (по направлению органов МВД, реже приводили родители), больные соглашались на госпитализацию только тогда, когда лавинообразно нарастали проблемы в семье, школе, появлялись приводы в милицию за мелкие правонарушения, учащались побеги из дому, хулиганские действия, когда поведение больных становилось неуправляемым.

При поступлении в приют и детские отделения практически все пациенты сообщали о себе противоречивые, достаточно часто лживые сведения с целью приуменьшить, или, наоборот, преувеличить срок употребления, дозу ЛОС. Представляли интерес особенности поведенческих реакций пациентов на этапе сбора анамнестических сведений, проведения экспериментально-психологического блока исследований. Выявлено 3 наиболее частых варианта поведения пациентов при консультативных осмотрах.

При первом варианте (41,4% пациентов), условно названном нами «активация», поведение больных значительно изменялось при начале разговора об особенностях первых проб ЛОС, характере ингаляций, испытанных ощущениях. В такие минуты настроение у пациентов значительно улучшалось, о чем сразу свидетельствовала громкая, быстрая речь, появлялась улыбка на лице, от больных исходило веселье, счастье, радость. Подростки охотно и подробно рассказывали о способах ингаляций, методах приготовления к

употреблению ЛОС, получая явное удовольствие от беседы. Они сами признавались, что разговор об ЛОС был им приятен: «Поговорил — лучше стало». Указанные проявления сочетались с гипергидрозом ладоней, покашливанием, почесыванием кончика носа.

При втором варианте поведенческих реакций (33,7% пациентов), условно обозначенном как «девиация», при разговоре об ЛОС настроение вдруг резко ухудшалось, появлялись раздражительность, злобность. Подростки становились циничными, грубыми, некоторые из них через некоторое время начинали плакать от жалости к себе, оттого, что «стыдно», от осознания безысходности, невозможности избавиться от зависимости. Наблюдались гиперемия лица, мелкокоразмашистый тремор языка, пальцев вытянутых рук.

При третьем варианте поведения (24,9% пациентов), условно названном «седация», на протяжении всей беседы об ЛОС пациенты оставались вялыми, пассивными, говорили тихо, монотонно, с трудом выговаривая слова. В ходе беседы с врачом настроение их заметно не менялось, они все время пытались уйти от конкретных ответов на вопрос, разговор им был явно неприятен. Больные во время беседы жаловались на появление какого-то дискомфорта, старались поскорее закончить ее.

В результате регулярного употребления ЛОС, формирования явлений психической и физической зависимости в каждой из 3 выделенных в процессе исследования групп («психически здоровые», «интеллектуальные расстройства», «поведенческие расстройства») происходила трансформация начальных преморбидных особенностей, которая имела ряд закономерностей.

В первой группе больные с неотягощенной наследственностью, не имевшие в преморбиде каких-либо отклонений, в целом послушные, целеустремленные, коммуникабельные, способные ученики, положительно характеризующиеся в школе, имевшие определенные успехи в большинстве учебных дисциплин, после знакомства и начала употребления ЛОС резко менялись. Происходила очевидная трансформация черт характера, устоявшихся поведенческих стереотипов. На первых порах появлялись аффективные нарушения (эмоциональная лабильность, поверхностное, неоправданное веселье, сменяющееся подавленностью с дисфорическим оттенком), безответственность, нежелание выполнять школьные обязанности и, как следствие, снижение успеваемости уже спустя несколько месяцев. Следующим этапом становилось усугубление поведенческих расстройств, все чаще появлялись раздражительность, грубость, жестокость. На этом фоне развивались делинквентные формы поведения — кражи, хулиганские действия, которые могла приводить к постановке на учет в отделение милиции, а в ряде наблюдений (13 пациентов) — и направлению для обучения и воспитания в специализированные интернаты. Обращал на себя внимание тот факт, что наряду с поведенческими нарушениями в этот период появлялись повышенная истощаемость, трудности сосредоточения, снижение

памяти. На следующем этапе формирования зависимости происходило морально-этическое снижение пациентов. Появлялось нежелание учиться, возникало резко негативное отношение к любой трудовой деятельности, исчезал интерес к общественной жизни класса. Такие пациенты, еще недавно бывшие внешне спокойными и уравновешенными, начинали вступать в конфликты с соучениками, оскорблять учителей, нецензурно браниться в их адрес, затевать драки в школьном дворе, учебных аудиториях. Результатом прогрессирующего морально-этического снижения становились жестокие, циничные отношения с матерью, вымогательство денег, угрозы расправы. Характерно, что в данной группе больных выраженные расстройства поведения и изменения характера не означали синхронного интеллектуально-мнестического снижения, что подтверждалось результатами экспериментально-психологического исследования в момент поступления, а также данными педагогической документации. Снижение успеваемости было обусловлено в первую очередь поведенческими и патохарактерологическими расстройствами, которые начинали доминировать в поведении больного.

По данным нашего исследования благоприятную роль в столь длительной сохранности интеллектуальных функций, даже когда стаж употребления ЛОС достигал 2–3 лет, сыграли неотягощенная наследственность и в целом удовлетворительный преморбидный фон.

При поступлении в клинику у данной группы пациентов расстройства характера и поведения были резко выражены, в отделении отмечались эмоциональная лабильность, раздражительность, агрессивность, расторможенность, дурашливость. Характер нарушений у большинства пациентов данной группы свидетельствовал об эксплозивном варианте расстройств характера и поведения. В то же время их интеллектуальные качества оставались на достаточном уровне, что свидетельствовало о селективном первоочередном действии ЛОС на поведенческую сферу.

Во второй группе были дети, которые, как правило, росли и развивались в удовлетворительных материально-бытовых условиях. С раннего возраста родители обращали внимание на задержку их в способности говорить, в детском саду они позже по сравнению с одноклассниками обучались счету и письму, испытывали затруднения при необходимости выучить стихотворение, с трудом вовлекались в игры, праздники, утренники. В школу определялись чаще с задержкой на 1 год, то есть в своем классе были старше одноклассников. Однако по-прежнему имелись серьезные проблемы в интеллектуальном развитии, они забывали таблицу умножения, не могли запомнить прочитанное, заучить короткое стихотворение, затруднялись в выполнении простых арифметических действий. Из педагогической документации известно, что в тот период пациенты демонстрировали низкие, а порой крайне неудовлетворительные результаты в учебных дисциплинах. Во многих случаях сами пациенты жаловались на плохую память, невозможность сосредоточиться, неусидчивость, быструю

утомляемость. Эти проявления не позволяли больным нормально справляться с учебой, создавая постоянные проблемы, в том числе и в коммуникации. Низкий уровень интеллекта проявлялся не только в неспособности решать школьные задачи и упражнения, были очевидны общая незаинтересованность, отсутствие присущего детям любопытства, познавательных действий. Были крайне ограничены и сведения об окружающем мире, они не знали названий соседних городов и стран, не ориентировались в сторонах света, были не способны назвать 2–3 книги, просмотренные фильмы, запас слов был крайне ограничен, речь скудна, с преобладанием жаргона. Речевое общение вне привычного круга было затруднено, при беседе с врачом возникали долгие паузы, сначала осмысливались вопросы, а затем подыскивались слова для ответа. Фразовая речь не образована, предложения короткие.

В процессе обращения к ингалянтам данные интеллектуальные расстройства еще более заострились, пациенты становились лживыми, изворотливыми, пытались таким образом уйти от сложной ситуации. Быстро присоединялись выраженные поведенческие расстройства, которые начинали доминировать в течении заболевания. Со временем интеллектуальные расстройства имели настолько выраженное снижение, что это приводило к нарушению адаптации больных к повседневной жизни. Они утрачивали навыки самообслуживания, обнаруживали несвойственную им ранее неряшливость, теряли интерес к окружающему. Нарушения памяти сочетались с патологией мыслительных операций. Страдала способность к абстракции, обобщению, выделению сходства и различия, формированию проблемно-решающего поведения. Нарушалась способность к рассуждению, пониманию, обучению. Речь становилась замедленной, обеднялся словарный запас, больные с трудом вербализовали свои мысли. Затруднялось переключение внимания, что проявлялось в разговоре при переходе с одной темы на другую.

В третьей группе у обследованных изначально имели место преморбидные девиации, которые отмечались с ранних лет — по данным объективного анамнеза и педагогической документации. У всех пациентов с первых лет пребывания в школе проявлялось безответственное отношение к учебе, в старших классах наблюдалась тяга к асоциальным компаниям, бродяжничеству — при попустительском отношении к этому со стороны родителей, которые часто страдали алкоголизмом, наркоманиями, были в местах лишения свободы и т.п. Постоянные прогулы в школе, бесцельное времяпровождение быстро приводили к знакомству с ПАВ, что было обусловлено желанием не отставать от сверстников, употребляющих, в частности, ингалянты, и происходило по типу имитации поведения старших подростков. У больных данной группы достаточно быстро происходило становление ключевых симптомов аддикции (неспособность контролировать начало и окончание приема ЛОС, дозу ЛОС, повышение толерантности, изменение картины интоксикации за счет появления эксплозивности, агрессии). На начальных этапах заболевания

заострялись преморбидные черты характера, поведение пациентов становилось все более непредсказуемым, учащались побег из дома, мелкое воровство, становились постоянными хулиганские действия. В дальнейшем появлялись очевидные признаки интеллектуально-мнестического и морально-этического снижения, утрата прежних навыков и качеств, что свидетельствовало о деградации, способствующей социальной дезадаптации больного. По отношению к близким людям (мать, отец, братья, сестры) усилились имевшие место и до начала заболевания грубость, жесткость в общении. Они стали возникать по ничтожному поводу, без учета ситуации. Наблюдались дурашливость, склонность к плоским шуткам, немотивированная агрессия, жестокость. Параллельно с патохарактерологическими и поведенческими расстройствами происходило формирование интеллектуальных нарушений. К концу 5–6 класса снижение успеваемости уже достигало того уровня, когда обучение по общеобразовательной программе становилось маловозможным. Интенсивные ингаляции усугубляли интеллектуальные нарушения настолько, что они становились причиной перевода в специализированные школы. Усиливались расстройства поведения и характера, появлялись делинквентные формы поведения: хулиганские действия, кражи, грабежи. Снижался инстинкт самосохранения, о чем свидетельствовали суицидальные попытки, совершаемые «из любопытства». В большинстве наблюдений пациенты теряли всякий интерес к окружающему и к себе (не следили за внешним видом, не соблюдали правила личной гигиены, становились неряшливыми, неопрятными).

При поступлении в больницу и первичном осмотре обращала на себя внимание полная утрата моральных принципов («меня ни мать, ни отец не интересует»), все мысли и интересы больных сконцентрированы вокруг криминальных компаний, им безразлична собственная судьба, планов на будущее у них нет. У пациентов данной группы отсутствовали критическая оценка своего состояния, установка на прекращение ингаляций. Они не считали себя больными, к лечению относились резко негативно, злобно, не один раз заявляя, что все равно не бросят употреблять ЛОС.

Выводы

• В 31,5% случаев пациенты начинали употреблять ЛОС сразу систематически, минуя стадию эпизодического употребления. Большинство обследованных больных (54,8%) вошло в 3-ю группу наблюдения, меньше — во 2-ю (28,5%) и 1-ю (16,7%). Эта разница, по-видимому, обусловлена тем, что к употреблению ингалянта пациенты наиболее часто приобщались в организованных группах подростков с изначально девиантными формами поведения.

• В результате регулярного употребления ЛОС, формирования явлений психической и физической зависимости в каждой из 3 выделенных в процессе исследования групп («психически здоровые», «интеллектуальные расстройства», «поведенческие расстройства») происходила трансформация начальных преморбидных особенностей, которая имела ряд закономерностей.

• По данным нашего исследования благоприятную роль в столь длительной сохранности интеллектуальных функций у пациентов 1-й группы, даже когда стаж употребления ЛОС достигал 2–3 лет, сыграли неотягощенная наследственность и в целом удовлетворительный преморбидный фон.

С самого начала употребления ЛОС у детей и подростков возникают своеобразные изменения характера, укладывающиеся в рамки психопатоподобного поведения. Развивающиеся расстройства психической сферы есть проявлением токсической энцефалопатии. Патохарактерологические и поведенческие расстройства у больных с зависимостью от ЛОС являются как результатом прогрессирующего токсико-органического процесса (энцефалопатии), так и следствием усугубления преморбидных черт.

Данные нашего исследования помогут разобраться в особенностях формирования синдрома зависимости вследствие употребления ЛОС у детей и подростков и многообразии течения клинической его картины с учетом преморбидных особенностей и будут служить основой для разработки и внедрения инновационных дифференцированных программ терапии.

Литература

1. Воробьева Т.М. Природа, факторы и механизмы формирования зависимости от психоактивных соединений // Наркология. — 2004. — № 1. — С.34–40.
2. Клиническая токсикология детей и подростков / Под ред. Марковой И.В., Афанасьева З.В., Неженцева М.В. — СПб: Интермедика, 1998. — Т. 1. — 304 с.
3. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). — М.: Медпресс-информ, 2003. — 328 с.
4. Минко А.И., Линский И.В. Наркология. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
5. Напреев О.К. Психиатрия. — К.: Здоров'я, 2001. — 584 с.
6. Наркология: Учеб. пособие / Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Кожина А.М. и др. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 288 с.
7. Пятницкая И.Н., Найдёнова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
8. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — 444 с. Т. 2. — 504 с.
9. Сосин И.К., Грабар И.В., Чув Ю.Ф. Ингаляционная токсикомания у детей и подростков // Междунар. мед. журн. — 2000. — № 4. — С. 43–45.

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

В.І. Пономарьов

У роботі описані клініко-психопатологічні особливості формування залежності та перебігу інгаляційної токсикоманії внаслідок зловживання летких органічних сполук (ЛОС) у дітей та підлітків. У ході дослідження були сформовані 3 групи хворих, які на час маніфестних проб ЛОС мали клінічно діагностований преморбід, та умовно визначені як: «психічно здорові»; «інтелектуальні розлади»; «поведінкові девіації». В результаті постійного вживання ЛОС та формування від них залежності у хворих кожної з 3 виділених груп відбувалася трансформація початкових преморбідних особливостей.

Ключові слова: клініко-психопатологічні особливості, синдром залежності, діти та підлітки, інгаляційна токсикоманія, леткі органічні сполуки.

**THE CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL PARTICULARITIES OF ADDICTION
ON VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS OF CHILDREN AND TEENAGERS**

V.I. Ponomaryov

In order to study particularities of forming of syndrome of addiction and clinical variants of inhalant toxicomania caused by over-use of volatile organic compounds of children and teenagers. In course of our investigation the groups of patients were formed. These groups were called: «mental health», «intellectual disorders», «behavioural deviations». As a result of regular consumption of VOC and forming of addiction, there were a transformation of base premorbid particularities.

Key words: clinical psychopathological particularities, syndrome of addiction, children and teenagers, inhalant toxicomania, volatile organic compounds.

Поступила 14.11.2009

В.Б. Первомайский, В.Р. Илейко

ПРОБЛЕМА ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: ограниченная вменяемость, уголовный процесс, несовершеннолетние.

На первый взгляд может показаться, что для несовершеннолетних определение ограниченной вменяемости не большая проблема, чем для взрослых. И действительно, законодатель не разделяет лиц, совершивших общественно опасные действия, по возрасту применительно к ограниченной вменяемости. Отсюда как бы следует, что критерии этой юридической категории должны быть аутентичными для любой возрастной группы. Однако в действительности это не совсем так. Начнем с закона.

Ст. 20 УК «Ограниченная вменяемость» гласит: *«Подлежит уголовной ответственности лицо, признанное судом ограниченно вменяемым, то есть таким, которое во время совершения преступления, вследствие имеющегося у него психического расстройства, не было способно в полной мере осознавать свои действия (бездействие) и (или) руководить ими»*. Как видно из цитированной нормы, законодатель обозначил медицинский и психологический критерии ограниченной вменяемости в самой общей форме. В законе не раскрываются их объем и содержание, и с этим можно только согласиться. Такое решение полностью соответствует разработанным в украинской судебной психиатрии представлениям о том, что любое расстройство психики в зависимости от степени выраженности всегда отражает ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими либо свидетельствует о ее отсутствии [4]. Отсюда следует, что для решения вопроса об ограниченной вменяемости лица *общих* критериев недостаточно. Необходимы также критерии *особенные*, отражающие характер расстройства психики, и *единичные*, или индивидуальные, отражающие характер взаимодействия субъекта со средой, являющиеся его результатом, материализовавшимся в общественно опасном деянии.

В научно-практическом комментарии к ст. 20 УК перечисляется ряд обстоятельств, важных для понимания содержательных характеристик этого нового для нашего законодательства института. Прежде всего, это то, что ограниченная вменяемость не является постоянной, стабильной составляющей лица с психическим расстройством. Она, как вменяемость и невменяемость, относится только к периоду совершения конкретных действий, предусмотренных УК. По мнению авторов комментария, *«установление ограниченной возможности осознавать свои действия и (или) руководить ими требует дифференцированного комплексного анализа взаимодействия трех факторов, а именно: выявление существенности влияния имею-*

щихся психических расстройств, влияние особенностей личности на поведение лица и влияние конкретной криминальной ситуации» [3]. К этой мысли мы вернемся ниже.

Теперь перейдем к несовершеннолетним. Особое внимание, которое законодатель уделяет этой категории правонарушителей, находит отражение в специальных разделах УК (Раздел XV «Особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних») и УПК Украины (Раздел 8 «Производство по делам о преступлениях несовершеннолетних») [5]. Как указано в «Общих положениях к статьям 97–108» УК, это обусловлено особенностями возрастного и социально-психологического развития лиц, совершающих преступления в возрасте от 14 до 18 лет. Применительно к рассматриваемой проблеме нас в первую очередь интересуют обстоятельства, подлежащие выяснению по делам о преступлениях несовершеннолетних. Они перечислены в ст.ст. 64, 433 УПК. Согласно ст. 64 «Обстоятельства, подлежащие доказыванию в уголовном деле» при производстве предварительного следствия, дознания и разбирательстве уголовного дела в суде подлежат доказыванию:

- 1) событие преступления (время, место, способ и другие обстоятельства совершения преступления);
- 2) виновность обвиняемого в совершении преступления и мотивы преступления;
- 3) обстоятельства, влияющие на степень и характер ответственности обвиняемого, а также иные обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого;
- 4) характер и размер ущерба, причиненного преступлением.

Согласно ст. 433 «Обстоятельства, подлежащие установлению по делам о преступлениях несовершеннолетних» при производстве предварительного следствия и разбирательства в суде дела о преступлении несовершеннолетнего, кроме обстоятельств, указанных в статье 64 настоящего Кодекса, необходимо также выяснить:

- 1) возраст несовершеннолетнего (число, месяц, год рождения);
- 2) состояние здоровья и общего развития несовершеннолетнего. При наличии данных об умственной отсталости несовершеннолетнего, не связанной с душевным заболеванием, должно быть также выяснено, **мог ли он полностью сознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими;**

3) характеристику личности несовершеннолетнего;
4) условия жизни и воспитания несовершеннолетнего;

5) обстоятельства, отрицательно влиявшие на воспитание несовершеннолетнего;

6) наличие взрослых подстрекателей и других лиц, вовлекших несовершеннолетнего в преступную деятельность.

Если из этого перечня исключить сугубо юридические обстоятельства (виновность и мотивы, ущерб, наличие подстрекателей), то остаются семь из них, которые имеют существенное значение для определения психического состояния несовершеннолетнего и решения экспертных вопросов. На этот счет приведенная норма содержит конкретные указания, что «в необходимых случаях для установления состояния общего развития несовершеннолетнего, уровня его умственной отсталости и выяснения вопроса, мог ли он полностью сознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими, должна быть произведена экспертиза специалистами в области детской и юношеской психологии (психолог, педагог) или (что, по нашему мнению, более корректно) указанные вопросы могут быть поставлены на разрешение эксперта-психиатра». В научно-практическом комментарии дается подробное разъяснение по каждой позиции, что исключает необходимость останавливаться на этом вопросе. Главное, что необходимо помнить эксперту: все перечисленные в ст.ст. 64, 433 УПК обстоятельства должны быть добыты и представлены эксперту следствием. Без их исследования экспертиза может быть сочтена такой, что проведена на неполном материале.

Применительно к проблеме ограниченной вменяемости более детального рассмотрения требует п.2 ст.433 УПК. В нем идет речь о состоянии здоровья и общего развития несовершеннолетнего, а также об умственной отсталости, не связанной с душевным заболеванием. В последнем случае должно быть выяснено, мог ли несовершеннолетний полностью сознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими. Нетрудно заметить, что примененные законодателем формулировки далеки от совершенства. Не проясняет положение и Верховный Суд Украины.

В Постановлении от 16.04.2004 г. №5 «О практике применения судами Украины законодательства в делах о преступлениях несовершеннолетних» в п.7 Пленум Верховного Суда указал: «При наличии данных, которые свидетельствуют об умственной отсталости несовершеннолетнего, в соответствии со ст. 76 и 433 УПК должна быть назначена судебная психолого-психиатрическая или педагогически-психолого-психиатрическая экспертиза для решения вопроса о наличии или отсутствии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии, о степени такого отставания, установления состояния его общего развития с целью выяснить вопрос о том, мог ли несовершеннолетний полностью осознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими. Соответствующая экспертиза назначается с участием специалистов в области детской и юношеской психологии (психолога, педагога) и психиатрии».

Из приведенной цитаты неясно, имеется ли ввиду «умственная отсталость» как стационарное состояние или «умственное отставание» как процесс, какой смысл вкладывается в понятие «отставание в психическом развитии», что означает «состояние его общего развития» и каким образом все это связано со способностью осознавать свои действия и руководить ими. Также неясно, различает ли Верховный Суд понятия «комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза» и «экспертиза с участием специалистов в области детской и юношеской психологии (психолога, педагога) и психиатрии». Хотя законодатель четко разграничивает понятия «эксперт» и «специалист». Таким образом, в 2004 год оказались перенесенными формулировки 20-летней давности без учета обстоятельства принципиального характера применительно к несовершеннолетним. Уже три года как в национальное законодательство введен институт ограниченной вменяемости, существенным признаком которого является необходимость определения степени способности лица осознавать свои действия и руководить ими.

Часть вопросов пытались в свое время снять авторы научно-практического комментария к ст. 433 УПК. В частности, они полагали, что «под умственной отсталостью, речь о которой идет в п. 2 ст. 433, следует понимать значительное отставание от нормального уровня развития данного возраста. Однако это ограничение не связано с болезненным состоянием психики, а только с задержкой умственного развития несовершеннолетнего. При наличии данных о подобной умственной отсталости, необходимо выяснить, уровню развития какого возраста соответствует фактическое развитие несовершеннолетнего и полностью ли осознает он значение своих действий».

В приведенной цитате используется ряд понятий (умственная отсталость, нормальный уровень развития, значительное отставание от него, возраст, болезненное состояние психики, задержка умственного развития), объем, содержание и, что главное, их иерархия, до настоящего времени наукой удовлетворительно образом не определены. И пока это не сделано, их использование в экспертной практике весьма проблематично, прежде всего, потому, что выводы эксперта рассматриваются законом как доказательства и уже в силу этого должны быть соответствующим образом обоснованы. Поэтому понятно, что в обосновании вывода не могут быть использованы аргументы, содержание которых неясно, нечетко, спорно и пр. Это с одной стороны. С другой — в тот период, когда составлялся этот комментарий, у детских психиатров уже была сформирована позиция в отношении так называемых задержек развития. Так, В.В. Ковалев [1] писал: «Несмотря на то, что состояния психического инфантилизма, как и другие задержки темпа психического развития, считаются обратными формами патологии, нередко особенно при неблагоприятных условиях среды и воспитания, проявления психической незрелости, инфантильности с возрастом не сглаживаются, выступая в одних случаях в форме стойкой интеллектуальной недостаточности (легкой дебильности или субдеби-

ности), а в других — в форме дисгармоничных (психопатических или акцентуированных) свойств личности». Очевидно, что В.В.Ковалев, предложивший в 1973 г. термин «психический дизонтогенез», относил задержки психического развития к формам патологии. Уже поэтому формулировка закона «...об умственной отсталости несовершеннолетнего, не связанной с душевным заболеванием...» лишена смысла.

Ясно одно. Законодатель, понимая, что несовершеннолетний в силу незавершенности нервно-психического развития, формирования сознания и самосознания не может нести одинаковую со взрослым лицом ответственность за одинаковые преступления, использовал два фактора: **возраст** и **вменяемость**. В совокупности они определяют субъекта преступления согласно ст. 18 УК.

Возраст. Ст. 22 УК устанавливает две возрастные границы — 14 и 16 лет. До достижения субъектом 14-летнего возраста за ондатель презюмирует его неспособность осознавать свои действия и руководить ими и освобождает от уголовной ответственности по возрастному признаку. По исчерпывающему перечню преступлений уголовная ответственность наступает с 14 лет и полная ответственность — с 16 лет. Первое, что обращает на себя внимание, это эмпирический подход к определению возрастных границ. Второе — ориентир на физический или, вернее, соматический возраст. Разъяснения Верховного Суда не оставляют в этом сомнений. В цитированном выше Постановлении №5 от 16.04.2004 г., в п.7 указано: «*возраст несовершеннолетнего подсудимого устанавливается по документам, в которых указана дата его рождения...*». Уже отсюда следует, что в принципе ошибочная запись о дате рождения может стоить несовершеннолетнему свободы. И далее: «*При отсутствии соответствующих документов и невозможности их получения возраст несовершеннолетнего устанавливается судебно-медицинской экспертизой. В этом случае днем рождения считается последний день того года, который назван экспертом. При определении возраста минимальным и максимальным количеством лет суд принимает решение, исходя из установленного экспертом минимального возраста*».

Понятно, что, руководствуясь принципом гуманизма, суд стремится минимизировать ответственность несовершеннолетнего. Но тем самым фактически соматический возраст как критерий уголовной ответственности дезавуируется и заменяется возрастом психическим. Психиатрии же хорошо известно, что возраст соматический и психический далеко не всегда совпадают в силу дизонтогенеза, важнейшим компонентом которого, по справедливому утверждению В.В. Ковалева, является нарушение психического развития. Не имея целью анализировать проблемы дизонтогенеза в полном объеме, обратим внимание только на описанные в литературе его два основных типа или механизма. Это ретардация (отставание развития психики), асинхрония (дисбаланс в формировании психических функций, когда одни характеризуются отставанием, а другие опережением развития) [1, 2, с. 19–20].

Нетрудно заметить, что законодатель в своем повышенном внимании к несовершеннолетним исходит только из ретардации, оставляя вне поля зрения асинхронии. Между тем, в последнее десятилетие для судебной психиатрии все большее значение приобретает именно искаженное психическое развитие, характеризующееся дисбалансом между опережающим формированием *ratio*, психической акселерацией и известным отставанием, незрелостью эмоций и особенно высших чувств. Широкодоступная высокотехнологичная информация в сенситивные периоды развития несовершеннолетнего стимулирует развитие когнитивных функций в отрыве от морально-этических установок либо на фоне их извращения. Отсюда формирование диссоциальных расстройств личности с высокой криминогенностью. Все эти аспекты детско-подростковой психиатрии создают значительные трудности для судебной психиатрии при решении вопросов вменяемости — невменяемости и нуждаются в серьезной научной разработке.

Вменяемость. Напомним, что это второй фактор, определяющий субъекта преступления. Теперь время вернуться к формуле ограниченной вменяемости и комментарию к ст.20 УК. В ней ограниченная вменяемость связывается с психическим расстройством, в силу которого лицо «не было способно в полной мере осознавать свои действия (бездействие) и (или) руководить ими». А в п. 2 ст.433 УПК говорится об умственной отсталости, не связанной с душевным заболеванием, при которой должно быть выяснено «*могли ли несовершеннолетний полностью сознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими*». По содержанию цитированные формулировки практически идентичны. Это означает, что в обоих случаях речь идет об ограниченной вменяемости. Но если у взрослого она связывается с психическим расстройством как причинным фактором, то у несовершеннолетнего еще и с отставанием в развитии. Поскольку наиболее существенным, юридически значимым признаком психического возраста является состояние способности осознавать свои действия и осознанно руководить ими, то с экспертной точки зрения по своим содержательным характеристикам психическое расстройство и отставание в психическом развитии совпадают. Это еще раз подтверждает правоту тех детских психиатров, которые придерживаются такого же мнения. И несколько слов о научно-практическом комментарии к ст. 20 УК. К сожалению, в том виде, как он изложен, комментарий не помогает решать вопросы применения категории ограниченной вменяемости не только в отношении несовершеннолетних, но и в отношении взрослых лиц. Так, в его тексте используется понятие «*возможность осознавать свои действия...*», хотя субъекта ограниченной вменяемости характеризует «*способность осознавать...*», и, думается, нет необходимости доказывать, что это не синонимы. Не будем возражать против выявления психических расстройств, исследования особенностей личности и изучения криминальной ситуации, тем более, что об этом мы неоднократно писали ранее. Но в этом перечне недостает главного: на что это

все влияет? «Влияние особенностей личности на поведение лица» ничего не объясняет, ибо особенности личности и поведение лица это единое целое, так же как «личность» и «лицо».

Каковы же ближайшие выводы из изложенного?

1. При решении вопросов ответственности несовершеннолетнего физический возраст имеет лишь формальное значение и используется только как критерий привлечения к ответственности. Фактически же при определении ответственности учитывается возраст психический.

2. При установлении психического возраста должны учитываться не только ретардация психических функций и сфер, но и опережение в их развитии.

3. Определяющим признаком психического возраста является состояние способности лица осознавать свои действия и осознанно руководить ими. В силу этого экспертное значение имеет психическое состояние несовершеннолетнего, актуальное на момент свершения противоправного деяния, а не его природа (расстройство, недоразвитие) или заложенные в нем тенденции (задержка, опережение, тип течения расстройства).

4. Решение проблем ограниченной вменяемости несовершеннолетнего находится в прямой зависимости от степени разработки вопросов психического дизонтогенеза и стандартизации экспертных признаков психического возраста.

5. Наиболее адекватным является назначение несовершеннолетнему комплексной психолого-психиатрической экспертизы с привлечением при необходимости получения дополнительных данных, используемых экспертами, иных специалистов (педагога, сексолога и др.).

Литература

1. Ковалев В.В. Значение проблемы психического дизонтогенеза для психиатрии // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. — М., 1982. — С. 10—15.
2. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Изд. 2-е. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
3. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України. Загальна частина / Під ред. Потєбенька М.О., Гончаренка В.Г. — К.: Форум, 2001. — 394 с.
4. Первомайский В.Б. Невменяемость. — К.: КВНЦ, 2000. — 320 с.
5. Уголовно-процессуальный кодекс Украинской ССР: Науч.-практ. коммент. / Отв. ред. П.Г. Цупренко. — К.: Политиздат Украины, 1984. — 595 с.

ПРОБЛЕМА ОБМЕЖЕНОЇ ОСУДНОСТІ НЕПОВНОЛІТНІХ

В.Б. Первомайський, В.Р. Ілейко

У статті представлений аналіз законодавчих і психіатричних передумов до постановки питання про обмежену осудність неповнолітнього. Показано проблеми, що існують у цьому розділі судово-психіатричної експертизи.

Ключові слова: обмежена осудність, кримінальний процес, неповнолітні.

PROBLEM OF THE LIMITED RESPONSIBILITY MINORS

V.B. Pervomajsky, V.R. Ilejko

In clause the analysis of legislative and psychiatric preconditions to statement of a question on the limited responsibility of the minor is submitted. The problems existing in this section of forensic - psychiatric examination are shown.

Key words: the limited responsibility, criminal trial, minors.

Поступила 07.12.2009

А.Ю. Васильева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: онкобольные, злокачественные новообразования, непсихотические психические расстройства, личностные особенности больных.

На современном этапе развития онкологии большое внимание уделяется не только соматическому, но и психологическому и психиатрическому аспектам этой патологии. Этиопатогенез эмоциональных расстройств, наблюдающихся у больных со злокачественными новообразованиями, достаточно сложен и, на наш взгляд, требуется уточнение роли психологических механизмов в формировании у них непсихотических психических расстройств. Цель настоящего исследования — уточнение связи между личностными особенностями и формированием психической патологии непсихотического регистра у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями различной локализации.

Материал и методы исследования

Проведено скрининговое обследование 450 пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями различной локализации и стадии опухолевого процесса, которые находились на стационарном лечении в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) в 2006–2007 гг. Все эти больные знали или догадывались о характере своего заболевания. Нами было получено информированное их согласие на участие в исследовании.

Первоначально выясняли представление пациентов о заболевании, включая его тяжесть и курбельность. При выявлении непсихотических психических расстройств у онкобольных оценивали их клинические проявления, время манифестации и особенности течения. На основании собранных анамнестических данных уточняли значимые биографические особенности (детский период развития, семейный анамнез, уровень образования и профессиональные особенности, наличие тяжелых стрессовых ситуаций и реакции пациентов на них).

Источниками информации об онкологическом диагнозе и соматическом состоянии больного служили история болезни, а также результаты патогистологического или цитологического исследования. Для математической обработки данных использован статистический пакет Medstat.

В основу настоящего исследования положены результаты патопсихологического исследования личности 450 пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями: 138 ($30,6 \pm 2,2\%$) — с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта (ОП ЖКТ) (новообразования желудка, ободочной и

прямой кишки), 210 ($46,7 \pm 2,4\%$) — с онкогинекологической патологией (ОГП) (новообразования матки и яичников), 102 ($22,7 \pm 1,9\%$) — с онкоурологической патологией (ОУП) (новообразования почек, мочевого пузыря и предстательной железы). Основную группу составили 313 ($69,6 \pm 2,1\%$) больных с непсихотическими психическими расстройствами: 94 ($30,0 \pm 2,6\%$) — с ОП ЖКТ, 152 ($48,6 \pm 2,8\%$) — с ОГП и 67 ($21,4 \pm 2,3\%$) — с ОУП. В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра выявленные эмоциональные расстройства у 138 ($44,1 \pm 2,8\%$) пациенток представлены депрессивными нарушениями в рамках симптоматических депрессивных расстройств (F 06.32), у 34 ($10,9 \pm 1,7\%$) — в рамках расстройств адаптации — пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21), у 46 ($14,7 \pm 2,0\%$) — смешанной тревожно-депрессивной реакции (F 43.22). Преимущественно анксиозные нарушения были представлены симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) у 33 ($10,5 \pm 1,7\%$) больных и расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием нарушения (F 43.23) — у 62 ($19,8 \pm 2,5\%$). В контрольную группу вошли 137 ($30,4 \pm 2,2\%$) пациентов, у которых не было обнаружено психических расстройств: 44 ($32,1 \pm 3,9\%$) — с ОП ЖКТ, 58 ($42,3 \pm 4,2\%$) — с ОГП и 35 ($25,6 \pm 3,7\%$) — с ОУП. Комплексное клинико-психологическое исследование проводилось с использованием клинически ориентированного многофакторного опросника Мини-Мульт.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное с помощью методики Мини-Мульт исследование позволило определить средние значения шкал у пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации (табл. 1). Соотношение оценочных шкал L:F:K у пациентов с выявленными непсихотическими психическими расстройствами L:F:K=44:53:45 и у пациентов без психических расстройств L:F:K=44:50:43 свидетельствует о достоверности полученных результатов и возможности их интерпретации с учетом тенденции к максимальному самораскрытию и несколько утрированной откровенности (судя по отношению F и K).

При анализе личностного профиля пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, у которых были выявлены непсихотические психические расстройства, обнаружены высокие показатели по шкалам Психастении ($76 \pm 0,6$ Т-балла), Ипохондрии

Таблица 1
Уровень показателей по методике СМЛ у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями

Шкала	Онкобольные с не психотическими психическими расстройствами (n=313)		Онкобольные без психических расстройств (n=137)		Уровень значимости различия, p
	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	
L	44±0,5	41-51	44±0,3	39-47	0,87
F	53±0,7	51-57	50±0,2	49-51	0,45
K	45±0,5	43-51	43±0,3	41-44	0,39
1	72±0,5*	67-70	51±0,3	49-53	<0,001
2	71±0,6*	49-53	50±0,3	48-53	<0,001
3	66±0,6	53-63	49±0,3	48-52	<0,001
4	52±0,5	48-53	51±0,2	49-52	0,87
6	52±0,4	48-51	48±0,3	47-51	0,56
7	76±0,6*	79-84	51±0,3	49-53	<0,001
8	59±0,4	80-83	50±0,3	48-53	<0,001
9	38±0,6	47-51	49±0,2	48-52	<0,001

Примечания: L — шкала лжи, F — шкала достоверности, K — шкала коррекции, 1 — шкала Ипохондрии (Hs), 2 — шкала Депрессии (D), 3 — шкала Истерии (Hy), 4 — шкала Психопатии (Pd), 6 — шкала Паранойальности (Pa), 7 — шкала Психастении (Pt), 8 — шкала Шизоидности (Se), 9 — шкала Гипомании (Ma). * — Показатели, превышающие нормативные значения.

(72±0,5 Т-балла) и Депрессии (71±0,6 Т-балла) и низкие показатели по шкале Гипомании (38±0,6 Т-балла) на фоне не выходящих за пределы нормативных показателей по остальным основным шкалам (не превышают 70 Т-баллов).

Личностный профиль исследуемых больных отражает преобладание пассивной личностной позиции с ведущей мотивационной направленностью — сохранение жизни. Для них характерны следующие личностные особенности: высокий уровень осознания имеющихся проблем при неудовлетворенности и пессимистической оценке своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, скептицизм, самокритичность с неуверенностью в себе, своих возможностях. Обнаруженные высокие показатели отражают депрессивное настроение, негативные переживания, склонность к острому переживанию неудач, волнению, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе. Повышение по 2-й шкале выявляет осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения отражаются в пониженном настроении. Замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность больных с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями в значительной степени

обусловлены сужением круга актуальной мотивации, новой жизненной направленностью. Доминирование ведущего мотива сохранения жизни накладывает отпечаток на особенности восприятия мира, изменяет систему жизненных ценностей. Повышается эгоцентрическая ориентация, больные становятся более равнодушными к близким людям, резко сужается круг их интересов, ограничиваясь исключительно проявлениями тяжелого соматического заболевания.

Анализ анамнестических данных у большинства онкологических больных, страдающих не психотическими психическими расстройствами, выявил, что незадолго до начала развития болезни имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная эмоциональная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключалась в ощущении своей беспомощности, отказе от борьбы. Эта реакция приводила в действие ряд физиологических процессов, которые подавляли естественные защитные механизмы организма и создавали условия для возникновения и развития опухоли. В юности пациенты часто испытывали чувство одиночества и отчаяния. В ранний период зрелости больные либо устанавливали глубокие и очень зна-

Таблица 2
Уровень показателей по методике Мини-Мульт у пациентов с не психотическими психическими расстройствами, страдающих злокачественными новообразованиями

Шкала	F 06.4 (n=33)		F 43.23 (n=62)		F 06.32 (n=138)		F 43.21 (n=34)		F 43.22 (n=46)	
	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃	Me±m	Q ₁ - Q ₃
L	48±0,5	46-51	46±0,3	45-49	44±0,3	41-47	41±0,6	40-45	43±0,4	41-45
F	54±0,7	51-57	53±0,4	51-54	54±0,4	50-56	53±0,6	51-54	51±0,4	49-53
K	46±0,5	43-51	49±0,3	48-51	42±0,3	40-44	43±1,0	42-45	45±0,4	43-47
1	68±0,5	67-70	71±0,4**	68-72	68±1,1	58-74	76±0,2**	75-76	76±0,4*	74-78
2	51±0,6	49-53	51±0,4	49-52	96±0,4*	95-99	77±0,3**	76-78	77±0,2*	76-78
3	58±0,6	53-63	68±0,5	67-71	62±0,6	61-72	66±1,9*	57-76	75±2,3*	53-78
4	51±0,5	48-52	49±0,4	47-51	49±0,7	46-52	53±2,8	49-76	49±0,5	48-52
6	50±0,4	48-51	49±0,4	47-52	57±0,7	50-61	55±2,4	49-69	49±0,4	48-51
7	83±0,6*	79-84	73±0,4**	71-75	77±0,6*	73-80	66±1*	59-68	79±0,5*	77-81
8	81±0,4*	80-83	49±0,4	47-51	67±0,9	57-71	49±0,6	47-52	49±0,5	47-51
9	48±0,6	47-51	49±0,4	47-51	30±0,3	31-36	31±0,9	28-34	32±0,6	29-35

Примечание: см. табл. 1.

чимые для них интерперсональные отношения, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В данные отношения они вкладывали всю свою энергию, и это стало смыслом их жизни. Причины были самые разные — смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т.д.

При анализе личности онкобольных с симптоматическими и адаптационными расстройствами нами выявлены определенные особенности, которые представлены в таблице 2.

У пациентов с симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) обнаружены высокие показатели по шкалам Психастении ($83 \pm 0,6$ Т-балла) и Шизоидности ($81 \pm 0,4$ Т-балла) на фоне не выходящих за пределы нормативного разброса (не превышают 70 Т-баллов) показателей по остальным основным шкалам. При анализе полученных данных установлено, что исследуемые отличались неуверенностью в себе, нерешительностью, тенденцией к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, зависимой позицией, ориентацией на мнение окружающих, высокоразвитым чувством долга и приверженностью к общепринятым нормам, конформностью, тенденцией реагировать повышенным чувством вины и самобичеванием за малейшие неудачи или ошибки. Любой ценой они стремились избежать конфликтов, которые ими переживались чрезвычайно болезненно, пытались заслужить одобрение окружающих, а главное, что еще было для них труднее, получить собственное одобрение. При самокритичном отношении к себе таким лицам был свойственен большой разрыв между реальным и идеальным «Я», т.е. отмечалась устремленность к недостижимому идеалу. В связи с этим они постоянно находились в состоянии напряжения и неудовлетворенности. В сочетании с пиком по шкале 8 обнаруживался механизм интеллектуальной переработки и ограничительного поведения, направленного на избегание неуспеха, проявляющегося формированием навязчивых мыслей, страхов (склонность к бесконечному обдумыванию проблем), а также отгороженность, существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности на фоне хронически протекающей тяжелой соматической болезни.

У 62 ($19,8 \pm 2,5\%$) пациентов с расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием нарушения эмоций (F 43.23) выявлены высокие показатели по шкалам Психастении ($73 \pm 0,4$ Т-балла), Ипохондрии ($71 \pm 0,4$ Т-балла) и Истории ($68 \pm 0,5$ Т-балла). Пик по 7-шкале в сочетании с повышенными 1-й и 3-й шкалами — отражает проблему вытесненной тревоги и биологический способ защиты с конверсией психологического конфликта в физиологические нарушения, условно связанные с психотравмирующей ситуацией, у сенситивно-тревожной личности. Преувеличение 1-й шкалы над 3-й выявляет пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемую декларацией гиперсоциальных установок. Наличие такого механизма защиты свидетельствует о неконструктивном стиле

переживаний и выраженной эмоциональной напряженности.

У 138 ($44,1 \pm 2,8\%$) пациентов с симптоматическими депрессивными расстройствами (F 06.32) ведущий пик по шкале пессимистичности ($96 \pm 0,4$ Т-балла) выявляет не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и определенные личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам и неуверенностью в себе и осознанный самоконтроль, что делает их наиболее конформной и социально податливой группой. В сочетании с пиком по 7-й шкале ($77 \pm 0,6$ Т-балла) и низкими показателями 9-й шкалы ($30 \pm 0,3$ Т-балла) тревожно-мнительные черты личности усугубляются, а повышенные 1-я и 8-я шкалы выявляют внутреннюю напряженность, тревожность, склонность к формированию навязчивых мыслей ипохондрического содержания, трудности социальной адаптации, инертность, пассивность, замкнутость, внутреннюю опустошенность, утрату прежних интересов. Для них характерны повышенная истощаемость, пассивность, сниженный фон настроения, ригидность.

У 34 ($10,9 \pm 1,7\%$) пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (F 43.21) обнаружены высокие показатели по шкалам Депрессии ($77 \pm 0,3$ Т-балла) и Ипохондрии ($76 \pm 0,2$ Т-балла), что отражает невротический сверхконтроль, капризность, требовательность в лечении, отсутствие свободной самоактуализации, нетерпеливость и несдержанность. У данной категории больных мы отмечаем черты дистимичности, повышенной сензитивности к критическим высказываниям окружающих, чувство соперничества. В их поведении борьба с болезнью трансформируется в борьбу за право считаться больным, так как статус больного неосознанно представляет собой нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность.

В личностном профиле 46 ($14,7 \pm 2,0\%$) пациентов со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (F 43.22) выявлено сочетание высоких результатов по шкалам Ипохондрии ($76 \pm 0,2$ Т-балла), Депрессии ($77 \pm 0,2$ Т-балла) и Истории ($75 \pm 2,3$ Т-балла) на фоне пика по шкале Психастении ($79 \pm 0,5$ Т-балла), что отражает озабоченность состоянием здоровья и выявляет механизм защиты по типу «бегства в болезнь», эгоцентризм, болезненное самолюбие, выраженную напряженность, трудности в социальной адаптации вследствие конфликта между тенденцией к повышенному самоконтролю, импульсивностью поступков и обидчивостью.

Таким образом, психические изменения у больных, страдающих злокачественными новообразованиями, в значительной мере определяются преморбидными особенностями личности. Психологическое дистрессовое воздействие онкологического заболевания и вызванные им личностные реакции приводят к нарушению процесса коммуникационного взаимодействия, что отрицательно сказывается на нервно-психической сфере больных, формируя у них психоэмоциональные расстройства и дезадаптивное поведение.

Литература

1. Дудниченко А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Пробл. мед. науки та освіти. — 2003. — № 3. — С. 23–28.
2. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — М., 1980. — 18 с.
3. Grassi L., Sabato S., Rossi E. et al. Depressive and anxiety disorders among cancer patients: Screening methods by using

the distress thermometer compared to the ICD-10 // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. — 2006. — № 15 (2). — P. 169.

4. Pramod D.S., Salgokar R.N., Nirmalkumar A.R., Vaishali P.S. Psychological assessment in patients with oncopathology: Need to break psychological barriers // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. — 2006. — № 15 (2). — P. 145.

5. Pugliese P., Nisi E., Garufi C., et al. The impact of psychological intervention on anxiety and depression in advanced colo-rectal cancer patients submitted to chemotherapy // Psycho-Oncology. — 1998. — V. 7, № 3. — P. 170.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Г.Ю. Васильєва

У статті наведено особистісні особливості хворих, які страждають на онкологічні захворювання різної локалізації, та уточнено зв'язок між психологічними чинниками особистості та формуванням непсихотичних розладів психіки у хворих на злоякісні новоутворення.

Ключові слова: особистісні особливості, хворі на злоякісні новоутворення.

PERSONALITY PECULIARITIES OF PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASMS

A.Yu. Vasylyeva

The personality peculiarities and connection with personality and development of the non-psychotic psychic disorders in patients suffering from malignant neoplasms are in the article.

Key words: personality peculiarities, cancer patients.

Поступила 26.08.2009

РЕЦЕНЗИЯ

на книгу «Психоанализ: новейшая энциклопедия» /
Сост. и ред. В.И. Овчаренко, А.А. Грицанов. — Минск : Книжный Дом, 2010. — 1120 с.

Рецензируемая книга является новейшей энциклопедией по вопросам психоанализа, фундаментальным научным и справочным изданием, продолжающим ряд гуманитарных энциклопедий и словарей, выпускаемых белорусским издательством «Книжный Дом». Ее авторы — известные исследователи из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, ближнего зарубежья, Германии, Франции, Швеции, а также Минской философской школы — ориентировались не только на адекватную теоретическую реконструкцию классического психоанализа, но и на возможно более подробное освещение его современных версий и разновидностей.

Примечательно, что данная книга посвящена памяти выдающегося российского мыслителя, философа, социолога и психолога профессора Виктора Ивановича Овчаренко, который был инициатором и основателем данного проекта, к сожалению, не дожившего до момента его завершения — издания данного рецензируемого научного и справочного издания.

В книге собрано более 1700 аналитических и справочных статей, посвященных фундаментальным понятиям классического и современного психоанализа; авторам и специалистам-практикам, чье творчество определяло и продолжает определять базовые тенденции развития мирового и российского психоанализа; базовым текстам, определившим как психоаналитический канон, так и современные векторы его развития; международным и российским психоаналитическим организациям и периодическим изданиям.

Создатели энциклопедии стремились осветить весьма широкий спектр психоаналитических и психоаналитически ориентированных идей, включающих сегодня в свой состав следующие течения, школы, учения, доктрины и практики: активный анализ; аналитическую психологию; аналитическую трилогию; антипсихиатрию; антропоанализ; аутогенную тренировку; биоэнергетический телесно-ориентированный психоанализ; гипноанализ; глубокую аналитически-диалектическую психотерапию; групповой анализ; гуманистический психоанализ; детский психоанализ; индивидуальную психологию; интерперсональный психоанализ; медицинскую антропологию; микропсихоанализ; наркоанализ; наркотикотерапию; неопсихоанализ; неофрейдизм; персонологию; прямой анализ; психоанализ объективного познания; психоанализ объектных отношений; психоаналитическую антропологию; психоаналитическую герменевтику; психоаналитическую педагогику; психоаналитическую персоналистику; психоаналитическую социологию; психоаналитическую этнопсихологию; психоаналитическую культурологию; психоаналитический феминизм; психологию; психосоматику; райхианский анализ; реформистский психоанализ; селфпсихологию (психологию самости); символдраму (кататимно-иматинативную психотерапию); современную психодинамическую психотерапию; социометрию; структурный психоанализ; судьбоанализ; теорию привязанности; трансакционный (трансактный) анализ; феноменологический психоанализ; философский психоанализ; фрейдомарксизм; эгопсихологию; экзистенциальный анализ (дазайнализ); экзистенциальный психоанализ; этнопсихоанализ и др.

Столь широкий диапазон существующих в начале XXI столетия психоаналитических направлений является наглядным подтверждением всевозрастающей актуальности этого интеллектуального феномена. Позиционируя психоанализ как радикальную мировоззренческую революцию коперниканского типа, его создатель Зигмунд Фрейд подчеркивал, что создание психоанализа, вслед за открытиями Н. Коперника и Ч. Дарвина, явилось третьим сокрушительным ударом по человеческому нарциссизму. Основой для такой высокой самооценки явилось то, что опираясь на идеи и труды философов и психологов, З. Фрейд доказал неправомочность традиционного отождествления сознания и психики и подчеркнул ведущую роль бессознательных психических процессов. Тем самым в философии и культуре Запада был совершен кардинальный мировоззренческий поворот, не уступающий по своей значимости провозглашенной в XVII веке Рене Декартом стратегии «я мыслю — следовательно, я существую».

Все статьи энциклопедии расположены в алфавитном порядке. Понятия и названия проблем, состоящие из двух или более слов, помещены таким образом, что в качестве первого слова стоит именно то, которое несет смысловое или логическое ударение, или же слово, непосредственно связанное со специфическим содержанием статьи. В случаях, когда понятие, название или фамилия имеют несколько версий перевода на русский язык, употребляются традиционные или наиболее распространенные варианты. Энциклопедия содержит только общеупотребительные сокращения. Все подписанные статьи отражают точку зрения их авторов, которая, как отмечается в издании, может не совпадать с мнением редакционной коллегии.

Заканчивается рецензируемая книга известным докладом «Фрейд и будущее», прочитанным 14 июня 1936 года лауреатом Нобелевской премии по литературе (1926) немецким писателем Томасом Манном в честь 80-летнего юбилея основателя психоанализа; обширным списком избранной психоаналитической литературы на русском и английском языках, а также списком авторов статей данного издания, в который включены и исследователи из Украины.

Бесспорно, рецензируемое издание является в данное время лучшим среди всех отечественных изданий подобного рода по вопросам психоанализа. Книга написана на доступном, профессиональном и лаконичном языке. Приходится лишь сожалеть, что оно вышло небольшим тиражом всего в 2070 экземпляров.

Книга предназначена для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов, деятелей литературы и искусства, психиатров, психотерапевтов и психологов, для всех тех, кто интересуется проблемами природы и сущности человека, а также актуальными вопросами философского, психологического и социально-гуманитарного познания.

П.Т. Петрюк, председатель Харьковского благотворительного фонда психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики