

науково-практичний журнал

Т.16, 2(61) '2010 ●

Архів

психіатрії

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

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал

Том 16, № 2 (61) ' 2010

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

Головний редактор С. І. Табачніков

Заступник головного редактора О. М. Дзюба

Редакційна колегія:

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, К. Е. Сагратова (відповідальний редактор), О. А. Ревенко,
І.О. Зражевська (відповідальний секретар), Є.М. Харченко, О.С. Чабан

Реакційна рада:

В. А. Абрамов (Україна), Ю. А. Александровський (Росія), І. О. Бабюк (Україна), Т. Д. Бахтеєва (Україна), В. С. Бітенський (Україна), Л. О. Булахова (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. Т. 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. Напресенко (Україна), О. А. Панченко (Україна), В. С. Підкоритов (Україна), В. А. Пішиков (Україна), А.В. Погосов (Росія), Т. М. Пушкарьова (Україна), Н. Г. Пшук (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. Чуприков (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

Свідомство 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, МОЗ України

Тел./факс: (044) 468-32-15.

e-mail: undisspn@ukr.net

http: <http://www.undisspn.org.ua>

Дизайн обкладинки М. Ротаєнко

Коректори: В. Н. Іщенко, Г. А. Попова

Комп'ютерна верстка Д.Л. Горобець

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 5 від 16.06.2010 р.) Здано до набору 01.07.2010 р. Підп. до друку 24.08.2010 р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Ньютон С». Ум.-друк. арк. 10,15. Обл.-вид арк. 12,50. Наклад 500 прим. Зам. № 10-45 Надруковано ЗАТ «Нічлава», 03680, м. Київ, вул. Героїв Оборони, 10; тел./факс: 259-88-19.

Редакція може публікувати матеріали не розділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою* публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове розмноження у будь який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.



ЗМІСТ

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

<i>С.И. Табачников, А.Е. Двирский</i> УКРАИНСКИЙ ПРОФЕССОР ПСИХИАТРИИ П.А. БУТКОВСКИЙ – ОСНОВОПОЛОЖНИК СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ (К 175 – ЛЕТИЮ ПУБЛИКАЦИИ ПЕРВОГО РУКОВОДСТВА ПО ПСИХИАТРИИ “ДУШЕВНЫЕ БОЛЕЗНИ” (1834)).....	6
<i>В.А. Абрамов, О.И. Осокина, С.Г. Ушенин</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В СТРУКТУРЕ ДЕБЮТА ШИЗОФРЕНИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА....	16
<i>В.Е. Гончаров</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА И ДРУГИХ ВАРИАНТОВ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.....	23
<i>Л.Н. Гуменюк, А.А. Савин</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ.....	27
<i>В.Л. Гавенко, И.В. Лещина</i> ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	32
<i>В.В. Шиндер</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ ХВОРОБИ.....	35
<i>І.В. Гаврилюк</i> СОЦІАЛЬНО-ВІКТИМОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	36
<i>Денисенко М.М.</i> ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМИ И ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ	42
<i>М.Н. Юрьев, Э.А. Двирская, С.М. Дымищ, С.Б. Сардак</i> ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	51
<i>Г.Ю. Васильева</i> ОЦІНКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ.....	57

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>Tabachnikov S.I., Dvirsky A.E.</i> UKRAINIAN PROFESSOR OF PSYCHIATRY P.A. BUTKOVSKY- FOUNDER OF JUDICIAL PSYCHIATRY (TO A 175 – AGE PUBLICATIONS OF THE FIRST HANDBOOK ON PSYCHIATRY “MENTAL DISEASES” (1834)).....	6
<i>V.A. Abramov, O.I. Osokina, S.G. Ushenin</i> CLINICAL LAWS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES TRANSFORMATION IN OF SCHIZOPHRENIA DEBUT STRUCTURE AND DISEASES OF THE SHIZOPHRENICAL SPECTRUM.....	16
<i>V.E. Goncharov</i> THE COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICS BY SCHIZOPHRENIC'S SIMILAR DISORDER OF OTHER VARIATION OF MENTAL DISORDERS ORGANICAL GENESIS.....	23
<i>L.N. Gumenyuk, A.A. Savin</i> MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOLOGICAL EPISODE.....	27
<i>Gavenko V.L., Leshchina I.V.</i> MENTAL DISORDERS OF FOREIGN STUDENTS OF MEDICAL HIGH SCHOOL.....	32
<i>V.V. Shnyder</i> COMPLEX APPROACH TO DIAGNOSIS, FREATMENT AND PRIVENTION OF EPILEPTIC DESEASE.....	35
<i>I.V. Gavryluk</i> SOCIALLY-VICTIMOLOGICAL ASPECTS OF FAMILY VIOLENCE FOR WOMEN WITH NEUROTIC DISORDERS.....	36
<i>M.M. Denysenko</i> PECULIARITIES OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATINTS WITH ENDOGENOUS AND EXOGENOUS DEPRESSIONS.....	42
<i>M.N. Juriev, S.M. Dimshicz, E.A. Dvirskaya, S.B. Sardak</i> THE FREQUENCY OF PSYCHOTIC AND NON-PSYCHOTIC DISORDERS OF OUTPATIENT CLINIC'S PATIENTS.....	51
<i>A. Vasylyeva</i> ESTIMATION OF INTERCOMMUNICATION BETWEEN FEATURES OF PERSONALITY REACTING ON DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASM	57

<i>В. А. Демченко</i> ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В РАМКАХ МОДЕЛІ «ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЦИНИ».....	63
<i>Н.В. Литвиненко, Ю.О. Фісун, С.Ю. Фісун</i> ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ ТА МІГРЕНЕПОДІБНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ.....	72

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

<i>Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Н.Г. Михановская, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская</i> ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	75
<i>Т. Г. Ветрица</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ СЕМЬИ.....	80
<i>Т.П.Мозговая</i> РОЛЬ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	91
<i>Т.Ю. Проскурина, Е.А. Михайлова, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская, В.С. Кудь, Е.П. Исаева</i> ПРОГНОЗ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ.....	93
<i>А.М. Кожина, Л.М. Гайчук</i> ДИССОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	98
<i>О. М. Макаренко, М. О. Голубева, А. І. Герасимова, З. А. Таранська</i> СПЕЦИФИКА ПРОЯВУ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТАРШОКЛАСНИКІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ В ЕКЗАМЕНАЦІЙНИЙ ПЕРІОД	103
<i>С.В. Капранов, Г.В. Капранова, Я.И. Загарук, О.С. Ковалева, М.А. Несвит, И.В. Стрельцова</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ МОТИВОВ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА САМОЧУВСТВИЕ СТАРШЕКЛАСНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА...	107

<i>V. Demchenko</i> RATIONALE FOR THE PROVISION SPECIALIZED PSYCHIATRIC CARE PATIENTS OF PRIMARY HEALTH NETWORK IN THE MODELS «INTEGRATED MEDICINE».....	63
<i>N.V.Lytvynenko, Yu.O.Fisyn, S.Yu.Fisyn</i> PROPHYLAXIS AND MEDICAL TREATMENT OF MIGRAINE AND MEGRIM HEADACHE.....	72

CHILD PSYCHIATRY

<i>E.A Mikhaylova, T.Yu. Proskurina, N.G. Mikhanovskaya, D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya</i> URGENT PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH CARE.....	75
<i>T. Vyetryla</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICALSOCIAL CHARACTERISTICS OF FAMILIES RAISING A CHILD WITH VIOLA- TION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT, DEPENDING ON THE LEVEL OF FAMILY'S DYSFUNCTIONALITY	80
<i>T.P. Mozgovaya</i> ROLE OF ORGANIC PATHOLOGY OF BRAIN IN FORMING OF HYPERKINETIC DISORDERS AND DISORDERS OF BEHAVIOUR AMONG ADOLESCENTS.....	91
<i>T.Yu. Proskurina, E.A Mikhaylova, D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya, V.S. Kud, E.P.Isaeva</i> PREDICTION OF NEUROTIC DEPRESSION AMONG CHILDREN.....	93
<i>A.M. Kozhyna, L.M. Gaychyk</i> DISORDERS OF INSOMNIA IN STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS AMONG ADOLESCENTS IN PENITENTIARY INSTITUTES	98
<i>O. M. Makarenko, M. O. Golubeva , A. I. Gerasimova, Z. A. Taranska</i> SPESIFIOS OF EDUCATIONAL STRESS DISPAYS AMONG HIGH SCHOOL PUPILS DURING EXAMINATION PERIOD.....	103
<i>S.V. Kapranov, G.V. Kapranova, Y.I. Zagaruk, O.S. Kovaleva, M.A. Nesvit, I.V. Streltsova</i> EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE POSITIVE REASONS OF VITALACTIVITIES ON FEELING AT THE HIGH SCHOOLCHILDREN OF INDUSTRIAL CITY.....	107

СУДОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

В. Б. Первомайський, В. Р. Ілейко, А. В. Каніщев
ОБґРУНТУВАННЯ КРИТЕРІЇВ ОБМЕЖЕНОЇ
ОСУДНОСТІ У НЕПОВНОЛІТНІХ, ЯКІ
СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ
ДІЯННЯ.....115

*О.А. Ревенок, О.П. Олійник, С.С. Шум,
І.І. Ходаковська*
ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ
В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....119

О.А. Насинник
КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТ-
РИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬ-
НОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ I.....126

НАРКОЛОГИЯ

І.К. Сосин
ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИ-
КАЦИЯ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕС-
КИЕ КРИТЕРИИ И ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....133

Л.В. Животовська
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ
МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ.....143

П. Г. Андрух
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И
СОПРЯЖЁННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВ-
НЫХ ВЕЩЕСТВ.....144

ПСИХОТЕРАПИЯ

В.В. Чугунов
ДИСЦИПЛИНАРНО-ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ:
ВАРІАЦІЇ, КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ
БАЗИС ТА ОСНОВНІ ПАРАДИГМИ.....150

М.П. Боро, А.Ю. Бондаренко, Н.В. Ильченко
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
СПАСАТЕЛЯМ И НАСЕЛЕНИЮ,
ПОСТРАДАВШИМ ВО ВРЕМЯ
ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, В
ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ.....154

В.И. Коростий
ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....163

В.В. Сорока, С.Я. Боро
ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ.....167

FORENSIC PSYCHIATRY

*V. B. Pervomayskiy, V. R. Ileyko,
A. V. Kanishchev*
CRITERIA OF DIMINISHED
RESPONSIBILITY
IN ADOLESCENTS 115

*A.A. Revenok, O.P. Oleynik, S.S. Shum,
I.I. Khodakovskaya*
MENTAL AND BEHAVIORAL
DISORDERS AMONG CANCER
PATIENTS.....119

O.A. Nasinnyk
CONCEPTUAL MODEL OF
PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE:
REPORT I.....126

NARCOLOGY

I.K. Sosin
CLINICAL DIAGNOSTICAL
FRAMES AND MEDICAL HELP
DURING ALCOHOLIC
INTOXICATION.....133

L.V. Zhyvotovska
COMPLEX THERAPY OF METABOLIC
VIOLATIONS DURING ALCOHOL
ABUSE.....143

P. G. Andrukh
COMPARATIVE CHARACTERISTIC
EMOTIONAL DISORDERS AND
COUPLED DISORDERS
IN PATIENTS WITH CHEMICAL
DEPENDENCY.....144

PSYCHOTHERAPY

V. V. Chugunov
DISCIPLINARY-IDENTIFICATION
PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY:
VARIATIONS, CONCEPTUAL BASIS
AND BASIC PARADIGMS.....150

M.P. Bero, A.Y. Bondarenko, N.V. Ilchenko
ORGANIZATION OF THE RENDERING
EMERGENCY PHYSICIAN-PSYCHOLO-
GICAL HELP SEPARATE CATEGORY
PEOPLE, WHICH DAMAGED DURING
EXCEEDING SITUATION, IN DONETSK
AREA.....154

V.I. Korostiy
PSYCHOTHERAPY OF PSYCHIC
DISORDERS OF YOUNG OLD
PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC
DISEASES.....163

V.V. Soroka, S.Y. Bero
THE PSYCHOTHERAPY NEUROTIC DISOR-
DERS AMONG WOMEN WHO WERE UNDER-
GONE OF DOMESTIC VIOLENCE..... 167

<i>Е.Г. Никифорова, М.П. Боро</i>	
ПСИХОТЕРАПИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ.....	170
<i>В.М. Сінайко, О.В. Земляніцина</i>	
РОЛЬ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	175
<i>А.Е. Табачников, В.С. Табачникова</i>	
БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФИЛОСОФСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ).....	181

<i>E.G.Nikiforova, M.P.Bero</i>	
PSYCHOTHERAPY COGNITIVE IMPAIRMENT IN MINERS WHO HAD UNDERGONE TECHNOLOGICAL ACCIDENTS.....	170
<i>V.M. Sinayko, O.V. Zemlyanitsyna</i>	
THE ROLE OF ANTIPSYCHOTIC THERA- PY IN DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPH- RENIA (LITERATUREREVIEW).....	175
<i>A.Y. Tabachnikov, V.S. Tabachnikova</i>	
BEHAVIORISM AND BEHAVIOR THERAPY (PHILOSOPHICAL AND PSYCHOLOGICAL MODELS).....	181

С.И. Табачников¹, А.Е. Двирский²

**УКРАИНСКИЙ ПРОФЕССОР ПСИХИАТРИИ П.А. БУТКОВСКИЙ –
ОСНОВОПОЛОЖНИК СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ (К 175 – ЛЕТИЮ
ПУБЛИКАЦИИ ПЕРВОГО РУКОВОДСТВА ПО ПСИХИАТРИИ
“ДУШЕВНЫЕ БОЛЕЗНИ” (1834))**

¹Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии
МОЗ Украины, г.Киев;

²Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь

Ключевые слова: П. А. Бутковский, судебная психиатрия

В течение длительного времени Украина входила в состав России, что обусловило тесное развитие психиатрии и судебной психиатрии этих стран. Развитию психиатрии в России способствовало внедрение “Положения о губерниях” (1775 г.), в соответствии с которым началось становление стационарной психиатрической помощи. В губерниях во главе строящихся домов умалишенных предусматривался лекарь. Развитию психиатрии также способствовало открытие в XIX веке ряда университетов, на медицинских факультетах которых внедрялось преподавание душевных болезней [12].

Становление судебной психиатрии неразрывно связано с развитием психиатрии в целом. Длительное время почти не были известны сведения о ранних периодах развития общей, частной и судебной психиатрии в России [12]. Вместе с тем, по утверждению Л.А. Прозорова [24], “начальный период русской психиатрии, несправедливо забытый, с психиатрической стороны представлял в разных отношениях много любопытного и почти не привлекал внимание исследователей.” Анализируя этот период Л.А. Прозоров [24] указывал, что в 1832 году Пётр Александрович Бутковский защитил докторскую диссертацию по психиатрии, а в 1834 году опубликовал первое в России руководство по психиатрии “Душевные болезни”. В этом же году он был утвержден профессором Харьковского университета на кафедре хирургии и душевных болезней.

В отношении И.М. Балинского Л.А. Прозоров [24] отмечал, что он, “имеющий возможность приложить свои силы в удобное время, при благоприятном стечении обстоятельств, ...заслонила собой более ранних скромных работников на ниве русской научной и практической психиатрии”. В 1887 году на I съезде российских психиатров в Москве И.М. Балинский еще при жизни получил почетное звание “отца отечественной психиатрии” [30;33].

Отмеченные обстоятельства способствовали тому, что длительное время многочисленные авторы [14;31;34] считали основоположником психиатрии и автором первого руководства по психиатрии в России не П.А. Бутковского, а И.М. Балинского, отмечая значение его научно-педагогической и судебно-психиатрической деятельности. И.М. Балинский после защиты в 1855 году докторской диссертации по терапии “*Conspectus hystoricus in febris*” в течение года читал курс детских болезней в С. - Петербургской медико-хирургической академии. С 1857 года, на вновь организованной кафедре психиатрии, он начал преподавать душевные болезни. Спустя два года, в 1859 году, студентами литографическим способом был опубликован “Конспект лекций по психиатрии” И.М. Балинского [1], которые многие психиатры считают первым российским руководством. При этом авторы, восхваляющие И.М. Балинского, не учитывали, что П.П. Малиновский [21] на 12 лет раньше опубликовал монографию “Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике”.

И.М. Балинский и П.П. Малиновский боролись за приоритет в российской психиатрии. Так, П.П. Малиновский [21] в 1847 году, в опубликованной монографии "Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике", не анализируя "Душевные болезни" П.А. Бутковского [3], подверг их незаслуженной критике за сложность систематики душевных болезней и в сносках с пренебрежением отзывался об авторе первого руководства по психиатрии и первого университетского преподавателя душевных болезней. И.М. Балинский [1] же в "Лекциях по психиатрии", изданных в 1859 году не упоминал ни руководство по психиатрии П.А. Бутковского [3], ни монографию П.П. Малиновского [21].

Достаточно продолжительное время "Душевные болезни" П.А. Бутковского [3], опубликованные в 1834 году, подвергались необоснованной критике, либо замалчиванию. Этому, в значительной мере, способствовала недоброжелательная критика со стороны первых рецензентов, не имеющих не только психиатрической подготовки, но и медицинского образования [8; 9; 25]. Они обвиняли П.А. Бутковского [3] преимущественно в несостоятельности его материалистических взглядов в отношении природы душевных болезней и сложности их классификации. В последующем, не познакомившись с "Душевными болезнями" П.А. Бутковского [3], известные психиатры первой половины XX века - Ю.В. Каннабих [14] и Т.И. Юдин [35] подвергали его критике, частично повторяя замечания первых рецензентов, а также представляли его как сторонника грубых воздействий по отношению к больным [14]. Такие замечания были крайне несправедливы по отношению к П.А. Бутковскому [3], который призывал "оказывать всю нежность и сострадание к лишенным ума, ... к несчастным страдальцам".

Петр Александрович Бутковский (1801-1844) детские и юношеские годы провел в г. Харькове, в котором окончил Греко - латинскую коллегию. В 1823 году он закончил С.-Петербургскую медико-хирургическую академию. В последующем, в течение 10 лет П.А. Бутковский успешно служил военным врачом в войсковых частях и гос-

питалях российской армии, расположенных на территории нынешней Финляндии. В свободное от службы время вел широкую врачебную практику среди гражданского населения. В этот период он проявил глубокий интерес к психиатрии и исследовательской работе [12].

В феврале 1830 года штаб-лекарь П.А. Бутковский представил на конференции медико-хирургической академии в Санкт - Петербурге к защите диссертацию на латинском языке "О нарушениях психической жизни вообще". Диссертация была рассмотрена на конференции лишь 3 декабря 1832 года. П.А. Бутковскому была присвоена степень доктора медицины по психиатрии, которую он подтвердил 24 декабря 1832 года в Гельсингфорском университете в г. Або. Такое шведское название имел тогда финский г. Турку [12].

В 1833 году П.А. Бутковский оставил военную службу и приступил к подготовке руководства по душевным болезням. В середине 1834 года вышли в свет "Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании"[3]. Это было первое руководство по психиатрии в России, в названии которого П.А. Бутковский [3] впервые применил термин "психиатрия", предложенный в 1803 году J. Reil [40]. 15 ноября 1834 года П.А. Бутковского утвердили ординарным профессором Харьковского университета по кафедре хирургии и душевных болезней, которые он преподавал в период с 1834 по 1844 год. До конца жизни он перерабатывал и готовил к печати второе издание "Душевных болезней". Умер П.А. Бутковский 21 ноября 1844 года на 43 году жизни от кровоизлияния в головной мозг.

ДУШЕВНЫЯ БОЛЕЗНИ,

ИЗЛОЖЕННЫЯ

образно начинаемъ выдѣлнато учениа

ИСТОРИИ

въ общаго и частнаго, осоретическаго и
правническаго содержанн

Докторомъ Медицины

Петромъ Бутковскимъ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Non est in medico semper, relevatur ut aeger:
Interdum docta plus valet aetia malum.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГЪ.

Печатано въ Типографіи П. Яковлева.

1834.

Титульный лист первой части руководства по психиатрии П.А. Бутковского

Начиная с середины XX столетия, на приоритет П.А. Бутковского, как основоположника психиатрии и первого университетского преподавателя психиатрии указывали А.О. Эдельштейн [34], М.О. Гуревич [10], И.Ф. Случевский [27], Д.Д. Федотов [31], Г.В. Морозов [23] и Н.М. Жариков [13]. В 2001 году А.Е. Двирский и С.С. Яновский [12] опубликовали монографию "П.А. Бутковский - основоположник психиатрии славянских стран и его "Душевные болезни".

Возросшая в начале XIX столетия частота случаев симуляции психических заболеваний лицами, совершившими криминальные правонарушения, ставили в затруднительное положение судебные органы России. На эти проблемы судопроизводства откликнулся П.А. Бутковский [3]. И в первом руководстве по психиатрии "Душевные болезни" автор впервые четко представил критерии невменяемости, согласно которым человек, "лишенный ума, не может владеть собою и пользоваться правильно

свободным самоопределением" (ч.I, с.25). Приведенное определение соответствует юридическому критерию невменяемости как неспособность понимать противозаконность своих деяний в момент их совершения. Из этого следует, что в понятие невменяемости П.А. Бутковского [3] включены интеллектуальный и волевой компоненты, которые согласно современным представлениям являются составными частями юридического критерия невменяемости [17]. Вместе с тем, анализируя развитие проблемы невменяемости, В.П. Котов и М.М. Мальцева [17] приходят к выводу, что внедрению юридического критерия невменяемости в судебную психиатрию способствовали В.Х. Кандинский [15], В.П. Сербский [26] и С.С. Корсаков [16]. К сожалению, В.П. Котову и М.М. Мальцевой [17] не был неизвестен вклад П.А. Бутковского [3] и он не занял подобающего места среди этих авторов.

В начале XIX столетия не только для юристов, но и для психиатров, важное значение имело определение понятий душевного здоровья и болезни. П.А. Бутковский [3] душевным здоровьем называл ту "гармонию душевных явлений или то состояние душевной жизни, в котором человек свободно владеет "всеми отправлениями и действиями души" (ч.I, с.25). Из этого определения автор выводит понятие душевной болезни. "Болезнь душевная есть то состояние, при котором теряется ...владычество над всеми или над некоторыми только отправлениями психической жизни. ...При всяком душевном страдании внутренне расстроились ...ум, воображение, память, сила чувствования и вожеления, ...поражается гармония духовной жизни" (ч.I, с.25). "Патогноманический признак всех душевных расстройств... состоит в неправильности силы суждения, в ложном чувствовании и порочном стремлении желательной силы" (ч.I, с.33).

К числу лиц, страдающих помешательством, П.А. Бутковский [3] относил только тех, которые "подвергаются долговременной потере самоведения и свободного назначения и бред произведен не скоропреходящими влияниями" (ч.I, с.26). При этом автор подчеркивал, что "нельзя называть

безумными, кои подвергаются бреду в горячках, безумствуют от вина, одуряющих средств". Этим больных он рекомендовал называть "безумствующими" и в тоже время отмечал, что они также "лишаются на несколько часов употребления свободы и самосоведения" (ч.I, с.26). В этих случаях больной лишается возможности проявления сознательных действий, что имеет значение при решении вопроса о вменяемости.

В "Душевных болезнях" П.А. Бутковским [3] для изобличения "притворного сумасшествия" и отграничения его от помешательства выделена глава, посвященная "распознаванию сомнительной душевной болезни ... у подсудимых людей" (ч.I, с. 60). Касаясь этого вопроса, автор подчеркивал, что он является чрезвычайно трудным и нередко приводит в затруднение даже самых опытных врачей. С целью изобличения "притворного сумасшествия" и отграничения его от истинного помешательства, П.А. Бутковский [3] рекомендовал использовать предложенные им следующие четыре правила:

1. "С подозрительными больными надлежит так обращаться, чтобы они не заметили ни малейшего следа питаемой к ним недоверчивости, между тем обращать тщательное внимание на их поступки, в чем большую также может делать помощь верная прислуга" (ч.I, с.61). С этой целью он советовал, чтобы опытный медицинский персонал вел наблюдение в отсутствие врача не только в дневное, а также в вечернее и в ночное время.

2. "В точности исследовать явления в душевных болезнях вообще, которые необходимо подразделять на соматические и психические явления и детально их описывать. ...Исследовать особливо свойственную сумасшедшим физиогномику, которую они с притворством чрезвычайно трудно выражать могут. Сверх того замечать, существует ли изменение биения артерий и притечение крови к голове, томный взгляд, сверкающие глаза, краснота лица или чрезвычайная бледность, нечувствительность тела к внешним влияниям, неправильные отделения и испражнения и т.д." (ч.I, с.61).

3. "Наблюдать прилежно род сумасшествия. Люди таковые большей частью при-

творяют демономанию, падучую болезнь, соединенную с бешенством и паранойей. Сверх сего они редко представляют свою роль постоянно ...и поэтому беспрестанно переменяют сумасбродные свои умопредставления" (ч.I, с.61).

4. "Замечать осторожно мнение их о своем здоровье и желании оставить больницу. Настоящие сумасшедшие уверяют всегда, что они здоровы и стараются всячески выписаться; между тем, как притворные всемерно силятся показать себя больными и не иначе обнаруживают желание выйти из госпиталя как при угрожающей жестокости мер лечения" (ч.I, с.62).

По утверждению П.А. Бутковского [3], наибольшее затруднение в распознавании "притворного сумасшествия" могут вызывать случаи "сродни настоящему сумасшествию, в которое удобно и переходить могут". Психические заболевания в этих случаях обуславливаются соматическими болезнями, "моральными влияниями", а также частым пьянством. Отмеченные неблагоприятные факторы способствуют проявлению бешенства, которое соответствует современной галлюцинаторно-параноидной шизофрении [12]. П.А. Бутковский [3] указывал на необходимость тщательно отличать "бред, обнаруживаемый припадочно, от разных влияний и при некоторых болезнях ...от настоящего сумасшествия" (ч.I, с.63).

Помимо отмеченного, П.А. Бутковский [3] также советовал отграничивать "бешенство от гнева раздраженного холерика" При распознавании "притворного сумасшествия ...у подсудимых людей, по мнению П.А. Бутковского [3], - надлежит обращать строгое внимание на темперамент, воспитание, страсти, привычный разговор, ...ибо гордость, своенравие, страсть могут обнаруживаться под видом бешенства, неистовства и безумия".

В первой части "Душевных болезней" П.А. Бутковский [3] в главе "распознавание сомнительной душевной болезни ... у подсудимых людей" первым в истории психиатрии под названием "класс чудаков" выделил заболевание, которое в 1891 году I. Koch [37] назвал "психопатии". "Класс чудаков" П.А. Бутковский не включал в си-

стематику психозов и поэтому описал его в первой, а не во второй части “Душевных болезней”, в которой представлено “описание болезней в особенности”. “Класс чудаков” П.А. Бутковский [3] характеризовал следующим образом: “Есть много людей, имеющих удивительную привычку отличаться странною походкою, жестами, разговором, особенными словами и вообще странным поведением в общении, так что их при первом взгляде можно почитать сумасшедшими” (ч. I, с. 63).

В связи с этим П.А. Бутковский указывал на необходимость тщательного обследования больных, относящихся к “классу чудаков”, для отграничения их от помешательства, от “сумасшедших”. При “точнейшем же исследовании нельзя отнять от них здравого смысла, а только причислить можно к классу чудаков”. П.А. Бутковский [3] указывал, что таких людей много и отмеченные особенности для них “стали их привычкою”, то есть стали для них постоянными. Кроме того, автор отмечал, что у них интеллект не страдает, “нельзя отнять от них здравого смысла”. Отмеченные особенности у больных психопатиями в последующем отмечал П.Б. Ганнушкин [4].

После П.А. Бутковского [3] “класс чудаков”, соответствующий психопатиям, описывал в 1835 году J. Prichard [39] под названием “моральное помешательство”. В 1838 году J. Esquirol [36] обозначал его “инстинктивное помешательство”, а в 1852 году U. Trelat [41] – “светлое помешательство”. При исследовании истории развития учения о психопатиях А.Б. Смулевич [28] указывал, что среди отечественных психиатров Ф.И. Герцог [6] в 1846 году сообщал о лицах со странностями характера, гневливостью, необузданностью влечений, но не упоминал А.П. Бутковского. Излагая “класс чудаков”, соответствующий психопатиям, в главе “распознавание сомнительной душевной болезни ... у подсудимых людей” П.А. Бутковский [3] предвидел криминогенную активность этих пациентов.

Помимо различных психических заболеваний, представленных во второй части “Душевных болезней”, П.А. Бутковский [3] выделяет в ней подраздел “Расстройства желательной сферы с возвышенною деяте-

льностью”. К числу входящих в этот подраздел болезней автор включал неистовство, безбредное бешенство, а также *satyriasis* и *pumphantomania*. Отмеченные болезни имеют большое значение для судебно-психиатрической практики.

Согласно указаниям П.А. Бутковского [3], для неистовства характерны “угнетенное состояние высших умственных сил, вследствие чего проявляются безрассудная, неутомимая деятельность, характеризующаяся поступками без всякого помышления и цели”. Эти расстройства зависят от расстройства воли и побуждений. “Разум находится в бездействии и поэтому позволяет проявиться побуждениям, “от чего больной делается весьма дерзким и не предвидит опасности и страха” (ч. II, с. 123). Автор объяснял поведение больных и проявление невменяемости с физиологических позиций.

Больные с неистовством часто совершают убийства и другие тяжелые правонарушения. Побуждения больных направлены “на разрушение и оказываются неистовством” (ч. II, с. 125). При “действиях, обрацаемых обыкновенно на разрушение, больной находится в неистовом бешенстве, разбивает, разрывает и разрушает все предметы” (ч. II, с. 126). В тех случаях, когда неистовому больному препятствуют в его разрушительных действиях, “он истребляет часто самого себя, разгрызает пальцы свои, кусает ... предметы” (ч. II, с. 127). Неистовство чаще проявляется в среднем возрасте у мужчин с хорошо развитой мышечной системой, а также и “у тощих с крепкими мышцами, ...при холерическом темпераменте и склонности к сильным страстям” (ч. II, с. 129). Приступы неистовства наступают иногда периодически, в соответствии с фазами луны или временами года.

П.А. Бутковский [3] хотя и выделял неистовство в качестве отдельного заболевания, однако указывал, что оно обнаруживается при бешенстве, которое соответствует галлюцинаторно-параноидной шизофрении, чему способствуют пьянство, наркотические яды прочие неблагоприятные внешние воздействия. “Самовольные поступки без всякого помышления” у боль-

ных неистовством, в описании П.А. Бутковского, соответствуют импульсивным или мимовольным действиям, представленным Р. Крафт-Эбингом [18].

По утверждению Э. Крепелина [19], “характерными для таких импульсивных действий являются, помимо отсутствия разумных поводов, также быстрота и порывистость выполнения их, при которых всякое препятствие, невзирая ни на что, преодолевается” (с. 275). Согласно Е. Краепелин [38], при импульсивном помешательстве наблюдается дефект высших волевых проявлений, что способствует совершению опасных действий. Н.П. Бруханский [2] определял импульсивные действия как такие, “при которых сильный импульс непосредственно переходит в действие без предшествующего обсуждения волевого решения и...могут проявляться в социально опасной форме” (с.58). В неистовстве П.А. Бутковский [3] впервые под названием “самовольные поступки без всякого помышления” описал импульсивные действия, но это отмечалось лишь отдельными авторами в начале текущего века [10].

При безбредном бешенстве (*mania non delirans*), по указанию П.А. Бутковского [3], “все душевные силы, внимание, воображение и ум ...не показывают расстройства, одни только действия больного неправильны, поскольку оными управляет внутреннее, слепое, органическое побуждение” (ч.ІІ, с.136). Рассудок больного не может сдерживать инстинктивных побуждений больного, не может “удержать своего владычества над свирепым инстинктом к кровожадным действиям, принужден бывает изыскивать самые утонченные средства к удовлетворению слепого побуждения” (ч.ІІ, с.136).

Некоторые больные в начале заболевания или при его обострении понимают болезненность своих побуждений к убийству. Они “предупреждают своих друзей остерегаться их в оном”, просят закрыть их в каком либо помещении и сообщают окружающим о “свирепом их побуждении” (ч.ІІ, с.137). В расцвете заболевания “кровожадное, непреодолимое побуждение овладевает больным. ...Он тотчас умерщвляет первого встречного ему человека, не щадя да-

же друзей и родственников. Ум его во время припадка не расстраивается; он отвечает правильно на предложенные вопросы” (ч.ІІ, с.138). По окончании приступа “больной приходит в себя и горько раскаивается о сделанном им поступке”, что может приводить к меланхолии, которая может заканчиваться самоубийством” (ч.ІІ, с.139).

В психическом заболевании, обозначенном как безбредное бешенство, П.А. Бутковским [3] сделан акцент на описание непреодолимого влечения к убийству. В последующем это обозначалось термином гомицидомания. В настоящее время такие состояния наблюдаются при шизофрении и психопатоподобных состояниях на фоне органических поражений диэнцефальной области головного мозга [12]. Вместе с тем, лишь отдельные авторы [12] указывают на приоритет П.А. Бутковского в описании гомицидомании под названием безбредное бешенство.

П.А. Бутковским [3] также впервые описано такое расстройство как *satyriasis* и *pnythomania* (неутомимое побуждение к плотскому совокуплению). Для него характерно “повышенное побуждение к совокуплению, обусловленное душевными силами и зависящее от болезненного изменения детородных органов”. У мужчин это заболевание обозначается *satyriasis* и для него характерно “беспрестанное ...побуждение к соитию, несколько не удовлетворяемое им. У женщин, находящихся в таком состоянии (*pnythomania*), детородные части бывают очень напряжены, жарки и красны, лицо разгоревшееся, глаза слезящиеся, губы весьма красны” (ч.ІІ. с.145, 146). Все мысли больных направлены только на удовлетворение повышенного “плотского побуждения”. Нередко с этой целью “они нападают на особ другого пола”. В наивысшей степени болезни это расстройство переходит в бешенство, либо переходит в глупость”, которые соответствуют параноидной и простой форме шизофрении [12]. Реже это расстройство переходит в сухотку. Подробно описав “неутомимое желание к плотскому совокуплению (*satyriasis* et *pnythomania*)”, П.А. Бутковский [3] первым в мировой литературе привлек внимание психиатров, а в последующем и сексо-

патологов, к изучению сексуальной психопатологии, однако об этом упоминалось лишь в одной монографии [12].

В последующем в 1886 году Р. Крафт – Эбинг [18] в монографии “Половая психопатия” болезненное повышение полового влечения называет гиперестезией. А. Форель [32] в монографии “Половой вопрос” выделяет половую гиперестезию или неестественное усиление полового стремления, которое выявляется у дон-жуанов и мессалин. Эту гиперестезию у мужчин и женщин он обозначает терминами сатириазисом и нимфоманией, предложенными П.А. Бутковским [3]. При этом А. Форель [32], подобно Р. Крафт – Эбингу [18], при описании этих расстройств не упоминал имени П.А. Бутковского [3], описавшего их впервые.

Представленные факты свидетельствуют о том, что в 30 –х годах XIX столетия профессор П.А. Бутковский заложил основы судебной психиатрии. Однако до настоящего времени отечественные и зарубежные авторы не упоминали его заслуги в развитии судебной психиатрии. В. Гризингер [7] пытался оспорить у П.А. Бутковского приоритет в основаниях судебной психиатрии. В “Предисловии” ко второму изданию “Душевных болезней”, изданных в 1867 году, В. Гризингер [7] ссылается на первое издание, опубликованное в 1845 году, в котором он “обратил внимание на судебно-медицинскую сторону психиатрии”. Ему не было известно, что в 1834 году П.А. Бутковский заложил основы судебной психиатрии.

Вместе с тем Ю.В. Каннабих [14] указывал, что в 1912 году стала известна публикация П. Заккиас (P. Zacchia) [42] “Судебно-медицинские вопросы”, опубликованная в 1624 году. Ее автором являлся лейб-медик нескольких пап, старшина врачебной корпорации Рима, главный врач больницы св. Духа. Занимаемые должности способствовали его величайшему авторитету в Риме. Это явилось основанием для привлечения его в качестве эксперта в судебный трибунал, куда входили представители Италии, Франции, Испании и Германии. П. Заккиас [42] записывал вопросы, с которыми обращались к нему члены трибу-

нала, а также даваемые им заключения с учетом определяемого заболевания, что соответствует медицинскому критерию невменяемости. В последующем он их обработал, прибавив сведения по психиатрии, которые были известны с периода греко-римской медицины. Душевные болезни П. Заккиас [42] подразделял на три группы: душевные болезни, вторичные душевные болезни и страсти. К душевным болезням он относил манию и меланхолию. В число вторичных душевных болезней автор включал апоплексию, эпилепсию, летаргию, кому, обмороки и атонию. К страстям относились гнев, страх, разврат, расточительность, опьянение и пьянство. В числе причин психических болезней автор указывал колдовство и влияние ведьм.

Изданные П. Заккиасом (P. Zacchia) [42] “Судебно-медицинские вопросы” в течение почти 300 лет не привлекали внимание ни его соотечественников, ни авторов из других стран. Лишь в 1912 году сведения об этой работе П. Заккиас [42] были представлены в публикации Ch. Vallon и Genil-Porrin. [14]. Отмеченные сведения о деятельности П. Заккиас [42] и о его книге “Судебно-медицинские вопросы” послужили основанием для Ю.В. Каннабиха [14] считать его основоположником судебной психиатрии.

У лиц, совершивших правонарушение, освобождение от ответственности П. Заккиасом [42] устанавливалось на основе наличия душевного заболевания. Такой подход в различных государствах и культурах уходит в глубину истории. В XI веке в Киевском княжестве в 12 статьях “Градских законов”, которые в последующем вошли в “Судный закон” князя Владимира, указывалось, что душевно больные при совершении убийства не предавались смертной казни, а отправлялись на попечение в монастырь. Они не могут “даров давать, ...свидетельствовать на суде” [22]. В Римском праве времен императоров указывалось на психическое заболевание как причину, мешающую правоспособности больных и освобождающую их от ответственности. “Отец истории” Геродот [5] описывал гетероагрессивные действия спартанского царя Клеонеа и персидского царя

Камбиса, которые объяснялись наличием помешательства, соответствующего современной шизофрении в сочетании с алкоголизмом [11].

Приведенные факты свидетельствуют о существовании в различных государствах длительного исторического периода, предшествующего публикации П. Заккиас [42], когда душевно больные освобождались от ответственности за совершенные правонарушения. Эти факты согласуются с указаниями Д.Р. Лунца [20], который в отличие от Каннабиха [14], не считал Заккиаса основоположником судебной психиатрии, а отмечал, что он указывал только на судебно-психиатрическое значение душевных болезней. В доступной зарубежной литературе отсутствуют указания на приоритет П. Заккиас (P. Zacchia) в развитии судебной психиатрии.

В аспекте судебно психиатрического экскурса Ю.В. Каннабиха [14] в отношении П. Заккиаса (P. Zacchia) [42] возникает вопрос, почему такой маститый психиатр как Ю.В. Каннабих [14] не представил в своей монографии "История психиатрии" анализ вклада в развитие общей, частной и судебной психиатрии в "Душевных болезнях" (1834) П.А. Бутковского. Ю.В. Каннабих [14] был знаком с "Душевными болезнями" (1834) П.А. Бутковского, так как в "Истории психиатрии" на странице 254 отвел ему неполных 6 строк, представив совершенно необоснованно его как сторонника грубых физических воздействий по отношению к душевно больным. Кроме того, Ю.В. Каннабиха [14] почему-то в "Душевных болезнях" (1834) П.А. Бутковского не привлекла внимание глава "Распознавание сомнительной душевной болезни" у подсудимых людей, которая имела непосредственное отношение к судебной психиатрии.

Возможно, причина такого недоброжелательного и пренебрежительного отношения Ю.В. Каннабиха [14] к первому российскому руководству по психиатрии "Душевные болезни" (1834) кроется в сходстве структуры главы "Исторические сведения о душевных болезнях". В этой главе на 38 страницах представлены многочисленные источники с краткой характеристикой, охватывающие период времени, начиная с

1482 г. до Р. Х. и кончая 1830 г., с распределением материала в монографии "Истории психиатрии" Ю.В. Каннабиха [14].

Психиатрам славянских стран почти в течение 170 лет не был известен вклад П.А. Бутковского в развитие психиатрии и ее важного раздела - судебной психиатрии [12]. Автор впервые представил определения психического здоровья и душевной болезни, из содержания которых легко выводится понятия вменяемости и невменяемости. Кроме того, при описании расстройств при психических заболеваниях П.А. Бутковский представил характеристику психологических проявлений, которая "состоит в неправильности силы суждения, в ложном чувствовании и порочном стремлении желательной силы" (ч. I, с. 33). Наличие интеллектуальной и волевой несостоятельности, их расстройства при психических заболеваниях являются важными признаками невменяемости, что через 60 лет В.П. Сербский [26] назвал юридическим критерием невменяемости. П.А. Бутковским также представлены способы выявления симуляции психических болезней лицами, совершившими правонарушения. Им впервые под различными названиями описаны отдельные заболевания и расстройства, имеющие важное значение для судебной психиатрии. К их числу относятся параноидная шизофрения, психопатии, импульсивные действия, гомицидомания, сатириазис и нимфомания. Автор обратил внимание на криминогенную роль алкоголизма и наркоманий при душевных болезнях.

После долгих лет неизвестности вклада П.А. Бутковского в развитие судебной психиатрии, лишь в начале XXI столетия об этом сообщалось в публикациях А.Е. Двирского и С.С. Яновского [12], а также С.И. Табачникова [29].

Таким образом, основоположник психиатрии славянских стран, автор первого руководства по психиатрии "Душевные болезни" (1834) профессор П.А. Бутковский первым в мировой психиатрии заложил основы судебной психиатрии и поэтому он по праву является ее основоположником. Вместе с тем имя П.А. Бутковского до настоящего времени остается в забвении. Психиатры России и других стран с почтением

относятся к своим предшественникам, внесшим вклад в развитие психиатрии, называя их именами журналы, научно-исследовательские институты и психиатрические больницы. Остается надеяться на то, что этот пробел будет устранен и украинскими психиатрами.

Литература

1. Балинский И.М. Лекции по психиатрии /Под редакцией Н.И. Бондарева и Н.Н. Тимофеева. - Птб, 1859. - Медгиз, Ленинградское отд - е, 1958. - 215 с.
2. Бруханский Н.П. Судебная психиатрия. - М.: Изд - е М. И С. Сабашиниковых, 1928. - 439 с.
3. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.).-СПБ. 1834. - Ч.1. - 168с. Ч.2. - 160 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. - М.: Север, 1933. - 143с.
5. Геродот История в девяти книгах: Пер. и примеч. Г.А. Стратановского. - Л.: Наука, Ленингр. отд - ние, 1972. - С. 138 - 186.
6. Герцог Ф.И. Медицинский отчет больницы всех скорбящих с 1840 по 1845 год. СПб, 1846. - 54 с.
7. Гринингер В. Душевные болезни /Пер. со 2-го немец. изд. Петербург, 1867. 610 с.
8. Грум К. Положения к работам по психиатрии в связи с выходом в свет книги П. Бутковского "Душевные болезни" //Друг здоровья. - 1834. - № 37. - С. 209 - 210.
9. Грум К. Рецензия на сочинение д - ра Петра Бутковского "Душевные болезни" //Друг здоровья. - 1835. - № 6. - С. 47 - 48.
10. Гуревич М.О. Психиатрия. - М.: Медгиз, 1949. - 502 с.
11. Двирский А.А. Синдром Камбиса - Ван Гога как проявление жестоких гетеро - и аутоагрессивных действий и клинических особенностей шизофрении со скрытой и проявившейся эпилепсией, коморбидной с алкоголизмом //Український вісник психоневрології. - 2004. - Т. 12, №2(39). - С. 67- 70.
12. Двирский А.Е., Яновский С.С. П.А. Бутковский - основоположник психиатрии славянских стран и его "Душевные болезни". - Симферополь: Таврия. - 2001. - 208 с
13. Жариков Н.М. Развитие психиатрической помощи и преподавание психиатрии //Психиатрия: Учебник. Н.М. Жариков, Л.Г.

Урсова, Д.Ф. Хритинин. - М.: Медицина, 1989. - С. 24 - 40.

14. Каннабих Ю. История психиатрии. - М.: Госмедиздат, 1929. - 520 с.
15. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. - СПб.: Изд - е Е.К. Кандинской, 1890. - 241 с.
16. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Т. 1.М., 1901. - 677 с.
17. Котов В.П., Мальцева М.М. Судебная психиатрия //Руководство по психиатрии. В 2 томах. /Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С.372 - 402.
18. Крафт - Эбинг Р. Учебник психиатрии: Пер. с нем. - СПб.: Издание К.Л. Риккера, 1897. - 889 с.
19. Крепелин Э. Учебник психиатрии: Пер. с 8 - го немецк. переработ. издания. М.: Изд - е А.А. Карцева, 1910. - 468 с.
20. Луниц Д.Р. Введение. Судебная психиатрия. М.: Госюриздат, 1954. -С. 5-13.
21. Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике (1847). - М., Медгиз, 1960. - 215 с
22. Мальцев А.Ф. История и настоящее состояние призрения душевнобольных: Дис. ...д - ра медицины. - СПб., 1902. - 580 с.
23. Морозов Г.В. Введение. Предмет психиатрии //Руководство по психиатрии. - М.: Медицина, 1988. - Т. 1. - С. 11 - 24.
24. Прозоров Л.А. Первые учебники судебной психиатрии //Современная психиатрия. - 1915. - №11 - 12. - С. 429 - 442.
25. Сенковский О.И. Душевные болезни. По поводу сочинения "Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии доктором медицины Бутковским" //Библиотека для чтения. - 1834. - Т. V. - С. 1 - 16.
26. Сербский В.П. Судебная психопатология. Т.1. - М., 1895. - 224 с.
27. Случевский И.Ф. Психиатрия. - Л., Медгиз, Ленингр. отд - е, 1957. - 441 с.
28. Смулевич А.Б. Расстройства личности (психопатии) //Руководство по психиатрии. В 2 томах. /Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 250 - 299.
29. Табачников С. И. Вклад П.А. Бутковского в развитие судебной психиатрии в Украине (к 200 - летию со дня рождения)//Асклепій, 2000. -№2. С.64-67.
30. Тимофеев Н.Н. Иван Михайлович Балинский //Журн. невропатолог. и психиатр. - 1977. - №12. - С.1873 - 1875.
31. Федотов Д.Д. Очерки по истории отечественной психиатрии (Вторая половина

XVIII и первая половина XIX века) Т 1. - М., 1957. - 320 с.

32. Форель А. Половой вопрос. Пер. с немецк. СПб., 1910. - 528 с.

33. Четвет О.А. Очерк деятельности Ивана Михайловича Балинского. - СПб, 1911.

34. Эдельштейн А.О. Страницы из истории отечественной психиатрии // Невропатология и психиатрия. - 1940. - №11. - С. 3 - 8.

35. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии /Под ред. Б.Д. Петрова. - М.: Медгиз, 1951. - 480 с.

36. Esquirol J. Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal. - Paris, Bailliere, 1838. - Т. I - II.

37. Koch I.L. Die psychopathischen Minderwertigkeiten. - Ravensburg, 1891.

38. Kraepelin E. Введение в психиатрическую клинику: Пер. с 3 перераб. и значит. дополн. нем. издания. М., 1923. - 458 с.

39. Prichard A. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. - London, 1835.

40. Reil J.Ch. Rapsodien uber die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geistesrerrutungen. - Halle, 1803.

41. Trelat U. Folie lucide .Paris, Bailliere, 1852.

42. Zacchia P. (1624) цит по А.В. Каннабиху, 1929.

Табачников С.І., Двірський А.О.

УКРАЇНСЬКИЙ ПРОФЕСОР ПСИХІАТРІЇ П.О. БУТКОВСЬКИЙ - ЗАСНОВНИК СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ (ДО 175-РІЧЧЯ ВИДАВНИЦТВА ПЕРШОГО ПОСІБНИКА З ПСИХІАТРІЇ "ДУШЕВНІ ХВОРОБИ" (1834 р.)

Засновник психіатрії слов'янських країн, автор першого посібника по психіатрії "Душевні хвороби" (1834 р.) - П.О. Бутковський першим в світовій психіатрії заклав основи судової психіатрії. Він вперше в Росії протягом 10 років, з 1834 р. по 1844 р., викладав душевні хвороби в Харківському університеті.

Ключові слова: П.О. Бутковський, судова психіатрія

Tabachnikov S.I., Dvirsky A.E.

UKRAINIAN PROFESSOR OF PSYCHIATRY P.A. BUTKOVSKY - FOUNDER OF JUDICIAL PSYCHIATRY (TO A 175 – AGE PUBLICATIONS OF THE FIRST HANDBOOK ON PSYCHIATRY "MENTAL DISEASES" (1834)

Founder of psychiatry of Slavonic countries, author of the first Handbook on Psychiatry "Mental Diseases" (1834) - P.A. Butkovsky was the first in world psychiatry who had pawned the bases of judicial psychiatry. He was the first in Russia who were taught mental diseases in the Kharkov University during 10 years, from 1834 to 1844.

Key words: P.A. Butkovsky, judicial psychiatry

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-036.4

В.А. Абрамов, О.И. Осокина, С.Г. Ушенин

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В СТРУКТУРЕ ДЕБЮТА
ШИЗОФРЕНИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, заболевания шизофренического спектра, психопатологический синдром, аффективный компонент синдрома

Интерес к вопросам синдромологии отмечался еще в работах Хвиливицкого Т.Я., Ушакова Г.К., Смулевича А.Б., Снежневского А.В., Рыбальского М.И., Ясперса К., Freychan F.A. [1-7], а также в более современных исследованиях Тиганова А.С., Остроглазова В.Г., Савенко Ю.С. [8-10]. При этом синдром рассматривался не как застывшее сочетание симптомов (Hoche A.Z.) [11], а как целостное динамическое психопатологическое образование, структура которого отражает сущность и патогенез болезни и включает первичные аффективные или эмоциональные симптомы, невротические образования, вторичные психотические симптомы, а также личностные особенности пациентов и личностно-ситуационные моменты.

Диагностическое значение синдрома обусловлено тем, что входящие в него симптомы находятся в закономерной внутренней связи. Любой психической болезни свойственны определенные синдромы, которые видоизменяются и сменяются в определенной для каждой болезни последовательности.

Установлением закономерностей, присущих для всех психозов, и формулировкой общего для эндогенных психических болезней стереотипа развития занимались последователи учения о едином психозе (Griesinger W., 1886; Schule G., 1886, Zeller E., 1838 и др.), которые считали, что различные формы психических болезней представляют собой лишь стадии одного болезненного процесса, который может остановиться на любом этапе своего развития, или же способен прогрессировать и видоизме-

няться. Ими определено нарастающее по мере развития болезни усложнение клинической картины. По данным этих исследователей континуальный психопатологический ряд включал сначала депрессию (меланхолию), затем сменялся манией, далее становился аффективно-бредовым (Wahnsinn) или галлюцинаторно-бредовым (Verrucktheit) и заканчивался деменцией. Выделенные стадии единого психоза не являлись синдромами, а рассматривались как «основные формы» психических расстройств, каждая из которых включала в себя различные синдромы. Однако именно эти основные формы явились в последующем основой для выделения синдромов в современном их понимании [12].

Наблюдения последующих лет обнаруживают следующие общепатологические закономерности динамики психотических синдромов: появление сначала астенических, аффективных, невротических, психопатоподобных, а в дальнейшем паранойяльных, галлюцинаторных расстройств, помрачений сознания, грубоорганических явлений [8].

Физиологическая интерпретация закономерностей развития психических расстройств была сформулирована J.H. Jackson (1864) в его учении о «послойном» построении психической деятельности. Так, при психозах сначала поражаются высшие, наиболее дифференцированные слои психики, а в последующем, если болезнь прогрессирует - более глубокие и менее дифференцированные. Процесс последовательного поражения уровней психической деятельности J.H. Jackson назвал диссолюцией,

клинически проявляющейся психопатологическими расстройствами.

На основании данной концепции Е. Краепелин создал свое учение о регистрах психопатологических расстройств, разделив наиболее важные синдромы по степени тяжести на три группы: в первую были включены наиболее легкие нарушения - истерический, импульсивный, эмоциональный, параноидный, делириозный; во вторую - шизофренический и вербально-галлюцинаторный; в третью - наиболее тяжелые нарушения - эпилептический, олигофренический и дементный [13].

В отечественной психиатрии распространение идеи J.H. Jackson на клиническую синдромологию было осуществлено А.В. Снежневским [4]. По нарастанию степени тяжести им было выделено 9 кругов поражения, каждый из которых представлен «укрупненными моноквалитативными синдромами»: 1) астенический (эмоционально-гиперестетические расстройства); 2) маниакально-меланхолические (аффективные); 3) невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные); 4) паранойяльные и вербальный галлюциноз; 5) галлюцинаторно-параноидные, кататонические, парафренические; 6) помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние); 7) парамнезии; 8) судорожный; 9) психоорганические.

Для всех исследователей одним из наиболее важных моментов было положение о необходимости динамического изучения синдромов. Статичное рассмотрение отдельных синдромов оказалось клинически безуспешным [12]. Синдром, рассматриваемый изолированно, отражает лишь один отрезок патокинеза болезни, одно звено цепного процесса, в то же время каждой нозологии присуща закономерная смена синдромов, то есть стереотип развития болезни [8].

Всеми вышеуказанными авторами подчеркивается усложнение клинической картины болезни по мере ее прогрессирования и нарастание ее полиморфизма, а также комбинация синдромов внутри одного регистра или круга расстройств.

Известно, что каждый синдром представляет собой единство позитивных и нега-

тивных симптомов, которые тесно переплетаются между собой и имеют ряд общих свойств: обратимость или стойкость, стационарность или прогрессирование, относительная простота или сложность. Впервые мысль о том, что при психических болезнях сосуществуют два ряда противоположных элементов: негативного, вызванного болезненным процессом, и позитивного, являющегося результатом деятельности неповрежденных нервных слоев, высказал J.H. Jackson. Кроме того, негативные симптомы могут видоизменять позитивные и наоборот, однако, действие негативных симптомов все же более выражено.

В данной работе произведена попытка найти в структуре синдрома его стержневой кристаллизационный центр, ответственный за группирующиеся вокруг него другие симптомы, оценить их устойчивость и причины динамических изменений.

Целью настоящей работы явилось исследование динамики аффективного компонента синдрома и его влияния на вторичные продуктивные психопатологические образования у больных с дебютом шизофрении и заболеваниями шизофренического спектра.

Материал и методы исследования
Авторами проведено наблюдение за спонтанной и лечебной динамикой аффективного компонента и бредовых синдромов у 150 больных с дебютом шизофрении и заболеваниями шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в отделении кризисных состояний Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте до от 18 до 35 лет. Среди них лица мужского пола составили 65% (97 человек), лица женского пола - 35% (53 человека). Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ-10 [14] было следующим: шизофрения параноидная, параноидный синдром, период наблюдения менее года (F20.09) - 38 человек острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) - 29 человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) - 55 человек, острое бредовое расстройство (F23.3) - 13 человек, острое шизофреноподобное пси-

хотическое расстройство (F23.2) - 15 человек. Для чистоты эксперимента в исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, опирающийся на данные анамнеза и информацию, полученную от социального окружения пациента, наличествующий психический статус пациента, наблюдение за динамикой психопатологической структуры синдромов в процессе спонтанного течения болезни и медикаментозного лечения. Психодиагностическое исследование эмоционального состояния пациента включало Самооценочную шкалу депрессии В.Зунга и шкалу для оценки тревоги Гамильтона (HDRS) [15]. Выбор достаточно кратких психодиагностических методик был обусловлен особенностями психического состояния пациентов, находящихся в психотическом состоянии.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре каждого психотического синдрома можно было обнаружить аффективный компонент, психотический, поведенческий компоненты и иногда явные, а иногда скрытые невротические образования. Значимую роль, безусловно, играли индивидуальные личностные особенности пациентов, их стрессоустойчивость, способности реагирования на психотравмирующие ситуации, но это послужит материалом для дальнейших исследований. Можно сказать, что при наблюдении за динамическим преобразованием психотического синдрома он был то более, то менее открыт для воздействий социальной среды и тенденций, свойственных личности его носителя («закрытые и открытые психопатологические синдромы» по Т.Я. Хвиливицкому) [1].

Особое значение в настоящем исследовании уделено именно аффективному компоненту синдрома. Так как эмоциональность представляет собой физиологический феномен и включена в любое человеческое переживание, она в своем качестве является одновременно и психологическим и психопатологическим явлением.

Спонтанная или медикаментозная активация или подавление аффективного компонента синдрома, изменение его мо-

дальности давали возможность вычленения преимущественно первичных компонентов синдрома, выяснения степени их патогенности и влияния на вторичные психопатологические образования.

Прежде всего, обращала на себя внимание отчетливая зависимость между напряженностью аффективного состояния и другими компонентами синдрома у больных с дебютом шизофрении и заболеваниями шизофренического спектра.

Рассматривая у данных пациентов структурно-психопатологическую динамику симптомокомплексов, мы руководствовались тремя параметрами: силой и модальностью аффекта; основным содержанием переживаний; его временной отнесенностью.

На обыденность содержания начальных этапов шизофренического бреда обращали внимание А.В. Снежневский, А.Б. Смулевич, Р.А. Наджаров [3,4,16].

По нашим наблюдениям динамику аффективных расстройств при первых психотических приступах можно было представить в виде следующего ряда: раздражительность, обидчивость, капризность, плаксивость, требовательность, субдепрессивность, опасения, недоверчивость, подозрительность, тревожность, растерянность, страх, ужас.

Параллельно с этим содержание бредовых идей выглядело в виде следующего ряда: ревность, ипохондричность, бредовая настроенность, ищущая фабулы, бредовое восприятие (с бредом особого значения, идеями отношения, бредовым представлением и «озарениями»), идеи преследования, воздействия. Нетрудно заметить, что эти идеи отличались своим квазиреалистическим или близким к реальности содержанием в начале ряда и все более выраженной, далекой от реальности иррациональностью в его конце.

Однотипность психопатологического развития самых ранних, начальных проявлений психоза, по нашим наблюдениям, дает возможность сделать предположение о том, что появление психопатологических идей не детерминируется конкретными особенностями личности больного. Наблюдения показывают, что появление и исчез-

новение тех или иных бредовых идей связаны, прежде всего, с иерархией эмоциональных и аффективных состояний.

Начальный этап заболевания, как правило, характеризовался раздражительностью, чрезмерной обидчивостью, разного рода опасениями и одновременно с этим монотематическими идеями ревности или ипохондрическими идеями. При клиническом исследовании у больных констатировалась повышенная сенситивность, обиды по мелким, ничтожным поводам, причем обида часто внешне не проявлялась. При наличии астеничности эти идеи сочетались с невротическими образованиями в виде навязчивостей, истерических симптомов; могли также гротескно заостряться преморбидные личностные черты. Нередко на начальном этапе в структуре аффективного компонента синдрома имела место депрессивная симптоматика с включением различного рода соматических компонентов в виде алгий, гастро-интестинальных, вазовегетативных расстройств. Таким образом, начальный этап по выраженности и модальности аффективных симптомов и других компонентов синдрома отличался достаточным многообразием симптомов, некоторые из которых отражали психотравмирующее влияние ситуации. Поэтому этот этап можно было рассматривать как «открытый», имея в виду его доступность ситуационным влияниям.

Проведение психодиагностического исследования на начальном этапе показало наличие у 112 (75%) больных депрессии легкой степени ($55 \pm 3,5$ баллов), у 17 (11%) больных - депрессии умеренной степени ($62 \pm 4,6$ балла), у 21 (14%) пациента депрессия отсутствовала ($43 \pm 4,8$ балла). По результатам шкалы 1-ГОРЧ у 85 (57%) больных отмечался повышенный уровень тревоги (суммарный показатель $1,8 \pm 0,3$), при этом наиболее выраженными были средние значения показателей следующих шкал: тревожное настроение ($3,5 \pm 0,4$), напряжение ($3 \pm 0,3$), депрессивное настроение ($3 \pm 0,2$); несколько менее выраженными - показатели шкал инсомния ($2 \pm 0,2$), гастроинтестинальные симптомы ($2 \pm 0,3$), моче-половые симптомы ($2 \pm 0,2$), вегетативные симптомы ($2 \pm 0,3$), страхи ($1,5 \pm 0,3$). Сред-

ние значения остальных шкал были наименее выраженными.

В дальнейшем по мере развертывания заболевания (спонтанного или вызванного антидепрессантами), происходило нарастание тревоги и страха, что приводило к отеснению или полному исчезновению реалистических бредовых идей и смене их идеями иррационального содержания. В ряде случаев тревога была связана со смутным сознанием надвигающейся катастрофы. В силу погруженности в свои переживания такие больные внешне выглядели «безразличными» к реальному окружению, как бы «отсутствовали» во время беседы. В ряде случаев эмоциональные переживания больного были лишены вербального проявления, как бы «немые эмоции». На этом этапе больные были малодоступны или вообще недоступны контакту. Больные не могли объяснить происходящее, обнаруживали суетливое бесцельное поведение, состояние растерянности. Обращало на себя внимание испуг на лице, своеобразный «фиксированный, отсутствующий, как бы пустой взгляд». Наличие тревоги, страха при отсутствии словесного контакта были отражены в соматических компонентах эмоций - характер пульса, дыхания, другие вегетативные реакции. Такой синдром приобретал однородный, монолитный, замкнутый характер, и в отличие от предыдущего этапа являлся закрытым, так как был недоступен ситуационным влияниям и лишен какой бы то ни было личностной окраски. При проведении некоторым пациентам на этом этапе растормаживания в/в инъекцией р-ра сибазона 0,5%, они представляли свои идеи скупой, односложной, без соответствующей аргументации.

Проведение психодиагностического исследования на данном этапе было затруднено в связи с психическим состоянием пациентов.

Этап развернутой клинической картины психоза, возникший спонтанно или при длительной терапии нейролептиками, характеризовался в первую очередь смягчением страха, вследствие чего больные делались более или менее доступными продуктивному контакту. Об этом свидетельствовали и данные психодиагностического

исследования: у части больных сохранялась депрессия легкой степени ($53 \pm 5,8$ баллов). Общий суммарный показатель выраженности тревоги составил $1,3 \pm 0,2$ баллов, в основном за счет шкал инсомнии ($2 \pm 0,2$), тревожного настроения ($2 \pm 0,3$) и депрессивного настроения ($2 \pm 0,1$). Однако бред на этом этапе не утрачивал своего иррационального содержания, несмотря на ставшую понятным для больного кристаллизационную фабулу идеи. Генерализуясь или систематизируясь, он лишь дополнялся квазиреалистичными аргументами.

Этап дальнейшего улучшения выражался в продолжающемся смягчении аффекта тревоги и страха, в колебаниях его напряженности, что приводило к дезактуализации бреда, уменьшению его влияния на поведение больного, большей общительности и обращенности в реальность, а не в свои болезненные переживания, улучшению фона настроения. При этом имеющиеся бредовые идеи переставали активно звучать в высказываниях больных. Вслед за этим наступал этап временной инкапсуляции бреда, то есть больной был убежден в отсутствии «слежки, отравления и др.» именно сейчас, но бредовый эпизод сохранялся, как эпизод прошлого. На данном этапе регресс болезни мог приостановиться или, продолжаясь, закончиться практически полным выходом больного из психоза и восстановлением критики к болезненным переживаниям. В других случаях по мере исчезновения иррационального бреда вновь на первый план выступали имевшие место на раннем этапе психоза ипохондрический бред или бред ревности. Этот квазиреалистические бредовые идеи могли продолжить свое существование на неопределенный срок или же подвергнуться обратному развитию по вышеописанным закономерностям.

В период временной инкапсуляции бреда или на базе астеничности и вялости, наступивших после устранения продуктивных симптомов, усугубленной передозировкой нейролептиками, при наличии объективно трудной социальной ситуации или субъективной переоценки этих трудностей, у больных появлялись obsessions, истерические, депрессивные симптомы, психоген-

ное возобновление или фиксация некоторых психотических симптомов. Особенно часто они появлялись у больных, имевших их в начальном периоде болезни. Этот сложный синдром был открыт для актуальных влияний ситуации и тенденций личности.

Следует отметить некоторые нюансы практической стороны вопроса терапии психотических приступов при дебюте шизофрении и заболеваний шизофренического спектра. Так у 30% (45 пациентов) с указанной нозологией во время прохождения стационарного лечения по поводу купирования впервые возникшего психотического приступа, после значительного улучшения психического состояния, устранения страха, восстановления контакта с пациентом, критики к болезни и периода инкапсуляции бреда, отмечалось внезапное (в течение 1-2 суток) ухудшение состояния за счет усиления аффективного компонента синдрома - обострялась тревога, появлялись приступы страха, а вслед за этим вновь актуализировались квазиреалистические идеи ревности и ипохондрии, наряду с которыми, выступали и идеи отравления, и воздействия. Это повторное обострение могло продолжаться неопределенный срок от 1 до 3-х недель. Таким образом, и здесь отчетливо выступало влияние напряженности аффективности на содержание бредовых идей: чем сильнее аффект, тем иррациональнее бред. Эти наблюдения подтверждают известные взгляды Бресби: С, Veinschenk С. об аффективной блокаде критики [17,18].

Эти повторные обострения требовали незамедлительного усиления терапии нейролептиками. Причем между первым и повторным обострением практически вообще отсутствовал период ремиссии, поэтому целесообразнее рассматривать эти обострения в рамках одного психотического приступа. По нашим наблюдениям 67% (30 человек) из числа лиц с повторными обострениями были отпущены в лечебный отпуск, то есть побывали в домашней обстановке, остальные 33% (15 человек) продолжали лечение в условиях стационара. Анализируя причины данного явления, можно предположить следующее: 1) невозможность быстрой адаптации и перестройки

пациента при перемещении его из условий стационарного режима в обывательную домашнюю атмосферу, рассматриваемую им теперь как стрессовую; 2) несоблюдение приема медикаментов в домашних условиях, в том случае, когда больной переведен на поддерживающие дозы таблетированных препаратов; 3) привыкание к больничным стенам - госпитализм; 4) в случаях обострения заболевания в условиях стационара причинами обострения могли быть быстрый перевод с терапевтических доз на поддерживающие; необходимость смены базового нейролептика в случае появления побочных эффектов и невозможности их медикаментозной коррекции; субъективно значимая психотравмирующая ситуация для больного, находящегося в стационаре; передозировка антидепрессантов, которые часто рекомендуют использовать при лечении психотических приступов совместно с нейролептиками.

Терапия первичных психотических приступов у больных с дебютом шизофрении и заболеваниями шизофренического спектра на этапе выхода из психотического состояния - трудная задача, которая может быть решена не только биологическими методами, но и требует включения последовательной системы психотерапевтических воздействий, включая мероприятия по реадaptации.

Таким образом, вышеизложенное подтверждает целесообразность рассмотрения синдрома, как целостного, подвижного психопатологического образования, структура которого определяется как первичными аффективными симптомами, отражающими повреждение тех или иных мозговых систем, так и вторичными психотическими симптомами, представляющими собой патологически преобразованный опыт, а также личностными тенденциями и реакциями на актуальную ситуацию (невротическими, поведенческими симптомами).

Динамика психотических синдромов выражается в меняющихся на протяжении приступа болезни соотношениях первичных аффективных и вторичных психопатологических образований.

Среди закономерностей, определяющих начальную структуру синдрома и ее

последующее преобразование, важное место занимает аффективность, являющаяся важным звеном, связывающим в структуре синдрома первичную патологию мозга со вторичными продуктивными симптомами.

Следует также отметить, что динамическое движение бреда от квазиреального до иррационального на протяжении одного психотического приступа зависит от силы и выраженности аффекта, а также свидетельствует об одновременной работе критической мысли больного. Блокада критической переработки возникает на высоте первичного ярко выраженного аффекта, а при снижении аффективного напряжения сменяется усилением критики и даже полным ее восстановлением.

Интересным остается вопрос о динамике психопатологических компонентов психотического синдрома у больных с дебютом шизофрении и заболеваниями шизофренического спектра под воздействием психофармакотерапии различными формами нейролептиков и антидепрессантов, как с лечебной целью, так и с целью дифференциальной диагностики.

Литература

1. Хвильвицкий Т.Я. Труды 4-го Всесоюз. Съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, в. 2. - С. 275.
2. Ушаков Г.К. Ж. Неврологии и психиатрии., 1968. - в. 4. - С. 575.
3. Смулевич А.Б., Ширина М.Г. Проблема паранойи - М., 1972. - 254 с.
4. Снежневский А.В. Бред // Руководство по психиатрии в 2-х томах под ред. А.В.Снежневского. М: Медицина, 1983. - Т. 1. - С. 29-35.
5. Рыбальского М.И. Бред. - М: Медицина, 1993. - 368 с.
6. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. / К. Ясперс- М., 1997. - 1056 с.
7. Freychan F.A. В кн.: Drugs and behavior. London, 1960. - P. 184.
8. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1/ А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Пол ред. А.С. Тиганова. -М.: Медицина, 1999. - 712 с.
9. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности» или «процесс»? / В.Г. Остроглазов // НПЖ. - 2006. - Т. 1. - С. 27-32.

10.Ю.Савенко Ю.С., "Разное понимание главной проблемы психопатологии / Ю.С.Савенко // НПЖ. -2006.-Т.1.-С. 32-34.

11.11. Hoche A.Z. *ges Neurol. Psychiat.*, 1912. - Bd 12. - S. 540.

12.Руководство по психиатрии Под ред. Г.В.Морозова. - В 2-х т. Т. I. - М: Медицина, 1988. - 640 с.

13.Kraepelin E. *Klinische Psychiatric Leipzig*, 1915.

14.Міжнародна класифікація хвороб. Класифікація психічних і поведінкових розладів. -СПб.: АДИС, 1994.-304 с.

15.15.Медицинская психология: Учебное пособие / В.А.Абрамов, О.К. Бурцев, Т.Л Ряполова и др.; Под ред. В.А. Абрамова. - Донецк: Капитан, 2008. - 290 с.

16.Наджаров Р.А. В кн. Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969. - С. 29-119.

17.Specht G. В кн.: *Testsschrift der Universitat Erlangen. Leipzig*, 1901. - S. 203.

18.Weinschenk C, *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat*, 1957. - Bd. 79. - S. 113.

КЛІНІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СИНДРОМІВ В СТРУКТУРІ ДЕБЮТУ ШИЗОФРЕНІЇ І ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ

В.А. Абрамов, О.И. Осокина, С.Г. Ушенин

У дослідженні узагальнені спостереження за зміною структури різних психопатологічних синдромів при спонтанному плині захворювання й під впливом психофармакотерапії в 150 хворих з дебютом шизофренії й захворюваннями шизофренічного спектра. Проведено літературний експурс з питань синдромології, проаналізовані результати власних клінічних спостережень. Зроблено оцінку динамічної структури психотичного синдрому, виділені основні його психопатологічні компоненти, зроблена спроба встановлення деяких закономірностей між динамікою тих або інших симптомів у структурі психотичних синдромів. Визначено деякі нюанси медикаментозної корекції зазначених станів.

Ключові слова: шизофренія, захворювання шизофренічного спектра, психопатологічний синдром, афективний компонент синдрому

CLINICAL LAWS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES TRANSFORMATION IN OF SCHIZOPHRENIA DEBUT STRUCTURE AND DISEASES OF THE SHIZOFRENICAL SPECTRUM

V.A.Abramov, O.I.Osokina, S.G.Ushenin

In the research there was generalised supervisions over change of structure of various psychopathological syndromes are in spontaneous current of disease and under the influence of psychopharmacotherapy at 150 patients with a debut of a schizophrenia and diseases of the schizophrenical spectrum. The literary review has been made by the author. There was made the estimation of dynamic of the structure of psychotical syndromes. It has been established, that psychotical syndromes consisted of differents psychopathological components. There was defined some nuances of medicamentous correction of these diseases.

Keywords: schizophrenia, diseases of the schizophrenical spectrum, a psychopathological syndrome, an affective component of a syndrome

В.Е. Гончаров

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА И ДРУГИХ ВАРИАНТОВ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

Ключевые слова: органическое шизофреноподобное расстройство, клиника, дифференциальная диагностика

Вступление. Органические нарушения деятельности головного мозга представляют собой группу расстройств, наиболее сложных в отношении курации и наименее благоприятных в прогностическом плане. Особую актуальность представляют случаи с шизофреноподобными клиническими проявлениями, в первую очередь, в связи с необходимостью решения дифференциально-диагностических вопросов.

Объект и методы исследования. Нами было проведено исследование сочетанной операционно-мнестической, речемыслительной, личностной, зрительноперцептивной, мотивационно-волевой, эмоциональной дисфункции, обусловленной органическим поражением головного мозга. Применялись известные психодиагностические методики, в частности: исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн; проба на запоминание 10 слов; картины Поппельрейтера; стимульные карты с незавершенными контурами предметов; индивидуальный типологический опросник (ИТО); тест зрительной реценции Бентона; отыскивание чисел по таблицам Шульте; отсчитывание по Крепелину, методика классификации понятий и «исключение четвертого» [1; 2; 3; 4].

В исследование включена группа из 30 пациентов обоего пола с клинической картиной дисмнестических, аффективных и поведенческих расстройств органического генеза (1 группа), и группа из 28 пациентов обоего пола, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством (2 группа). Все больные находились на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3.

Результаты работы. Средний возраст больных первой группы составил $40,17 \pm 2,84$ года. Возраст к началу заболевания $28,17 \pm 3,22$ года. Длительность заболевания $12,06 \pm 2,63$ лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары $7,00 \pm 1,50$. В группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством средний возраст больных составлял $46,67 \pm 2,70$ года, возраст к началу заболевания $38,25 \pm 3,32$ лет, длительность заболевания $8,43 \pm 1,99$ лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары равнялось $5,38 \pm 1,14$. Таким образом, по основным медико-социальным показателям группы сравнения были сопоставимы. В обеих группах показатель социально-трудовой адаптации на момент обследования можно было охарактеризовать следующим образом: пациент стремится к сотрудничеству, поведение чаще упорядочено, однако состояние не вполне устойчиво, периодически возможны нарушения поведения.

Общий генез возникновения психических расстройств объясняет наличие в обеих описываемых группах характерного психопатологического и патопсихологического фона, специфического психоорганического симптомокомплекса. Так, клиническая картина, оцениваемая по шкале PANSS, характеризуется значительным снижением уровня абстрактности мышления, стереотипным подходом к решению заданий, изменениями динамических параметров речемыслительной деятельности. Последнее проявляется, в частности, характерной ригидностью, вязкой обстоятельностью, склонностью к бесконечным повторениям сказанного, что в совокупности резко сни-

жает продуктивность и содержательность контакта. Речь больных утрачивает плавность, появляются «спотыкания», трудности с произвольной актуализацией необходимой лексики («мучительный подбор слова»), изменяется привычный темп (речь ускоряется по типу «захлебывающегося пулемета», резко затормаживается или приобретает неравномерную, «рваную» ритмику). Словарный и понятийный запас беднеет, высказывания теряют целенаправленность и информативность. Рассуждения становятся поверхностными, примитивными, банальными, внимание — рассеянным, неустойчивым. Для сбора необходимых анамнестических сведений и данных о самочувствии приходится прибегать к активному расспросу пациентов, задавать массу дополнительных вопросов и даже предлагать возможные варианты ответов. Расстройство аффективной саморегуляции и контроля над побудительными импульсами проявляется излишней раздражительностью, вспыльчивостью по малозначительным поводам, неожиданными поступками без учета возможных последствий. В то же время, принятие (и осуществление) взвешенных, продуманных, логически выводимых решений явно затруднено дефицитом воли и мотивации к достижению, снижением критических и аналитических способностей. Планы отличаются нереальностью, а оценка своих возможностей и степени сохранности зачастую неадекватна, утрирована в ту или иную сторону. В большинстве случаев пациенты отказываются признавать наличие у себя психических расстройств и высказывают сомнения в необходимости стационарного лечения.

Вместе с тем, клиническая картина в исследуемых группах имеет и существенные различия. В первую очередь, речь идет о значительном преобладании выраженности бредовых идей в группе с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,001$). Однако, следует подчеркнуть, что и в другой группе обнаруживаются указанные нарушения, хотя и в значительно меньшей степени. При этом речь чаще идет об идеях так называемого «малого масштаба» — имущественного или бытового ущерба, — которые приобретают сверхценный характер и на фоне дефицита критики не по-

зволяют соотнести минимальную значимость проблемной ситуации с избыточной аффективной насыщенностью собственной реакции на данную проблему. По мере прогрессирования заболевания и нарастания функциональной несостоятельности центральной нервной системы обостряется «чувство справедливости», понимаемое больными своеобразно и неадекватно — как добровольная обязанность «во всем добиваться правды» и «всех выводить на чистую воду». В первую очередь, это проявляется в оценках и реакциях на поступки ближайшего окружения. Именно родственники, старые друзья и особенно соседи становятся объектом беспочвенных претензий, обид, кверулянтства, а в ряде случаев и агрессивных действий. При этом больные практически лишаются способности признать собственную неправоту, воспринимают не устраивающий их судебный вердикт как личное оскорбление и вопиющую несправедливость, обращаются с жалобами в различные и все более высокие инстанции и т.п.

При органическом шизофреноподобном расстройстве достоверно более выражена дезорганизация мотивационных и логических компонентов мышления, нарушения целенаправленности и последовательности, а также симптомы патологической обстоятельности, тенденция к соскальзываниям, пара- и алогизмам ($p < 0,001$). В этой же группе, в отличие от группы сравнения, более часты и выражены расстройства восприятия ($p < 0,01$), повышение двигательной активности и эмоциональной лабильности ($p < 0,05$), подозрительность и недоверчивость ($p < 0,05$), обеднение мимики, жестикуляции и эмоциональных модуляций речи, даже на фоне выраженной аффективной напряженности ($p < 0,05$). В большей степени утрачивается общий интерес к происходящему, вовлеченность в реальные (семейные, коллективные, социальные) проблемы и ситуации ($p < 0,01$), резко снижается коммуникативность, эмпатийность, открытость и потребность в общении ($p < 0,05$). Чаше появляются признаки неуклюжести, неуверенности, угловатости движений ($p < 0,001$). Больные этой группы легче впадают в уныние и отгороженность, погружаются в пессимистические переживания, которых, по их

мнению, «никто не может понять» ($p < 0,05$). Пациенты с органическим шизофреноподобным расстройством, обнаруживающие черты подозрительности, интолерантности, обидчивости, некорригируемого упрямства, агрессивно-авто-ритарного или паранойяльного стиля общения — зачастую откровенно игнорируют желания и просьбы окружающих, проявляют нескрываемый негативизм, грубость, пренебрежение интересами и правами других людей ($p < 0,05$). В указанной группе существенно чаще выявляются странные, вычурные идеи, варьирующие от некоторой чудаковатости до очевидной абсурдности ($p < 0,001$). В то же время, способность осознать и признать, что переживания носят болезненный характер, здесь существенно ниже ($p < 0,05$). Рационализируя свое состояние, такие пациенты ссылаются на менее значимые симптомы, акцентируют и аггравируют соматические нарушения, объясняют пребывание в психиатрическом стационаре необходимостью «обследоваться и сдать анализы», в крайнем случае — жалобами на бессонницу или депрессию, что в их глазах выглядит как достойный признание, чуть ли не «благородный» диагноз.

В ходе экспериментально-психологического исследования установлено, что в диагностике органических нарушений головного мозга наибольшее значение имеют такие признаки, как конкретно-описательный, ситуационный, поверхностный характер ассоциаций и суждений у пациента, банальность и шаблонность оценок, неустойчивость и истощаемость внимания, наличие выраженной операционно-мнестической дисфункции и общего интеллектуально-мнестического снижения, редукция способностей к критическому анализу собственного состояния, возможностей, поступков. На личностном уровне характерно формирование эгоцентрической позиции с болезненно обостренной ранимостью, сензитивностью, сентиментальностью (симптом «парадной гиперестезии» по Б.Я.Первомайскому) и, в то же время, склонностью к аффективным реакциям вплоть до экстремальных, а также к ипохондрическим и депрессивно-дистимическим развитиям.

Однако, кроме общих тенденций, обусловленных единым генезом, при анализе экспериментальных результатов обнаруживаются также существенные различия между группами. Так, признаки сужения объема запоминания, выявляемые в процессе выполнения методики «10 слов», достоверно выше в группе с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,05$). Вместе с тем, необходимо отметить, что затруднения при актуализации и вербализации названий предметов в методике распознавания интерферирующих контуров, а также сомнения в правильности своего решения, в указанной группе отмечались существенно реже ($p < 0,001$). Аналогичная закономерность выявляется и при распознавании предметов по их незавершенным контурам ($p < 0,01$). Однако, результаты показывают, что количество правильных узнаваний значительно ниже ($p < 0,05$). Таким образом, несмотря на видимую легкость выполнения задания и уверенность в правильности своих ответов, пациенты с органическим шизофреноподобным расстройством допускают значительно больше ошибок ($p < 0,05$).

Самооценка по методике Дембо-Рубинштейн выявляет достоверные различия в исследуемых группах лишь по одному показателю. Самооценочный пункт «Характер» в группе с непсихотическими нарушениями органического происхождения оценивается существенно выше ($p < 0,05$). Можно предположить, что последствия, вызванные бредовыми переживаниями и поступками больного, настолько усложняют и ухудшают отношения с социальным окружением, что пациент признает некоторое косвенное влияние собственных характерологических изменений на отношение окружающих к самому себе (по принципу «Может, и я был немного неправ, но они сами виноваты»).

Выполнение методики «исключение четвертого» (в предметном ее варианте) выявило достоверно более частую и выраженную логико-семантическую аморфность у пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,05$). В то же время, пациенты группы сравнения достоверно чаще признавались в том, что вообще не могут сделать выбор, соответствующий

инструкции ($p < 0,05$). Очевидно, указанная особенность является проявлением более сохранных критических способностей, что подтверждается нашими клиническими наблюдениями.

Результаты «Исключения четвертого» в вербальном варианте этой методики показали, что группа с органическим шизофреноподобным расстройством имеет существенно лучшие результаты по показателю абстрактности ($p < 0,05$) и, по нашим наблюдениям, худшие — по переключаемости мышления.

Методика исследования зрительной ретенции по Бентону позволила установить, что в обеих группах отмечались экстрапиримидные нарушения в виде тремора рук, зрительно-моторной дискоординации, деформации рисунка, искажения характера линий, несоблюдения углов и пропорций, нарушенной общей композиции. Однако, различие состоит в том, что группа с психотическими нарушениями достоверно чаще обнаруживала композиционные нарушения ($p < 0,01$) и тремор в линиях ($p < 0,05$).

Отыскивание чисел по таблицам Шульте выявило, что группа с органическим шизофреноподобным расстройством затрачивала больше времени на каждую из пяти попыток. К концу исследования (четвертая-пятая таблицы) это различие достигает степени статистической значимости ($p < 0,05$).

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШИЗОФРЕНОПОДІБНОГО РОЗЛАДУ ТА ІНШИХ ВАРІАНТІВ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

В.Є. Гончаров

На підставі клінічного та експериментально-психологічного дослідження пацієнтів, які знаходяться на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні, було встановлено загальні закономірності та достовірні відмінності при шизофреноподібному розладі та інших формах психічних порушень органічного генезу.

Ключові слова: органічний шизофреноподібний розлад, клініка, диференційна діагностика

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICS BY SCHIZOPHRENIC'S SIMILAR DISORDER OF OTHER VARIATION OF MENTAL DISORDERS ORGANICAL GENESIS

V.E. Goncharov

On the grounds of clinical and experimental psychological researches of inpatients in psychiatric hospital was setting the common patterns and significant differences by schizophrenic's similar disorder and others variations of mental disorder organical genesis.

Keywords: the organical schizophrenic's similar disorder, clinic, differential diagnostics

Указанная особенность является подтверждением более выраженной истощаемости внимания при данной нозологической форме.

Выводы. Таким образом, комплексный, мультидисциплинарный подход выявляет ряд экспериментально подтвержденных различий между группами, что существенно расширяет возможности дифференциальной диагностики заболеваний органической природы с различной клинической спецификой, позволяет расширить перечень известных дифференциально-диагностических критериев и, в конечном счете, разработать патогенетически обоснованную и более эффективную терапевтическую стратегию [5].

Література

1. Блейхер В.М. Клиническая психопатология. — Ташкент: «Медицина» УзССР, 1976. — 325 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. — К.: «Здоров'я», 1986. — 279 с.
3. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб: «Стройлеспечать», 1997. — 303 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: Издательство «ЭКМО-Пресс», 2000. — 576 с.
5. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Ю.А. Александровского. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. — 992 с.

Л.Н. Гуменюк¹, А.А. Савин²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

¹ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского» ²КРУ «Психиатрическая больница №5»

Ключевые слова: первый психотический эпизод, реабилитация

Введение. Психосоциальная реабилитация больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных медико-социальных и клиничко-психологических проблем. Установлено, что раннее вмешательство приводит к снижению тяжести заболевания, обеспечивает ускорение наступления ремиссии, снижает риск развития когнитивного дефицита и суицидального поведения, что обеспечивает возобновление социального функционирования, препятствует хронизации патологии, сокращает количество госпитализаций и их длительность [1;2]. В настоящее время происходит реструктуризация системы здравоохранения, в том числе психиатрии с целью повышения эффективности реабилитации лиц с ППЭ. «Реабилитация психически больных состоит в их ресоциализации, возможно более полном восстановлении (сохранении) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса»

Профессионалы в сфере здравоохранения и охраны психического здоровья всего мира расширяют свое понимание здоровья в целом и психического, в частности, с тем, чтобы развить парадигмы здоровья, которые рассматривают общее и психическое здоровье индивидуумов как продукт взаимодействия между человеком и окружающей его средой, что является динамической интерактивной перспективой, формирующей основы международного подхода к практике психосоциальной работы в сфере психического здоровья.

Цель исследования. Систематизировать современные представления по проблеме ППЭ психозов.

Методы исследования. Системный структурно – функциональный и структурно-уровневый анализ.

Результаты исследования. В течение последних десятилетий в психиатрии утвердилось понимание того, что, несмотря на бурное развитие теорий психических заболеваний и основанных на этих теориях высокоэффективных биологических методов, по современным стандартам психофармакотерапии в качестве единственного метода лечения психоза недостаточно. Для формирования благоприятного течения заболевания необходимо максимально раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу, еще на этапе купирующей терапии. Согласно точке зрения многих отечественных и зарубежных исследователей, улучшение как клинического, так и социального прогноза обеспечивает лишь комплексная терапия (сочетание медикаментозных стратегий с психосоциальными влияниями), что признано «золотым» стандартом помощи данному контингенту

Длительность лечения больного с ППЭ определяется комплексом клиничко-психопатологических, патопсихологических и социальных факторов. В настоящее время в качестве диагностических критериев наряду с клиничскими данными все более активно рассматриваются показатели социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) [3].

Основными целями терапии данного контингента является минимизация длительности не леченого психоза, профилактика следующих (очередных) эпизодов и возобновления социального функционирования.

В литературе широко представлены рекомендации раннего подключения психосоциальных вмешательств к ведению больных с ППЭ. Разработке задач и методов комплексного лечения данному контингенту посвящены работы многих ученых и клиничстов. Однако исследователи по-разному

подходят к вопросам дифференциации. Так, M.F. Green (1996) [4] указывает, что при создании модулей психосоциального лечения необходимо учитывать когнитивные особенности больных, что позволит соответствующим образом строить индивидуальные и групповые занятия. Психосоциальные воздействия должны быть нацелены на устранение или минимизацию «лимитирующих факторов» (КН, препятствующие успешной социальной адаптации). При этом автор подчеркивает, что выявление наиболее сохранных познавательных функций с помощью нейропсихологического обследования служит основанием для более тонкой спецификации различных типов и видов подобных воздействий.

М.М. Кабанов (1998) [5] считает, что важнейшей задачей, стоящей перед профессионалами сферы психического здоровья является поддержание комплаенса, как «осознанного» выполнения пациентом рекомендаций врача. Проблема комплаентного поведения включает компоненты, связанные с пациентом, лекарственными препаратами и окружающей средой, что требует мультидисциплинарного подхода для ее решения. При этом основой психосоциального воздействия считается установление и поддержание прочного терапевтического партнерства с самим пациентом и его ближайшим окружением (в первую очередь с семьей). Е.Б. Любов (2001) [6] указывает, что «многофакторность проблемы комплаенса определяет мультидисциплинарный подход для ее решения, заложенный в модели управления болезнью».

В последних исследованиях подчеркивается значимость своевременности и фазоспецифичности вмешательств при первых психотических эпизодах. В литературе имеются указания на необходимость дифференциации задач и методов лечебного направления в зависимости от фаз (этапов) ППЭ и возраста ее возникновения. Интерес к этапам развития заболевания объясняется возможностью ранней диагностики и разработки превентивно-терапевтических мероприятий, в том числе и целевых психосоциальных воздействий. Исследователи, работающие в данной области считают, что учет особенностей каждой фазы при создании

программ комплексного терапевтического вмешательства будет способствовать повышению их эффективности.

В.А. Абрамов с соавт. (2006) указывают [7], что при разработке целей и методов воздействия на пациента, прежде всего, необходимо учитывать биопсихосоциальную модель, предусматривающую выделение трех сфер, на которые оказывается терапевтическое воздействие: сфера повреждения (психическое расстройство, выраженное в конкретном категориальном диагнозе); сфера функциональной недостаточности (дисфункция личности); сфера ограничения (дефекта) социальной активности пациента.

Многие современные ученые считают, что мишенями психосоциальной терапии должны быть дезадаптивные (патопротекторные) психологические механизмы функционирования личности в условиях болезни.

А.П. Коцюбинский с соавт. [8] указывают, что для своевременной и более качественной стратегии и тактики медико-социальной работы с данным контингентом необходимо учитывать индивидуальную структуру механизмов психологической защиты, копинг-стратегии и личностные ресурсы каждого конкретного больного.

Исходя из биопсихосоциальной модели психических расстройств, ведущим в ее лечении является комплексный подход, основанный на принципе полипрофессионального бригадного ведения с проведением психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации психически больных.

От эры традиционного подхода к оказанию психиатрической помощи пациентам с ППЭ в учреждениях (институтах) происходит переход к системе обслуживания с опорой на сообщество. В научных исследованиях последнего периода определено, что 60% данного контингента можно лечить вне стационарно. Остальные пациенты после купирования агрессивных и аутоагрессивных тенденций также нуждаются в максимально раннем переводе на амбулаторный и полумамбулаторный режим [9].

Реорганизация сети психиатрических услуг произошла путем смещения ее центра тяжести со стационарного лечения и длительного пребывания в больнице в сторону создания клиник ППЭ (для купирования

острых состояний) и развитой сети амбулаторных реабилитационных и поддерживающих структур, занимающихся интеграцией людей с психическими расстройствами в социум, а также созданием атмосферы толерантности и принятия этих пациентов в обществе. Проведение терапевтического процесса в наименее стигматизирующих условиях обеспечивает раннее восстановление функционирования, позволяет сохранить социальные связи, привлечь к лечебному процессу семью и ближайшее окружение. Таким образом, при оказании помощи данному контингенту, предпочтение должно отдаваться преимущественно полустационарной и амбулаторной формам обслуживания больных. Такие формы работы внедрены во многих странах мира.

Основными задачами скоординированных медицинских, психотерапевтических и социальных действий больных с ППЭ являются: предотвращение ранней инвалидизации больного, распада его семьи, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня СФ, бездефектную реинтеграцию в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшения КЖ. Следовательно, наиболее эффективным является психосоциальный подход — обеспечение равновесия между психической жизнью человека и социальными взаимоотношениями, влияющими на его жизнедеятельность. Исходя из этого, в современной литературе, посвященной теории и практике психосоциальной терапии ППЭ выделяют следующие ее основные принципы: максимально раннее начало по отношению к появлению первых признаков заболевания; дифференцированность, направленность на достижение конкретных целей, структурированность и ограниченность во времени; последовательность с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетенции; поэтапность и закрепление путем неоднократных повторений.

На настоящее время наиболее эффективными методами медико-социальной помощи для больных с ППЭ, как особой группы психиатрических пациентов, признаны

следующие базовые формы психосоциального лечения: психообразование больных и их родственников, семейная терапия, тренинг социальных навыков и когнитивных функций, личностная и когнитивно-поведенческая терапия, социально-трудовая реабилитация, групповая психосоциальная терапия, что подтверждено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов, а также многолетним клиническим опытом.

Психообразование больных и их родственников является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи. Его основным принципом является предоставление пациенту информации относительно заболевания и отработку адекватного психологического отношения к болезни. Успешная психообразовательная работа является предпосылкой эффективного лечения больных с ППЭ, сохранения высокого уровня комплаенса и возможности полноценной реализации психосоциальных программ.

Широкой популярностью пользуется семейная терапия, направленная на работу с семьей и базирующаяся на положении о том, что семейный коммуникативный стиль, стратегии владения и компетентности в решении проблем имеют прямое отношение к модели «диатез-стресс-уязвимость» при психическом расстройстве. Ее приверженцы считают, что данный подход является универсальным, не требует глубокого вмешательства в сложные психологические и системные особенности каждой семьи, не касается глубинных механизмов внутрисемейного взаимодействия. Основной целью данной терапии является предоставление информации относительно обстоятельств, которые могли спровоцировать развитие заболевания, его течение, рецидивы и прогноз; обоснование необходимости возможных подходов к лечению, роли окружающих в восстановлении КЖ больного. Психообразование родственников пациентов позволяет снизить частоту повторных госпитализаций больных. При этом отмечается, что эффект психобразовательной работы тем значительнее, чем раньше данный вид вмешательства будет включен в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Комму-

никативный тренинг для членов семьи направлен на устранение конфликтности и неопределенности в общении, на коррекцию системы как позитивной, так и негативной обратной связи в семье. КИТ включает высокоструктурированные директивные поведенческие техники (постановка целей, моделирование, поведенческие повторения, подкрепления). Исследователи [10] подчеркивают, что отрицание пациентом психотического опыта может представлять собой «здоровое сопротивление психологической угрозе стигматизации». Соответственно одной из важнейших целей психообразования становится преодоление стигмы психического заболевания. Рядом авторов показана эффективность семейной терапии в отношении уровня обострений и повторных госпитализаций – по сравнению с обычным обслуживанием их количество уменьшается в 2,5 раза [11].

Большой интерес вызывает тренинг социальных навыков и когнитивных функций, который учитывает не только навыки межличностных контактов, но и эмоциональные, когнитивные и двигательные составляющие функционирования и направлен на повышение стойкости уязвимых в психобиологическом отношении больных к стрессовым факторам (требования общества, семейные конфликты). Данный подход способствует формированию инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными и частными учреждениями, распределение бюджета, ведение домашнего хозяйства, осуществление покупок, проведение свободного времени) и навыков межличностного взаимодействия (способность вести беседу, дружественные и родственные взаимоотношения).

Большинство авторов сходятся во мнении о необходимости использования личностной терапии у больных шизофренией с ППЭ, подразумевающей постепенное возрастание психосоциального воздействия с учетом уязвимости пациентов в результате когнитивного дефицита. G.E. Hogarty et al. (1997) [12] указывает, что эффект личностной терапии проявляется в положительном влиянии на большинство показателей социального приспособления и продолжает нарастать во 2-й и 3-й годы после начала тера-

пии, в отличие от поддерживающей терапии и семейных вмешательств. Максимальный эффект которых в плане приспособления регистрируется только в течение первых 12-ти месяцев, а затем следует «плато».

Весьма эффективным методом в структуре лечения следует считать групповую психосоциальную терапию, которая предусматривает восстановление у больных социальных навыков (от простых бытовых до более сложных – социально-психологических), определяющих социальную компетентность.

I.R.H. Falloon et al., (1998) [13] отмечают, что присоединение к поддерживающей медикаментозной терапии таких методов как социальное ведение случая, психообразование семьи, тренинг социальных навыков, приводит к значимому снижению риска повторных обострений.

Многими исследователями [14] указывается, что в план реабилитации пациентов с ППЭ обязательно должна включаться социально-трудовая реабилитация, основными задачами которой являются тренинг трудовых навыков и помощь в трудоустройстве. Оценка трудовых навыков и умений предусматривает изучение их преморбидного уровня, а также анализ возможностей на настоящее время. При этом необходимо учитывать как субъективное мнение пациентов, так и объективные данные (информацию от родственников, с места работы и др.).

В исследованиях Л.Г. Мовиной (2005) доказано, что при осуществлении психосоциальных интервенций отмечается повышение качества ремиссии в 1,5 раза, снижение частоты повторных госпитализаций в 3,8 раз, а также снижение нагрузки на семью, улучшение СФ и КЖ, улучшение отношений с окружающими, усиление поддержки референтной группы.

Выводы. Актуальность изучения ППЭ шизофрении обусловлена рядом обстоятельств: как возможности научно-исследовательских изысканий для изучения нейробиологической природы заболевания и взаимосвязанного с ней нейрокогнитивного дефицита, так и в разработке мероприятий по организации эффективного оказания медико-социальной помощи и профилактики неблагоприятного течения заболевания.

По результатам аналитического обзора источников научно-медицинской информации в соответствии с изучаемой темой, можно сделать вывод о том, что задержка лечения ППЭ шизофрении приводит к более выраженной позитивной и негативной симптоматике; ухудшению СФ больных. Соответственно, комплексные терапевтические вмешательства, направленные на снижение длительности нелеченого психоза несут экономически обусловленные приоритеты ППЭ.

Литература

1. Пішель В.Я. Сучасні можливості раннього виявлення пацієнтів з першим психотичним епізодом в загально медичній практиці. / В.Я. Мішель, К.В. Губенко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – V. 11, 4(41). – С. 37-41.
2. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клиничко-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е.Б. Любов, А.А. Бессонова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46-50.
3. Демчева Н. К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях / Н. К. Демчева // Рос. психиатр. журнал. – 2006. – № 5. – С. 30–38.
4. Green M.F., Kern R. S., Braff D., Mintz J. Neurocognitive functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? // Schizophr. Bull. -2000.-Vol. 26.-P. 119-136.
5. Кабанов М. М. Некоторые современные социально-психологические проблемы охраны психического здоровья в России / М. М. Кабанов // Рос. психиатр. журнал. – 2007. – № 3. – С. 85–87.
6. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клиничко-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е.Б. Любов, А.А. Бессонова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46-50.
7. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2005. – № 1. – С. 3–9.
8. Коцюбинский А. П. Психопатология и качество жизни при шизофрении / А. П. Коцюбинский, О. В. Лапшин, С. В. Пхиденко // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 32–37.
9. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
10. Гурович И.Я. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями / И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова, М.В. Магомедова и др. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. - М., 2002. - С. 98-108.
11. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
12. Moller P., Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior // Schizophrenia Bull. – 2000. – Vol. 26. – P. – 217-232.
13. Malla A.K., Norman R.M., Joobor R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50 (Suppl. 14). – P. 881-891.
14. Falloon I.R.H., Coverdale J.H., Laidlaw T.M. et al. and The OTP Collaborative Group. Early intervention for schizophrenic disorders // Br. J. Psychiatry. - 1998. - Vol. 172, Suppl. 33. - P. 33-38.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Л.М. Гуменюк, А.О. Савін

У статті наведено інформаційно-теоретичний аналіз сучасних підходів до реабілітації хворих з першим психотичним епізодом.

Ключові слова: перший психотичний епізод, реабілітація

MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOLOGICAL EPISODE

L.N. Gumenyuk, A.A. Savin

The information-theoretical analysis of modern approaches to rehabilitation of patients with the first psychological episode is presented in the article.

Keywords: the first psychological episode, rehabilitation

УДК: 616.89

В.Л. Гавенко, И.В. Лещина

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, иностранные студенты

Отмеченное многими авторами увеличение в Украине и во всем мире распространенности пограничных психически расстройств ставит в число приоритетных вопросы ранней диагностики, коррекции и профилактики данной патологии [1].

Особенно актуальна эта проблема в отношении студенческой молодежи, поскольку она представляет тот потенциал, которому предстоит решать важнейшие задачи по развитию и преобразованию общества. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, необходимостью адаптироваться к новым условиям проживания и обучения, поиска дополнительных источников заработка, неуверенность в своем будущем и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций [2].

Интернационализация современного высшего образования актуализирует проблему адаптации иностранных студентов к чуждой им действительности высшей школы незнакомой страны. Примерно двое из ста обучающихся в высшей школе в мире на настоящий момент - иностранные студенты [3].

Психическое здоровье, студенческой молодежи является необходимым условием

качественной учебы в ВУЗе. Пограничные психические расстройства являются одной из основных причин снижения успеваемости и работоспособности иностранных студентов и зачастую приводят к академическим отпускам или отчислениям. Важная роль в возникновении пограничных психических расстройств у студентов принадлежит нарушениям адаптации. Этот фактор особенно значим в развитии психической патологии у иностранных и приезжих студентов [4].

В ряде работ выделены основные факторы развития дезадаптивных расстройств у иностранных студентов, среди которых, прежде всего, следует отметить: **социально-психологические** - изменение привычной социальной среды, ритма жизни, условий проживания, резкое ограничение круга общения, языковой барьер, замедляющий коммуникативные процессы, несоответствие представлений и ожиданий студента с реальной действительностью; **индивидуально-психологические** включающие особенности личностных качеств студента, свойств его психических процессов (восприятия, мышления, памяти, эмоций и чувств), особенностей индивидуального поведения; **психофизиологические** - особенности физиологических механизмов обеспечения деятельности, функциональных резервов организма, психофизиологические свойства студента [5].

MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOLOGICAL EPISODE

L.N. Gumenyuk, A.A. Savin

The information-theoretical analysis of modern approaches to rehabilitation of patients with the first psychological episode is presented in the article.

Keywords: the first psychological episode, rehabilitation

УДК: 616.89

В.Л. Гавенко, И.В. Лещина

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, иностранные студенты

Отмеченное многими авторами увеличение в Украине и во всем мире распространенности пограничных психически расстройств ставит в число приоритетных вопросы ранней диагностики, коррекции и профилактики данной патологии [1].

Особенно актуальна эта проблема в отношении студенческой молодежи, поскольку она представляет тот потенциал, которому предстоит решать важнейшие задачи по развитию и преобразованию общества. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, необходимостью адаптироваться к новым условиям проживания и обучения, поиска дополнительных источников заработка, неуверенность в своем будущем и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций [2].

Интернационализация современного высшего образования актуализирует проблему адаптации иностранных студентов к чуждой им действительности высшей школы незнакомой страны. Примерно двое из ста обучающихся в высшей школе в мире на настоящий момент - иностранные студенты [3].

Психическое здоровье, студенческой молодежи является необходимым условием

качественной учебы в ВУЗе. Пограничные психические расстройства являются одной из основных причин снижения успеваемости и работоспособности иностранных студентов и зачастую приводят к академическим отпускам или отчислениям. Важная роль в возникновении пограничных психических расстройств у студентов принадлежит нарушениям адаптации. Этот фактор особенно значим в развитии психической патологии у иностранных и приезжих студентов [4].

В ряде работ выделены основные факторы развития дезадаптивных расстройств у иностранных студентов, среди которых, прежде всего, следует отметить: **социально-психологические** - изменение привычной социальной среды, ритма жизни, условий проживания, резкое ограничение круга общения, языковой барьер, замедляющий коммуникативные процессы, несоответствие представлений и ожиданий студента с реальной действительностью; **индивидуально-психологические** включающие особенности личностных качеств студента, свойств его психических процессов (восприятия, мышления, памяти, эмоций и чувств), особенностей индивидуального поведения; **психофизиологические** - особенности физиологических механизмов обеспечения деятельности, функциональных резервов организма, психофизиологические свойства студента [5].

Проблема исследования особенностей психической адаптации иностранных студентов является актуальной особенно в современных условиях формирования международной образовательной системы.

Цель исследования - изучить особенности пограничных психических расстройств иностранных студентов - медиков в современных условиях.

Материалы и методы исследования
В ходе работы нами были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологические методы включали клиническое изучение психического статуса студентов, дополненное шкалой оценки психического состояния; клинико-анамнестические: анкета анамнестического исследования и анкета социально-психологической адаптации студентов иностранцев; психодиагностические методы включали СМОЛ, методика ТРАНС, проективная методика незаконченные предложения, шкала оценки качества жизни (Mezzich J.E., Cohen N. et al. 1999).

Для решения поставленной цели нами было на первом этапе проведено комплексное обследование 70 студентов иностран-

ного факультета ХНМУ 3 курса, в возрасте от 20 до 25 лет, среди которых мужчин составили (87%), женщин (13%).

В зависимости от страны, с которой прибыли студенты, подавляющее большинство были выходцы из арабских стран Африки (Иордания, Палестина, Израиль, Ливан, Сирия, Марокко) - 82%; 10% - из не арабских стран Африки (Кения, Тунис, Камерун, Нигерия); 4% - граждане России; 3% - выходцы из Китая и около 1% - представители других стран (Пакистан, Румыния).

Клинико-психопатологическое обследование студентов, позволило разделить их на три группы: 1) студенты с клинически очерченными психическими расстройствами; 2) студенты с преневротическими расстройствами, у которых выявлялись отдельные астенические, сомато-вегетативные и аффективные симптомы, не складывающиеся в отчетливый симптомокомплекс; 3) условно - здоровые студенты, состояние которых было расценено как кратковременная адаптационная реакция.

Распространенность психических и поведенческих расстройств у иностранных студентов-медиков

Психические и поведенческие расстройства (шифр по МКБ - 10)*	Иностранные студенты, 3 курс (n=70)	
	Абс., лиц	Относ., %
Органические, в том числе симптоматические психические расстройства (F00-09)		
F07.2	8	11,43
Аффективные расстройства (F30-39)		
F32.0	4	5,71
F34.0	1	1,43
F34.1	2	2,86
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-49)		
F41.0	1	1,43
F43.20	3	4,29
F43.21	4	5,71
F43.22	3	4,29
F45.30	2	2,86
F45.31	2	2,86
F45.32	1	1,43

*- Шифры выявленных расстройств по МКБ-10:

F07.2 – посткоммоционный синдром; F32.0- легкий депрессивный эпизод; F34.0 – циклотимия; F34.1- дистимия; F41.0 – паническое расстройство; F43.20 – расстройство адаптации: кратковременная депрессивная реакция; F43.21 – расстройство адаптации: пролонгированная депрессивная реакция; F43.22 – расстройство адаптации: смешанная тревожно – депрессивная реакция; F45.30 – соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы; F45.31 – соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела ЖКТ; F45.32 - соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела ЖКТ

Наиболее частыми формами психических и поведенческих расстройств у иностранных студентов-медиков были посткоммоционный синдром (11,4%), легкий депрессивный эпизод (5,7%) и расстройства адаптации (14,3%).

Клинические проявления в основном были представлены астенической, аффективной симптоматикой, что часто сочеталось с вегетативной дисфункцией.

Астенический синдром характеризовался явлениями гиперэстезии, повышенной утомляемости, снижением умственной и физической работоспособности, трудностью концентрации внимания, нарушениями сна, снижения настроения, эмоциональной лабильностью.

В 32% случаев астенический синдром сопровождался выраженной вегетативной дисфункцией в виде повышенной потливости, похолодания, онемения конечностей, головокружением, лабильность артериального давления, тахикардией.

Аффективные расстройства в основном были представлены депрессивной и тревожной симптоматикой.

Нами установлена важная роль социально-психологических факторов в формировании психических и поведенческих расстройств у иностранных студентов-медиков. В частности, группе студентов с расстройствами адаптации чаще как условия, к которым наиболее сложно адаптироваться были отмечены учеба (56,9%), условия проживания (46,7%), необходимость разговаривать на русском языке (45,2%), разлука с родными (33,8%), климат (14,1%). Абсолютное большинство иностранных студентов по приезду в Украину сталкивается со множеством трудностей как физиологического (привыкание к климату, кухне), так и социально-психологического характера (приспособление к бытовым условиям, нормам поведения и требованиям учебной деятельности). Самая сложная, безусловно, выявленная область адаптации это учебная, что обусловлено необходимостью достижения высокого уровня владения русским языком, достаточного для приобретения профессиональных знаний и навыков.

Большинство иностранцев (78,3%) считают свой уровень владения русским языком достаточным для повседневного общения, но недостаточным для учебного процесса (работы с научной литературой, восприятия лекций, устных ответов). Что значительно затрудняет процесс учебной адаптации.

Анализ тендерных особенностей усредненных показателей СМОЛ выявил, что для студенток с клинически оформленными психическими и поведенческими расстройствами были характерны пики по шкалам депрессии, ипохондрии, психастении. У мужчин наблюдались пики по шкалам депрессии, психопатии та гипомании. А у здоровых студентов отмечены пики по шкалам психастении та ипохондрии.

В последнее время в медицине, особенно актуальными стали вопросы изучения качества жизни пациентов. Сам термин «качество жизни» до настоящего времени не имеет общепризнанного определения. Разными авторами по-разному трактуется это понятие. На наш взгляд наиболее подходящим для психиатрии является определение ВОЗ, которое включает в понятие «качество жизни» не только отсутствие заболевания или физического повреждения, но и характеризует как интегральный комплекс состояния полного физического, психического и социального благополучия.

Сравнительная характеристика показателей качества жизни студентов - иностранцев в двух группах, а именно, здоровых и с психическими и поведенческими расстройствами выявила наиболее высокие значения ($8,2 \pm 1,2$) в группе практически здоровых. Однако, максимального количества баллов (10,0) они не достигали. Результаты показателей в группе студентов иностранцев с клинически очерченными психическими расстройствами имели более низкие значения ($p < 0,05$). Наименьшие оценки были получены по показателям показатели социо-эмоциональной поддержки шкала № 6 ($5,7 \pm 1,2$), самореализация шкала № 8 ($6,0 \pm 0,9$), духовной реализации шкала № 9 ($6,1 \pm 1,3$), что указывает на низкий уровень независимости и степень формирования социальных взаимоотношений и воз-

можности самореализации в условиях проживания в Украине.

Таким образом, у 44,3% иностранных студентов были отмечены в той или иной степени отдельные симптомы психической дезадаптации или клинически очерченные психические и поведенческие расстройства, развитие которых, обусловлено как трудностями социокультуральной и учебной адаптации иностранных студентов, так и их индивидуально - психологическими особенностями, что требует не только терапевтических, но социально-реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.-399 с.

2. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства у лиц напряженного умственного труда // Экспериментальна і клінічна медицина. - 2000.- №3.- С.54-56.

3. Дорожкин Ю.Н., Мазитова Л.Т. Проблемы социальной адаптации иностранных студентов // Социологические исследования. - 2007. - №3. -С. 73-77.

4. Цивилько М.А., Ильин М.А. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов // Вестник РУДН, серия Медицина. -2003. - №5 (24).-С. 71-73.

5. Витковская М.И., Троцук И.В. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы в России (на примере РУДН) // Вестник РУДН. Серия Социология. - 2004. - № 6-7.

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

В.Л. Гавенко, І.В. Лещина

В роботі представлені данні вивчення особливостей психічних та поведінкових розладів у іноземних студентів - медиків.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, іноземні студенти

MENTAL DISORDERS OF FOREIGN STUDENTS OF MEDICAL HIGH SCHOOL

Gavenko V.L., Leshchina I.V.

The features of mental disorders of foreign students of medical high school are submitted.

Keywords: mental disorders, foreign students

УДК 616.853-055.1:616.89-008.442

В.В. Шиндер

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ ХВОРОБИ

ВДНЗУ « Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Ключові слова: епілепсія, соціальні та сімейні зв'язки, діагностика

Проблема епілепсії на сьогоднішній день є однією із самих актуальних в сучасній медицині. На епілептичну хворобу в Україні хворіє близько 60 чоловік на 100 тис. населення. Дана патологія стає однією з причин передчасного зниження працездатності, призводить до втрати основної роботи, зменшує коло комунікативних зв'язків, а в частині випадків супроводжується збіль-

шенням кількості алкогольних абзусів, суїцидальними переживаннями, що в подальшому ініціює соціальну та сімейну дезадаптацію. Тому питання діагностики та лікування потребують подальшого вивчення з метою припинення прогресування особистісних змін та розвитку деменції, підвищення якості життя даного контингенту населення з досягненням оптимального фізично-

возможности самореализации в условиях проживания в Украине.

Таким образом, у 44,3% иностранных студентов были отмечены в той или иной степени отдельные симптомы психической дезадаптации или клинически очерченные психические и поведенческие расстройства, развитие которых, обусловлено как трудностями социокультуральной и учебной адаптации иностранных студентов, так и их индивидуально - психологическими особенностями, что требует не только терапевтических, но социально-реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.-399 с.

2. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства у лиц напряженного умственного труда // Экспериментальна і клінічна медицина. - 2000.- №3.- С.54-56.

3. Дорожкин Ю.Н., Мазитова Л.Т. Проблемы социальной адаптации иностранных студентов // Социологические исследования. - 2007. - №3. -С. 73-77.

4. Цивилько М.А., Ильин М.А. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов // Вестник РУДН, серия Медицина. -2003. - №5 (24).-С. 71-73.

5. Витковская М.И., Троцук И.В. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы в России (на примере РУДН) // Вестник РУДН. Серия Социология. - 2004. - № 6-7.

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

В.Л. Гавенко, І.В. Лещина

В роботі представлені данні вивчення особливостей психічних та поведінкових розладів у іноземних студентів - медиків.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, іноземні студенти

MENTAL DISORDERS OF FOREIGN STUDENTS OF MEDICAL HIGH SCHOOL

Gavenko V.L., Leshchina I.V.

The features of mental disorders of foreign students of medical high school are submitted.

Keywords: mental disorders, foreign students

УДК 616.853-055.1:616.89-008.442

В.В. Шиндер

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ ХВОРОБИ

ВДНЗУ « Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Ключові слова: епілепсія, соціальні та сімейні зв'язки, діагностика

Проблема епілепсії на сьогоднішній день є однією із самих актуальних в сучасній медицині. На епілептичну хворобу в Україні хворіє близько 60 чоловік на 100 тис. населення. Дана патологія стає однією з причин передчасного зниження працездатності, призводить до втрати основної роботи, зменшує коло комунікативних зв'язків, а в частині випадків супроводжується збіль-

шенням кількості алкогольних абзусів, суїцидальними переживаннями, що в подальшому ініціює соціальну та сімейну дезадаптацію. Тому питання діагностики та лікування потребують подальшого вивчення з метою припинення прогресування особистісних змін та розвитку деменції, підвищення якості життя даного контингенту населення з досягненням оптимального фізично-

го, психологічного, емоційного та соціального функціонування.

Сексуальне благополуччя суттєво впливає на одну з основних складових «якості життя» кожного індивідуума, а у хворих на епілепсію попереджує усамітнення, суїцидальну налаштованість та гальмує розвиток соціальної дезадаптації. Особливо це питання актуальне для контингенту хворих, які не

втратили соціальні й сімейні зв'язки та перебувають у шлюбних взаємовідносинах. Тому важливого значення набуває необхідність вивчення як порушень окремих сфер організму внаслідок епілептичної хвороби, так і сексуальної функції, з метою комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики рецидивів даного захворювання.

УДК: 616.891

І.В.Гаврилюк

СОЦІАЛЬНО-ВІКТИМОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Ключевые слова: невротичні розлади, сімейне насильство, жінки, соціальні характеристики, віктимологічні аспекти

Актуальність та сучасний стан проблеми. Явище насильства у сім'ї спостерігається в усіх країнах, незалежно від їх соціального та економічного рівня розвитку, релігійних чи культуральних установ. Жертвами сімейного насильства переважно стають жінки. Хоча вони самі можуть виступати агресорами у стосунках з чоловіками і насильство спостерігається в одностатевих партнерських відносинах, переважна шкода від родинного насильства зчиняється чоловіками по відношенню до жінок. Чоловіки ж найчастіше зазнають насильства від незнайомих або віддалених знайомих, ніж від будь-кого з родинного кола [1-3].

Проблема сімейного насильства набула міжнародної актуальності наприкінці ХХ століття, переважно, завдяки жіночим організаціям, які ініціювали питання захисту прав жінки як людини. Однак з часом все більш очевидним ставало його медико-соціальне значення як проблеми громадської охорони здоров'я [4]. Серед медичних наслідків у жертв насильства в сім'ї можуть спостерігатись психічні розлади, переважно, невротичного регістру. Не дивлячись на те, що дослідженню проблеми сімейного насильства та шляхів запобігання цьому явищу

присвячено численну кількість наукових робіт [5-7], досліджень, присвячених безпосередньо психіатричним аспектам сімейного насильства, практично немає. В Україні віктимологічними та судово-психіатричними аспектами сімейного насильства займалися співробітники Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології [8-11]. Насамперед, було проведено моніторинг стану проблеми сімейного насильства з наступною розробкою системи організаційних, діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства. Проте, цілеспрямованого психіатричного дослідження на контингенті жертв з невротичними розладами, що розвинулись внаслідок насильницьких дій з боку сімейного партнера, в нашій країні не проводилось.

Відомо, що насильство в сім'ї відбувається у будь-яких верствах і категоріях населення, незважаючи на класові, расові, культуральні, релігійні, соціально-економічні аспекти, рівні освіти та матеріального достатку, а також трапляється у сім'ях як гетеросексуалів і геїв, так і лесбіянок. Жінки часто емоційно пов'язані та еко-

го, психологічного, емоційного та соціального функціонування.

Сексуальне благополуччя суттєво впливає на одну з основних складових «якості життя» кожного індивідуума, а у хворих на епілепсію попереджує усамітнення, суїцидальну налаштованість та гальмує розвиток соціальної дезадаптації. Особливо це питання актуальне для контингенту хворих, які не

втратили соціальні й сімейні зв'язки та перебувають у шлюбних взаємовідносинах. Тому важливого значення набуває необхідність вивчення як порушень окремих сфер організму внаслідок епілептичної хвороби, так і сексуальної функції, з метою комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики рецидивів даного захворювання.

УДК: 616.891

І.В.Гаврилюк

СОЦІАЛЬНО-ВІКТИМОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Ключевые слова: невротичні розлади, сімейне насильство, жінки, соціальні характеристики, віктимологічні аспекти

Актуальність та сучасний стан проблеми. Явище насильства у сім'ї спостерігається в усіх країнах, незалежно від їх соціального та економічного рівня розвитку, релігійних чи культуральних установ. Жертвами сімейного насильства переважно стають жінки. Хоча вони самі можуть виступати агресорами у стосунках з чоловіками і насильство спостерігається в одностатевих партнерських відносинах, переважна шкода від родинного насильства зчиняється чоловіками по відношенню до жінок. Чоловіки ж найчастіше зазнають насильства від незнайомих або віддалених знайомих, ніж від будь-кого з родинного кола [1-3].

Проблема сімейного насильства набула міжнародної актуальності наприкінці ХХ століття, переважно, завдяки жіночим організаціям, які ініціювали питання захисту прав жінки як людини. Однак з часом все більш очевидним ставало його медико-соціальне значення як проблеми громадської охорони здоров'я [4]. Серед медичних наслідків у жертв насильства в сім'ї можуть спостерігатись психічні розлади, переважно, невротичного регістру. Не дивлячись на те, що дослідженню проблеми сімейного насильства та шляхів запобігання цьому явищу

присвячено численну кількість наукових робіт [5-7], досліджень, присвячених безпосередньо психіатричним аспектам сімейного насильства, практично немає. В Україні віктимологічними та судово-психіатричними аспектами сімейного насильства займалися співробітники Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології [8-11]. Насамперед, було проведено моніторинг стану проблеми сімейного насильства з наступною розробкою системи організаційних, діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства. Проте, цілеспрямованого психіатричного дослідження на контингенті жертв з невротичними розладами, що розвинулись внаслідок насильницьких дій з боку сімейного партнера, в нашій країні не проводилось.

Відомо, що насильство в сім'ї відбувається у будь-яких верствах і категоріях населення, незважаючи на класові, расові, культуральні, релігійні, соціально-економічні аспекти, рівні освіти та матеріального достатку, а також трапляється у сім'ях як гетеросексуалів і геїв, так і лесбіянок. Жінки часто емоційно пов'язані та еко-

номічно залежні від сімейних насильників [12;13]. Однак вивчення соціально-віктимологічних аспектів сімейного насильства у жінок з невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, не проводилось, що й визначає актуальність даної роботи.

Метою роботи є вивчення соціально-демографічних та віктимологічних характеристик жінок з невротичними розладами, що виникли внаслідок насильницьких дій у сім'ї, з метою виділення соціально-особистісних і віктимологічних факторів ризику розвитку у них невротичних розладів для розробки моделі психореабілітаційної допомоги.

Матеріал і методи дослідження. Обстеженню підлягали 160 жінок з невротичними розладами, пов'язаними зі стресом (F.40 – 48). Основну групу склали 74 жінки, які стали жертвами насильницьких дій в сім'ї і звернулися до спеціалізованих центрів соціальних служб або за медичною допомогою. В залежності 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, віктимо-анамнестичного, соціально-демографічно-го, статистичного методів дослідження.

Результати роботи. Середній вік досліджених жінок у основній групі, що зазнавали фізичного насильства складав 41,8 років, у тих, що стали жертвами психологічного насильства – 35,7 років, у групі порівняння – 37,6 років. Даний показник не слід розцінювати безпосередньо як вік виникнення невротичних розладів, він відображає вік звернення за медичною допомогою. У більшості випадків невротичні розлади і акти сімейного насильства існувати тривалий час до моменту звернення до лікарів. Хоча віковий показник наочно демонструє, що жінки – жертви психологічного насильства стають суб'єктами психіатричної допомоги з приводу невротичних психічних порушень на 5 років молодшими, ніж ті, що звертаються за медичною допомогою після актів фізичного насильства

щодо них. У поєднанні з іншими соціальними характеристиками, наведеними у таблиці 1, дана підгрупа жінок має певні соціально-демографічні особливості.

Як видно з таблиці 1, усі досліджені жінки перебували у шлюбі офіційному або «цивільному». Частка офіційних шлюбів була домінуючою в усіх групах жінок. Проте, найвищий показник «цивільних» шлюбів (29,2%) спостерігався серед осіб, які були жертвами психологічного насильства.

Освітній рівень був достовірно найнижчим у жінок – жертв фізичного насильства. Серед них незакінчену середню і середню освіту мали 40,0% жінок. Рівень середньої спеціальної освіти не відрізнявся серед представниць усіх груп дослідження і був найпоширенішим серед можливих освітніх рівнів, за винятком жінок з підгрупи психологічного насильства, у яких найбільше осіб мали вищу освіту (58,3%). У групі порівняння був достовірно вищий, ніж в інших, відсоток незакінченої вищої освіти (15,1%).

За показником соціального положення підгрупа жінок фізичного насильства характеризувалась високою частотою випадків перебування на утриманні (36,0%), зайнятості у робітничій сфері (36,0%), відсутністю представниць керівної ланки. Представниці підгрупи психологічного насильства відрізнялись переважанням службовців (37,5%), керівників (8,3%), відсутністю пенсіонерок та нижчим відсотком тих, що перебували на утриманні своїх чоловіків (20,8%). Група порівняння відрізнялась достовірним переважанням представниць керівної ланки (2,7% проти 13,9%, $p < 0,05$). Зважаючи на вік, до пенсіонерок були віднесені жінки, що мали групу інвалідності за соматичними (не психіатричними) хворобами.

Серед соціально-виробничих психотравмуючих факторів працюючі жінки першої підгрупи виділили несприятливий психологічний мікроклімат в колективі та взаємовідносини з керівництвом. Жінки, що стали жертвами психологічного насильства, як несприятливі фактори на роботі теж найчастіше виділяли психологічний мікроклімат у колективі, проте стосунки з керівництвом їх турбували менше. Натомість нераціональна (на їх думку) організація праці, неможливість службового росту та невдоволеність

заробітною платою, називались ними як психотравмуючі виробничі фактори частіше. Розподіл за цими показниками у групі порівняння була аналогічним підгрупі осіб з психологічним насильством.

Серед сімейно-побутових психотравмуючих факторів цілком логічно представниці основної групи, які зазнавали сімейного насильства, найчастіше називали взаємовідносини з чоловіком. Найвищим серед усіх цей показник був у підгрупі фізичного

насильства (42,0%, проти 37,5% та 30,2%). Повсякденні побутові складнощі теж називались жінками як один з поширених психотравмуючих чинників, проте найбільш побутові проблеми докучали представницям групи порівняння (37,2% проти 34,0% та 25,0%). Майнові втрати та тяжка хвороба близьких найбільше турбували жінок, що зазнали психологічного насильства у сім'ї (16,7% проти 2,3% та 12,5% проти 4,0% та 2,8%) – (табл. 1.)

Таблиця 1

Соціальні характеристики жінок з невротичними розладами основної і порівняльної груп

Соціальні показники	Основна група				Порівняльна група		Всього	
	1 підгрупа		2 підгрупа					
	абс.	% (n=50)	абс.	% (n=24)	абс.	% (n=86)	абс.	% (n=160)
Сімейний стан								
Одружена:	41	82,0	17	70,8	67	77,9	125	78,1
- I шлюб	38	76,0	10	41,7	59	68,6	107	66,9
- II шлюб	3	6,0	5	20,8	5	5,8	13	8,1
- III шлюб	-	-	2	8,3	3	3,5	5	3,1
Цивільний шлюб	9	18,0	7	29,2	19	22,1	35	21,8
Діти відсутні	6	12,0	4	16,7	13	15,1	23	14,4
1-2 дитини	33	66,0	18	75,0	67	77,9	118	73,8
Більше 2-х	11	22,0	2	8,3	6	7,0	19	11,9
Освіта								
Незакінчена середня	1	2,0	-	-	-	-	1	0,6
Середня**	19	38,0	1	4,2	12	13,9	32	20,0
Середня спеціальна	26	52,0	8	33,3	41	47,6	75	46,9
Незакінчена вища**	2	4,0	1	4,2	13	15,1	16	10,0
Вища**	2	4,0	14	58,3	20	23,2	36	22,5
Соціальне положення								
Робоча	18	36,0	8	33,3	29	33,7	65	40,6
Службовець	12	24,0	9	37,5	20	23,3	41	25,6
Керівна ланка**	-	-	2	8,3	12	13,9	14	8,7
Пенсіонерка	2	4,0	-	-	6	7,0	8	5,0
На утриманні	18	36,0	5	20,8	19	22,1	42	26,2
Соціально-виробничі психотравмуючі фактори (у працюючих жінок)								
Організація праці	-	-	2	8,3	7	8,1	9	5,6
Психологічний мікроклімат та відносини в колективі*	15	30,0	13	54,2	44	51,2	72	45,0
Взаємовідносини з керівництвом**	10	20,0	1	4,2	3	3,5	14	8,7
Відсутність службового росту	-	-	2	8,3	2	2,3	4	2,5
Незадоволеність оплатою праці	-	-	1	4,2	5	5,8	6	3,7
Сімейно-побутові психотравмуючі фактори								
Повсякденні побутові складнощі	17	34,0	6	25,0	32	37,2	55	34,4
Майнові втрати	-	-	4	16,7	2	2,3	6	3,7
Взаємовідносини з чоловіком	21	42,0	9	37,5	26	30,2	56	35,0
Взаємовідносини з близьким оточенням та дітьми	10	20,0	2	8,3	21	24,4	33	20,6
Тяжка хвороба чи смерть близьких	2	4,0	3	12,5	5	5,8	10	6,2

* - достовірність $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таким чином, аналіз соціально-демографічних показників показав, що найбільш різючі відмінності соціальних характеристик спостерігались між жінками підгруп основної групи. Так, жінки з невротичними розладами, що зазнавали фізичної агресії, відрізнялись низьким рівнем освіти, високою часткою робітничих професій та перебування на утриманні у власних чоловіків,

відсутністю представниць керівної ланки. Серед психотравмуючих виробничих факторів вони найчастіше ніж інші називали взаємовідносинами з керівництвом, а в сімейному колі найбільші складнощі для них становили стосунки з чоловіком та повсякденні побутові негаразди. Обстежені жінки з підгрупи психологічного насильства були освіченішими, більшість з них мали

вищу освіту, деякі представниці займали керівні посади, вони рідше перебували на утриманні, у виробничому середовищі акцентувались на психологічному мікрокліматі та взаємовідносинах у колективі, проте звертали увагу на організацію праці, можливість професійного росту, матеріальну винагороду; серед сімейно-побутових психотравмуючих факторів вони переважно називали стосунки з чоловіком. У групі порівняння достовірна різниця за соціальними показниками відмічалась переважанням незакінченої вищої освіти, найбільшою кількістю осіб зайнятих на керівних посадах, відповідно, меншою стурбованістю стосунками з керівництвом та акцентуацією на взаємовідносинах у колективі. Серед сімейно-побутових психотравмуючих чинників вони найчастіше називали повсякденні побутові складнощі.

Віктимологічні аспекти, із зрозумілих причин, порівнювались між жінками обох підгруп основної когорти (до порівняльної групи входили жінки з невротичними розладами без актів сімейного насильства в анамнезі). Обстежені нами жінки зазнавали переважно декілька видів сімейного насильства. Особи з першої підгрупи, в усіх випадках без виключення, разом з фізичною агресією потерпали від різних проявів психологічного (морального) насильства. Вони скаржились на те, що чоловіки їх ображають, принижують, шантажують безвихідним становищем, погрожують як в процесі застосування фізичної агресії, так і в проміжках між тим. Прояви фізичного насильства розподілялись наступним чином: 27 – 58,0% жінок повідомляли про побиття, нерідко із застосуванням брутальної фізичної сили; у 19 – 38,0% відмічались легкі тілесні ушкодження; в 1 – 2,0% випадку – тілесні ушкодження середньої важкості та ще в 1 – 2,0% випадку – тяжкі тілесні ушкодження.

Третина (8 – 24,0%) жінок з тих, що зазнавали психологічного насильства у вигляді образ, шантажування, використання безвихідного становища, погроз, залякування, повідомили про прояви економічних обмежень щодо них. Одна жінка була жертвою психологічного, економічного та сексуального насильства з боку власного чоловіка.

Частота проявів актів фізичної агресії у жінок першої підгрупи була рідшою, ніж прояви психологічного насильства у представниць другої підгрупи – таблиця 2.

Таблиця 2

Частота проявів актів сімейного насильства у жінок з невротичними розладами

Частота актів сімейного насильства	1 підгрупа		2 підгрупа		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одноразово*	2	4,0	-	-	2	2,7
Рідко (декілька раз на рік)*	14	28,0	-	-	14	18,9
Неодноразово (декілька раз на місяць)	34	68,0	17	70,8	51	68,9
Часто (декілька раз на тиждень)*	-	-	7	29,2	7	9,5
Разом	50	100	24	100	74	100

* - достовірність $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Поведінка жертви як провокуючий фактор оцінювалась нами наступним чином: 1) активно-провокуюча (поведінка з проявами фізичної чи вербальної агресії, образ по відношенню до насильника, конфліктування з ним, сумісне розпиття спиртних напоїв, тощо); 2) пасивно-провокуюча (прояви байдужості, неповаги, опозиційності, докорів, негативізму до насильника, намагання неделікатно з'ясувати конфліктну ситуацію, тощо), 3) нейтральна (намагання нейтрально запобігти конфліктним ситуаціям та актам насильства), 4) пасивно-покірнa поведінка (повна підвладність та покірність вимогам насильника). Розподіл жінок за типами поведінки відображено у таблиці 3.

Таблиця 3

Типи провокуючої поведінки у жінок з невротичними розладами – жертв сімейного насильства

Типи поведінки	1 підгрупа		2 підгрупа		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Активно-провокуюча	10	20,0	4	16,7	14	18,9
Пасивно-провокуюча	25	50,0	14	58,3	39	52,7
Нейтральна	7	14,0	2	8,3	9	12,2
Пасивно-покірнa	8	16,0	4	16,7	12	16,2
Разом	50	100	24	100	74	100

Як видно з вищенаведеної таблиці 3, суттєвих відмінностей за типами поведінки між підгрупами не виявлено. Більш ніж у половині випадків (50,0% і 58,3%) у жінок з невротичними розладами спостерігався пасивно-провокуючий тип поведінки у взаємовідносинах з сімейним агресором, що призводило до вчинення актів насильства щодо них.

Безпосередньо під час актів насильства зламанисть і повну підвладність виявляли 11 – 22,0% жінок першої підгрупи та 10 –

41,7% другої підгрупи ($p < 0,05$); пасивний опір чинили, відповідно, 24 – 48,0% і 12 – 50,0%; активно намагались захищатись 15 – 30,0% і 2 – 8,3% жінок ($p < 0,01$).

Під час актів сімейного насильства у стані алкогольного сп'яніння перебували 17 – 34,0% жінок з першої підгрупи та 5 – 20,8% осіб з другої підгрупи. З них сумісне розпиття спиртних напоїв з насильником відмічалось у 10 (20,0%) та 3 (12,5%) випадках відповідно.

Після скоєного акту насильства про відчуття сорому, грізоти, страху розголошення повідомляли 15 – 30,0% осіб першої підгрупи та 4 – 16,7% представниць другої підгрупи; відчуття мерзенності, гидування, неприйнятності ситуації виникало, відповідно у 6 – 12,0% та 13 – 54,2% жінок ($p < 0,001$); про страх за власне життя повідомляли 29 – 58,1% та 7 – 29,2% осіб ($p < 0,01$). Відчуття небезпеки, неприємності та жаху після акту насильства відчували до чоловіків переважна більшість досліджених жінок (46 – 92,0% і 23 – 95,8%), про байдужість до них повідомляли 4 (8,0%) та 2 (4,2%) жінки.

Середній вік чоловіків, що вчиняли акти фізичного насильства над своїми дружинами становив 44,6 років (різниця у віці між подружжям складала 2,8 років). Чоловіки, які вчиняли психологічне насильство були дещо старшими своїх дружин, їх середній вік становив 43,6 роки, тобто вони були старшими за свої жінки на 7,9 років.

Соціальний статус чоловіків. Які вчиняли сімейне насильство наведений у таблиці 4.

Таблиця 4

Соціальний статус чоловіків, які вчиняли сімейне насильство

Показники соціального статусу	1 підгрупа		2 підгрупа		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Освіта						
Середня*	15	30,0	3	12,5	18	24,3
Середня спеціальна***	32	64,0	7	29,2	39	52,7
Незакінчена вища	1	2,0	1	4,2	2	2,7
Вища***	2	4,0	13	54,2	15	20,3
Соціальне положення						
Робочий	19	38,0	8	33,3	27	36,5
Службовець	15	30,0	6	25,0	21	28,4
Керівна ланка*	-	-	8	33,3	8	10,8
Пенсіонер*	10	20,0	-	-	10	13,5
На утриманні	6	12,0	2	8,3	8	10,8

* - достовірність $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Як видно з показників вищенаведеної таблиці 4, чоловіки, що виявляли акти фізичної агресії до своїх дружин, на відміну

від тих, що застосовували психологічне насильство у родині, достовірно відрізнялись низьким рівнем освіти (у них переважала середня та середня спеціальна освіта) та низьким соціальним положенням з відсутністю представників керівних посад та наявністю пенсіонерів. Психологічні насильники переважно мали вищу освіту, займали керівні посади, були значно старшими за своїх дружин.

Таким чином, аналіз віктимологічних аспектів показав, що жінки з невротичними розладами були жертвами поєданого сімейного насильства: фізична агресія у представниць першої підгрупи завжди поєднувалась з проявами психологічного насильства, у третини осіб другої підгрупи психологічний тиск супроводжувався економічними обмеженнями. Частота актів фізичного насильства була рідшою ніж психологічного. Пасивно-провокуючий тип поведінки був найбільш поширений у жінок обох підгруп. У стані алкогольного сп'яніння перебували 34,0% жінок з першої підгрупи та 20,8% осіб з другої підгрупи. Зламанисть і повну підвладність під час акту насильства частіше проявляли жінки другої підгрупи, на відміну від активного опору діям насильника у першій когорті. Про страх за своє життя достовірно частіше повідомляли жінки, що зазнавали фізичного насильства у родині. Чоловіки, які вчиняли фізичне насильство щодо дружини відрізнялись низьким рівнем освіти, зайнятістю на робітничих посадах або перебуванням на пенсії, незначною віковою різницею зі своїми дружинами. Чоловіки обстежених жінок другої підгрупи, що чинили психологічне насильство, були значно старші за своїх дружин, переважно мали вищу освіту та займали керівні посади.

Література

1. Онишко Ю.В. Проблеми психіатричної допомоги жінкам – жертвам насильницьких дій // *Архів психіатрії*. – 2000. – №1-2(20-21). – С. 7-9.
2. Heise L.L., Ellsberg M., Gottemoeller M. *Ending violence against women* // Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health: Center for Communications Programs, 1999. (Population Reports, Series L, No. 11). – 25 p.

3. Crowell N., Burgess A.W. *Understanding violence against women* // Washington, DC: National Academy Press, 1996. - 344 p.

4. Проблемы и пути их решения / Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья «Проблемы и пути их решения». Хельсинки, Финляндия, 12 - 15 января 2005 г. - EUR/04/5047810/6. 14 января 2005 г. - 52670. - Оригинал английский. - Пер. с англ. - 9 с.

5. Власов П.О. Насильство в сім'ї та соціальна робота із сім'ями, в яких чиниться насильство: Інформаційно-практичний посібник. - Дніпропетровськ: Дніпропетровська міська організація «Жіночий інформаційно-координаційний центр», 2004. - 96 с.

6. Alison M. Heru *Насилие со стороны интимного партнера: лечение его и его жертвы* // Обзор современной психиатрии. - 2008. - № 2 (36). - С. 55-63.

7. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. *World report on violence and health* // Geneva: World Health Organization, 2002. - 346p.

8. Онишко Ю.В. Жертви насильства – нова група пацієнтів. Проблеми, реалії та перспективи в аспекті комплексного

міждисциплінарного підходу. // Архів психіатрії. - 2002. - №4(31). - С. 22-26.

9. Табачников С.І., Онишко Ю.В., Домбровська В.В., Зайцев О.О., Маркова М.В. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» в аспекті соціальної та судової психіатрії // Український вісник психоневрології. - 2002. - С. 151-154.

10. Олійник О.П. Сімейні стосунки і ризик скоєння тяжких суспільно небезпечних дій психічно хворими у колі родини // Вісник проблем біології і медицини. - 2007. - Вип. 2. - С. 62-65.

11. 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 // Архів психіатрії. - 2003. - №3(34). - С. 10-16.

12. Chaulk R., King P.A. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs* // Washington, DC: National Academy Press, 1998. - 146 p.

13. Heise L.L. *Violence against women: an integrated ecological framework* // Violence Against Women. - 1998. - Vol.4. - P.262-290.

СОЦИАЛЬНО-ВИКТИМОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В.Гаврилюк

В статье представлены социально-демографические характеристики женщин с невротическими расстройствами вследствие разных форм семейного насилия. Проанализированы виктимологические аспекты семейного насилия у данного контингента.

Ключевые слова: невротические расстройства, семейное насилие, женщины, социальные характеристики, виктимологические аспекты

SOCIALLY-VICTIMOLOGICAL ASPECTS OF FAMILY VIOLENCE FOR WOMEN WITH NEUROTIC DISORDERS

I.V.Gavryluk

In this article are presented socially-demographic characteristics of women with neurotic frustration owing to different forms of family violence. Were analyzed the victimological aspects of family violence.

Keywords: neurotic disorders, family violence, women, social characteristics, victimological aspects

УДК 616.89-008.441.44:616.8-008.64

Денисенко М.М.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭКЗОГЕННЫМИ И ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»,
г. Харьков

Ключевые слова: экзогенные та эндогенные депрессии, суицидальное поведение, суицидальный риск, антисуицидальный барьер

Проблема суицидов у больных психическими расстройствами имеет важное медико-социальное значение [1; 5; 7].

В настоящее время установлено, что около 70% депрессивных больных имеют суицидальные мысли, а 30 - 50% совершают суицидальные попытки. Частота завершенных суицидов при большой депрессии составляет 15%, а при депрессиях непсихотического уровня – 4%. При невротических и реактивных депрессиях преобладают суицидальные попытки, доля которых составляет от 15% до 73% от общего числа лиц, совершивших парасуицид [2; 6].

В проведенных исследованиях отмечено, что на формирование суицидального поведения влияет комплекс факторов, включающий биологические, психологические и социальные [3; 4; 9].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей суицидального поведения у пациентов с экзогенными и эндогенными депрессиями.

В соответствии с целью и задачами исследования нами обследовано 120 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями, в структуры которых выявлено суицидальное поведение (основная группа). Контрольную группу составили 30 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями без признаков суицидального поведения.

Среди больных основной группы были выделены следующие подгруппы: 30 больных с диагнозом депрессивный эпизод (F 32.1), 30 больных с диагнозом рекуррентной депрессии (F 33.1), 30 больных с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2), 30 больных, у которых диагностирована пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21).

Среди обследованных основной группы 51,6 % составляли женщины, а 48,3 % - мужчины.

При этом среди больных эндогенными депрессиями достоверно преобладали мужчины, а среди больных экзогенными – женщины.

Анализ возраста обследованных показал, что преобладающими возрастными категориями среди обследованных основной группы был возраст 40-49 лет (41,6 %) и 50-59 лет (31,6 %). В группе больных эндогенными депрессиями большая часть больных относилась к старшей возрастной группе (50-59 лет) - 45,0 %, а в группе больных экзогенными депрессиями – к средней (40-49 лет) – 43,3 %.

Изучая характер труда в группе обследованных установлено, что 60,0 % больных основной группы занимались умственным трудом, 21,6 % - физическим, 18,3 % - не работали. При сравнении больных с эндогенными и экзогенными депрессиями установлено, что среди последних достоверно реже встречались неработающие пациенты (28,3 % и 8,3 %, при $p < 0,05$).

Анализ семейного положения пациентов показал, что в основной группе 47,5 % обследованных состояли в браке, 24,2 % были разведены и 28,3 % были холостыми (не замужними).

Сравнение семейного положения в группах показало, что среди пациентов с эндогенными депрессиями лиц, состоящих в браке, было достоверно меньше ($p < 0,05$).

Пациенты контрольной группы по полу, возрасту, характеру труда и семейному положению, достоверно не отличались от больных основной группы.

В комплексе методов были использованы клинко-психопатологический метод, метод определения выраженности суици-

дального риска и метод оценки самосознания смерти [8; 9].

Результаты изучения факторов психической травматизации представлены в таблице 1.

Таблица 1

Факторы психической травматизации, выявленные у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями

Вид психотравмы	Больные с F 32.1, F 33.1 (n=60)	Больные с F 41.2, F 43.21 (n=60)	Основная группа (n=120)	Контрольная группа (n=30)
	1	2	3	4
Семейные конфликты	5 (8,3 %)	11 (18,3 %)	16 (13,3 %)*	12 (40,0 %)
Служебные конфликты	3 (5,0 %)	7 (11,6 %)	10 (8,3 %)*	11 (36,6 %)
Утрата работы	11 (18,3 %)	17 (28,3 %)	28 (23,3 %)*	2 (6,6 %)
Смерть близких	4 (6,6 %)	5 (8,3 %)	9 (7,5 %)	1 (3,3 %)
Авария (бедствия), сопровождающиеся жертвами	2 (3,3 %)	3 (5,0 %)	5 (4,2 %)	1 (3,3 %)
Криминальные события (ограбление, нападение, изнасилование)	2 (3,3 %)	4 (6,6 %)	6 (5,0 %)	2 (6,6 %)
Потеря социального статуса	4 (6,6 %)	9 (15,0 %)	13 (10,8 %)	6 (20,0 %)
Неудовлетворенность работой	13 (21,6 %)	21 (35,0 %)	34 (28,3 %)	4 (13,3 %)
Длительность болезни близких	7 (11,6 %)	8 (13,3 %)	15 (12,5 %)	3 (10,0 %)
Ухудшение материального положения	22 (36,6 %)**	7 (11,6 %)	29 (24,2 %)	9 (30,0 %)
Одиночество	29 (48,3 %)	24 (40,0 %)	53 (44,2 %)*	6 (20,0 %)

Условные обозначения:

* - достоверность различий с контрольной группой ($p < 0,05$)

** - достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,001$)

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что основными факторами психической травматизации у больных основной группы были факторы одиночества (44,2 %), неудовлетворенности работой (28,3 %), ухудшения материального положения (24,2 %) и утрата работы (23,3 %).

Следует подчеркнуть, что в основной группе обследованных преобладали сочетанные психогении.

Сопоставление с контрольной группой показало, что у больных этой группы достоверно чаще встречались семейные и служебные конфликты, а фактор утраты работы и одиночества достоверно преобладал у больных основной группы.

Дифференцированный анализ факторов психической травматизации у больных основной группы с эндогенными и экзогенными депрессиями показал, что у больных с эндогенными депрессиями преобладали такие факторы, как одиночество (48,3 %), ухудшение материального положения (36,6 %), неудовлетворенность работой (21,6 %). Ухудшение материального положения дос-

товерно чаще регистрировалось у больных с эндогенными депрессиями. У больных с экзогенными депрессиями чаще встречались факторы одиночества (40,0 %), неудовлетворенности работой (35,0 %) и утраты работы (28,3 %).

При изучении основных вариантов депрессивного синдрома в группах обследованных установлено, что у больных основной группы преобладающими были соматовегетативный (63,3 %) и тревожный (50,8 %) варианты, реже встречались меланхолический (22,5 %) и астенический (15,8 %), редко слезливый (5,0 %) и обсессивный (5,8 %) варианты (табл. 2).

Основная группа от контроля отмечалась достоверным преобладанием соматовегетативного и тревожного вариантов, в то же время у больных контрольной группы достоверно чаще встречались астенический и адинамический варианты ($p < 0,05$).

У больных с эндогенными депрессиями наиболее часто встречались соматовегетативный вариант (61,6 %) и тревожный вариант (53,3 %), реже – апатический (21,6 %)

и сенестопатический (14,8 %) варианты, редко – астенический (5,0 %) и обсессив-

ный (5,0 %) варианты.

Таблица 2

Основные варианты депрессивного синдрома в группах обследованных

Вариант депрессии	Больные с F 32.1, F 33.1 (n=60)	Больные с F 41.2, F 43.21 (n=60)	Основная группа (n=120)	Контрольная группа (n=30)
Астеническая	3 (5,0 %)	16 (26,6 %)**	19 (15,8 %)*	23 (76,6 %)
Адинамическая	8 (13,3 %)	1 (1,6 %)	9 (7,5 %)*	17 (56,6 %)
Апатическая	13 (21,6 %)	-	13 (10,8 %)	3 (10,0 %)
Тревожная	32 (53,3 %)	29 (48,3 %)	61 (50,8 %)*	2 (6,6 %)
Меланхолическая	27 (45,0 %)	-	27 (22,5 %)	3 (10,0 %)
Сенестопатическая	9 (14,8 %)	-	9 (7,5 %)	2 (6,6 %)
Ипохондрическая	2 (3,3 %)	12 (20,0 %)**	14 (11,7 %)	4 (13,3 %)
Соматовегетативная	37 (61,6 %)	39 (65,0 %)	76 (63,3 %)*	7 (23,3 %)
Слезливая	4 (6,6 %)	2 (3,3 %)	6 (5,0 %)	1 (3,3 %)
Обсессивная	3 (5,0 %)	4 (6,6 %)	7 (5,8 %)	1 (3,3 %)

Условные обозначения:

* - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$)

** - достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,05$)

У больных с экзогенными депрессиями также доминировали соматовегетативный (65,0 %) и тревожный (48,3 %) варианты. Достоверно чаще у этих пациентов регистрировались астенический (26,6 %) и ипохондрический (20,0 %) варианты. Редко в этой группе отмечались адинамический (1,6 %) и слезливый (3,3 %) варианты. У больных с экзогенными депрессиями не выявлены апатический, меланхолический и сенестопатический варианты депрессивного синдрома.

У больных контрольной группы наиболее распространенными были астенический (76,6 %) и адинамический (56,6 %) варианты, реже встречались астенический (23,3 %) и ипохондрический (13,3 %) варианты, редко – слезливый и обсессивный варианты (3,3 % и 3,3 %) соответственно.

Следовательно, у больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях доминировали соматовегетативный и тревожный варианты депрессии, а у больных без суицидального поведения – астенический и адинамический.

Изучение вариантов суицидального поведения у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями свидетельствует о том, что наиболее часто у больных с депрессиями основной группы регистрировались суицидальные представления (58,3 %), суицидальные мысли (57,5 %) и суицидальные переживания (53,3 %) (табл. 3). У 13,3 % обследованных отмечались суицидальные замыслы, а у 5,8 % суицидальные попытки в прошлом.

Таблица 3

Варианты суицидального поведения у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями

Вариант поведения	Больные с F 32.1, F 33.1 (n=60)	Больные с F 41.2, F 43.21 (n=60)	Основная группа (n=120)
Суицидальные мысли	52 (86,6 %)*	17 (28,3 %)	69 (57,5 %)
Суицидальные представления	27 (45,0 %)	43 (71,6 %)*	70 (58,3 %)
Суицидальные переживания	41 (68,3 %)*	23 (38,3 %)	64 (53,3 %)
Суицидальные замыслы	12 (20,0 %)	4 (6,6 %)	16 (13,3 %)
Суицидальные попытки в прошлом	7 (11,6 %)	-	7 (5,8 %)

Условные обозначения:

* - достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,001$)

Сравнение суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями показало, что у больных эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались суицидальные мысли (86,6 % и 28,3 %, $p < 0,05$) и суицидальные переживания (71,6 % и 45,0 %, $p < 0,05$), а у пациентов с экзогенными - суицидальные переживания (68,3 % и 38,3 %, $p < 0,05$). Суицидальные замыслы чаще отмечались у больных с эндогенными депрессиями, а суицидальные попытки регистрировались лишь у больных с эндогенными депрессиями.

В целом, суицидальное поведение у больных депрессиями характеризовалось преобладанием суицидальных представлений мыслей и переживаний (57,3 %, 57,5 % и 53,3 %).

Суицидальные замыслы регистрировались у 13,3 % больных, а суицидальные попытки в прошлом – у 5,8 %.

Клинико-психопатологический анализ суицидального поведения у больных основной группы свидетельствовал о том, что у большинства обследованных с эндогенными депрессиями 53 (88,3 %) суицидальное поведение было тесно связано с депрессивной симптоматикой, являлось реакцией пациента на болезнь и собственную самоизмененность. Ослабление или утрата эмоционального резонанса воспринималась пациентами тягостно, что в сочетании с интеллектуальной заторможенностью и утратой инициативы приводило к мысли о невозможности дальнейшего существования.

У всех пациентов с экзогенными депрессиями генез суицидального поведения был тесно связан с реакцией пациентов на психотравмирующую ситуацию. В этом случае смысловое значение суицидального поведения заключается в попытке воздействия на объективное звено конфликта с целью изменения ситуации в благоприятном для больного направлении (желание отомстить за нанесенную обиду, вызвать чувство вины, привлечь внимание).

У 7 (11,6 %) пациентов с эндогенными депрессиями в мотивах суицидального поведения выявлены двойственные черты: связь с депрессивной самоизмененностью и психотравмирующей ситуацией. У этих пациентов в анамнезе имелись суицидальные попытки, психопатологические проявления, у них отвечали критериям рекуррентного депрессивного расстройства. Данный вариант суицидального поведения расценен нами как наиболее опасный.

Следовательно, у больных депрессиями в зависимости от мотивации регистрируется три типа суицидального поведения: психопатологическое, в основе которого лежит переживания депрессивной самоизмененности, ситуационное, обусловленное стремлением изменить конфликтную ситуацию, и смешанное, включающее сочетание психопатологических и ситуационных механизмов.

При изучении выраженности суицидального риска установлено, что у больных основной группы суммарный показатель составлял 25,4 балла, что свидетельствует о высоком уровне суицидального риска у пациентов этой группы, в то время как у больных контрольной группы значение показателя было ниже – 20,13 баллов, что соответствует о низком уровне суицидального риска у этих больных (табл. 4).

Анализ отдельных шкал теста показал, что наибольших значений в основной группе достигали также показатели как, «мысли об отсутствии счастья в жизни» (2,52%), «безразличие к своему будущему» (2,51%), «оценка своей судьбы, как тяжелой» (2,34%). Высокими были также значения по показателям «оценка безнадёжности будущего» (2,34%), «безразличие окружающих» (2,34%), «предчувствие страшных событий» (2,26%). Показатель, отражающий степень суицидального риска «желание совершить суицид без какой-либо причины» составлял 1,71%.

Таблиця 4

Средние величины показателей суицидального риска у больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях

Показатель	Больные с F 32.1, F 33.1 (n=60) % ± m %	Больные с F 41.2, F 43.21 (n=60) % ± m %	Основная группа (n=120) % ± m %	Контрольная группа (n=30) % ± m %
	1	2	3	4
Оценка своей судьбы, как очень тяжелой	2,13±0,74	2,65±0,93	2,39±0,94	1,29±0,75
Желание уйти из дому	1,34±0,51	0,95±0,34	1,45±0,67	0,98±0,29
Оценка себя, как обреченного человека	1,97±0,93	1,21±0,55	1,59±0,59	1,64±0,77
Проявление тоски	2,64±0,97**	1,47±0,78	2,05±0,71*	0,86±0,32
Оценка безнадежности будущего	2,73±1,1	1,96±0,89	2,34±0,98	0,93±0,42
Безразличие к своему будущему	2,86±1,38	2,15±1,33	2,51±1,08*	1,11±0,76
Оценка возможности прощения своих поступков	1,64±1,71	0,89±0,59	1,26±0,84	1,48±0,63
Желание сделать себе больно	1,82±0,81	0,63±0,29	1,22±0,62	0,97±0,48
Оценка своих способностей	1,94±0,54**	0,72±0,46	1,34±0,47	1,53±0,79
Оценка неуверенности в своих действиях	2,59±0,78	2,28±0,84	2,43±0,95	2,12±1,23
Безразличие окружающих	2,61±0,83	1,67±0,94	2,34±0,87	1,87±0,93
Мысли о возможности преодоления трудностей	2,11±1,17	1,34±0,55	1,72±0,76	1,94±0,84
Потеря желания жить	2,11±0,93	1,56±0,73	1,83±0,93*	0,46±0,23
Стремление скрыть свои намерения	1,86±1,16	1,23±0,67	1,54±0,71	0,98±0,47
Предчувствие страшных событий	1,93±0,85	2,56±0,94	2,26±1,15*	1,23±0,57
Беспокойный сон с перерывами	2,56±0,93	1,75±0,49	2,15±0,93	1,98±0,84
Страх сойти с ума	1,98±0,73	2,47±0,83	2,22±0,79	1,83±0,91
Желание совершить суицид, без какой-либо причины	2,17±1,21**	1,23±0,76	1,71±0,66*	0,53±0,33
Суточная динамика самочувствия с ухудшением утром	2,73±0,98**	0,89±0,34	1,63±0,79	1,84±1,02
Мысли об отсутствии счастья в жизни	2,44±0,88	2,57±1,21	2,52±0,83	1,97±0,96
Суммарный показатель	28,31±4,56	24,76±6,23	25,40±5,83	20,13±4,68

Условные обозначения:

* - достоверность различий с контрольной группой ($p < 0,05$)

** - достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,05$)

При сравнении больных с эндогенными и экзогенными депрессиями выявлено достоверное преобладание у больных с эндогенными депрессиями по шкалам: «проявления тоски» (2,64% и 1,47%, $p < 0,05$), «оценка своих способностей» (1,94% и 0,72%, $p < 0,05$), «желание совершить суицид без каких-либо причин» (2,17% и 1,23%, $p < 0,05$), «суточная динамика самочувствия с ухудшением утром» (2,37% и 0,89%, $p < 0,05$).

Больные контрольной группы (без суицидального поведения) характеризовались достоверно более низкими значениями по шкалам: «проявления тоски», «оценка безнадежности будущего», «безразличие к своему будущему», «потеря желания жить», «предчувствие страшных событий», «желание совершить суицид без какой-либо причины».

Следовательно, для больных с суицидальным поведением при депрессиях характерным является наличие чувства тоски,

безнадежное видение будущего, предчувствие страшных событий, что порождает потерю желания жить и желание совершить суицид без какой-либо причины.

При этом описанные проявления у больных с эндогенными депрессиями проявлялись на фоне выраженной суточной динамики самочувствия с ухудшением утром и низкой оценки своих способностей.

Анализ показателей теста оценки самосознания смерти свидетельствует о том, что у больных основной группы регистрировались высокие значения по шкалам «мысли о смерти» (2,98%), «вид суицидального поведения» (2,85)%, «отношения к собствен-

ной смерти» (2,82%), «страх смерти» (2,76%), «мысли о собственной смерти» (2,48%), что является индикатором наличия у этих пациентов реальных мыслей о собственной смерти и намерений уйти из жизни (таблица 5).

Проведенный анализ также показал, что к проявлениям суицидального поведения у больных основной группы окружающие чаще были безразличны (1,82%), сами пациенты не выражали желания делиться своими мыслями и опасениями (1,12%) и не были религиозны (0,49%). 73,3 % обследованных определяли суицид как «реальный выход из ситуации» (1,09%).

Таблица 5

Показатель теста оценки самосознания смерти у пациентов с суицидальным поведением при депрессиях

Показатель	Больные с F 32.1, F 33.1 (n=60) % ± m %	Больные с F 41.2, F 43.21 (n=60) % ± m %	Основная группа (n=120) % ± m %	Контрольная группа (n=30) % ± m %
1	2	3	4	5
Возраст, в котором впервые услышали о смерти	0,93±0,46	1,63±0,73	1,28±0,69	2,39±0,93
Мысли о смерти	2,71±0,78**	1,24±0,96	2,98±0,93	0,67±1,12
Мысли о собственной смерти	1,77±0,81	1,19±0,44	2,48±0,75*	0,48±0,97
Страх смерти	2,32±0,63**	1,24±0,88	1,76±0,82	2,55±0,84
Возраст, в котором возник страх смерти	0,37±0,12	0,68±0,27	0,52±0,37	0,93±0,29
Отношения к собственной смерти	0,48±0,77	2,07±0,69	1,32±0,81*	2,66±0,76
Желание смерти	2,23±0,82	1,68±0,73	1,95±0,46	1,91±0,79
Вид суицидального поведения (представления, намерения, попытка, суицид)	2,34±0,79**	1,36±0,82	2,85±0,87*	0
Отношение окружающих к суицидальному поведению	1,79±0,86	1,92±1,12	1,82±0,93*	2,95±0,32
Отношение к религии	0,21±0,75	0,78±0,94	0,49±0,87	1,23±0,29
Мысли о потусторонней жизни	0,94±0,48	0,35±0,10	0,65±0,32*	1,69±0,73
Желание делиться своими мыслями	0,98±0,97	1,26±0,87	1,12±0,98*	2,77±0,87
Сны о смерти	1,31±0,58**	2,05±1,23	1,68±0,57	1,35±0,57
Откровенность	0,47±0,22	0,98±0,32	0,73±0,42	0,69±0,33
Страх боли	0,56±0,13	1,47±0,58	1,01±0,74	0,85±0,46
Страх высоты	0,68±0,37	0,95±0,49	0,86±0,41	0,32±0,21
Наследственная склонность к суициду	0,49±0,17	0,21±0,12	0,35±0,24	0,09±0,05
Отношение к суициду	0,23±0,12**	1,96±0,93	1,09±0,68*	2,54±0,96
Суммарный показатель	1,76±3,8	19,3±4,1	18,4±4,4	25,8±5,3

Условные обозначения:

* - достоверность различий с контрольной группой (p<0,05)

** - достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями (p<0,05)

Следует подчеркнуть, что у больных с эндогенными депрессиями мысли о собственной смерти были более частыми и вы-

раженными, они не боялись смерти и демонстрировали реальные намерения совершить суицид.

При сравнении показателей в основной и контрольной группах выявлено достоверные различия по шкалам «мысли о собственной смерти», «отношение к собственной смерти», «отношение окружающих к суицидальному поведению», «желание делиться своими мыслями», «мысли о потусторонней жизни», «отношение к суициду». Такие различия свидетельствуют о том, что пациенты без признаков суицидального поведения о смерти думали редко, боялись её, не скрывали от окружающих этих страхов, были откровенны, отличались религиозностью.

Коэффициенты корреляции



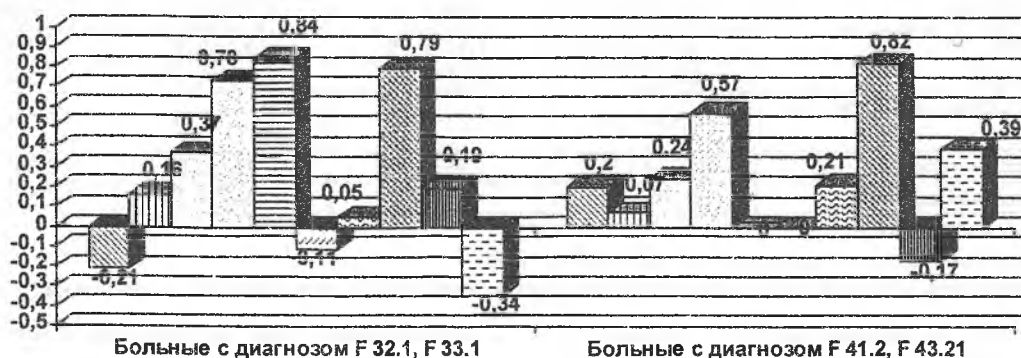
Рис. 1 Корреляционные взаимосвязи суицидального риска и вариантов депрессивного у больных основной и контрольной группы

Условные обозначения:

Варианты депрессий:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1 - астенический | 6 - сенестопатический |
| 2 - адинамический | 7 - ипохондрический |
| 3 - апатический | 8 - соматовегетативный |
| 4 - тревожный | 9 - слезливый |
| 5 - меланхолический | 10 - обсессивный |

Коэффициенты корреляции



Условные обозначения:

- 1 - астенический
- 2 - адинамический
- 3 - апатический
- 4 - тревожный
- 5 - меланхолический

Варианты депрессий:

- 6 - сенестопатический
- 7 - ипохондрический
- 8 - соматовегетативный
- 9 - слезливый
- 10 - обсессивный

Рис. 2 Корреляционные взаимосвязи суицидального риска с вариантом депрессивного синдрома у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями

Как свидетельствуют данные рисунка 1 у больных основной группы корреляции выраженности суицидального риска с тревожной и соматовегетативной депрессией были положительными и сильными ($r=+0,77$; $r=+0,79$).

По отношению к меланхолической и сенестопатической депрессиям у суицидального риска выявлены средней силы положительные корреляции ($r=+0,56$; $r=+0,49$).

Взаимосвязи суицидального риска с астенической, адинамической, апатической и обсессивной депрессиями характеризовались наличием положительных слабых корреляций ($r=+0,13$; $r=+0,08$; $r=+0,32$; $r=+0,28$).

В отношении ипохондрической и слезливой депрессии отмечалась отрицательная слабая корреляция ($r=-0,16$; $r=-0,11$).

В контрольной группе обследованных положительных сильных и средней силы корреляций выявлено не было. Все выявленные взаимосвязи были слабыми по силе.

В отношении апатической и сенестопатической депрессии выявлены слабые отрицательные корреляции ($r=-0,23$; $r=-0,12$).

Следующим этапом нашего исследования было изучение корреляционной взаимосвязи суицидального риска и вариантов депрессивного синдрома у пациентов с экзогенной и эндогенной депрессией (рис. 2).

Как свидетельствуют представленные на рисунке данные, у больных с эндогенными депрессиями сильная положительная корреляционная связь отмечалась между суицидальным риском и меланхолической ($r=+0,84$), соматовегетативной ($r=+0,79$), и тревожной ($r=+0,73$) депрессией.

По отношению к адинамической, апатической, ипохондрической и слезливой депрессиям выявлены положительные слабой силы корреляции ($r=+0,16$; $r=+0,37$; $r=+0,05$; $r=+0,19$).

Взаимосвязи суицидального риска с астеническим, сенестопатическим и обсессивным вариантом депрессии оказались слабыми по силе и отрицательными по знаку ($r=-0,21$; $r=-0,11$; $r=+0,34$).

Анализ корреляционных взаимоотношений у больных с экзогенными депрессиями показал, что сильная положительная корреляция выявлена только по отношению к соматовегетативному варианту депрессии ($r=+0,82$). Корреляции суицидального риска с тревожной депрессией были средними по силе и положительными по знаку ($r=+0,57$).

Взаимосвязи суицидального риска с астеническим, адинамическим, апатическим, ипохондрическим и обсессивным вариантами депрессии характеризовались наличием слабых положительных корреляций ($r=+0,20$; $r=+0,07$; $r=+0,24$; $r=+0,21$; $r=+0,39$).

В отношении слезливой депрессии выявлена слабая отрицательная корреляция.

В целом, результаты корреляционного анализа показали, что высокий суицидальный риск у больных депрессиями тесно коррелирует с выраженностью тревожной и соматовегетативной депрессии, в меньшей степени установлены взаимосвязи с меланхолической и сенестопатической депрессиями.

При этом, у больных с эндогенными депрессиями наибольшие взаимосвязи по отношению к меланхолической, тревожной и соматовегетативной депрессии, а при экзогенной – только к соматовегетативной.

В контрольной группе обследованных между степенью выраженности суицидального риска и вариантами депрессивного синдрома выявлен слабые по силе корреляции, что свидетельствует об отсутствии существенного взаимного влияния изучаемых показателей.

Обобщая представленные данные, необходимо отметить, что в целом, суици-

дальное поведение у больных депрессиями характеризовалось преобладанием суицидальных представлений, мыслей и переживаний (57,3 %, 57,5 % и 53,3 %).

Суицидальные замыслы регистрировались у 13,3 % больных, а суицидальные попытки в прошлом — у 5,8 %.

Сравнение суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями показало, что у больных эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались суицидальные мысли (86,6 % и 28,3 %, $p < 0,05$) и суицидальные представления (71,6 % и 45,0 %, $p < 0,05$), а у пациентов с экзогенными — суицидальные переживания (68,3 % и 38,3 %, $p < 0,05$). Суицидальные замыслы чаще отмечались у больных с эндогенными депрессиями, а суицидальные попытки регистрировались лишь у больных с эндогенными депрессиями.

У больных депрессиями в зависимости от мотивации выявлено три типа суицидального поведения: психопатологическое, в основе которого лежит переживания депрессивной самоизмененности, ситуационное, обусловленное стремлением изменить конфликтную ситуацию, и смешанное, включающее сочетание психопатологических и ситуационных механизмов.

При этом у большинства больных эндогенными депрессиями (88,3 %) выявлен психопатологический, у всех больных экзогенными депрессиями (100 %) регистрировался ситуационный, а у 11,6 % пациентов с эндогенными депрессиями — смешанный тип суицидального поведения.

При изучении суицидального риска установлено, что у больных основной группы суммарный показатель составлял 25,4 балла, что свидетельствует о высоком уровне суицидального риска у пациентов этой группы, в то время как у больных контрольной группы значение показателя было ниже — 20,13 баллов, что соответствует о низком уровне суицидального риска у этих больных.

Суммарный показатель самосознания смерти в основной группе составил $18,4 \pm 4,4$ балла, в контрольной — $25,8 \pm 5,3$ балла, что позволяет сделать вывод о том, что у больных с суицидальным поведением

отмечался низкий уровень самосознания смерти, что является отражением аутоагрессивных тенденции, а у больных без суицидального поведения — более высокий, что можно оценивать как проявление активности антисуицидального барьера.

Выявленные особенности необходимо учитывать при проведении терапии у данной категории больных.

Литература

1. Дмитриева Т.Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. // *Вестн. РАМН*. — 2006. — № 8. — С. 18-22.
2. Дробижев М.Ю. Депрессия как общемедицинская проблема / Дробижев М.Ю. // *Психиатрия и психофармакология*. — 2006. — Т. 11, № 2. — С. 16.
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии / Ефремов В.С. — СПб.: Диалект, 2004. — 479 с.
4. Завершені суїцидальні спроби, здійснені в стані алкогольного сп'яніння / Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Харіна К.В. та ін. // *Український вісник психоневрології*. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 69.
5. Зотов М.В. Психология суицидального поведения / Зотов М.В. — Санкт-Петербург, 2006. — С. 60.
6. Марута Н.О. Сучасні форми депресивних розладів / Марута Н.О., Мішиєв В.Д. // *Архів психіатрії*. — 2001. — № 4. — С. 76-80.
7. Михайлов Б.В. Депрессивная симптоматика в структуре посттравматических стрессовых расстройств / Михайлов Б.В., Черкасов В.Г. // *Архів психіатрії*. — 2003. — № 1(32). — С. 38-40.
8. Пат. 40453А, МПК7 А 61 В 09/00. Спосіб оцінки самосвідомості смерті / Гавенко В.Л. та ін. // заявник и патентовласник ХДМУ. № 2001021008; заявл. 13.02.01 — Надр. 14.10.2001, Бюл. 7
9. Пат. 40454А, МПК7 А 61 В 10/00. Спосіб визначення суїцидального ризику / Гавенко В.Л. та ін. // заявник и патентовласник ХДМУ. № 2001021010; заявл. 13.02.01; — надр. 12.10.2001, Бюл. 6
10. Пилягина Г.Я. Суицидогенез: патогенетические механизмы рецидивирования аутоагрессивного поведения / Пилягина Г.Я., Чумак С.А. // *Архів психіатрії*. — 2007. — Т. 13, № 3/4. — С. 6-21.

ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕКЗОГЕННІ ТА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ

М.М. Денисенко

У відповідності до цілі та задач дослідження нами було обстежено 120 хворих з ендегенними та екзогенними депресіями, у структурі яких виявлена суїцидальна поведінка (основна група). Контрольну групу склали 30 хворих з ендегенними та екзогенними депресіями без ознак суїцидальної поведінки.

Суїцидальна поведінка у хворих на депресію характеризується переважанням суїцидальних уявлень, думок та переживань (57,3 %, 57,5 % і 53,3 %).

У хворих на депресію в залежності від мотивації виявлено три типи суїцидальної поведінки: психопатологічний, в основу якого складає переживання депресивної самозміненості, ситуаційний, обумовлений прагненням змінити конфліктну ситуацію, та змішаний, який включає поєднання психопатологічних та ситуаційних механізмів.

При цьому у більшості хворих ендегенними депресіями (88,3 %) виявлений психопатологічний, у всіх хворих екзогенними депресіями 100 %) реєструвався ситуаційний, а у 11,6 % пацієнтів з ендегенними депресіями – змішаний тип суїцидальної поведінки.

Ключові слова: екзогенні та ендегенні депресії, суїцидальна поведінка, суїцидальний ризик, антисуїцидальних бар'єр

PECULIARITIES OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH ENDOGENOUS AND EXOGENOUS DEPRESSIONS

M.M. Denysenko

In accordance with the aim and tasks of the research we examined 120 patients with endogenous and exogenous depressions in the structure of which a suicidal behavior was detected (the main group). The control group consisted of 30 patients with endogenous and exogenous depressions without signs of a suicidal behavior.

A suicidal behavior in patients with depressions was characterized with a predominance of suicidal ideas, thoughts and feelings (57.3 %, 57.5 % and 53.3 %, respectively).

In patients with depressions three types of a suicidal behavior were determined depended on motivations: a psychopathological suicidal behavior, based on an experience of a depressive self-changing, a situational one, stipulated by an aspiration to change a conflict situation, and mixed one, which included a combination of psychopathological and situational mechanisms.

So the most of patients with endogenous depressions (88.3 %) had a psychopathological type of a suicidal behavior, a situational one was registered in all the patients with exogenous depressions (100 %), and a mixed type of a suicidal behavior occurred in 11.6 % of patients with endogenous depressions.

Keywords: exogenous and endogenous depressions, suicidal behavior, suicidal risk, antisuicidal barrier

УДК 616.89-058

М.Н. Юрьев, Э.А. Двирская, С.М. Дымшиц, С.Б. Сардак

ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Крымская республиканская клиническая психиатрическая больница №1, г. Симферополь

Ключевые слова: дневной стационар, шизофрения, психотические и непсихотические заболевания и расстройства

Первый в мире дневной стационар был организован в Москве в 1933 году М.А. Джагаровым и А.И. Кудиновым [4]. Вместе с тем в последующем эта форма внебольнич-

ной помощи психически больным не получила распространения. После внедрения в 1952 году нейролептиков J. Deley и P. Deniker [12] в психиатрическую практику,

ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕКЗОГЕННІ ТА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ

М.М. Денисенко

У відповідності до цілі та задач дослідження нами було обстежено 120 хворих з ендегенними та екзогенними депресіями, у структурі яких виявлена суїцидальна поведінка (основна група). Контрольну групу склали 30 хворих з ендегенними та екзогенними депресіями без ознак суїцидальної поведінки.

Суїцидальна поведінка у хворих на депресію характеризувалася переважанням суїцидальних уявлень, думок та переживань (57,3 %, 57,5 % і 53,3 %).

У хворих на депресію в залежності від мотивації виявлено три типи суїцидальної поведінки: психопатологічний, в основу якого складає переживання депресивної самозміненості, ситуаційний, обумовлений прагненням змінити конфліктну ситуацію, та змішаний, який включає поєднання психопатологічних та ситуаційних механізмів.

При цьому у більшості хворих ендегенними депресіями (88,3 %) виявлений психопатологічний, у всіх хворих екзогенними депресіями 100 %) реєструвався ситуаційний, а у 11,6 % пацієнтів з ендегенними депресіями – змішаний тип суїцидальної поведінки.

Ключові слова: екзогенні та ендегенні депресії, суїцидальна поведінка, суїцидальний ризик, антисуїцидальних бар'єр

PECULIARITIES OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH ENDOGENOUS AND EXOGENOUS DEPRESSIONS

M.M. Denysenko

In accordance with the aim and tasks of the research we examined 120 patients with endogenous and exogenous depressions in the structure of which a suicidal behavior was detected (the main group). The control group consisted of 30 patients with endogenous and exogenous depressions without signs of a suicidal behavior.

A suicidal behavior in patients with depressions was characterized with a predominance of suicidal ideas, thoughts and feelings (57.3 %, 57.5 % and 53.3 %, respectively).

In patients with depressions three types of a suicidal behavior were determined depended on motivations: a psychopathological suicidal behavior, based on an experience of a depressive self-changing, a situational one, stipulated by an aspiration to change a conflict situation, and mixed one, which included a combination of psychopathological and situational mechanisms.

So the most of patients with endogenous depressions (88.3 %) had a psychopathological type of a suicidal behavior, a situational one was registered in all the patients with exogenous depressions (100 %), and a mixed type of a suicidal behavior occurred in 11.6 % of patients with endogenous depressions.

Keywords: exogenous and endogenous depressions, suicidal behavior, suicidal risk, antisuicidal barrier

УДК 616.89-058

М.Н. Юрьев, Э.А. Двирская, С.М. Дымшиц, С.Б. Сардак

ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Крымская республиканская клиническая психиатрическая больница №1, г. Симферополь

Ключевые слова: дневной стационар, шизофрения, психотические и непсихотические заболевания и расстройства

Первый в мире дневной стационар был организован в Москве в 1933 году М.А. Джагаровым и А.И. Кудиновым [4]. Вместе с тем в последующем эта форма внебольнич-

ной помощи психически больным не получила распространения. После внедрения в 1952 году нейролептиков J. Deley и P. Deniker [12] в психиатрическую практику,

спустя десятилетие, оптимистические надежды психиатров на излечение больных шизофренией этими препаратами сменились некоторым разочарованием. С целью повышения эффективности психофармакотерапии при психических заболеваниях ее стали сочетать с реабилитационными мероприятиями [1;8]. В 1961 г. в докладе Комитета экспертов ВОЗ по психическому здоровью [5], указывалось что "по возможности больные должны получать лечение, находясь в обществе, в обычной для них обстановке". Эта точка зрения в последующем поддерживается большинством исследователей [1;8;3;11;14;15;17;20;21].

С конца 60-х годов в различных странах мира при психиатрических больницах начали открываться дневные стационары [3;11;14;19]. Пребыванию в них способствовало более благоприятное течение шизофрении, связанное с патоморфозом. Изменился стереотип развития шизофрении, увеличилась частота аффективных, невротоподобных, психопатоподобных и паранояльных расстройств, а так же частота приступообразного и рекуррентного течения заболевания [2;9;10].

Принципы работы дневных стационаров позволяют применять обследование и лечение больных в условиях, допускающих пребывание больного вне стационара, а в некоторых случаях даже с продолжением профессиональной деятельности. Свободный режим дневного стационара, приближение пациентов к повседневным условиям жизни, делают его предпочтительным для пациентов и их близких. При этом уменьшается психологический барьер, с которым связывается в сознании больных и их родственников лечение в психиатрическом стационаре. В отличие от терапии в условиях диспансера, пациенты, пребывающие в дневном стационаре, ежедневно осматриваются врачом, что позитивно влияет на эффективность терапии и сроки лечения [3;11;15-17]. Отмеченные особенности работы дневного стационара способствуют тому, что при обострении болезни пациенты охотно и своевременно соглашались в нем вновь лечиться [3;11].

Основной целью исследования явилось изучение частоты ежегодного пребывания пациентов в дневном стационаре с психоти-

ческими и непсихотическими заболеваниями и расстройствами в течение последнего десятилетия.

Характеристика материала и методов исследований. Дневной стационар при Крымской республиканской клинической психиатрической больнице №1 был открыт в 1974 году. В течение последнего десятилетия, с 2000 по 2009 г.г., в дневной стационар Крымской республиканской Клинической психиатрической больницы №1 поступило 3756 больных. В это число входили пациенты с органическими психотическими и непсихотическими заболеваниями и расстройствами, которые соответственно составляли 313 (8,3) и 583 (15,5%) случаев. Численность больных шизофренией была равной 1689 (45,0%) случаев, с шизофреноподобными психозами – 115 (3,1%) человек, с личностными и невротическими расстройствами – 462 (12,3%) случаев. Умственная отсталость обнаруживалась у 333 (8,9%) больных.

Ежегодное распределение пациентов с учетом отмеченных психотических и непсихотических заболеваний и расстройств в течение 10-летнего периода представлено в таблице 1, а их распределение в первое (с 2000-2004г.г.) и второе (с 2005-2009 г.г.) пятилетия - в таблице 2.

Диагностика шизофрении, шизотипических, шизоаффективных, бредовых, аффективных, личностных и невротических расстройств, а также органических психотических и непсихотических расстройств и умственной отсталости проводилась с учетом критериев, представленных в МКБ-10 [7].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows-xp с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel [6].

Результаты исследований и их обсуждение. В течение последнего десятилетия, с 2000 по 2009 г.г., в дневной стационар Крымской республиканской клинической психиатрической больницы №1 поступило 3756 больных. Ежегодное количество поступающих за этот десятилетний период больных колебалось в пределах от 358 до 413 пациентов (табл. 1), а их среднегодовая величина составляла 376 больных.

Таблица 1

Распределение психотических и непсихотических заболеваний и расстройств у пациентов, поступавших в дневной стационар в последнее десятилетие (с 2000 по 2009 гг.)

Наименование заболеваний	2000 год n=406	2001 год n=413	2002 год n=382	2003 год n=372	2004 год n=372	2005 год n=364	2006 год n=363	2007 год n=358	2008 год n=340	2009 год n=386	Всего n=3756
Органические психотические рас-ва	3,4	6,8	7,4	8,0	8,0	9,1	5,8	8,1	8,8	7,5	7,5
Органические непсихотические рас-ва	16,2	16,5	13,0	15,3	16,6	15,4	17,9	18,2	17,0	17,4	16,3
Шизофрения	40,6	41,9	0,6	46,6	40,6	43,7	48,2	46,6	45,9	46,9	45,0
Шизотипические, шизоаффективные и бредовые рас-ва	4,4	1,9	2,6	2,4	4,3	4,4	1,9	2,5	2,4	3,6	3,1
Аффективные рас-ва	9,6	9,9	7,2	6,7	5,6	7,1	7,7	5,9	4,7	4,2	6,9
Личностные и невротические рас-ва	20,2	18,2	10,5	12,4	14,8	12,7	9,1	7,3	10,6	5,7	12,3
Умственная отсталость	3,4	4,8	8,7	8,6	9,9	7,6	9,4	11,4	10,6	14,7	8,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

У пациентов, пребывающих на лечении в дневном стационаре в течение 10 лет (таблица 1), ежегодная частота органических психотических расстройств находилась в пределах от 3,4 до 8,8% случаев, а неорганических психотических расстройств – от 13,0 до 16,6%. Частота шизофрении в течение этого периода наблюдалась от 40,6 до 50,6% случаев. Шизотипические, шизоаффективные и бредовые расстройства обнаруживались в пределах от 1,9 до 4,4% случаев, а аффективные расстройства – от 4,2 до 9,9% больных. Частота личностных и невротических расстройств с 20,2% в 2000

году уменьшилась в 3,5 раза к 2009 году (5,7%) ($p < 0,001$). Умственная отсталость, начиная с 2000 года (3,4%), ежегодно возрастала и в 2009 году (14,7%), ее частота увеличилась в 4,3 раза ($p < 0,001$).

Среди 3756 больных, находящихся в течение 10 лет на лечении в дневном стационаре (таблица 1), наибольшую частоту составляли больные шизофренией (45,0%). Наиболее редко обнаруживались пациенты с шизотипическими, шизоаффективными и бредовыми расстройствами (3,1%), а также аффективными расстройствами (6,9%), умственной отсталостью (8,9%) и органиче-

скими психотическими расстройствами (7,5%). Промежуточное положение между этими полярными группами пациентов составляли больные с органическими непсихотическими расстройствами (16,3%) и пациенты с личностными и невротическими расстройствами (12,3%).

В общей численности 3756 больных (табл. 1) пациенты с психотическими расстройствами составляли 63,5% случаев. В их число входили больные шизофренией (45,0%), пациенты с шизотипическими, шизоаффективными и бредовыми расстройствами (3,1%), аффективными (6,9%) и органическими психотическими (7,5%) расстройствами. Частота больных с непсихотическими расстройствами была равной 36,5% случаев. К ним были отнесены пациенты с органическими непсихотическими расстройствами (16,3%), личностными и невротическими расстройствами (12,3%), а также с умственной отсталостью (8,9%). Представленные данные свидетельствуют о том, что в течение последнего десятилетия в дневной стационар поступали больные с психотическими расстройствами (63,5%) в 1,7 раза чаще в сравнении с пациентами с непсихотическими расстройствами, частота которых была равна 36,5% случаев ($p < 0,001$).

Таблица 2

Распределение заболеваний у больных, поступивших в дневной стационар в первое (2000-2004) и второе пятилетие (2005-2009 гг) последнего десятилетия

Характеристика заболеваний	2000-2004гг		2005-2009гг		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Психотические заболевания и расстройства	1205	52,0±1,1	1141	53,0±1,1	2346	53,5±0,8
Непсихотические заболевания и расстройства	740	38,0±1,1	570	37,0±1,1	1410	36,5±0,8
Всего	1945	100,0	1811	100,0	3756	100,0

первый пятилетний период (2000-2004 г.г.) в дневной стационар (таблица 2) поступило 1945 (51,8%) больных, что в 1,1 раза выше в сравнении со вторым пятилетием (2005-2009 г.г.), где их численность составляла 1811 (48,2%) пациентов ($\chi^2=4,76$ при $k=1$, $p < 0,01$). Психотические заболевания и расстройства у 1945 больных (таблица 2), поступивших в первом пятилетии (2000-2004 гг) и у 1811 больных, поступивших во втором пятилетнем периоде (2005-2009 гг)

составляли соответственно 62,0 и 63,0%, что в 1,7 раза выше, в сравнении с частотой непсихотических заболеваний и расстройств в этих контингентах больных, где они соответственно составляли 38,0 и 37,0% ($p < 0,001$).

Среди 1811 больных, поступивших в дневной стационар (табл. 2) во втором пятилетнем периоде (2005-2009 гг), пациенты, страдающие шизофренией (46,3%), встречались в 1,1 раза чаще, чем у 1945 больных, находящихся на лечении в первом пятилетии (2000-2004 гг), где их частота составляла 43,7% случаев ($\chi^2=4,87$ при $k=1$, $p < 0,01$). У больных, пребывающих в дневном стационаре во втором пятилетнем периоде, частота умственной отсталости (10,8%) в 1,5 раза выше в сравнении с пациентами, находящимися на лечении в первом пятилетии (7,0 %) ($p < 0,01$).

Таблица 3

Распределение заболеваний у больных, поступивших в дневной стационар в первое и второе пятилетие последнего десятилетия, с 2000 г. по 2009 г.

Наименование заболеваний	2000-2004гг		2005-2009гг		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Органические психотические расстройства	139	7,2±0,6	142	7,8±0,6	281	7,5±0,4
Органические непсихотические расстройства	304	15,7±0,8	311	17,2±0,9	615	16,3±0,6
Шизофрения	851	43,7±1,1	838	46,3±1,3	1689	45,0±0,8
Шизофреноподобные психозы	61	3,1±0,4	54	3,0±0,4	115	3,1±0,3
Аффективные расстройства	154	7,9±0,6	107	5,9±0,5	261	6,9±0,4
Личностные и невротические расстройства	299	15,4±0,8	163	9,0±0,7	462	12,3±0,5
Умственная отсталость	137	7,0±0,6	196	10,8±0,7	333	8,9±0,5
Всего	1945	100,0	1811	100,0	3756	100,0

Отмеченные отличия среди этих больных (табл. 3) обусловлены тем, что во втором пятилетнем периоде пациенты с аффективными расстройствами (5,9%), а также с личностными и невротическими расстройствами (9,0%) наблюдались соответственно в 1,3 и 1,7 раза реже по отношению к сопоставляемому контингенту больных (7,9 и 15,4%) ($p < 0,01$). Частота органических психотических расстройств среди анализируемых пациентов, находящихся на лечении в первом (7,2%) и втором (7,8%) пятилетиях последнего десятилетия не отличалась ($p > 0,3$).

Результаты анализа поступлений пациентов в дневной стационар в течение последнего десятилетия (2000-2009гг) показали, что во втором пятилетнем периоде (2005-2009гг) прошедшего десятилетия поступивших в дневной стационар пациентов было в 1,1 раза меньше в сравнении с первым пятилетним периодом (2000-2004гг). Эти отличия связаны с тем, что в 2005 году в психиатрической больнице, в структуре которого находится дневной стационар, было открыто отделение невротозов, что обусловило снижение поступления пациентов с невротическими расстройствами.

Как в первое, так и во второе пятилетие больные с психотическими расстройствами поступали в 1,7 раза чаще в сравнении с пациентами с непсихотическими расстройствами. Это в значительной мере обусловлено тем, что среди пациентов, поступивших в дневной стационар, почти половину составляли больные шизофренией. Их повышение частоты во втором пятилетии в сравнении с первым оказывает влияние на соотношение других заболеваний. В частности, на снижение частоты аффективных расстройств. На высокую частоту в дневном стационаре больных шизофренией указывали отдельные исследователи [1;3;11;14;15;19]. Этому способствует благоприятное течение шизофрении, связанное с патоморфозом [2;9;10].

Широкий спектр психотических и непсихотических заболеваний и расстройств, по поводу которых пациенты находились на лечении в дневном стационаре, свидетельствует о том, что он не ориентирован преимущественно на какое-либо заболевание или расстройство, что согласуется с данными ряда авторов [17;19;20;21]. Хотя отдельные авторы [13] отдают предпочтение узкоспециализированным дневным стационарам (с невротическими, аффективными расстройствами).

Литература

1. Гольдфельд З.Й. Социально-трудовая реабилитация больных шизофренией с затяжным течением в дневном стационаре. Автореф. дис... канд. мед. наук. Томск, 1975.- 24 с.
2. Двирский А.Е. К проблеме генеза патоморфоза шизофрении //Журнал невропатологии

и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. - №12. - С. 1863 - 1866.

3. Двирская Э.А. Динамика поступлений больных шизофренией в дневной стационар за 20 лет //История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной психиатрии. Т.3. Харьков, 1996. - С.186-187.

4. Джагаров М.А., Кудинов А.И. О дневном стационаре //Труды первой Московской психиатрической больницы. - М., 1939. - С. 34-43.

5. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по психическому здоровью (1961) (Цит. по Мецову П.Г.)

6. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико - биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Морион, 2000. - 319 с.

7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб., 1994. - 300 с.

8. Мецов П.Г. Некоторые вопросы эпидемиологии, социальных и клинко-биологических предпосылок реадaptации и реабилитации больных эпилепсией. Автореф. дис... докт. мед. наук. М., 1975. -31с.

9. Снежневский А.В. Психотрофармакологические средства //Клиническая медицина, 1961, Т. 39, №2. - С. 126-134.

10. Смуглевич А.Б., Вартанян Ф.Е., Завидовская Г.И., Румянцев Г.М. Некоторые проблемы патоморфоза шизофрении, связанного с применением психотропных средств// Вестник академии медицинских наук СССР 1971. - №5, - С. 86 - 90.

11. Чикурова Л.А., Двирская Э.А. Роль дневного стационара в предупреждении госпитализации больных шизофренией// VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР. Тезисы докладов. - Харьков, 1978. - С. 28 - 29.

12. Deley J., Deniker P. Trementehuit cas de psychoses traitees par la cure prolongee et continue de 4.560 RP. Vortrag auf dem 50 Congres de Alien. et Neurol. de Langue Franc. Luxemburg, 1952. - P. 21 - 27.

13. Dick Ph, Sweeney M., Cromie I. Controlled comparison of day patient and outpatient treatment for persistent anxiety and depression //British Journal of Psychiatry.-1991.-Vol. 158. - P. 24-27.

14. Killaspy, H. Psychiatric out-patient services: origins and future. //Advances in Psychiatric Treatment, 2006. - №12. - С. 309-319.

15. Killaspy H. *Why do psychiatrists have difficulty disengaging with the out-patient clinic?* // *Advances in Psychiatric Treatment* – 2007. – №13. – С. 435–437.
16. Koch A., Gillis L. (1991) *Non-attendance of psychiatric outpatients* // *South African Medical Journal*, 1991. – Vol. 80. – P. 289–291.
17. Mazza M., Barbarino E., Capitani S., Sarchiapone M., Risio S. *Day Hospital Treatment for Mood Disorders* // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55, №4 – P.436–438.
18. Mitchell A., Selmes T. *Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services* // *Advances in Psychiatric Treatment*. – №13. – P. 423–434.
19. Rosie JS, Azim HF, Piper WE, et al: *Effective psychiatric day treatment: historical lessons*. *Psychiatric Services* 47:876–877, 1995
20. Sautter F., Heaney C., Hill R. et al: *The integration of inpatient treatment and a transitional day hospital: application of a problem-solving approach* // *Psychiatric Hospital*. – 1992. – Vol. 23. – P.87–93.
21. Swartz M., Swanson J., Hiday V. et al: *A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina* // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol.52. – P.325–329.

ПСИХОТИЧНІ І НЕПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ В ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ

М.Н. Юрьєв, Е.А. Двірська, С.М. Димшиць, С.Б. Сардак

В останнє десятиріччя у 3756 хворих досліджувалась частота щорічних надходжень в денний стаціонар пацієнтів з психотичними і непсихотичними захворюваннями і розладами. Серед них висока частота хворих на шизофренію (45,0%). Частота шизофренії, розумовій відсталості в другому п'ятирічному періоді була вищою, ніж в першій п'ятирічці, де переважали хворі з афективними і невротичними розладами.

Ключові слова: денний стаціонар, шизофренія, психотичні і непсихотичні захворювання і розлади

THE FREQUENCY OF PSYCHOTIC AND NON-PSYCHOTIC DISORDERS OF OUTPATIENT CLINIC'S PATIENTS

M.N. Juriev, E.A. Dvirskaya, S.M. Dimshicz, S.B. Sardak

During last 10 years was studied the frequency of hospitalization in the outpatient clinics among 3756 patients with psychotic and non-psychotic disorders. Among them have been found a high level of patients with schizophrenia (45.0%). The frequency of schizophrenia, mental retardation in the second five year period is higher than in the first five years. During first five years patients with affective and neurotic disorders dominate.

Keywords: outpatient clinics, schizophrenia, psychotic and non-psychotic diseases and disorders

Г.Ю. Васильєва

ОЦІНКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

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

Ключові слова: хворі на злоякісні новоутворення, внутрішня картина хвороби, типи реагування на онкологічне захворювання, якість життя та рівень соціального функціонування за методикою SF-36

Досягнення сучасної онкології дозволяють не лише добиватися поліпшення результатів спеціального протипухлинного лікування, але й роблять надзвичайно актуальними питання психотерапевтичного супроводу пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями під час лікувально-реабілітаційного процесу, який спрямований на формування у онкохворих адекватних реакцій до захворювання та створення реалістичного ставлення до лікування. Успішна реалізація цього можлива лише за умови вивчення «внутрішньої картини хвороби», як складного комплексу переживань та уявлень пацієнта про своє захворювання, причинах його виникнення та наслідків. Проблемі вивчення типу реагування на соматичну хворобу присвячено багато робіт, однак дослідження цього питання у хворих з онкологічною патологією, незважаючи на високу актуальність, нажаль залишаються поодинокими [1;2]. Крім того, надзвичайно важливим на сучасному етапі розвитку онкології постають питання якості життя пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями [3], оскільки саме критерій якості життя є незалежним та вельми значимим прогностичним чинником для оцінки ефективності протипухлинної терапії, толерантності хворого до лікування і виживаності [3;4].

Мета дослідження – вивчення взаємозв'язку між особливостями реагування на захворювання та якістю життя й рівнем соціального функціонування онкологічних хворих.

Матеріал та методи дослідження

Дослідження ґрунтується на вивченні емоційного стану 450 хворих на злоякісні новоутворення різної локалізації, які знаходилися на лікуванні у Донецькому обласному протипухлинному центрі. Усі пацієнти знали або здогадувалися про характер свого захворювання та дали інформовану згоду на свою участь у дослідженні. Критеріями включення були наявність онкологічного захворювання й однотипність протипухлинних лікувальних заходів. З дослідження було виключено пацієнтів із екзогенно-органічними (в т.ч. метастатичним) ураженнями головного мозку, ендогенною психічною патологією та за віком старше 60 років.

В дослідження увійшли пацієнти з онкологічною патологією шлунково-кишкового тракту (новоутворення шлунка та усіх відділів товстої кишки) – 138 хворих ($30,6 \pm 2,2\%$), онкогінекологічною (новоутворення жіночої статеві сфери – матки і яєчників) – 210 пацієнток ($46,7 \pm 2,4\%$) та онкоурологічною патологією (новоутворення нирок, сечового міхура та простати) – 102 пацієнта ($22,7 \pm 1,9\%$).

У 39 хворих ($8,7 \pm 1,3\%$) онкологами було виявлено I стадію пухлинного процесу, у 183 пацієнтів ($40,7 \pm 2,3\%$) – II стадію, у 221 онкохворих ($49,1 \pm 2,4\%$) – III стадію та у 7 осіб ($1,5 \pm 0,6\%$) – IV стадію.

234 пацієнта ($52,0 \pm 2,4\%$) страждали на злоякісні новоутворення менш ніж 1 рік, у 125 осіб ($27,8 \pm 2,1\%$) тривалість онкологічного захворювання склала від року до 3-х, у 91 онкохворого ($20,2 \pm 1,7\%$) – більше 3 років.

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, виявлені емоційні розлади у онкологічних хворих представлені депресивними порушеннями в рамках симптоматичних депресивних розладів (F 06.32) (138 пацієнтів, $44,1 \pm 2,8\%$), а також розладів адаптації – пролонгованої депресивної реакції (F 43.21) (34 пацієнти, $10,9 \pm 1,7\%$) і змішаної тривожно-депресивної (F 43.22) реакції (46 пацієнтів, $14,7 \pm 2,0\%$). Переважно анкіозні порушення представлені симптоматичними тривожними розладами (F 06.4) (33 пацієнти, $10,5 \pm 1,7\%$) і розладами адаптації у вигляді реакцій з переважанням тривоги (F 43.23) (62 пацієнти, $19,8 \pm 2,5\%$). У 137 пацієнтів ($30,4 \pm 2,1\%$) емоційні порушення не досягали клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи умовної психіатричної норми (Z 85).

Для визначення типу психологічного реагування у онкологічних хворих було використано методіку для вивчення типу відношення до хвороби («ТОБОЛ») [5] на підставі типології, запропонованої А.Е. Лічко і Н.Я. Івановим (1980 р.) [6], яка дозволяє діагностувати 12 типів реагування на захворювання. Для узагальнювального аналізу отриманих результатів усі типи відношення до хвороби були об'єднані в три блоки. Перший блок включає гармонійний, ергопатичний і анозогностичний типи відносини до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується. У другий (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи) і третій блоки (сенситивний, егоцентричний, паранойяльний та дисфорічний типи) включені типи реагування на хворобу, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням і розрізняються переважно інтрапсихічною або інтерпсихічною спрямованістю реагування на хворобу.

Для вивчення якості життя нами було використано російську версію опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36) [7-9], який дозволяє проаналізувати показники якості життя та рівень соціального функціонування онкологічних хворих за наступними шкалами:

1. Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, яке відбиває ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень.

2. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування: роботу, виконання повсякденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болювого синдрому та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.

4. General Health (GH) – загальний стан здоров'я: оцінка хворим стану свого здоров'я на момент бесіди та перспектив лікування.

5. Vitality (VT) – життєва активність.

6. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування.

7. Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і тому подібне.

8. Mental Health (MH) – оцінка психічного здоров'я (характеризує настрій – наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Всі шкали формують два інтегральні показники: «фізичний компонент здоров'я» (Physical health – PH 1) і «психологічний компонент здоров'я» (Psychological health – PH 2). «Фізичний компонент здоров'я» складають шкали: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю і загальний стан здоров'я. «Психологічний компонент здоров'я» складається з наступних шкал: психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування і життєва активність. При цьому показники за кожною шкалою можуть варіювати від 0 до 100 балів (більше число балів відповідало вищій оцінці за вибраною шкалою).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили в пакеті Medstat з використанням стандартних статистичних методів, рангового однофакторного аналізу Крускала-Уолліса, множинних порівнянь (за критерієм Данна), а також для виявлення взаємозв'язку між отриманими результа-

тами – кореляційний аналіз з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена.

Результати та їх обговорення

Аналіз отриманих результатів виявив, що у хворих на злоякісні новоутворення найчастіше діагностувався змішаний тип реагування на захворювання з певними особливостями відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У загальній ранговій оцінці домінували тривожний ($68,7 \pm 2,2\%$), неврастенічний ($62,4 \pm 2,3\%$), меланхолічний ($48,4 \pm 2,4\%$) сенситивний ($33,8 \pm 2,2\%$) та іпохондрічний ($30,7 \pm 2,2\%$) типи відношення до хвороби, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу та обумовлює порушення як соціальної адаптації онкологічних хворих з цими типами реагування, так і поведінки: характерні реакції за типом дратівливої слабкості на тлі тривожно-депресивного настрою та «заглиблення у хворобу» з відмовою від боротьби за одужання.

Було виявлено певні особливості типу реагування на онкологічне захворювання від клінічного варіанту непсихотичних психічних розладів. Так, у пацієнтів із симптоматичними розладами (F 06.32, F 06.4) достовірно частіше діагностувався змішаний тривожно-меланхолічно-неврастенічний тип внутрішньої картини хвороби ($62,6 \pm 3,72\%$). У пацієнтів із розладами адаптації (F 43.21, F 43.22, F 43.23) – тривожно-сенситивний ($36,6 \pm 4,1\%$), тривожно-іпохондрічний ($27,5 \pm 3,9\%$) та меланхолічно-іпохондрічний ($23,9 \pm 3,6\%$), що проявлялося у надмірному зосередженні на суб'єктивних відчуттях, неспокої і пригніченому настрої. Наявність тривожного компонента була обумовлена тяжкістю стану і невизначеністю прогнозу захворювання, а поєднання декількох методів протипухлинного лікування суб'єктивно сприймалося хворими як показник «несприятливості» перебігу захворювання.

У онкологічних хворих, які увійшли до групи умовної психіатричної норми (Z 85) типовим був ергопатично-анозогностичний варіант відношення до захворювання ($78,1 \pm 3,5\%$), який відбивав прагнення пацієнтів подолати страшний хворобу, не-

прийняття ролі хворого, збереження ціннісної структури і активного соціального функціонування без виразних проявів психічної і соціальної дезадаптації.

У онкохворих, які знаходилися на діагностичному етапі, достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. Пацієнти випробовували загальний неспокій, виражену тривогу, відчуття повної безнадійності, безперспективності існування, думки про несприятливість перебігу хвороби з постійною фіксацією уваги на своєму самопочутті і суб'єктивних хворобливих відчуттях: прислухалися до функціонування ураженого органу, інтерпретували невизначені і невиразні відчуття як симптоми розповсюдження пухлинного процесу і метастазування у внутрішні органи. Висловлювали побоювання відносно можливих ускладнень під час проведення діагностичних процедур, не ефективності протипухлинного лікування, занадто переймалися через враження від специфіки онкологічного діагнозу на оточуючих та надмірно турбувалися, що через захворювання їх будуть вважати неповноцінними, зневажати та уникати спілкування, побоювалися стати тягарем для родини.

У пацієнтів, які знаходилися на передопераційному етапі, діагностувався змішаний тривожно-сенситивно-іпохондрічний тип психологічного реагування, який проявлявся у тривожному очікуванні оперативного втручання, побоюванні можливих фатальних ускладнень втручання, страх можливої смерті в процесі операції і ускладнень, пов'язаних з дією наркозу, а також калічуючих наслідків від подібного роду лікування. Пацієнти категорічно вимагали від лікарів надання гарантій успішності оперативного втручання, наполягали на власному виборі оперуючого хірурга. Типовою для цього періоду була поява у структурі типу відношення до хвороби нав'язливостей у вигляді всякого роду захисних ритуальних дій, особливої уваги до змісту сновидінь, різних прикмет і т.п.

У хворих на злоякісні новоутворення, які знаходилися на післяопераційному етапі протипухлинного лікування, домінували тривожно-іпохондрічно-неврастенічні варіанти реагування на захворювання. Такі

особливості внутрішньої картини хвороби пов'язані не тільки із спадом емоційної напруги після тривалої психотравмуючої ситуації, але і перебільшеними побоюваннями про можливий прогноз післяопераційного періоду, страхом розвитку віддалених ускладнень, невпевненістю у відновленні порушених оперативним втручанням функцій організму і вираженою фіксацією на стані свого здоров'я. Характерна поведінка за типом «дратівливої слабкості»: части спалахи дратівливості, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Негативні емоції виливаються на оточуючих, після чого хворий випробовує розкаяння.

Аналізуючи отримані нами дані за методикою MOS SF-36 виявлено, що якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, виявилася значно зниженою за всіма шкалами опитувальника. Детальне вивчення структури ЯЖ у онкохворих виявило найбільш низькі показники за шкалами «соціальна активність» ($20,0 \pm 1,2$ балів), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» ($25,0 \pm 0,7$ балів), «інтенсивність фізичного болю» ($35,0 \pm 1,2$ балів) й «життєва активність» ($35,0 \pm 0,8$ балів). Таким чином, низьку якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, було обумовлено переважно за рахунок значного зниження психологічного компоненту здоров'я, який склав $32,5 \pm 1,2$ балів. Наявність фізичних проблем (у т.ч. болі) сприяло формуванню обмежувальної поведінки в повсякденній діяльності.

Нами також було проведено оцінку якості життя онкопацієнтів, в яких було виявлено неспихотиче психічні розлади (табл. 1). Найгіршим сприйняття ЯЖ виявилось онкопациєнтами із симптоматичними депресивними й тривожними розладами, що пояснюється, на нашу думку, комбінацією факторів соматогенного й психогенного характеру.

По-перше, наявність онкологічного захворювання: стадія й локалізація пухлинного процесу, основні клінічні прояви сприяли досить істотним обмеженням практично у всіх сферах життя пацієнтів, які у свою

чергу в деяких випадках виявилися більш значимими для пацієнта, ніж навіть саме фізичне неблагополуччя. По-друге, значно впливало на ЯЖ відчуття життєвого неблагополуччя в соціальному й емоційному аспектах. Більшість пацієнтів хвилювала необхідність тривалого протипухлинного лікування (курси поліхіміо- і променевої терапії), проведення діагностичних інструментальних досліджень, несприятливі зміни зовнішності, пов'язані із проявами як самого захворювання, так і спеціального лікування. Істотний вплив на ЯЖ пацієнтів виявили й такі фактори, як наявність підтримки з боку родини, родички, друзів і медичного персоналу протипухлинного центру.

Таблиця 1

Показники якості життя онкохворих із не-

спихотичними психічними розладами

	F 06.32 (n=138)	F 06.4 (n=33)	F 43.21 (n=34)	F 43.22 (n=46)	F 43.23 (n=62)	Z 85 (n=137)	рівень значимості відмінностей, p
PF	28,0±0,5	42,0±0,7	35,0±0,9	42,5±0,5	50,0±0,4	65,0±0,6	<0,001*
RP	20,0±0,5	35,0±0,7	30,0±1,2	40,0±0,9	50,0±1,3	70,0±1,4	<0,001*
BP	20,0±0,6	30,0±1,2	35,0±1,0	40,0±0,5	50,0±0,6	65,0±2,2	<0,001*
GH	25,0±0,6	50,0±0,9	30,0±0,9	40,0±0,6	45,0±0,4	60,0±0,7	<0,001*
VT	20,0±0,4	30,0±0,8	44,0±0,8	50,0±0,8	52,0±0,5	68,0±1,5	<0,001*
SF	30,0±1,0	40,0±1,1	45,0±0,9	50,0±0,7	50,0±0,5	65,0±0,7	<0,001*
RE	20,0±0,5	20,0±0,7	55,0±0,4	60,0±1,4	65,0±0,8	65,0±1,3	<0,001*
MN	25,0±0,8	40,0±0,9	45,0±0,8	45,0±0,5	50,0±0,4	70,0±0,8	<0,001*
PH 1	23,5±0,9	39,5±0,4	32,5±0,7	40,7±1,3	48,7±0,5	65,0±1,5	<0,001*
PH 2	23,5±1,3	32,5±0,8	47,5±1,2	51,3±0,6	54,2±0,9	67,0±1,3	<0,001*

Примітка. PF - фізична активність; RP - роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; BP - інтенсивність фізичного болю; GH - загальне сприйняття здоров'я; VT - життєва активність; SF - соціальна активність; RE - роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; MN - психічне здоров'я; PH 1 - фізичний компонент здоров'я; PH 2 - психологічний компонент здоров'я.

Як видно з таблиці 1, істотне зниження якості життя пацієнтів із симптоматичними розладами носило дифузійний характер за рахунок низьких показників, що стосуються як фізичної (PH 1 F 06.32 - $23,5 \pm 0,9$ балів; PH 1 F 06.4 - $39,5 \pm 0,4$ балів) (роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності й інтенсивність фізичному болю), так і емоційної сфер життя (PH 2 F 06.32 - $23,5 \pm 1,3$ балів; PH 2 F 06.4 - $32,5 \pm 0,8$ балів) (життєва активність і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності).

Трохи вище виявився рівень ЯЖ в онкохворих із тривожно-депресивними порушеннями в рамках розладів адаптації, ніж в групі пацієнтів із симптоматичними розладами. Пацієнти з розладами адаптації відзначали незадоволеність переважно фізичним компонентом здоров'я (PH 1 F 43.21 -

32,5±0,7 балів; РН 1 $F_{43,22}$ - 40,7±1,3 балів; РН 1 $F_{43,23}$ - 48,7±0,5 балів). Якість життя онкологічних хворих, емоційні порушення яких не досягли клінічного рівня, виявилось зниженим, але у вірогідно меншому ступені, ніж в пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами (РН 1 Z_{85} - 65,0±1,5 балів; РН 2 Z_{85} - 67,0±1,3 балів).

Інтегральні показники якості життя онкопациєнтів з неспсихотичними психічними розладами, залежно від локалізації пухлинного процесу представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Інтегральні показники ЯЖ онкохворих з неспсихотичними психічними розладами залежно від локалізації пухлинного процесу

		Онкологічна патологія ШКТ (n=138)	Онкогінекологічна патологія (n=210)	Онкоурологічна патологія (n=102)
F 06.32	РН 1	25,2±0,8	23,5±0,9	28,0±0,4
(n=138)	РН 2	23,3±1,3	20,3±0,6	25,5±0,8
F 06.4	РН 1	36,5±0,4	37,5±1,3	41,5±0,5
(n=33)	РН 2	32,1±0,9	34,5±0,8	38,0±0,9
F 43.21	РН 1	34,2±0,3	27,5±0,7	38,5±1,2
(n=34)	РН 2	45,7±1,2	42,5±0,4	49,0±1,4
F 43.22	РН 1	40,8±0,7	42,6±1,3	40,3±0,4
(n=46)	РН 2	52,4±1,4	50,3±0,6	45,2±1,3
F 43.23	РН 1	46,8±1,4	48,7±0,5	50,3±0,6
(n=62)	РН 2	50,3±0,6	54,2±0,9	56,6±0,8
Z 85	РН 1	66,5±0,7	68,1±1,3	72,5±0,8
(n=137)	РН 2	60,5±1,3	65,3±1,5	70,0±1,6

Примітка. РН 1 – фізичний компонент здоров'я; РН 2 – психологічний компонент здоров'я.

Аналізуючи ці дані, слід зазначити, що найгірше сприйняття як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я в структурі ЯЖ у групі хворих з онкогінекологічною патологією виявилось в пацієнток із симптоматичними депресивними розладами (РН 1 - 23,5±0,9 балів; РН 2 - 20,3±0,6 балів) і пролонгованими депресивними реакціями в рамках розладів адаптації (РН 1 - 27,5±0,7 бала; РН 2 - 42,5±0,4 балів). Значне зниження ЯЖ у групі хворих з онкологічною патологією ШКТ було виявлено в пацієнтів із тривожними розладами в рамках симптоматичних (РН 1 - 36,5±0,4 балів; РН 2 - 32,1±0,9 балів) і адаптаційних розладів (РН 1 - 46,8±1,4 балів; РН 2 - 50,3±0,6 балів). Найбільше зниження ЯЖ у групі пацієнтів з онкоурологічною патологією відзначено в осіб із змішаними тривожно-депресивними реакціями (РН 1 - 40,3±0,4 балів; РН 2 - 45,2±1,3 балів).

Кореляційний аналіз отриманих в ході дослідження результатів дозволив виявити

достовірно значущі зв'язки між типом особистісного реагування на онкологічне захворювання та оцінкою якості життя й рівня соціального функціонування пацієнтів. Так, найбільш несприятливі показники якості життя та соціального функціонування пацієнтів зі злоскісними новоутвореннями різної локалізації були пов'язані з наявністю тривожного ($r=-0,352$ при $p=0,032$), меланхолічного ($r=-0,442$ при $p=0,05$) та неврастенічного ($r=-0,318$ при $p=0,045$) типів особистісного реагування на онкологічне захворювання. У хворих з локалізацією пухлини в шлунково-кишковому тракті низькі показники якості життя (переважно психологічний компонент здоров'я), були кореляційно пов'язані із наявністю тривожно-іпохондричного ($r=-0,279$ при $p=0,045$) та меланхолічно-іпохондричного ($r=-0,362$ при $p=0,0254$) типів реагування на злоскісну пухлину; у пацієнток онкогінекологічного профілю – з тривожно-сенситивним ($r=-0,294$ при $p=0,034$) та меланхолічно-егоцентричним ($r=-0,422$ при $p=0,0034$) типами ВКХ; у осіб з онкоурологічною патологією – з меланхолічно-дисфорічним ($r=-0,194$ при $p=0,03$) типом особистісного реагування на захворювання.

Найнижчу якість життя та соціального функціонування було виявлено у онкохворих з симптоматичними депресивними розладами, причому такі інтегральні показники якості життя як «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я» були тісно пов'язані зі змішаним тривожно-меланхолічно-неврастенічним типом внутрішньої картини хвороби ($r=-0,386$ при $p=0,0012$ та $r=-0,318$ при $p=0,045$ відповідно).

У онкохворих з розладами адаптації нами було виявлено кореляційні зв'язки між інтегральними показниками якості життя (фізичним та психологічним компонентами здоров'я) та тривожно-сенситивним ($r=-0,328$ при $p=0,031$ та $0,453$ при $p=0,0011$ відповідно), тривожно-іпохондричним ($r=-0,236$ при $p=0,048$ та $r=-0,335$ при $p=0,045$ відповідно) та меланхолічно-іпохондричним ($r=-0,295$ при $p=0,017$ та $r=-0,383$ при $p=0,0001$ відповідно) типами особистісного реагування.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значне зниження

якості життя та соціального функціонування хворих зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації, які супроводжуються порушенням як фізичного, так й психологічного компонентів здоров'я. Найбільш низькими виявилися наступні показники: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність фізичного болю і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, що у свою чергу різко обмежує життєву активність пацієнтів і, як наслідок, обумовлює низький рівень соціальної адаптації онкохворих. При цьому у онкохворих нами було виявлено значне переважаювання дезадаптивних типів психологічного реагування на факт наявності злоякісної пухлини з домінуванням інтрапсихичної направленості внутрішньої картини хвороби. Враховуючи особливості виявлених типів реагування, можна припустити, що сформований тип відношення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і сприяючи розвитку несприятливих психічних порушень. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках відношення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціального функціонування онкохворих.

Література

1. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Петров Д.С., Володина Л.Н., Новиков В.В.

Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки // Пал. мед. и реабил. – 2006. – № 1. – С.15-19.

2. Маркова М. В., Мартинова Ю. Ю. *Особенности внутренней картины хвороби пациенток, які перенесли мастектомію // Chem Biol. – 2009 - Т.13, №1(46). – С. 48-52.*

3. Ионов Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. *Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т.2. – № 1-2. – С.25-28.*

4. Browman G.P., Berrang T., Smith S. *Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27(18). – P. 2902 - 2904.*

5. *Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ): Методические рекомендации / Сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, Я.А. Вукс – СПб., 2001, – 33с.*

6. Личко А.Е., Иванов И.Я. // *Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. – № 8. – С.1195-1198.*

7. Ware J.E., Sherbourne C.D.. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Medical Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473-83.*

8. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.*

9. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Keller S.D. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.*

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОСОБЕННОСТЯМИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

А.Ю. Васильева

В статье представлены результаты изучения психологического реагирования пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, на факт наличия тяжелой соматической патологии и необходимости проведения комплексного специфического противоопухолевого лечения, и качества их жизни. Выявлена взаимосвязь между снижением уровня качества жизни и социального функционирования больных и наличием дезадаптивных вариантов психологического реагирования на онкологическое заболевание.

Ключевые слова: пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями, внутренняя картина болезни, типы реагирования на онкологическое заболевание, качество жизни

**ESTIMATION OF INTERCOMMUNICATION BETWEEN FEATURES OF
PERSONALITY REACTING ON DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASM**

A. Vasylyeva

The results of study of the psychological reacting of patients suffering from malignant neoplasm, on the fact of presence of heavy somatic pathology and necessity of lead through of specific antitumor treatment, and quality of their life are presented in the article. Intercommunication is exposed between the decline of level of quality of life and social functioning of patients and presence of dezadaptive variants of the psychological reacting on an oncologic disease.

Keywords: patients, suffering from malignant neoplasm, types of reacting on an oncologic disease, quality of life

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко

**ОБґРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПЕРВИННОЇ
МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В РАМКАХ МОДЕЛІ «ІНТЕГРОВАНОЇ
МЕДИЦИНИ»**

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

Ключові слова: психічні розлади, загально соматична мережа, надання допомоги

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30–57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків [1, 2, 4].

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опубліковані в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає наступним чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, доводиться на день 2-3 пацієнта з «великою» депресією і 7-8 з депресивними та/або тривожними симптомами; 10-12% постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24-46% стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3-4% у

загальній популяції людей похилого віку старше 65 років страждає на ТДР і у 15% відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40-65% хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18-25% випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18-20% хворих при ангіографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60% хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіє на ТДР; 13% онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % має її явні клінічні ознаки; 40% з хворобою Паркінсона і 33% з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію [3, 5, 8, 11].

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

Своєчасність виявлення психопатології визначає ефективність надання спеціалізованої психіатричної, а також комплексної сомато-психіатричної допомоги пацієнтам

ESTIMATION OF INTERCOMMUNICATION BETWEEN FEATURES OF PERSONALITY REACTING ON DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASM

A.Vasylyeva

The results of study of the psychological reacting of patients suffering from malignant neoplasm, on the fact of presence of heavy somatic pathology and necessity of lead through of specific antitumor treatment, and quality of their life are presented in the article. Intercommunication is exposed between the decline of level of quality of life and social functioning of patients and presence of dezadaptive variants of the psychological reacting on an oncologic disease.

Keywords: patients, suffering from malignant neoplasm, types of reacting on an oncologic disease, quality of life

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко

ОБґРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В РАМКАХ МОДЕЛІ «ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЦИНИ»

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

Ключові слова: психічні розлади, загально соматична мережа, надання допомоги

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30–57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків [1, 2, 4].

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опубліковані в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає наступним чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, доводиться на день 2-3 пацієнта з «великою» депресією і 7-8 з депресивними та/або тривожними симптомами; 10-12% постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24-46% стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3-4% у

загальній популяції людей похилого віку старше 65 років страждає на ТДР і у 15% відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40-65% хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18-25% випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18-20% хворих при ангіографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60% хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіє на ТДР; 13% онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % має її явні клінічні ознаки; 40% з хворобою Паркінсона і 33% з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію [3, 5, 8, 11].

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

Своєчасність виявлення психопатології визначає ефективність надання спеціалізованої психіатричної, а також комплексної сомато-психіатричної допомоги пацієнтам

загальносоматичних поліклінік. Одним із завдань фахівців соматичних лікувально-консультативних установ є максимально раннє виявлення наявності у осіб психічної патологією та направлення їх на консультацію до психіатра. Робота з виявлення супутньої психіатричної патології для спеціаліста-соматика (лікаря-інтерніста) повинна вестись паралельно із обстеженням та лікуванням основного (соматичного) захворювання. Проте, одним із основних принципів повинна бути теза про те, що прерогатива встановлення психіатричного діагнозу належить лікарю-психіатру. Виходячи із даної тези, на основі всебічного вивчення протягом 2003 – 2010 рр. 2894 пацієнтів Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва, серед яких у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10, нами розроблена та запропонована організаційна модель «інтегрованої медицини» для амбулаторних загальносома-

тичних установ. Дана модель базується на вирішенні основного завдання у вигляді виявлення лікарем-соматиком супутньої психічної патології при роботі з особами, що мають соматичну патологію. У даному випадку лікарю приділяється важлива роль, яка чітко регламентується наступним алгоритмом дій, що відображено на рисунку 1.

Як бачимо із рис. 1, згідно даного алгоритму, дії лікаря-інтерніста становлять два послідовних етапи: діагностичний та лікувальний. Кожний із етапів має властиві йому відокремлені вимоги до лікаря. Так, на діагностичному етапі лікар-соматолог повинен володіти:

1. знаннями щодо проявів психічної патології;
2. знаннями щодо перебігу та коморбідності соматичної та психіатричної патології;
3. інструментами ранньої діагностики психічних розладів.

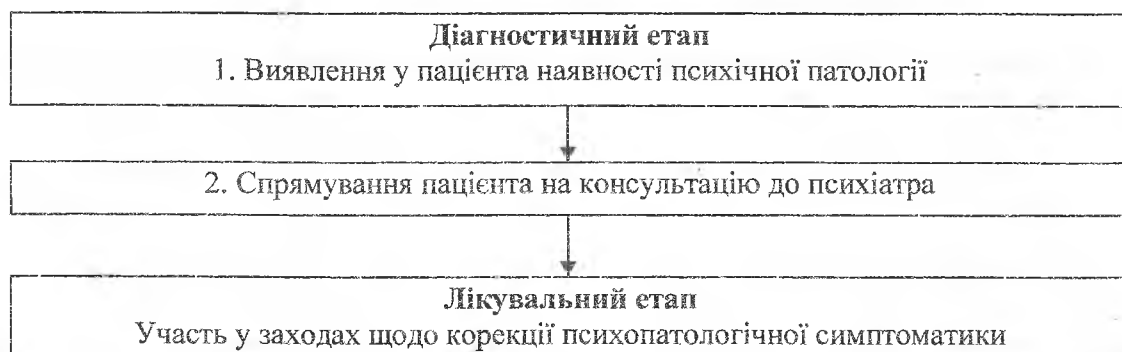


Рис. 1. Алгоритм дій лікаря-інтерніста в роботі із пацієнтами загальносоматичної практики, які мають психічні розлади

У свою чергу, лікувальний етап із участю лікаря-соматолога у заходах, спрямованих на корекцію психопатологічної симптоматики, в обов'язковому порядку передбачає володіння знаннями щодо:

1. психофармакотропної дії сучасних препаратів, які використовуються у лікуванні психічних розладів;

2. взаємозв'язку між різними групами психофармакопрепаратів та медичних лікарських препаратів, які використовуються у соматичній практиці,

а також в організаційній площині – встановлення та дотримання тісного зв'язку із лікарем-психіатром, якій проводить лікування психічної патології соматичного хворого.

З урахуванням представленого алгоритму, за результатами власних досліджень, нами розроблено та впроваджено у клінічну практику опитувальник для роботи лікарів загальносоматичної практики з пацієнтами загальносоматичних амбулаторних підрозділів, орієнтований на виявлення розладів, насамперед:

- афективної сфери;
- залежностей від психоактивних речовин;
- тілесних сенсацій;
- розладів сприйняття.

Відповіді у даному опитувальнику дозволяють виявити наявність на момент обстеження патологічної симптоматики (позитивна відповідь на питання), її відсутність

(відповідь «ні»), або наявність симптоматики в окремі періоди життя пацієнта, а також її невиразність (відповідь «іноді»). У опитувальнику перелік питань був підібраний на підставі оцінювання тісноти кореляційних взаємозв'язків із їх діагностичною властивістю. Таким чином, позитивна відповідь навіть на одне з питань свідчить про наявність проблем у психічній сфері, що надалі уточнювалася шляхом поглибленої клінічної бе-

сиди або заповнення уніфікованих патофизиологічних опитувальників. В якості самостійного інструмента для констатації або виключення психіатричних патологій, опитувальник використовуватися не може і лише відіграє роль скрінінг-інструментарію для подальшого, у випадку наявних на те підстав, докладного клінічного психіатричного обстеження. Запропонований опитувальник відображено у таблиці 1.

Таблиця 1

Опитувальник виявлення наявності психіатричної патологічної серед пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі

№	Запитання
1.	Чи оцінюєте Ви стан Вашого настрою як істотно знижений?
2.	Чи турбує Вас безпричинна туга або тривога?
3.	Чи є у Вас невмотивовані страхи?
4.	Чи викликає частота та кількість вживаного Вами алкоголю проблеми зі станом Вашого здоров'я, з оточуючими Вас людьми, на роботі?
5.	Чи вживаєте Ви які-небудь наркотичні засоби?
6.	Чи вважаєте Ви, що Ваш сон порушений і вимагає корекції?
7.	Чи є у Вас які-небудь неприємні тяжкі відчуття в тілі, які не пояснюються станом Вашого соматичного здоров'я?
8.	Чи турбує Вас останнім часом стан Вашої пам'яті або уваги?
9.	Чи дратують Вас оточуючі в такій мірі, що Вам нікого не хочеться ні бачити, ні чути?
10.	Чи турбують Вас які-небудь звуки або голоси?
11.	Чи переслідує Вас відчуття загрози Вашому здоров'ю або життю внаслідок яких-небудь навмисних дій недоброзичливців?
12.	Чи бувають у Вас якісь особливі стани психіки, які заважають сприйняттю навколишнього та змінюють Вашу поведінку?
13.	Чи стали Ви гірше розуміти прочитане або те, що відбувається з Вами та навколо Вас?
14.	Чи змінилася Ваша працездатність внаслідок змін у Вашому настрої або мисленні?
15.	Чи буває так, що Ви неприємнієте?
16.	Чи оцінюють оточуючі оригінальність Вашої поведінки або висловлень як вигадливі, дивні, чудакуваті?
17.	Чи хочеться Вам зробити щось таке, що лякає Вас самих?
18.	Чи є у Вас почуття дискомфорту, важкості на душі?
19.	Чи є у Вас неприємні відчуття в тілі, які важко описати або незрозумілі оточуючим?
20.	Чи стали Ви гірше міркувати в силу яких-небудь причин?
21.	Чи прокидаєтеся Ви вночі від почуття тривоги або майбутньої катастрофи?
22.	Чи характерний для Вас стан паніки?
23.	Розчарування в житті, песимізм - Ваш звичайний стан в останній період життя?
24.	Чи заважають Вашій кмітливості надлишок думок або порожнеча в голові?
25.	Чи є загальмованість або труднощі зосередження наслідком Вашого безсоння?

Наступним важливим компонентом при обґрунтуванні необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі, є відповідність її надання законодавчо-інструктивної бази України.

Так, важливим у роботі лікарів-інтерністів з пацієнтами із супутньою психічною патологією є застосування у роботі Закону України «Про психіатричну допомогу», що регламентує, зокрема, особливості взаємодії лікаря із психіатричними пацієнтами. Так, за результатами власних до-

сліджень — анкетування 30 лікарів-соматиків різного профілю (терапевти, невропатологи, кардіологи, гастроентерологи, хірурги, окулісти, урологи, ендокринологи) виявлено, що, в цілому, спеціалісти не володіють знаннями щодо Закону «Про психіатричну допомогу». Переважною відповіддю (більше 90,0% фахівців) було: «Закон дотримує інтереси пацієнтів в плані конфіденційності та дуже суворий до його порушників». На практиці такій рівень законодавчої підготовленості про особливості взаємодії із психіатричними пацієнтами, при-

водило до уникнення лікарями-соматиками вирішення питань про наявність у пацієнтів проблем психіатричного плану. Так, при підозрі на наявність психіатричної патології у пацієнта загальносоматичної поліклініки, більшість (до 85,0%) лікарів загальної практики не запитували пацієнтів про скарги психічного порядку і не цікавилися про перебування пацієнта на обліку у лікаря-психіатра ($p < 0,01$). Данні запитання фахівцями інтерпретувалися як такі, що вщемляють права пацієнта та здатні привести до адміністративної відповідальності за їхнє порушення ($p < 0,01$).

За результатами опитування встановлено, що 36,6% від загального числа лікарів-соматиків склали особи, яких не цікавив факт наявності у пацієнта психічної патології, або його перебування на обліку в психіатрів ($p < 0,01$). Дану категорію лікарів склали лікарі хірургічного профілю, що, наприклад, можна пояснити гостротою хірургічної патології, і деякою дистанцією між хірургічною та психіатричною дисциплінами. Основну більшість серед фахівців склали кардіологи – 68,2% ($p < 0,01$). Фактом ігнорування важливої інформації про наявність супутньої психіатричної патології в їх пацієнтів, у фахівців кардіологічного профілю було твердження, що, згідно кваліфікаційним вимогам, які пред'являються до лікарів кардіологів, вони повинні надавати медичну допомогу лише в рамках власної вузькопрофесійної спеціалізації. У свою чергу, було виявлено, що навіть усі спеціалісти кардіологічного профілю вважали, що надання психіатричної допомоги пацієнтами є, відповідно, обов'язком лікарів-психіатрів, а в рамках поліклінік – терапевтів. Даний виявлений факт свідчить про низький психоосвітній рівень лікарів різних соматичних дисциплін та власно осіб із психічними розладами та їхнього мікрооточення.

Враховуючи вищевикладені результати досліджень у рамках розробки організаційних заходів, нами, крім завдань раннього виявлення осіб з різною супутньою патологією в загальносоматичній амбулаторній мережі, при денному психіатричному стаціонарі у поліклініці проводилося впрова-

дження заходів із роз'яснювальної роботи, а саме принципів надання допомоги:

- володіння інформацією – представлення організаційно-методичної інформації в рамках надання комплексної допомоги даному контингенту пацієнтів;

- добровільності – зазначення у роботі з пацієнтами необхідності дотримування добровільності в одержанні ними (за показниками) спеціалізованої психіатричної допомоги (обговорення випадків, коли була необхідна спеціалізована психіатрична допомога всупереч волі пацієнта, що, однак, у наших спостереженнях не спостерігалось).

- анонімності (конфіденційності) – якій забезпечував формування довірливих взаємин з пацієнтами та декларував повне дотримання їх інтересів. Хворим роз'яснювалося, що клініко-біографічна інформація буде використовуватися тільки в рамках надання психіатричної допомоги, і нами виключена найменша можливість того, що дана інформація стане надбанням широких непсихіатричних кіл, у тому числі, і лікарів-соматиків.

- системності участі у заходах;

- етапності у вирішенні психічних проблем;

- позитивної спрямованості заходів та включення до них інших значимих осіб;

- формування психотерапевтичного середовища;

- диференційованого підходу до проблем у психічній сфері;

- безперервної участі пацієнта та за, необхідністю, родини.

За результатами власних досліджень нами сформульовані умови психоосвітньої роботи з лікарями-соматиками, які ґрунтувались на загальних принципах роботи з пацієнтами психіатричного профілю, а саме:

1. Основою роботи є принцип обов'язкового застосування інформованої згоди. Так, на кожному етапі взаємодії з пацієнтами, їм докладно пояснювалися наміри, цілі та порядок всіх дій, а також отримувалась з їх боку згода на ці дії. Обов'язково враховувалась позиція задоволення інтересів пацієнтів. Дана позиція сприяла взаєморозумінню, зближенню позицій, а також знижувала напругу у лікарів-

соматиків. З урахуванням дотримання даних вимог, між пацієнтом і лікарем-інтерністом виникали партнерські відносини, які сприяли динамічному та конструктивному вирішенню всіх питань.

2. Командний принцип роботи. Даний принцип є вкрай важливим задля формування між психіатрами та лікарями-соматиками єдиної поліпрофесійної команди, що має одну мету. Треба зазначити, що за результатами власних досліджень виявлено, що лікарі-психіатри не в змозі (за рахунок часового обмеження прийому) надати усім пацієнтам загальносоматичної мережі необхідну спеціалізовану психіатричну допомогу. У даному випадку необхідним є залучення інших спеціалістів – лікарів-соматиків, повноваження яких повинне полягати в наступному:

- націленості на виявлення психічної патології;
- підключенні до лікувального процесу психіатрів;
- дотримання командної взаємодії, а також здійснення фармакотерапевтичних заходів під контролем психічного стану пацієнта лікарем-психіатром.

Таким чином, робота психіатричного денного стаціонару в загальносоматичній мережі в цілому відповідає вимогам до раннього виявлення хвороб, у тому числі і психічних, які були запропоновані J. Wilson, G. Junger, 1968 [13].

Даний підхід, схвалений ВООЗ, передбачає виконання наступних вимог (вимоги вдосконалено за результатами власних досліджень):

- захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість;
- потрібно мати можливість діагностики латентної стадії хвороби;
- дослідження повинне бути прийнятним для населення;
- виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним;
- повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби.

Таким чином, як бачимо, базовою вимогою моделі «інтегрованої» допомоги є питання своєчасного виявлення психічного захворювання. Дана вимога виконувалася

нами за рахунок використання оригінального скрінінг-опитувальника, проведення необхідної роз'яснювальної роботи з пацієнтами та освітньої – з лікарями-соматиками.

Наступним етапом в обґрунтуванні необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі, стало дослідження питання організації допомоги психічнохворим у загальносоматичній мережі. Так, за результатами власних досліджень виявлено головні проблеми, які запобігають поширеності надання пацієнтам якісної психіатричної допомоги, а саме: ♣

1. Головним фактором зниження негативного ставлення пацієнтів і суспільства до психіатрії, а також підвищення ефективності спеціалізованої допомоги соматичним пацієнтам із психічними розладами є створення розгалуженої мережі спеціалізованої психіатричної допомоги за межами традиційної психіатричної служби.

2. Крім мотиву «стигматизованості психіатрії» і недостатньої інформованості населення про сучасні форми та методи надання спеціалізованої психіатричної допомоги, вагомим негативним чинником є недостатність рівня організації допомоги даній групі хворих.

3. Серед клінічних факторів необхідно враховувати преморбідні особистісні характеристики пацієнтів, а також клініко-психопатологічні особливості та перебіг сучасних форм психічних захворювань.

4. На теперішній час недовивченим є питання коморбідності – структуризації психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі із вперше виниклим психічним розладом;

5. Виявлення психічної симптоматики лікарями-соматиками. Задля вдосконалення діагностичного процесу та, власне, надання якісного медикаментозного лікування психічної патології лікарями-інтерністами необхідно:

- провести навчання інтерністів основам діагностики, насамперед, невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, розладів афективного спектру;

- провести навчання інтерністів щодо застосування адекватних методів корекції психічнотравмуючої ситуації;

- розробити та навчити використовувати у своїй практичній діяльності лікарів бліц-тести щодо раннього розпізнавання психічної патології;

- створити мережу спеціалізованих психоневрологічних кабінетів у поліклініках загального профілю (альтернативний підхід). Даний підхід збігається із думкою прихильників деінституалізації психіатрії, у рамках якої, крім економічних переваг, даний підхід дозволить змінити формалізовані взаємовідносини «лікар-пацієнт» на більш динамічні та ефективні.

За результатами дослідження встановлені організаційно-методичні особливості надання медичної допомоги особам із психічними розладами в умовах загальносоматичної поліклініки, до яких віднесено:

- низка звертаємість пацієнтів з психічними розладами із числа користувачів загальносоматичної допомоги до лікарів - психіатрів;

- в багатьох випадках – «не направлення» лікарями-соматиками з явною психічною патологією до лікарів - психіатрів пацієнтів;

- не отримання у переважній більшості випадків пацієнтами загальносоматичної мережі із супутньою психічною патологією спеціалізованої психіатричної допомоги;

- відсутність у лікарів-інтерністів знань щодо правових аспектів взаємодії з особами із психічними розладами;

- не володіння лікарями загальної практики методами виявлення та терапії психічних розладів;

- стигматизація лікарями-соматиками надання якісної психіатричної допомоги шляхом уникнення обговорення питань щодо психічного здоров'я із пацієнтами та необхідності їх лікування у психіатрів;

- підтримка лікарями-соматиками активності із боку психіатрів стосовно співробітництва в спільному веденні пацієнтів, що, поряд з відсутністю організаційно-методологічного розуміння в веденні осіб з супутніми психічними розладами, свідчило не про конфронтаційне ставлення з їх боку, а про недостатній психоосвітній рівень;

- вагомий вплив економічного чиннику серед проблем організації ефективної допомоги особам, які мають психічні розлади у амбулаторній загальносоматичній мережі – низьке фінансування служби. Дана проблема є актуальною з урахуванням того, що найбільш ефективними препаратами в лікуванні амбулаторної групи пацієнтів є препарати останнього покоління антипсихотиків та антидепресантів, вартість яких в кілька десятків разів перевищує вартість традиційних препаратів.

Таким чином, за результатами аналізу літературних джерел та власних досліджень виявлено, що сучасний етап розвитку охорони здоров'я вимагає впровадження в практику нових організаційних технологій, а зміни в концептуальних підходах передбачають зміни в організації надання спеціалізованої допомоги. Тому, на підставі отриманих результатів дослідження, розроблена та впроваджена в м. Києві концепція базування денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатопрофільної загальносоматичної поліклініки. У такому виді, як це здійснено в м. Києві (організація взаємодії з лікарями-інтерністами, виявлення пацієнтів із психічними розладами, проведення з ними організаційно-правової роботи, надання комплексної психофармако- та психотерапевтичної допомоги) даний денний стаціонар є інноваційним. Ефективність практичного впровадження концепції обумовлює доцільність запровадження даного досвіду у загальносоматичних поліклініках та психосоматичних денних стаціонарів. Алгоритм виявлення та організації спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам в амбулаторній загальносоматичній мережі представлено на рис. 2.

Виходячи із представленого на рис. 2 алгоритму, у рамках запропонованої концепції, денні стаціонари є не лише організаційно-методичними психіатричними центрами з надання спеціалізованої психіатричної допомоги в амбулаторних загальносоматичних підрозділах, але й збільшують кількість звернень населення безпосередньо до психіатрів, а також ефективність надання допомоги особам з різними супутніми психічними та соматичними розладами.

За оцінюванням результативності впровадження концепції на базі денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатопрофільної загальносоматичної поліклініки, нами надано аналіз чинникам, які знижують її практичну ефективність. До таких чинників віднесено помилки лікарів не лише у власній практичній діяльності, але й у власному розумінні філософії надання допомоги, а саме:

1. В основі великої кількості помилок, що їх припускаються лікарі загального профілю, полягає неготовність лікарів до адекватної міжособистісної взаємодії з пацієнтами, клінічний стан яких визначається порушеннями поведінки та психосоціального функціонування.

2. Лікарі-інтерністи зазвичай надають надмірне значення соматичним симптомам і ознакам вегетативних дисфункцій, наявним у пацієнтів. При цьому не приділяється належна увага загальному психофізіологічному стану хворого, його поведінці та характеру емоційного реагування; також спостерігається недооцінка значимості стресових подій і особливостей мікросоціального оточення.

3. Серед інших причин неготовності лікарів загального профілю до лікування психічних розладів, які найчастіше зустрічаються в реальній клінічній практиці, є посилення на необхідність знання класифікації психічних розладів, уміння правильно їх кваліфікувати та диференціювати, для чого необхідно мати відповідний досвід і навички збору анамнезу, а також активного виявлення відповідних симптомів.

4. Низький рівень знань щодо оцінки ефективності дії психофармакологічних препаратів, зокрема, для диференціації негативного плацебо-ефекта від побічних дій препаратів. Даний виявлений чинник щодо неготовності лікарів загальної практики до проведення активних психокорекційних та психопрофілактичних заходів є загальносвітовою проблемою [6]. Так у лікарів найчастіше відсутнє розуміння складної природи психічних розладів, їхньої динаміки та природи коморбідності. Наслідком цього є механістичне (або навпаки, міфологізоване) розуміння етіопатогенезу психічних розладів і механізмів терапевтичного ефекту [12].

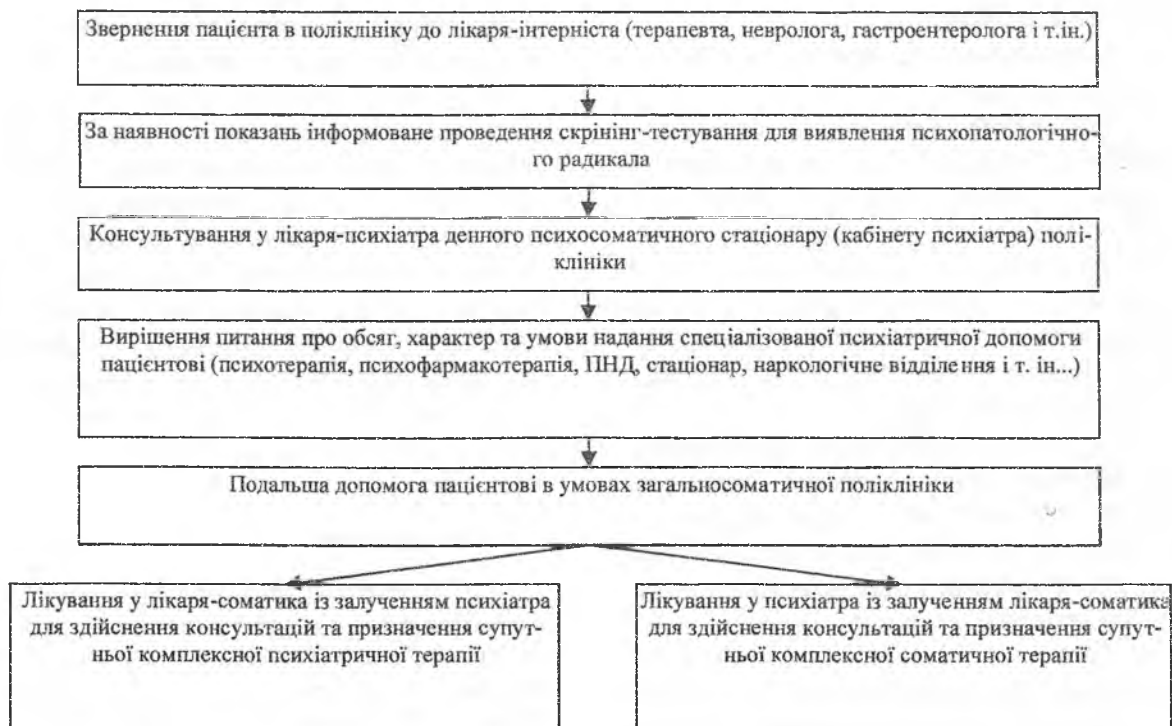


Рис. 2. Алгоритм виявлення та надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам амбулаторної загальносоматичної мережі

Узагальнюючи вищевикладені результати досліджень щодо обґрунтування необ-

хідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної ме-

дичної мережі, необхідно зазначити наступне:

— по перше, впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних установ розроблених та запропонованих принципів «інтегрованої медицини» передбачає організацію освітньої програми, у першу чергу, для лікарських кадрів;

— по-друге, питання діагностики та лікування хворих із психічними розладами в загальносоматичній мережі на сьогоднішній день є складною проблемою, яка вимагає підвищення кваліфікації не тільки лікарів загальносоматичних спеціальностей, але й психіатрів (останні, як правило, краще володіють методами «традиційної» психіатрії, ніж підходами, адекватними для соматичної та психосоматичної медицини);

— по-третє, центральним компонентом навчання лікарів загального профілю повинне бути наступні [7, 9, 10]:

а) оволодіння практичними методами розпізнавання психопатологічних станів, що найчастіше зустрічаються (депресії, патологічної тривоги).

б) вивчення основних принципів та режимів психофармакотерапії, у першу чергу, при лікуванні антидепресантами та протитривожними засобами.

в) формування навичок адекватної комунікації із хворими.

— в-четвертих, невід'ємною складовою є психоосвіта пацієнтів та їхнього мікросоціального оточення. Так, хворі повинні бути проінформовані про наявність у них психоневрологічного розладу, про шляхи його подолання, про необхідність чітко відслідковувати динаміку власного психоемоційного стану та за необхідністю вдаватися до допомоги психіатрів;

— в-п'ятих, робота щодо практичного впровадження запропонованої концепції повинна здійснюватися у двох напрямках; обов'язковим для обох навчальних програм є розгляд принципів і організаційних моделей «інтегрованої медицини», а саме:

а) програма підвищення кваліфікації лікарів-психіатрів в області клініки, терапії та епідеміології психосоматичних та інших соматизованих психічних розладів непсихотичного рівня;

б) освітня програма для лікарів-соматологів (в першу чергу, для невропатологів та терапевтів) з основами загальних психіатричних знань та конкретних відомостей про діагностику і терапію психічних порушень, розповсюджених серед пацієнтів загальноомедичних установ.

Підбиваючи підсумки вищенаведеному, можна стверджувати наступне.

За результатами досліджень щодо обґрунтування необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі на базі денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатопрофільної загальносоматичної поліклініки розроблено: а) алгоритм дій лікаря-соматолога у роботі із особами, які мають психічні розлади; б) алгоритм виявлення та надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам амбулаторної загальносоматичної мережі; в) скрінг-опитувальник для виявлення наявності психіатричної патології у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі.

Також запропоновано принципи надання медичної допомоги, до яких віднесено: володіння інформацією; добровільність; анонімність (конфіденційність); системність; етапність; спрямованість; диференційований підхід та безперервність.

Виявлено, що впровадження у роботу лікувально-профілактичних установ розроблених та запропонованих заходів передбачає розробку освітньої програми для лікарських кадрів за наступною тематикою: а) методи розпізнавання психопатологічних станів (депресії, патологічної тривоги), б) вивчення основних принципів та режимів психофармакотерапії; в) формування навичок адекватної комунікації із хворими; г) психоосвіта мікросоціального оточення пацієнтів.

Література

1. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому X). Методичні рекомендації / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко. — Київ, 2009. — 40 с.
2. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.

3. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // *Medix. AntiAging*. – 2009. – № 5 (11). – С. 18 – 22.

4. Мішур В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішур. – Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 208 с.

5. Aiarzaguena J. M. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms / J. M. Aiarzaguena, G. Grandes, I. Gaminde // *Psychol. Medicine*. – 2007. – Vol. 37. – P. 283 – 294.

6. Discontinuation of Use and Switching of Antidepressants. Influence of Patient-Physician Communication / S. A. Bull, X. H. Hu, E. M. Hunkeler [et al] // *JAMA*. – 2002. – vol. 288, N 11. – P. 1403 – 1409.

7. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial / L. Fallowfield, V. Jenkins, V. Farewell [et al] // *Lancet*. – 2002. – vol. 359. – P. 650–656.

8. Guthrie E. Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, у пациентов служб

первичного звена медицинской помощи / E. Guthrie // *Новости медицины и фармации*. – 2010. – № 315. – С. 32 – 39.

9. Jenkins V. Can communication skills training after physicians? Beliefs and behavior in clinics / V. Jenkins, L. Fallowfield // *J. of Clinical Oncology*. – 2002. – vol. 20 (3). – P. 765 – 769.

10. Jenkins V. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres / V. Jenkins, L. Fallowfield, J. Saul // *British Journal of Cancer*. – 2001. – vol. 84 (1). – P. 48–51.

11. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study / N. Kadan-Lottick, L. Vanderwerker, S. Block [et al] // *Cancer*. – 2005. – vol. 104 (12). – P. 2872–2881.

12. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N. C. Andreasen, W. T. Jr Carpenter, J. M. Kane [et al] // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.

13. Wilson J. M. G. Principles and practice of screening for disease / J. M. G. Wilson, G. Junger. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1968. – 163 p.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ В РАМКАХ МОДЕЛИ «ИНТЕГРИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ»

В. А. Демченко

На основе анализа литературных данных и собственных исследований 2894 пациентов общесоматической сети г. Киева, научно обоснована необходимость внедрения модели интегрированной медицины для оказания специализированной помощи данной категории пациентов в условиях амбулаторной соматической практики.

Ключевые слова: психические расстройства, общесоматическая сеть, оказание помощи

RATIONALE FOR THE PROVISION specialized psychiatric care PATIENTS OF PRIMARY HEALTH NETWORK IN THE MODELS «Integrated Medicine»

V. Demchenko

Based on an analysis of published data and our own investigations in 2894 patients somatic network Kiev, scientifically substantiated the need for an integrated model of medicine to provide specialized assistance to this category of patients in outpatient somatic practices.

Keywords: mental disorders, somatic network assistance

Н.В. Литвиненко, Ю.О. Фісун, С.Ю. Фісун

**ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ ТА
МІГРЕНЕПОДІБНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: мігрень, мігреноподібний головний біль, профілактика і лікування

Медичний термін «мігрень» уперше почав застосовуватись у Франції, але має походження від грецького «гемікранія», що значить «половина голови». Історія вивчення мігрені відноситься до сивої давнини, про це захворювання згадують стародавні манускрипти шумерів та етрусків. В наш час мігрень справедливо вважають одним із найбільш розповсюджених захворювань людства. Статистичні данні щодо цього захворювання в популяції часто значно відрізняються через використання різних діагностичних критеріїв. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у розвинених країнах Європи й Америки від мігрені страждає від 3 до 16% населення, а за деякими даними – й до 30%, серед жінок на мігрень хворіють 18%, серед чоловіків – 6% і серед дітей – 4% [1]. Більшість авторів вважають, що більше 70% людей протягом свого життя перенесли один або декілька нападів мігрені. У випадків початок захворювання відмічається до тридцятирічного віку, а найбільша частота захворювання – у віці від 25 до 45 років. У людей, старших 50 років, мігрень виникає дуже рідко [2].

Доведено, що основними провокуючими факторами нападу мігрені є психоемоційні перенапруження (стрес, фрустрації, депресія, тривожність), вживання харчових продуктів, що містять велику кількість тіраміну (горіхи, тверді сири, шоколад, копчення, цитрусові, червоні вина та ін.), зміна геофізичних погодних умов, вживання оральних контрацептивів, менструація, менопауза, черепно-мозкова травма [3].

Не дивлячись на величезний досвід накопичений лікарями всього світу щодо патогенезу мігрені, не всі механізми, відповідальні за походження нападів головного болю, є достатньо з'ясованими. Більшість сучасних дослідників погоджуються, що в

основі мігрені лежить складний комплекс взаємодій між мозковими судинами і центральною нервовою системою. Виділяють три групи взаємопов'язаних патогенетичних механізмів мігрені: нейрогенний, судинний та ендокринно-гуморальний. Вони характеризуються порушенням взаємодії ноцицептивної і антиноцицептивної систем зі зниженням активності протибольової системи; особливостями функціонального стану ядер трійчастого комплексу і трійчастого нерва, що іннервує судини твердої мозкової оболонки; вегетативною недостатністю і пов'язаною з нею денерваційною гіперчутливістю судин до екзогенних і ендогенних (гормони, простагландини, біогенні аміни та ін.) впливів; недостатністю регуляції метаболізму моноамінів мозку і дисфункцією тромбоцитів. Головним генератором болю є судини твердої мозкової оболонки, великі судини мозку, а перша гілка трійчастого нерва та спинно-мозкові нерви C_I-C_{III} – основними провідниками ноцицептивної інформації до стовбурових структур, таламусу і кори головного мозку [4].

На сучасному рівні, при лікуванні хворих на мігрень, призначення профілактичної терапії є доцільним при наявності двох і більше мігренозних нападів на місяць. Для наших пацієнтів профілактичні препарати були вибрані з групи антидепресантів (Есциталопрам «Ципралекс») та з групи бета-блокаторів (Бісопролол «Конкор»). Призначення комбінації бета-блокатора і антидепресанта є досить класичним і не новим, але в своєму дослідженні ми застосували сучасний високоселективний бета-блокатор і сучасний селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну. Хворі отримували есциталопрам у дозі 10 мг та бісопролол у дозі 5-10 мг вранці не залежно від прийо-

му їжі. Стан пацієнтів і повсякденна активність оцінювався за шкалою МІДАС (Migraine Disability Assessment), а тяжкість цефалгічних нападів, що виникали у пацієнтів, – в балах Візуальної аналогової шкали (ВАШ – 100 балів).

У нашому дослідженні пацієнти хворі на мігрень були поділені на три групи відповідно до сучасної класифікації головного болю. Першу групу складали пацієнти хворі на мігрень (мігрень без аури, проста форма), загалом – 32 особи (25 – жінки віком від 29 до 49 років, та 8 – чоловіки віком від 35 до 40 років). Всіх пацієнтів першої групи було тестовано за шкалою МІДАС, де 5 осіб отримали I-й ступінь (мала інтенсивність болю, відсутність або мінімальне зниження повсякденної активності), 23 особи – II-й ступінь (помірний/виражений біль, незначне обмеження повсякденної активності) і 4 особи – III-й ступінь (сильний біль, виражене обмеження повсякденної роботи). Показники ВАШ при мігренозних нападах у пацієнтів I-го ступеню (за шкалою МІДАС) склали в середньому 23,4 бали, II-го – 39,8 балів, III-го – 67,3 бали.

Другу групу склали пацієнти з класичною мігренню (мігрень з аурою, класична форма), загалом 24 особи (21 – жінки віком від 23 до 50 років та 3 – чоловіки віком від 31 до 45 років). Пацієнтів другої групи було тестовано за шкалою МІДАС, де 3 особи отримали I-й ступінь, 16 осіб – II-й ступінь, 5 осіб – III-й ступінь. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 22,3 бали, II-го – 42,3 бали, III-го – 72,2 бали.

Третю групу склали пацієнти з пароксизмальним головним болем, що за описами нагадував мігрень, але, на нашу думку, не виключався головний біль змішаного характеру та головний біль, що зумовлений іншими захворюваннями, але без структурних уражень нервової системи. В цій групі було 20 осіб (15 – жінки віком від 43 до 55 років та 5 – чоловіки віком від 39 до 62 років). За шкалою МІДАС пацієнти отримали I-й ступінь – 10 осіб, II-й ступінь – 8 осіб, III-й ступінь – 2 особи. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 29,4 бали, II-го – 41,9 бали, III-го – 75,9 бали (таблиця 1).

Таблиця 1

Співвідношення показників шкали МІДАС та балів ВАШ у пацієнтів 3-х груп до та після лікування

	До лікування		Після лікування	
	МІДАС	ВАШ	МІДАС	ВАШ
перша група – мігрень без аури (проста форма)	I-й ступінь – 5 осіб II-й ступінь – 23 особи III-й ступінь – 4 особи	23,4 бали 39,8 бали 67,3 бали	I-й ступінь – 15 осіб II-й ступінь – 12 осіб III-й ступінь – 2 особи	23,2 бали 40,1 балів 66,2 балів
друга група – мігрень з аурою (класична форма)	I-й ступінь – 3 особи II-й ступінь – 16 осіб III-й ступінь – 5 осіб	22,3 бали 42,3 бали 72,2 бали	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 10 осіб III-й ступінь – 4 особи	20,4 бали 40,2 бали 72,4 бали
третя група – мігренеподібний головний біль	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 8 осіб III-й ступінь – 2 особи	29,4 бали 41,9 бали 75,9 балів	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 6 осіб III-й ступінь – 0 осіб	22,1 бали 33,4 бали –

Профілактична терапія продовжувалася протягом трьох місяців. У 3-х пацієнтів першої групи профілактичне лікування було не ефективним і потребувало медикаментозної корекції. У 29-ти пацієнтів відмічалося зменшення частоти мігренозних нападів і за шкалою МІДАС хворі розподілялися таким чином: I-й ступінь – 15 осіб, II-й – 12 осіб, III-й – 2 особи. Відповідно і тяжкість цефалгічних нападів (ВАШ) становила: I-й ступінь – 23,2 бали, II-й – 40,1 бали, III-й – 66,2 бали.

Пацієнти другої групи не потребували медикаментозної корекції і по закінченню профілактичного лікування оцінка за шкалою МІДАС показала, що I-й ступінь у 10 осіб (ВАШ – 20,4 бали), II-й ступінь – 10 осіб (ВАШ – 40,2 бали), III-й ступінь – 4 особи (ВАШ – 72,4 бали).

У пацієнтів третьої групи профілактичне лікування було не ефективним у 4 чоловік і потребувало зміни препаратів. Після оцінки за шкалою МІДАС I-ий ступінь склали 10 осіб (ВАШ – 23,1 бали), II-ий – 6 осіб (ВАШ – 33,4 бали).

Отримані результати свідчать, що у пацієнтів, хворих на мігрень без аури, профілактичне лікування було ефективним у 31,2% осіб. Вибули з дослідження два пацієнти, що мали III-й ступінь зниження повсякденної активності за шкалою МІДАС та один пацієнт, що мав II-й ступінь за шкалою МІДАС. Обмеження повсякденної активності у 10-ти пацієнтів за шкалою МІДАС стало відповідати першому ступеню. Слід відмітити, що за даними Візуальної аналогової шкали цефалгічні пароксизми у пацієнтів першої групи практично не змінили своєї інтенсивності.

Обговорення результатів лікування пацієнтів другої групи (мігрень з ауру) дозволило констатувати, що корекції та зміни лікування не потребував жоден з пацієнтів. Лікування було ефективним у 33,3% пацієнтів, що підтверджено даними оцінювання за шкалою МІДАС, відповідно з якими 7-м пацієнтів, які мали II-й ступінь зменшення повсякденної активності, перейшли на I-й ступінь, а один пацієнт з III-го ступеню на II-й ступінь. За даними ВАШ інтенсивність нападів мігрені у пацієнтів практично не змінилася.

Оцінка результатів профілактичного лікування пацієнтів з мігреноподібним головним болем свідчить про зменшення інтенсивності головного болю за даними ВАШ у 80% чоловік. У 20% пацієнтів лікування було не ефективним і потребувало

зміни препаратів, це були два пацієнти III-го ступеню і два пацієнти II-го ступеню за шкалою МІДАС. У інших пацієнтів достовірно збільшення повсякденної активності не спостерігалось.

Висновки

1. Профілактичне лікування хворих на мігрень (проста і класична форми) комбінацією селективного антидепресанта (есциталопрам «Ципралекс») у дозі 10 мг на добу і селективного бета-блокатора (біспролол «Конкор») у дозі 5–10 мг на добу є найбільш ефективним у пацієнтів, що мають I-й і II-й ступінь зменшення повсякденної активності за шкалою МІДАС.

2. Застосування комбінації препаратів есциталопрам і біспролол у хворих на мігреноподібний головний біль ефективно зменшує інтенсивність болю, але не впливає на частоту мігреноподібних нападів.

Література

1. Дубенко О.Є., Сотников Д.Д. Профілактичне лікування мігрені: учора, сьогодні, завтра // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – №5(27). – С.67-72.
2. Dodic D.W., Silberstein S.D. Migraine prevention // Practical Neurologi. – 2007. – Vol. 7. – P. 383-393.
3. Silberstein S.D. Preventive treatment of migraine // Rev. Neurol. Dis. – 2005. – Vol. 2. – P. 167-175.
4. Скоромец А.А. Справочник врача-невролога // Изд. «СОТИС». – 2009. – 326 с.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ И МИГРЕНЕПОДОБНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Н.В. Литвиненко, Ю.О. Фисун, С.Ю. Фисун

Мигрень распространенная нейрососудистая патология. Большому количеству больных мигренью и мигреноподобной головной болью необходима профилактика и лечение. В этой статье авторы предлагают современную схему профилактики и лечения мигрени.

Ключевые слова: мигрень, мигреноподобная головная боль, профилактика и лечение

PROPHYLAXIS AND MEDICAL TREATMENT OF MIGRAINE AND MEGRIM HEADACHE

N.V.Lytvynenko, Yu.O.Fisyn, S.Yu.Fisyn

Migraine is widely spread neurovascular pathology. Large numbers of people suffering from migraine and megrim headache need prophylaxis and treatment. In this article the authors propose a modern scheme of prophylaxis and treatment of migraine.

Keywords: migraine, megrim headache, prophylaxis and treatment

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89 - 008.454 - 053.2 - 081.23

Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Н.Г. Михановская,

Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: дети, подростки, психическое здоровье

Концепция охраны здоровья детей и подростков в Украине проходит этап правительственного и межведомственного согласования. Разработка и внедрение современных медицинских и организационных технологий, включая стандарты и протоколы ведения больных с психическими расстройствами в детском возрасте, находится на инициальном этапе.

Последнее десятилетие развитие психиатрии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы психического здоровья. Установлен высокий рост пограничной психической патологии у детей и подростков, которая представлена преимущественно невротическими и поведенческими расстройствами [1;2;3;4]. Сложность и сходство психопатологической структуры невротических расстройств (НР) у детей и подростков, их резистентность к терапии определяют актуальность дальнейшего поиска методологических подходов к диагностике и оценке этих состояний [5;6;7]. Когнитивная дисфункция, сопровождая и зачастую маскируя собственно аффективную составляющую синдрома, вносит дополнительные трудности в вопросы диагностики и лечения НР [8;10]. Практически не изучена роль отдельных нейромедиаторных систем и биогенных аминов в развитии НР у подростков, что затрудняет выбор оптимальной патогенетической психофармакотерапии.

Недостаточная эффективность существующих методов терапии НР обусловлена ограниченным использованием социальной и психотерапевтической составляющих лечения, полипрагмазией, наличием у многих психофармакологических средств существ-

венных побочных эффектов, что затрудняет их применение в детской и подростковой практике.

Одной из актуальнейших нерешенных проблем детской психиатрии является синдром дефицита внимания с гиперактивностью, который, часто маскирует депрессивные расстройства у детей и является экономическим бременем для родителей при проведении длительной медикаментозной специфической терапии. Кардинально увеличивается количество детей и подростков, нуждающихся в медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи по вопросам аддикций. Изменились удельный вес и структура девиантного поведения [11]. К специалистам все чаще стали обращаться дети с зависимостями от психоактивных веществ, игровыми аддикциями, интернет-зависимостью, с различными коммуникативными зависимостями. Обострившаяся в последние годы проблема школьного образования отрицательно влияет на формирование психического здоровья детского населения. Трудности в усвоении базисных предметов испытывают 86% учащихся лицеев, 100% учащихся гимназий и 73% учащихся массовых школ. Не может остаться без внимания тот факт, что в документах ВОЗ и специальной литературе заняли прочное место такие, связанные со школой термины, как «школьный стресс», «дидактогения» «школофобия» и др. Этими терминами обозначаются проявления невротических расстройств, которые приводят к категорическим отказам от посещения занятий. Все это требует внимания детских психиатров и психологов к школе и оценки ее воздействия на психическое здо-

ровые детей. Обеспечение психического и психологического здоровья детей дошкольного и школьного возраста является основной целью социальной детской психиатрии, которая существует во многих странах. До настоящего времени имеется большой пробел и в соотношении отечественного понимания патогенеза, клиники и лечения ранней детской психопатологии с существующей международной теорией и практикой.

Целью настоящего исследования было изучение клинических особенностей невротических расстройств у подростков, структуры девиантного поведения в различных когортах подростковой популяции (учащиеся общеобразовательных школ, беспризорники и подростки с пограничными психическими расстройствами), структуры психопатологии у детей раннего возраста для оптимизации лечебно-диагностических мероприятий.

Было обследовано 387 подростков с НР (194 больных с неврастенией, 111 с невротической депрессией и 82 с тревожно-фобическим расстройством). Возраст больных с НР варьировал от 12 до 18 лет (200 мальчиков и 187 девочек). В зависимости от возраста больные были разделены на две группы: младший подростковый возраст (12-14 лет) – 156 больных и старший подростковый возраст (15-18 лет) – 231 пациент. Использовались клиничко-психопатологический и патодиагностический методы исследования: компьютерная электроэнцефалография. Было изучено состояние симпатико-адреналовой системы, особенности обмена серотонина, мелатонина, состояние опиоидной системы, определена роль гормонов и биогенных аминов в формировании отдельных форм НР.

Установлено, что у подростков младшей возрастной группы неврастения характеризуется астеническим (26,9 %), тревожным (47,3 %) и смешанным (25,8 %) синдромами, а у подростков старшей возрастной группы – астено-депрессивным (40,6 %), девиантным (38,6 %), соматоформным (20,8 %) синдромами.

Невротическая депрессия у подростков представлена преимущественно аффективными нарушениями средней степени выра-

женности. Аффективный регистр у старших подростков включает симптомы гипотимии, когнитивных и поведенческих нарушений (анорексия, суицидальное поведение), у младших подростков – астенически-адинамический симптомокомплекс. Кластерный анализ синдромокомплексов в возрастном аспекте показал, что для подростков младшей возрастной группы характерны: астенический (53,5 %), тревожный (34,9 %), смешанный (11,6 %) типы, а для подростков старшего возраста – девиантный (42,7 %), апатический (23,5 %), астенический (20,6 %), ипохондрический (13,2 %).

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) у младших подростков включают изолированные фобии (преимущественно природные) и тревожность, у старших подростков – панические и генерализованные тревожные расстройства в сочетании с социальными фобиями.

Установлено, что особенностью конфликтов у подростков с неврастенией является их адресованность в прошлое (76,2 %), для подростков с невротической депрессией – в настоящее (53,2 %), для подростков с ТФР – адресованность в будущее (58,2 %). Психогении в интерперсональной зоне конфликта, хронический тип течения конфликта, чаще обуславливали развитие неврастения у подростков. Психотравмы в сексуальной сфере и нарушения в сфере социальной активности коррелировали с депрессией и формировали неблагоприятный тип ее течения. Выявлены общие конституциональные личностные детерминанты невротогенеза у подростков: акцентуация характера, тревожность, ригидность, высокий риск социальной дезадаптации.

Дифференцированный подход к оценке конфликтной ситуации обеспечивает выявление зон-мишеней, необходимых при формировании стратегии терапевтического вмешательства.

В нейрофизиологическом механизме НР ведущими являются особенности нейротогенеза, включающие дезорганизацию и полиморфизм; неустойчивость по частоте основного ритма, часто с отсутствием региональных отличий; повышение спектральной мощности в θ -диапазоне в центрально-теменных и префронтальных областях

полушарий мозга; слабость реакции активации; преобладание низкочастотного β -ритма, что свидетельствует о нарушении интегративной деятельности головного мозга, дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса.

Установлено снижение уровня β -эндорфинов и разнонаправленный характер изменений уровней лей- и метэнкефалинов, что свидетельствует о нейрорегуляторных изменениях – истощении опиоидной системы у подростков с НР. У большинства исследуемых подростков определяется повышенный уровень серотонина при повышенном показателе 5-ОИУК и низкий уровень мелатонина независимо от возраста, пола и клинической формы НР, что должно учитываться в формировании схем патогенетической терапии.

Исследованиями установлено, что формирующееся стабильное психологическое ядро, неадекватные механизмы психологической защиты, низкие показатели теста качества жизни выступают диагностичес-

кими маркерами пролонгированного невротического расстройства у подростков. Хронический тип течения невротической болезни у подростков преобразует личность, блокирует личностное развитие и приводит к личностной деформации и девиантному поведению, что способствует развитию нонкомплаенса. Отсутствие терапевтического сотрудничества или его недостаточность не позволяет осуществить мероприятия, необходимые для оптимального психического и социального функционирования больных подростков с невротической болезнью.

Исследования структуры девиантного поведения в различных популяционных когортах подростков (276 подростков с невротическими расстройствами, 78 беспризорных подростков и 533 ученика общеобразовательных школ) показало, что удельный вес девиантного поведения достаточно высок, причем у одного и того же подростка может отмечаться сразу несколько вариантов девиантного поведения (табл. 1)

Таблица 1

Частота вариантов девиантного поведения у подростков разных популяционных групп

Варианты девиантного поведения	Подростки с невротическими расстройствами, N=276		Подростки – беспризорники, N=78		Подростки школьного возраста, N=533	
	n	%	n	%	n	%
Агрессия	200	72,5	78	100	370	69,4
Аутоагрессия	15	5,4	20	25,6	17	3,2
Злоупотребление веществами, которые вызывают состояния измененной психической деятельности:						
- алкоголем	20	7,2	30	38,5	70	13,1
- наркотическими веществами	18	6,5	29	37,1	5	0,9
- табакокурение	196	71,0	49	62,8	100	18,7
Нарушение пищевого поведения	26	9,3	16	20,5	20	3,7
Аномалии сексуального поведения	43	27,5	29	37,0	50	9,3
Сверхценные психологические увлечения	58	21,0	6	7,7	106	19,9
Сверхценные психопатологические увлечения	96	34,8	218	78,4	172	32,2
Характерологические и патохарактерологические реакции	253	91,6	78	100	320	60,0
Коммуникативные девиации	276	100,0	78	100,0	84	15,7
Безнравственное и аморальное поведение	174	63,0	78	100,0	67	12,6
Неэстетичное поведение	94	34,1	9	11,5	53	9,9

Определены преимущественные/преобладающие варианты девиантного поведения у подростков с невротическими расстройствами: коммуникативные девиации, патохарактерологические реакции; агрессия; злоупотребление психоактивными

веществами, которые вызывают состояния измененной психической деятельности (табакокурение); безнравственное и аморальное поведение; сверхценные психопатологические увлечения; неэстетичное поведение; сверхценные психологические увлече-

ния (игромания, компьютерная зависимость, гэмблинг); аномалии сексуального поведения.

Превалирующие|преважають| варианты девиантного поведения у подростков-беспризорников: агрессия; патохарактерологические реакции; коммуникативные девиации; безнравственное и аморальное поведение; сверхценные психопатологические увлечения(бродяжничество, кверулянтство); злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотические вещества, табакокурение); аномалии сексуального поведения; суицидальное поведение.

Превалирующие|преважають| варианты девиантного поведения у подростков школьного возраста: агрессия; характерологические и патохарактерологические реакции; злоупотребление психоактивными веществами (табакокурение); сверхценные психологические увлечения; коммуникативные девиации; безнравственное и аморальное поведение; незстетичное поведение.

Определены факторы, которые детерминируют риск развития девиантного поведения у подростков, учащихся общеобразовательных школ: воспитание в условиях гипоопеки и неполной семьи, низкий уровень материального обеспечения, конфликтность в семьях, наличие церебрально-органической недостаточности, невропатия в раннем детстве, трудности адаптации в школе, коммуникативные девиации, перенасыщенность школьной учебной программой.

Определены факторы, которые детерминируют риск развития девиантного поведения у подростков-беспризорников: уровень микросоциальной среды подростка (деструктивная семья, низкий уровень обеспечения семьи, многодетность семьи, алкоголизм родителей), интеллектуальная дефицитарность, высокий уровень тревоги, высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов, отрицательные эмоциональные переживания, наличие органической недостаточности, отсутствие работы у родителей, отсутствие досуга и мотивации к обучению в сочетании с этическим ателиозом (моральная идиотия).

Исследование уровня развития 475 детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС, с использованием психодиагностических шкал KID, RCDI и диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве, общепринятой в мировой практике, концептуальной в Международной классификации болезней DSM-IV, позволило идентифицировать этиопатогенетические факторы психопатологии у данной когорты больных и выделить специфические расстройства: эмоционально-лабильный, тревожно-апатический, эмоционально- недифференцированный клинические варианты психопатологии. Причем эмоционально-лабильный вариант доминирует у детей раннего возраста с минимальным неврологическим дефицитом (75,6% против 24,4% у детей с тяжелыми неврологическими нарушениями). Обращает внимание факт наличия регистра более сложной психопатологии у детей с тяжелыми неврологическими нарушениями в виде тревожно-апатического и эмоционально-недифференцированного вариантов. Расстройства аутистического спектра установлены в 11,6% случаев.

Исследованиями установлено, что дизонтогенез в виде нарушений темпа и качества формирования первых организаторов психики и мотивационных систем развития регистрируются практически у всех детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС. Дизонтогенетическая симптоматика проявлялась преимущественно на фоне дизрегуляторных расстройств обеспечения физиологических функций – сна/бодрствования и пищевого поведения. Полученные данные позволили определить векторы медикосоциальной и психологической помощи детям с перинатальным поражением нервной системы. Разработанная программа помощи – интерактивная диагностически-психотерапевтическая модель – обеспечивает эффективную психосоциальную абилитацию детей раннего возраста, что значимо в психопрофилактике грубых нарушений поведения и социальной дезадаптации.

Получен прогрессивный опыт психиатрической помощи детям и подросткам с не-

вротическими расстройствами и девиантным поведением, разработана концептуальная и методологическая модель диагностики и коррекции психических расстройств у детей раннего возраста.

Необходимыми мероприятиями в области охраны психического здоровья детей и подростков являются: системная профильная подготовка детских психиатров в ведущих учреждениях страны и на кафедрах детской психиатрии; взаимодействие с научно-исследовательскими институтами и центрами по организационно-методическим вопросам оказания психиатрической помощи детско-подростковому населению (включая помощь в кризисных ситуациях); выполнение научно-практических, диссертационных исследований по вопросам организации, лечебно-психопрофилактической помощи, диагностики и терапии психических заболеваний в детском и подростковом возрасте; внедрение современных диагностических, психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми и подростками, имеющими психические и поведенческие расстройства; использование интерактивной диагностически-психотерапевтической модели в коррекции психопатологических расстройств в раннем возрасте (в виде нестационарной помощи сериями сессий); разработка психообразовательных программ для родителей; международное сотрудничество в области охраны психического здоровья детей; развитие микропсихиатрии как необходимой формы практического формирования и укрепления детской психиатрической службы. Вышеизложенное позволяет констатировать, что устранение существующих негативных тенденций, дальнейшее развитие необходимых медикосоциальных аспектов работы, применение новых медицинских и организационных технологий, обновление инструментально-диагностической базы, внедрение инновационных технологий терапевтического вмешательства обеспечит поэтапную модернизацию детской психиатрической службы и существенным образом повысит качество услуг в оказании психиатрической помощи детскому населению страны.

Профилактика психических расстройств возможна при расширении задач детской психиатрии. На наш взгляд, на первый план выступает социальная психиатрия, направленная на охрану психического здоровья детей и подростков. Возможности психопрофилактики могут быть расширены путем поиска новых концепций, где сложные системные взаимоотношения экологических влияний, процессов онто- и социогенеза в конечном итоге предопределяют поступательность развития детского организма и гармоничность формирующихся личностных характеристик.

Литература

1. Ковалев В.В. К клинической дифференциации психогенно обусловленной патологии поведения у детей и подростков в связи со школьной дезадаптацией / В.В. Ковалев // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2008. – №2. – С. 123-125.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – С.Пб.: Речь, 2005. – 400 с.
3. Александровский Ю.А. Современные подходы к пониманию пограничных психических расстройств / Ю.А. Александровский // Международный журн. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 30-33.
4. Агрессия у детей и подростков / под ред. Н.М. Платоновой. – СПб.: Речь, 2004. – 336 с.
5. Бабюк И.А. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков / И.А. Бабюк и др. – Донецк; Харьков: Донеччина, 2004. – 192 с.
6. Сухотина Н.К. Социально стрессогенные факторы и невротические расстройства у детей // Социальная и клинич. психиатрия. – 2000. – Т. 10, вып. 1. – С. 5-11.
7. Марута Н.О. Концепція формування невротичних депресій у сучасному суспільстві / Н.О. Марута, І.О. Явдак, Г.Ю. Каленська // Арх. психіатрії. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 17-20.
8. Михайлова Е.А. К проблеме медикосоциальной реабилитации подростков с невротическими расстройствами / Э.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурнина // Журн. психіатрії та мед. психології. – 2009. – № 2 (22). – С. 128-130.
9. Пшук Н.Г. Концептуальна модель формування поведінкових реакцій при невротичних розладах / Н.Г. Пшук, А.М. Загульский, Т.Г. Кривоніс // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 126-127.

10. Ульєв А.В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации / А.В. Ульєв // Упр. обществ. и экономич. системами. – М., 2009. – № 1. – С. 1-20.

11. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.

ПРІОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскуріна, Н.Г. Міхановська,
Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська

У статті проаналізовано основні проблеми порушень психічного здоров'я у дітей та підлітків. Описано основні форми невротичних розладів у дітей та підлітків, структура девіантної поведінки у різних когорт підліткової популяції, особливості психопатології дітей раннього віку та спрямованість заходів психопрофілактики.

Ключові слова: діти, підлітки, психічне здоров'я

URGENT PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH CARE

E.A. Mikhaylova, T.Yu. Proskurina, N.G. Mikhankovskaya,
D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya

The article presents an analysis of the major problems of mental health in children and adolescents. The basic forms of neurotic disorders in children and adolescents, the structure of deviant behavior in different cohorts of teenage population, some peculiarities of psychopathology in young children and orientation regarding measures psychoprophylactic are considered.

Keywords: children, adolescents, mental health.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

Т. Г. Ветрила

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ СЕМЬИ

Евпаторийская городская больница № 2

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

Ключевые слова: клиничко-соціальний аналіз, сім'я, рівень дисфункціональності, дитина з порушенням психічного розвитку

В последние годы в разных областях специальной педагогики и психологии появились работы, свидетельствующие о необходимости активного изучения всего спектра проблем семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Интерес специалистов не ограничивается теперь лишь методическими вопросами формиро-

вания у детей тех или иных знаний и навыков. Акцент коррекционного воздействия переносится на семью больного ребенка [1 – 6].

В то же время, серьезная работа с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями, направленная на решение их психологических

10. Ульєв А.В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации / А.В. Ульєв // Упр. обществ. и экономич. системами. – М., 2009. – № 1. – С. 1-20.

11. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.

ПРІОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскуріна, Н.Г. Міхановська,
Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська

У статті проаналізовано основні проблеми порушень психічного здоров'я у дітей та підлітків. Описано основні форми невротичних розладів у дітей та підлітків, структура девіантної поведінки у різних когорт підліткової популяції, особливості психопатології дітей раннього віку та спрямованість заходів психопрофілактики.

Ключові слова: діти, підлітки, психічне здоров'я

URGENT PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH CARE

E.A. Mikhaylova, T.Yu. Proskurina, N.G. Mikhankovskaya,
D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya

The article presents an analysis of the major problems of mental health in children and adolescents. The basic forms of neurotic disorders in children and adolescents, the structure of deviant behavior in different cohorts of teenage population, some peculiarities of psychopathology in young children and orientation regarding measures psychoprophylactic are considered.

Keywords: children, adolescents, mental health.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

Т. Г. Ветрила

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ СЕМЬИ

Евпаторийская городская больница № 2

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

Ключевые слова: клиничко-соціальний аналіз, семья, уровень дисфункциональности, ребенок с нарушением психического развития

В последние годы в разных областях специальной педагогики и психологии появились работы, свидетельствующие о необходимости активного изучения всего спектра проблем семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Интерес специалистов не ограничивается теперь лишь методическими вопросами формиро-

вания у детей тех или иных знаний и навыков. Акцент коррекционного воздействия переносится на семью больного ребенка [1 – 6].

В то же время, серьезная работа с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями, направленная на решение их психологических

проблем, в нашей стране находится в начале своего становления.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями, в частности, нарушением психического развития (НПР) становится тяжелым испытанием для всей семьи. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными, их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик.

Целью данной работы, учитывая важность обоих направлений негативного развития семейной системы, стала идентификация клинико-социальных особенностей

семей, воспитывающих ребенка с НПР, для использования полученных результатов при разработке системы их медико-психологического сопровождения.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 на протяжении 2006 – 2010 гг. проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с НПР (129 мальчиков и 71 девочка).

У 77% детей диагностированы нарушения кластера F8 – расстройство психологического развития, у 23% – кластера F7 – умственная отсталость. Нозологическая структура выявленных у детей нарушений представлена на рисунке 1.

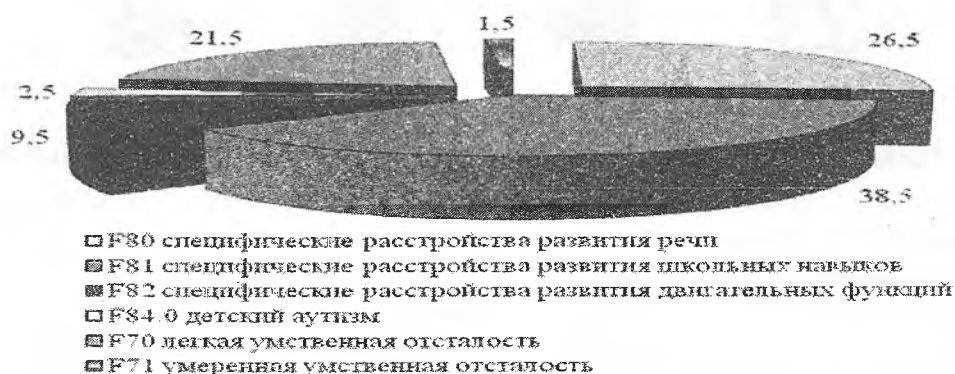


Рис. 1. Нозологическая структура нарушений психического здоровья у детей, %

Исследование проводилось в несколько этапов, последовательность которых отражена на рисунок 2.

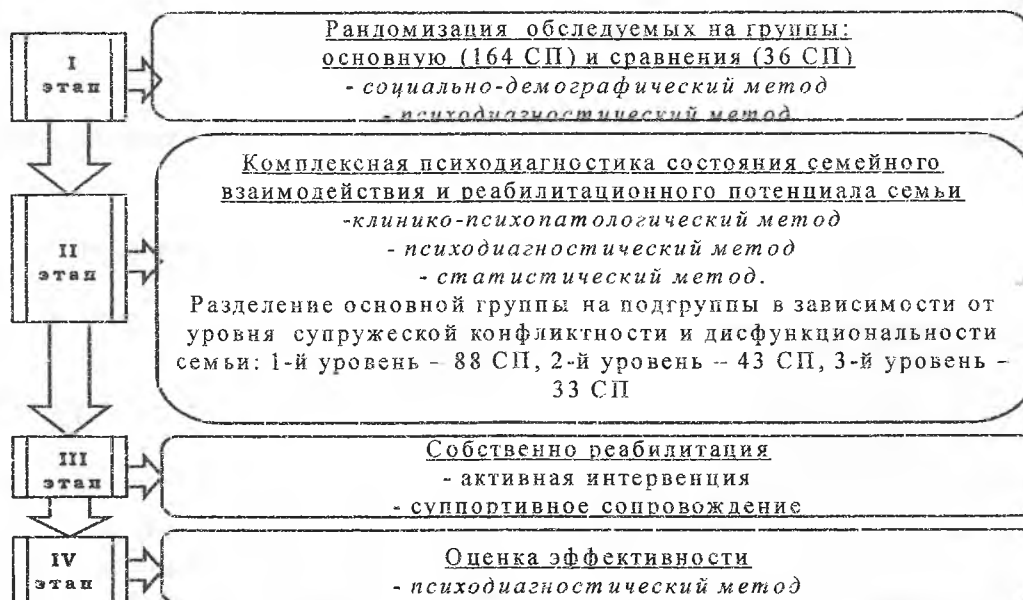


Рис. 2. Этапы исследования

Основным критерием рандомизации обследованных было состояние их семейных отношений. $82 \pm 3,8\%$ семей (164) отмечали наличие напряженности в семейных отношениях, семейных конфликтов, длящихся от 2-3 дней до нескольких недель, приводящих к озлоблению и эмоциональному отчуждению супругов. К тому же, среди супругов данной группы 86,6% жен-

щин и 73,8% мужчин думали о разрыве брака, а 13,4% женщин и 26,2% их мужей даже делали такие попытки, в отличие от $18 \pm 3,8\%$ семей (36), супружеские отношения которых отличались прочностью и отсутствием напряженности. Давность возникновения ухудшения семейных взаимоотношений представлена на рисунке 3.

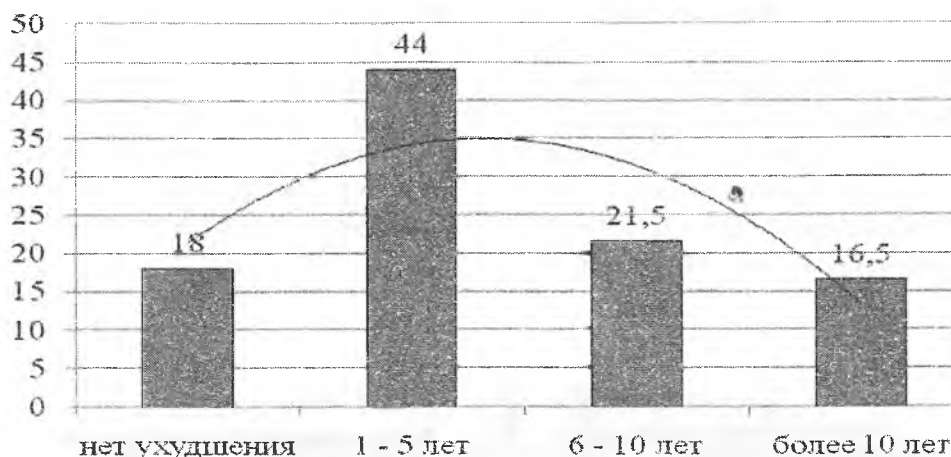


Рис. 3. Давность возникновения ухудшения семейных взаимоотношений, %

На момент обследования эти супружеские пары выявились в той или иной степени неудовлетворенными своими семейными отношениями (результаты исследования по методике В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко) [7]. Показатели удовлетворенности браком среди женщин колебались от «полной неудовлетворенности» до «скорее удовлетворенности, чем неудовлетворенности», а среди мужчин – от «полной неудовлетворенности» до «скорее неудовлетворенности, чем удовлетворенно-

сти». В то же время, члены 36 семей, из общего числа обследованных, продемонстрировали успешность семейных отношений.

Выявленная дифференциация позволила разделить обследованные семьи на две группы – основную (164 семьи) и сравнения (36 семей).

По результатам изучения удовлетворенности браком и функционирования семьи, обследованные СП распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных супружеских пар по результатам изучения удовлетворенности браком, % $\pm m$

Тип семьи	Основная группа, n=164	Группа сравнения, n=36
Абсолютно неблагополучная	20,1 $\pm$ 4,0	–
Неблагополучная	26,2 $\pm$ 4,4	–
Скорее неблагополучная	53,7 $\pm$ 5,0	–
Скорее благополучная	–	33,3 $\pm$ 4,5
Благополучная	–	47,2 $\pm$ 5,0
Абсолютно благополучная	–	19,4 $\pm$ 4,0

Среди семей основной группы благополучных не было, 53,7% составляли скорее неблагополучные, 26,2% – неблагополучные, а 20,1% – абсолютно неблагополуч-

ные семьи. Среди группы сравнения встречались скорее благополучные (33,3%), благополучные (47,2%) и абсолютно благополучные семьи (19,4%). Различия между

группами были статистически значимы ($p \leq 0,01$). Выявленная дифференциация была положена в основу при делении основной группы на подгруппы в зависимости от степени неблагополучия семьи: скорее неблагополучные (I-я степень неблагополучия, 88 семей – 1-я подгруппа), неблагополучные (II-я степень неблагополучия, 43 семьи – 2-я подгруппа), абсолютно неблагополучные (III-я степень неблагополучия, 33 семьи – 3-я подгруппа).

Психодиагностический этап складывался из нескольких последовательных стадий. После рандомизации супругов изучали состояние их психического здоровья. Затем устанавливали индивидуально-личностные характеристики супругов и верифицировали их взаимосвязь со степенью неблагополучия семьи.

После этого объективизировали вид и уровень супружеской конфликтности обследованных СП: конструктивная конфликтность – 36 СП; деструктивная конфликтность – невысокая (88 семей – 1-я подгруппа), средняя (43 семьи – 2-я подгруппа) и высокая (33 семьи – 3-я подгруппа). Полученные результаты подтвердили правильность предварительного деления на подгруппы семей основной группы.

Затем устанавливали особенности родительско-детских отношений и их связь с

уровнем супружеской конфликтности. В дальнейшем исследовали состояние супружеской коммуникации и функционирования семьи с определением уровня их дисфункциональности. В результате комплексной оценки вышеперечисленных параметров делали вывод о типе нарушения семейного взаимодействия каждой конкретной семьи.

На третьем этапе работы непосредственно проводили реабилитационные мероприятия, направленные на нивелирование негативного действия выявленных на психодиагностическом этапе мишеней медико-психологического воздействия. Реабилитационные мероприятия были комплексными и дифференцированными в зависимости от реабилитационного потенциала семьи.

На заключительном этапе работы осуществляли оценку эффективности реабилитационных мероприятий. Об эффективности судили по состоянию: а) психического здоровья и психологического благополучия членов семьи, б) родительско-детских отношений, в) функциональности семьи и семейного взаимодействия.

В ходе I этапа работы установлено, что основная масса обследованных женщин (80%) были в возрасте до 40 лет, мужчин – от 30 до 50 лет (рис. 4).

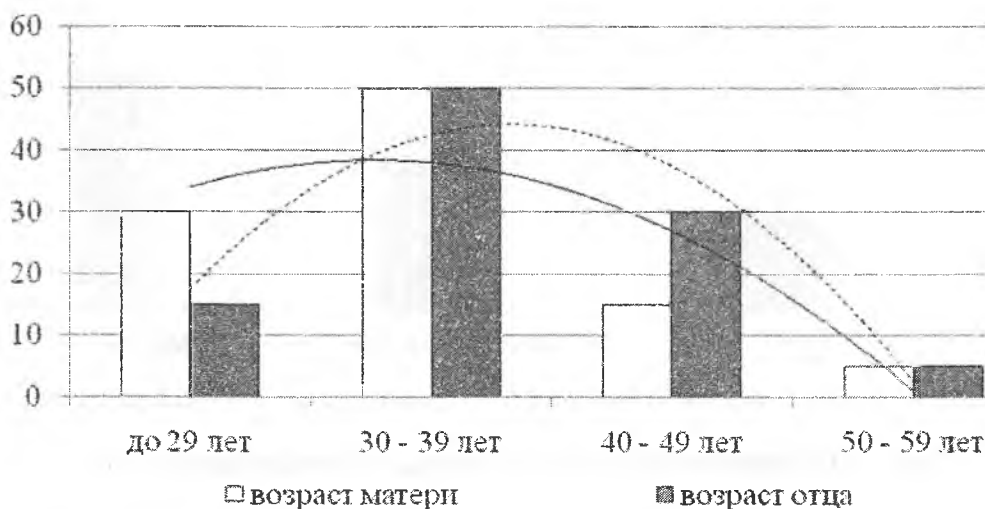


Рис. 4. Распределение обследованных супругов по возрасту, %

Одного ребенка воспитывали 31% семей, двоих – 33%, троих – 28,5%; более трех детей было у 7,5 % обследованных се-

мей (рис. 5). Во всех семьях только один ребенок страдал отклонением в развитии.

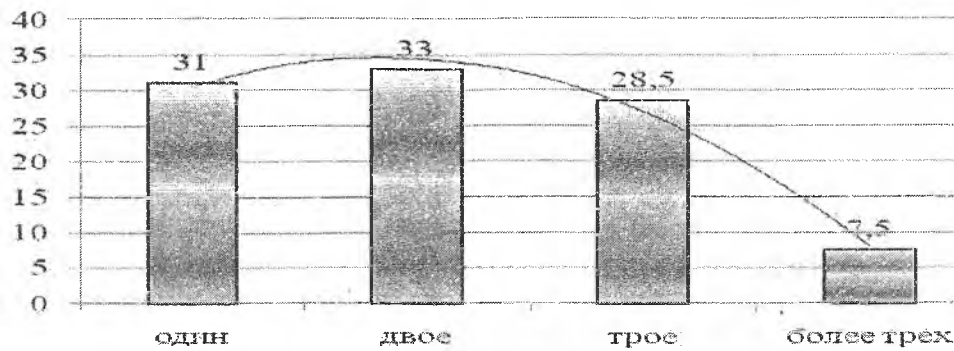


Рис. 5. Количество детей в обследованных семьях, %

Ребенок с НПР был первым по рождению у 49,5% семей, вторым – в 24,5% слу-

чаев, третьим – у 20,5% семей, более чем третьим – в 5,5% случаев (рис. 6).

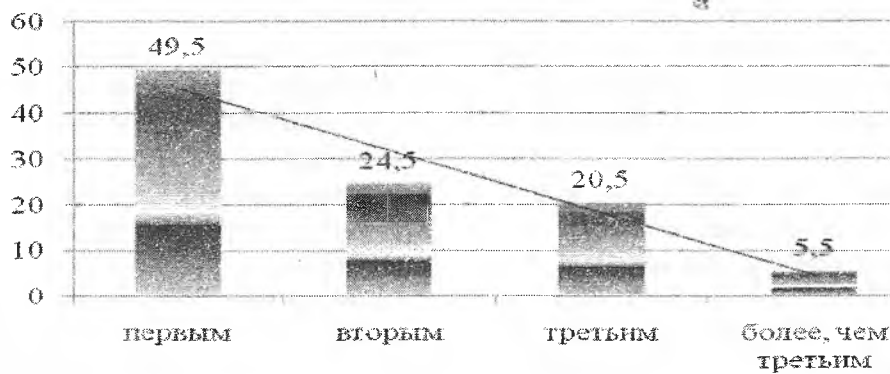


Рис. 6. Очередность рождения ребенка с НПР, %

Все семьи были социально адаптированными. Уровень образования обследованных супругов иллюстрирован рисунком 7, из которого следует, что большинство из

них имели среднее и среднее специальное образование, однако более трети женщин (42,5%) и около половины мужчин (49%), – высшее образование.

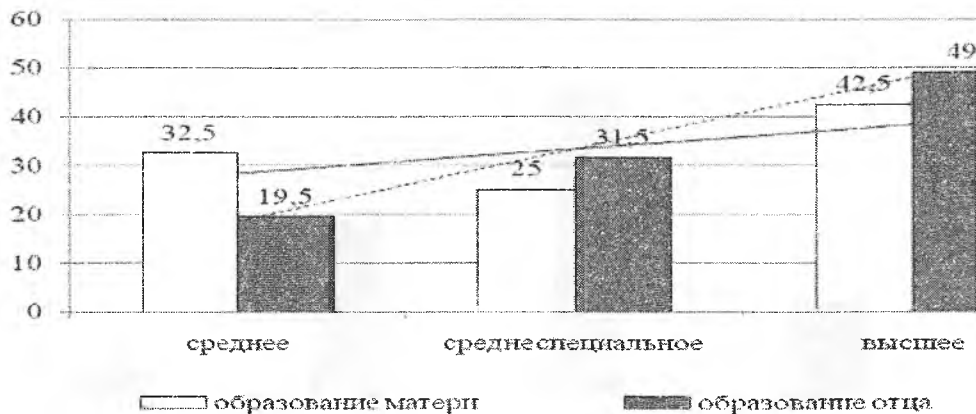


Рис. 7. Образовательный уровень обследованных, %

Собственное жилье имело значительное число семей, остальные проживали совместно с родственниками, в основном с родителями мужа или жены. Материально-

бытовые условия у 22% обследованных были хорошими, большинство (70,5%) оценило их как удовлетворительные, а 7,5% семей – как неудовлетворительные (рис. 8).

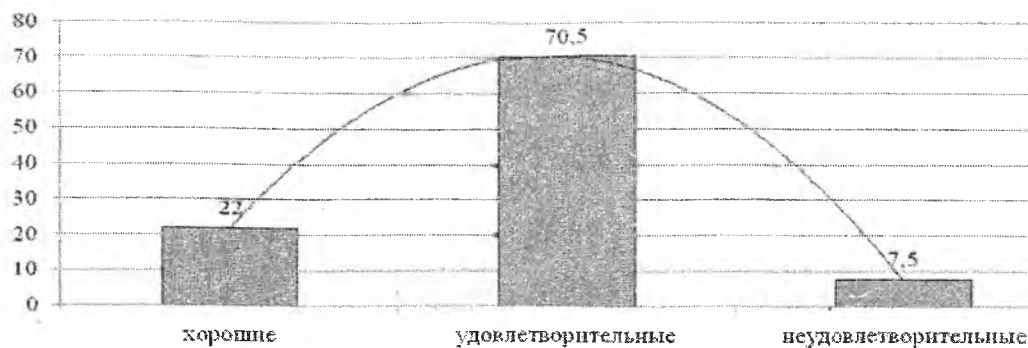
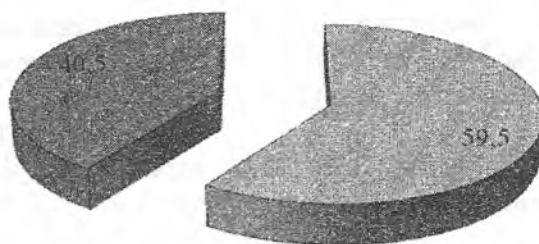


Рис. 8. Материально-бытовые условия обследованных, %

59,5% супругов состояли в первом браке, для 40,5% нынешний брак явился повторным (рис. 9).



■ первый брак ■ повторный брак

Рис. 9. Семейный статус обследованных, %

Стаж супружеской жизни в настоящем браке у 32,5% был до 10 лет, у более чем половины – 53,5% семей – от 11 до 20 лет,

14% имели семейный стаж более 20 лет (рис. 10).

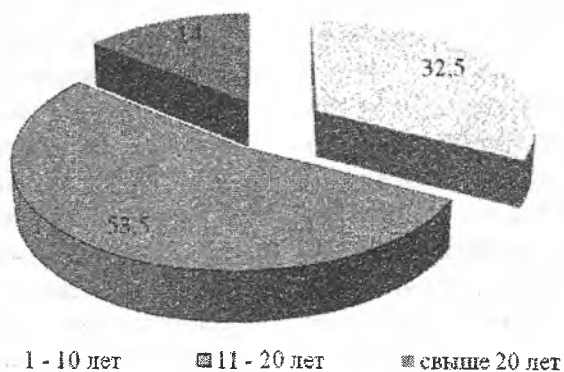


Рис. 10. Стаж семейной жизни обследованных, %

В ходе II этапа работы с применением клинико-психопатологического, психодиагностического и статистического методов

исследования установлены два варианта динамики супружеской коммуникации и функционирования семьи: благоприятный,

характеризующийся адекватной зрелой сплоченной супружеской коммуникацией и успешной реализацией основных функций семьи (группа сравнения, $n=36$), и неблагоприятный, проявляющийся в нарушении функциональности семьи (основная группа, $n=164$).

По второму базовому критерию оценки – супружеской конфликтности – в основной группе было выделено три подгруппы, ранжированные в зависимости от ее глубины и тяжести, имевшие достоверные различия между собой и группой сравнения ($p<0,05$).

Так, в первую подгруппу с невысокой супружеской конфликтностью (первый уровень дисфункциональности) вошли 53,7±5,0% семей основной группы (1-я подгруппа), со средней степенью конфликтности (второй уровень дисфункциональности) – 26,2±4,4% семей (2-я подгруппа), с высокой супружеской конфликтностью (третий уровень дисфункциональности) – 20,1±4,0% семей основной группы (3-я подгруппа).

Сравнительный анализ клинико-социальных характеристик обследованных в зависимости от уровня дисфункциональности семьи, позволил установить следующее.

Среди супругов из семей с высокой супружеской конфликтностью преобладали женщины до 30 (63,6±4,8%), а мужчины – до 40 лет (60,6±4,9%) (рис. 11); с высшим образованием (42,4±4,9% женщин и 57,6±4,9% мужчин) (рис. 12). Среди женщин данной подгруппы преобладали руководители (72,7±4,5%), в то время как среди мужчин было больше исполнителей (54,5±5,0%) (рис. 13). В данной подгруппе обследованных имело место максимально большое количество неудовлетворенных своими материально-бытовыми условиями жизни (36,4±4,8% по сравнению с 7±2,5% супругов со средним уровнем супружеской конфликтности и отсутствием недовольных своим материальным уровнем среди гармоничных семей и супругов с невысокой супружеской конфликтностью). В то же время, среди супругов данной подгруппы было больше, тех, кто оценивал свое материально-бытовое состояние как хорошее, по-

сравнению с семьями из других подгрупп основной группы (27,3±4,5% против 23,3±4,2% супругов со средней и 6,8±2,5% – с невысокой супружеской конфликтностью) (рис. 13).

Основная масса женщин из подгруппы со средней супружеской конфликтностью (2-й уровень) были в возрасте до 39 лет (55,8±5,0%) (рис. 11), имели среднее или средне специальное образование (67,4±4,7%) (рис. 12), среди них руководителей не было вовсе, все 100% были исполнителями (рис. 2.13). Возраст большинства мужчин данной подгруппы (76,7±4,2%) был в рамках от 30 до 49 лет (рис. 2.11), половина (51,2±5,0%) имели высшее образование (рис. 2.12), при этом 67,4±4,7% были руководителями (рис. 13). 69,8±4,6% семей оценили свое материальное положение как удовлетворительное, 23,3±4,2% – как хорошее (рис. 14).

Большинство супругов (63,6±4,8% женщин, и 65,9±4,7% мужчин) с первым уровнем супружеской конфликтности выявились в одной возрастной группе 30 – 39 лет (рис. 11). Образовательный уровень женщин у 50±5,0% выявился высоким, у 30,7±4,6% – средним; среди мужчин высшее образование имели 47,7±5,0%, среднее специальное – 36,4±4,8% (рис. 12) 76,1±4,3% женщин были исполнителями; среди мужчин более половины (55,7±5,0%) выявились руководителями (рис. 13). Подавляющее большинство (93,2±2,5%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное (рис. 14).

Изучение возрастного распределения у супругов группы сравнения показало, что основное количество женщин (72,2±4,5%) были в возрасте до 40 лет, а среди мужчин 83,8±3,7% – в возрасте 30 – 49 лет (рис. 11). Образовательный уровень среди женщин данной группы распределялся приблизительно равномерно (по 36,1±4,8% со средним и высшим, 27,8±4,5% – со средним специальным образованием); среди мужчин наблюдалась схожая тенденция: высшее образование имели 41,7±4,9%, среднее – 30,6±4,6% (рис. 12). В данной группе руководителей было больше среди мужчин (52,8±5,0%), чем среди женщин (33,3±4,7%) (рис. 13). Материально-бытовой уровень в

данной группе выявился самым высоким среди всех обследованных: более половины ($52,8 \pm 5,0\%$) оценили его как хороший, ос-

тальные ($47,2 \pm 5,0\%$) – как удовлетворительный (рис. 14).

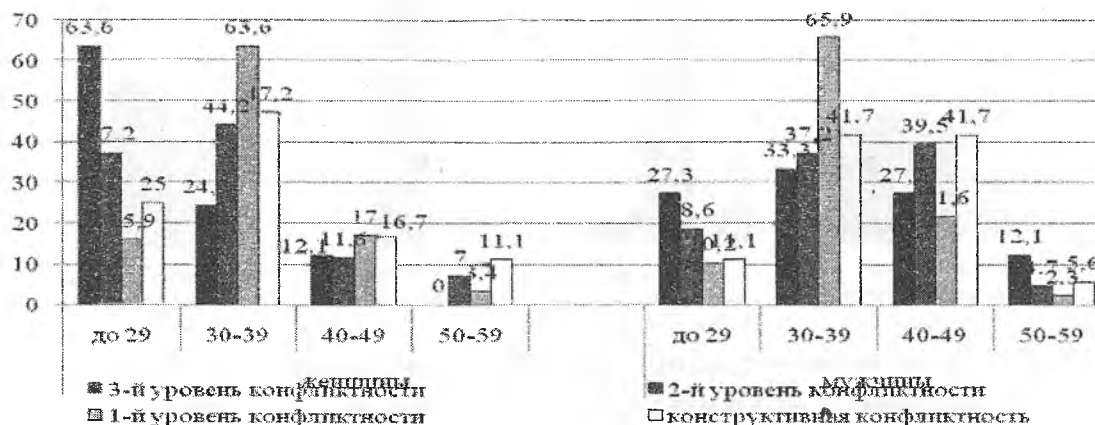


Рис. 11. Возрастное распределение супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

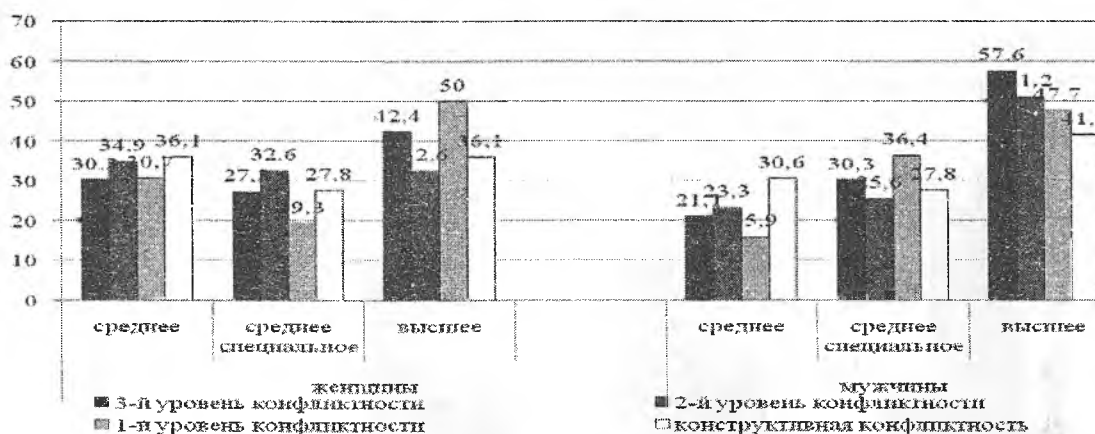


Рис. 12. Распределение образовательного уровня супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

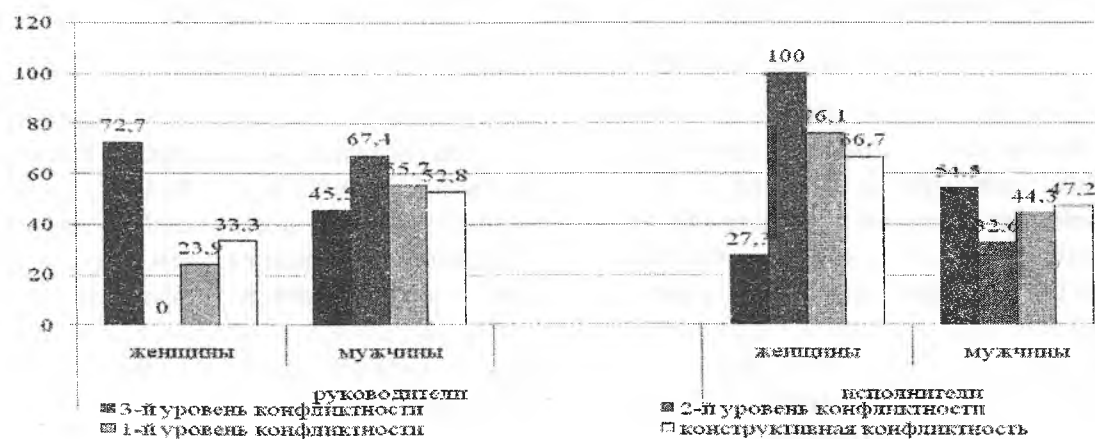


Рис. 13. Социальное положение супругов в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %



Рис. 14. Распределение состояния материально-бытовых условий жизни в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

Более половины ($54,5 \pm 5,0\%$) семей третьей, а также около половины семей ($48,8 \pm 5,0\%$) второй подгрупп воспитывали одного ребенка; у большинства семей ($77,3 \pm 4,2\%$) первой подгруппы было двое

или трое детей; среди семей с гармоничным супружеством $19,4 \pm 4,0\%$ воспитывали более трех детей, у стольких же семей был один ребенок, а $61,1 \pm 4,9\%$ растили двоих или троих детей (рис. 15).

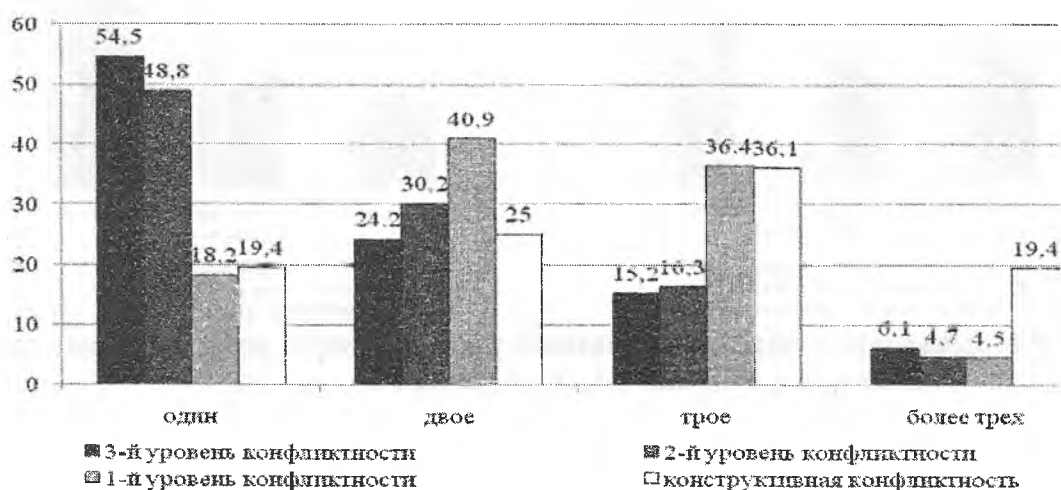


Рис. 15. Количество детей в семьях разных подгрупп, %

Нозологическое распределение нарушения психического здоровья детей было примерно равномерным во всех группах обследованных (рисунок 16): в каждой группе преобладали дети с расстройствами психологического развития; в подгруппе с 3-м уровнем супружеской конфликтности умственная отсталость присуща трети ($33,3 \pm 4,7\%$) детей, в подгруппах со 2-м уровнем супружеской конфликтности и с

гармоничным супружеством количество случаев умственной отсталости было одинаковым ($27,9 \pm 4,5\%$ и $27,8 \pm 4,5\%$, соответственно); меньше всего детей с диагнозом умственной отсталости было в группе с 1-м уровнем супружеской конфликтности (рисунок 16). Дети с диагнозом детского аутизма, в основном, росли в гармоничных семьях (рис. 16).

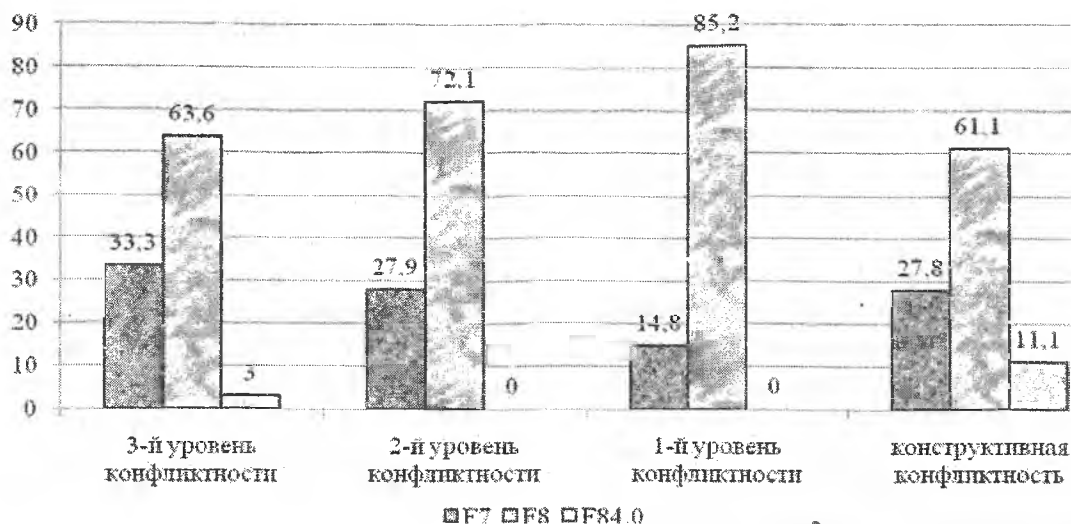


Рис. 16. Распределение нозологических единиц нарушения психического здоровья детей в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

У большинства супругов ($69,7 \pm 4,6\%$) третьей подгруппы стаж семейной жизни не превышал 10 лет; во всех остальных подгруппах преобладали сроки брака от 11 до 20 лет ($46,5 \pm 5,0\%$ семей со 2-м уровнем, $68,2 \pm 4,7\%$ семей с 1-м уровнем супружеской конфликтности и $52,8 \pm 5,0\%$ гармоничных семей) (рисунок 17). Среди тех, кто

прожил вместе более 20 лет, наибольшее количество пар встречалось в группе сравнения ($27,8 \pm 4,5\%$); среди остальных подгрупп наблюдался дрейф данного показателя в сторону уменьшения в зависимости от уровня конфликтности: $13,6 \pm 3,4\%$ семей с 1-м уровнем, $9,3 \pm 2,9\%$ семей со 2-м и только $6,1 \pm 2,4\%$ семей с 3-м уровнем (рис. 17).

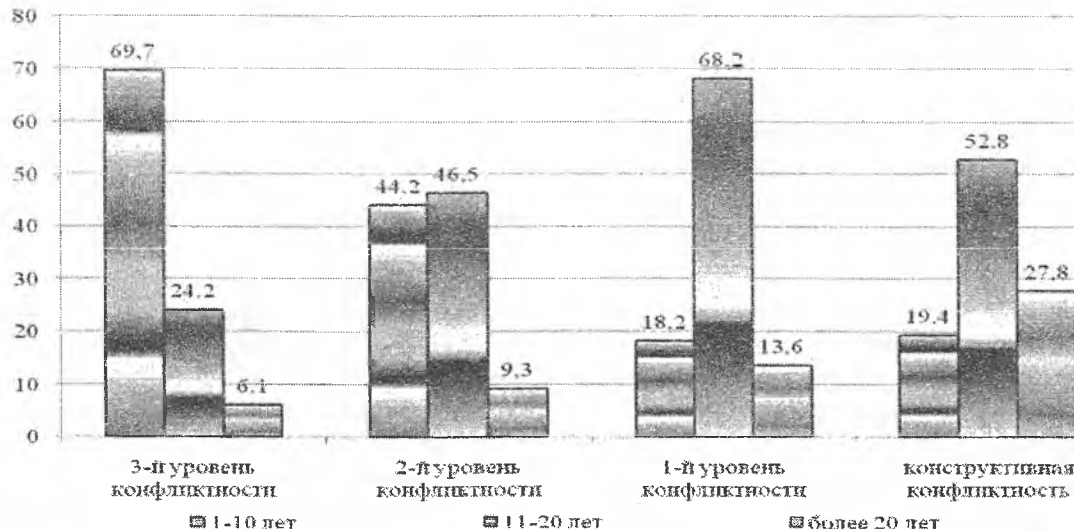


Рис. 17. Стаж семейной жизни в зависимости от уровня супружеской конфликтности, %

Таким образом, в целом, среди контингента семей, воспитывающих ребенка с НПР, преобладают матери до 40 лет со средним или средне-специальным образованием, отцы – в возрасте 30 – 49 лет в большинстве с высшим образованием, удовлетворенные своим материально-бытовыми

условиями жизни со стажем супружества до 20 лет.

Среди супругов с максимально выраженной деструктивной конфликтностью (3-й уровень дисфункциональности) преобладали женщины-руководители с высшим образованием в возрасте до 30 лет, мужчины

ны до 40 лет с высшим образованием, по социальному статусу — преимущественно исполнители, со стажем семейной жизни до 10 лет, с наибольшей амплитудой в оценке своего материально-бытового положения: 1/3 оценивала его как неудовлетворительное, другая 1/3 — как хорошее, остальные — как удовлетворительное.

Среди женщин из подгруппы со средней степенью деструктивной супружеской конфликтности (2-й уровень дисфункциональности) преобладали женщины-исполнители со средним или средне-специальным образованием до 40 лет и мужчины-руководители в возрасте 30 — 49 лет, с высшим или средне-специальным образованием, со стажем супружеской жизни до 20 лет, в основном, удовлетворенные своими материально-бытовыми условиями жизни.

Среди семей с невысокой деструктивной супружеской конфликтностью (1-й уровень дисфункциональности) преобладали супруги в возрасте 30 — 39 лет, с высшим или средне-специальным образованием, среди женщин было больше исполнителей, среди мужчин — руководителей, с удовлетворительными материально-бытовыми условиями жизни и стажем супружества до 20 лет.

Большинство женщин из группы с конструктивной конфликтностью (функциональные семьи) были исполнителями в возрасте до 40 лет, мужчины — руководителями в возрасте до 49 лет, с высоким материальным статусом: более половины оценили его как хороший, остальные — как удовлетворительный, со стажем супружеской жизни от 11 до более 20 лет.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно утверждать, что существует дифференциация клинико-социальных характеристик в зависимости от вида и уровня супружеской конфликтности обследованных семей. Выявленная закономерность стала основанием для выделения в структуре реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ННР, отдельной составляющей, содержа-

щей оценку социально-экономической активности семьи, включающей такие параметры, как материально-бытовые условия жизни, образование и занятость родителей, наличие детей в семье, кроме ребенка с ННР.

Полученные данные положены нами в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения семей, в которых растет ребенок с ННР, так как распределение семей по выраженности реабилитационного потенциала позволило адекватно дифференцировать предложенные медико-психологические мероприятия.

Литература

1. Зайцев Д. В. Роль семьи в социализации и подготовке к взрослой жизни детей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Д. В. Зайцев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. — 2006. — № 3. — С. 49 — 65.
2. Тюрина Н. Ш. Формирование социальной компетентности родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / Н. Ш. Тюрина // Практическая психология и логопедия. — 2006. — № 2. — С. 70 — 73.
3. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. — 2007. — Т. 1, № 2. — С. 3 — 8.
4. Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 91 — 94.
5. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие : Хрестоматия / авторы-составители И. В. Добряков, О. В. Заширинская. — СПб. : Речь, 2007. — 400 с.
6. Ткачева В. В. Особенности диагностической работы с семьями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Коррекционная педагогика : теория и практика. — 2007. — № 5. — С. 63 — 72.
7. Тест-опросник удовлетворенности браком // Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: В 2 т. — М., 2001. — Т. 2. — С. 173 — 179.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ СІМЕЙ,
ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ, В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЮ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ СІМ'Ї**

Т. Г. Ветрила

На основі аналізу клініко-соціальних характеристик 200 сімей, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, встановлена їх диференціація в залежності від виду та рівню їх подружньої конфліктності та дисфункціональності. Зроблено висновок про необхідність врахування соціальних показників життєдіяльності сім'ї при визначенні її реабілітаційного потенціалу.

Ключові слова: клініко-соціальний аналіз, сім'я, рівень дисфункціональності, дитина з порушенням психічного розвитку

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF
FAMILIES RAISING A CHILD WITH VIOLATION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT,
DEPENDING ON THE LEVEL OF FAMILY'S DYSFUNCTIONALITY**

T. Vyetryla

On the base of analysis of clinical and social characteristics of 200 families raising a child with of mental development was set their differentiation depending on the type and level of marital conflicts and dysfunctionality. Was made a conclusion about the necessity to take into account family social life during determination of its rehabilitation potential.

Keywords: clinical analysis of social, family, level of dysfunctionality, child with violation of mental development

УДК: 616.89 - 008.447 - 009.2 - 053.6 - 07

Т.П.Мозговая

**РОЛЬ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В
ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И
РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: подростки, нарушения поведения, органическая патология
головного мозга

Введение

В настоящее время изучение расстройств поведения у подростков заслуживает особого внимания. Причиной послужил наметившийся в последние годы рост психических и поведенческих расстройств среди детского и подросткового населения, развитием алкоголизма, учащением случаев злоупотреблений психоактивными веществами и формированием дезадаптивных форм поведения [1;2;3].

С позиции приближения современной психиатрии к такой глобальной проблеме здравоохранения, как определение социальных и экономических последствий психических заболеваний среди населения,

значимость данных научных исследований существенно возрастает [4;5].

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу мультифакторности происхождения дезадаптивных поведенческих расстройств у детей и подростков [4;5;6]. Среди множества факторов, имеющих значение в развитии гиперкинетических расстройств и расстройств поведения, ведущим считается наличие органического поражения головного мозга как следствие перинатальной патологии, что и явилось предметом нашего изучения. [7].

Цель исследования

Определение роли органической патологии в формировании гиперкинетических

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ СІМЕЙ,
ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ, В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЮ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ СІМ'Ї**

Т. Г. Ветрила

На основі аналізу клініко-соціальних характеристик 200 сімей, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, встановлена їх диференціація в залежності від виду та рівню їх подружньої конфліктності та дисфункціональності. Зроблено висновок про необхідність врахування соціальних показників життєдіяльності сім'ї при визначенні її реабілітаційного потенціалу.

Ключові слова: клініко-соціальний аналіз, сім'я, рівень дисфункціональності, дитина з порушенням психічного розвитку

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS OF
FAMILIES RAISING A CHILD WITH VIOLATION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT,
DEPENDING ON THE LEVEL OF FAMILY'S DYSFUNCTIONALITY**

T. Vyetryla

On the base of analysis of clinical and social characteristics of 200 families raising a child with of mental development was set their differentiation depending on the type and level of marital conflicts and dysfunctionality. Was made a conclusion about the necessity to take into account family social life during determination of its rehabilitation potential.

Keywords: clinical analysis of social, family, level of dysfunctionality, child with violation of mental development

УДК: 616.89 - 008.447 - 009.2 - 053.6 - 07

Т.П.Мозговая

**РОЛЬ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В
ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И
РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: подростки, нарушения поведения, органическая патология
головного мозга

Введение

В настоящее время изучение расстройств поведения у подростков заслуживает особого внимания. Причиной послужил наметившийся в последние годы рост психических и поведенческих расстройств среди детского и подросткового населения, развитием алкоголизма, учащением случаев злоупотреблений психоактивными веществами и формированием дезадаптивных форм поведения [1;2;3].

С позиции приближения современной психиатрии к такой глобальной проблеме здравоохранения, как определение социальных и экономических последствий психических заболеваний среди населения,

значимость данных научных исследований существенно возрастает [4;5].

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу мультифакторности происхождения дезадаптивных поведенческих расстройств у детей и подростков [4;5;6]. Среди множества факторов, имеющих значение в развитии гиперкинетических расстройств и расстройств поведения, ведущим считается наличие органического поражения головного мозга как следствие перинатальной патологии, что и явилось предметом нашего изучения. [7].

Цель исследования

Определение роли органической патологии в формировании гиперкинетических

расстройств и расстройств поведения у подростков.

Материал и методы исследования

Было обследовано три группы -307 подростков мужского пола в возрасте 11-15 лет; первая группа -клиническая - в нее вошли 202 подростка с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения; вторую группу составляли 56 «проблемных» школьников - с отдельными проявлениями расстройств поведения, не достигающих критериев диагностики; третья группа - группа сравнения представлена 49 школьниками-спортсменами с высоким уровнем социальной адаптации.

В структуре методологии исследования наиболее важной, на наш взгляд, является клиническая составляющая, изучение которой включает определение неврологического статуса, особенностей электрофизиологических и нейро-гуморальных характеристик подростков.

Результаты и их обсуждение.

В процессе исследования большинство подростков предъявляли жалобы на общемозговые симптомы: головную боль с характерной для ликворной гипертензии локализацией; головокружение и нехватку воздуха. Данные симптомы значительно чаще наблюдались у подростков клинической группы - 23,67% по сравнению с «проблемными» школьниками - 12,35% и подростками группы сравнения - 5,93%.

Анализ результатов исследования черепно-мозговых нервов свидетельствовал о наличии широкого спектра неврологической симптоматики у всех обследованных подростков. Проведенный сравнительный анализ выявил специфику преобладания неврологических нарушений в контексте межгрупповых различий. У подростков клинической группы наиболее часто наблюдались симптомы нарушений VI пары черепно-мозговых нервов в виде горизонтального нистагма - 72,16% случаев и XII пары - девиация языка отмечалась у 40,12% подростков. Достаточно значимыми были показатели распространенности асимметрии носогубных складок - 21,15% случаев, нарушения зрачковых

рефлексов (вялая реакция на свет и аккомодацию) - у 29,61% подростков и наличие тиков - 14,27%. Нарушение сухожильных рефлексов отмечалось более чем у половины обследованных подростков - 58,19% случаев, преобладание частоты их асимметрии и усиления свидетельствовали о эмоциональной неустойчивости подростков.

Паттерн неврологических симптомов «проблемных» школьников во многом дублировал проявления у подростков клинической группы, при этом чаще отмечались нарушения зрачковых рефлексов - 73,85% случаев, горизонтальный нистагм - 62,18%, асимметрия носогубных складок - 45,75% случаев и девиация языка у 34,39% подростков. Нарушения сухожильных рефлексов, выявленные у 82,54% подростков, косвенно свидетельствовали о проблемности школьников.

Среди подростков группы сравнения симптомов нарушения ЦНС наблюдалось меньше. Преобладали нарушения в виде горизонтального нистагма - 50,06% случаев, асимметрия носогубных складок - 41,34% и девиация языка у 21,45% подростков. Отклонения со стороны сухожильных рефлексов отмечались у 43,17% подростков.

Таким образом, выявленные у обследованных подростков нарушения свидетельствуют о структурной и функциональной несостоятельности головного мозга, что позволяет рассматривать как предрасполагающую почву для формирования гиперкинетических и поведенческих расстройств.

Литература

1. Ю.А. Александровский. Подходы к профилактике и терапии пограничных психических расстройств. //Международный медицинский журнал. -2003. -№1. -С.42-44.
2. В.С. Підкоритов. Стан та перспективи напрямки наукових досліджень з психіатрії у 2002-2007 рр. //Архів психіатрії. -2002.-№3 (30). -С16-20.
3. Б.В. Михайлов. Клиника и принципы терапии соматоформных расстройств // Международный медицинский журнал. -2003. -№1. -С.45-49.

4. Гавенко В.Л. Проблемы надання психіатричної допомоги підліткам, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи //Експериментальная и клиническая медицина. -2000. -№3. -С.66-67.

5. Багалеї Е.М. Профілактика соціальної дезадаптації у дітей і підлітків з порушеними формами поведінки. //Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. Харків. -2001.-С10-11.

6. Л.Н. Юрьева, Л.Б. Чудакова, О.Е. Ефимов. Лечебно-реабилитационные мероприятия для детей и подростков с нарушенными формами поведения. //Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. Харків. -2001. -С.104-105.

7. И.Б. Даценко. Минимальная мозговая дисфункция и эмоционально-поведенческие расстройства у детей и принципы их дифференцированной коррекции. /Международный медицинский журнал.-2007.-Т. 13, №1.-С.28-35.

РОЛЬ ОРГАНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ФОРМУВАННІ ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Т.П. Мозгова

У роботі, з позиції порушень нейрогенезу та пошкодженого впливу на центральну нервову систему у постнатальному періоді виявлен спектр неврологічних симптомів та нейрофізіологічних відхилень, що може бути розглянуто як предиспонуруюче підґрунтя для формування гіперкінетичних розладів та розладів поведінки у підлітків.

Ключові слова: підлітки, порушення поведінки, органічна патологія головного мозку

ROLE OF ORGANIC PATHOLOGY OF BRAIN IN FORMING OF HYPERKINETIC DISORDERS AND DISORDERS OF BEHAVIOUR AMONG ADOLESCENTS

Т.Р. Mozgovaya

From the position of transgressions of neurogenesis and damaging influence on central nervous system in postnatal period in the work was found spectrum of neurological symptoms and neurophysiological deviation, which can look like predisposition for forming of hyperkinetic disorders and disorders of behaviour among adolescents.

Keywords: adolescents, disorders of behaviour, organical pathology of brain

УДК: 616.89-008.454-053.2/.5

Т.Ю. Проскурина, Е.А. Михайлова, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская,

В.С. Кудь, Е.П. Исаева

ПРОГНОЗ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: невротическая депрессия, дети, прогноз

Специфика первых депрессивных состояний у подростков остается одной из актуальных и неизученных проблем детской психиатрии. Полиморфизм психопатологических симптомов в сочетании с изоморфизмом, рудиментарностью и незавершенностью, тесная связь с соматическими расстройствами и поведенческими нарушениями

создают большие трудности для выявления и правильной квалификации депрессивных состояний [1-6].

Особую актуальность имеет определение критериев дифференциальной диагностики и прогноза первых депрессивных эпизодов, так как нередко различные психические заболевания в подростковом возрасте

4. Гавенко В.Л. Проблемы надання психіатричної допомоги підліткам, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи //Експериментальная и клиническая медицина. -2000. -№3. -С.66-67.

5. Багалеї Е.М. Профілактика соціальної дезадаптації у дітей і підлітків з порушеними формами поведінки. //Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. Харків. -2001.-С10-11.

6. Л.Н. Юрьева, Л.Б. Чудакова, О.Е. Ефимов. Лечебно-реабилитационные мероприятия для детей и подростков с нарушенными формами поведения. //Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків. Матеріали науково-практичної конференції. Харків. -2001. -С.104-105.

7. И.Б. Даценко. Минимальная мозговая дисфункция и эмоционально-поведенческие расстройства у детей и принципы их дифференцированной коррекции. /Международный медицинский журнал.-2007.-Т. 13, №1.-С.28-35.

РОЛЬ ОРГАНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ФОРМУВАННІ ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Т.П. Мозгова

У роботі, з позиції порушень нейрогенезу та пошкодженого впливу на центральну нервову систему у постнатальному періоді виявлен спектр неврологічних симптомів та нейрофізіологічних відхилень, що може бути розглянуто як предиспонуруюче підґрунтя для формування гіперкінетичних розладів та розладів поведінки у підлітків.

Ключові слова: підлітки, порушення поведінки, органічна патологія головного мозку

ROLE OF ORGANIC PATHOLOGY OF BRAIN IN FORMING OF HYPERKINETIC DISORDERS AND DISORDERS OF BEHAVIOUR AMONG ADOLESCENTS

Т.Р. Mozgovaya

From the position of transgressions of neurogenesis and damaging influence on central nervous system in postnatal period in the work was found spectrum of neurological symptoms and neurophysiological deviation, which can look like predisposition for forming of hyperkinetic disorders and disorders of behaviour among adolescents.

Keywords: adolescents, disorders of behaviour, organical pathology of brain

УДК: 616.89-008.454-053.2/.5

Т.Ю. Проскурина, Е.А. Михайлова, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская,

В.С. Кудь, Е.П. Исаева

ПРОГНОЗ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: невротическая депрессия, дети, прогноз

Специфика первых депрессивных состояний у подростков остается одной из актуальных и неизученных проблем детской психиатрии. Полиморфизм психопатологических симптомов в сочетании с изоморфизмом, рудиментарностью и незавершенностью, тесная связь с соматическими расстройствами и поведенческими нарушениями

создают большие трудности для выявления и правильной квалификации депрессивных состояний [1-6].

Особую актуальность имеет определение критериев дифференциальной диагностики и прогноза первых депрессивных эпизодов, так как нередко различные психические заболевания в подростковом возрасте

манифестируют сходными депрессивными расстройствами. Проблема прогнозирования развития невротической депрессии в литературе практически не освещена, что явилось предпосылкой для выявления прогностических критериев и разработки таблицы прогноза ее течения у подростков.

Целью данной работы явилось определение прогноза течения невротической депрессии у подростков.

Были проведены долгосрочные клинические наблюдения за 111 больными с невротической депрессией, которые продолжались в течение двух лет. Определяли прогностическую значимость анамнестических, клинических (клиническая матрица невротической депрессии), психологических паттернов с помощью тестов В.М. Бойко; патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко, К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, тестов Люшера, Р. Кеттелла, тестов качества жизни J. Mezzich et al.. В структуре невротического конфликта анализировались следующие составляющие: актуальность конфликта, уровень его выраженности, направленность конфликта и тип его течения. Анализ невротического конфликта включал определение зон действия психотравмирующих факторов в сферах мотивации психологических установок и поведенческого реагирования. Как известно, напряженность конфликта характеризуется дефицитом актуальной информации, в которой подросток находится, что особенно важно в формировании затяжных хронических форм невротической депрессии. Учитывали данные нейрофизиологических, гормональных и социальных факторов в отношении характера течения невротической депрессии у подростков. Анализировались и такие показатели как уровень церебральной органической недостаточности, наличие соматической патологии. Учитывая сложность, динамизм, полиморфизм невротической депрессии у подростков, особенно существенным было изучение роли катехоламинергической и серотонинергической систем и анализ уровня мелатонина в формировании невротической депрессии. Анализ динамики невротической депрессии показал, что клиническое выздоровление с нормализа-

цией социального функционирования зарегистрировано у 26,8% больных; клиническое выздоровление с сохранением социальной дезадаптации - 47,5%; отсутствие клинического выздоровления и улучшения социального функционирования - 25,7%.

Для выделения критериев прогноза течения невротической депрессии у подростков был разработан прогностический алгоритм. Использована методика последовательной процедуры Вальда с определением информированности признаков с помощью критерия Кульбака, который позволяет количественно оценить полученные отклонения и меру их прогностической выраженности. Прогностическая таблица была составлена с учетом 37 значимых параметров клинических, социопсихологических, анамнестических, нейрогормональных критериев формирования невротической депрессии у подростков. Расчет индивидуального прогноза для больного с невротической депрессией, который впервые обратился к врачу, базировался на простом раздельном сопоставлении позитивных и негативных прогностических коэффициентов. Пороговый коэффициент со знаком "+" свидетельствует о позитивном прогнозе, а со знаком "-" – об условно негативном прогнозе. При принятии пятипроцентного уровня ошибок ($p < 0,05$), порог решения для условно позитивного прогноза становился равным +13, а для условно негативного прогноза – -13. При достижении прогностического порога +13 и больше или -13 и меньше, решали вопрос относительно прогноза. Если в процессе определения прогностических коэффициентов не было достигнуто ни одного из двух порогов, то делается вывод – "неопределенный ответ". При этом необходимо продлить обследование подростка с невротической депрессии для получения дополнительной информации или рекомендовать наблюдение за больным на протяжении 2-3 месяцев, которое позволит определить определенный прогностический ответ. Выделены два типа течения невротической депрессии – условно благоприятный и условно неблагоприятный.

При условно благоприятном течении во время динамического наблюдения уменьшалось количество жалоб, улучшалось са-

мочувствие, нормализовалось социальное функционирование (в семье, школе, обществе). При неблагоприятном варианте течения невротической депрессии у подростков, несмотря на проведенный курс терапии, сохранялись или нарастали жалобы на апатию, сниженное настроение, нарушение сна, сохранялась напряженность конфликта и высокие уровни стресса, тревоги, депрес-

сии, нарушение социального функционирования.

Результаты проведенного нами исследования позволили выделить и систематизировать ряд признаков, которые имеют высокую информативность в прогнозировании развития благоприятных и неблагоприятных форм невротической депрессии (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-психологические прогностические критерии течения невротической депрессии у подростков

Признак	Градация/тип признаков	ПК	Информативность
1	2	3	4
Клинико-психопатологический симптомокомплекс			
Снижение памяти	есть	-2,14	0,23
	нет	1,66	0,18
Трудности в концентрации внимания	есть	-3,39	0,50
	нет	2,17	0,32
Снижение фона настроения	есть	-4,64	1,11
	нет	4,39	1,05
Апатия	есть	-1,17	0,08
	нет	1,08	0,07
Девиянтное поведение	есть	-3,39	0,50
	нет	2,17	0,32
Возбудимость	есть	-2,14	0,23
	нет	1,66	0,18
Моторная заторможенность	есть	-5,82	1,37
	нет	-1,84	0,26
Идеаторная заторможенность	есть	-5,15	0,98
	нет	2,63	0,50
Снижение аппетита	есть	-4,06	0,78
	нет	3,14	0,61
Снижение интереса к происходящим событиям	есть	-4,36	1,25
	нет	8,65	2,49
Тревожность	есть	-1,35	0,08
	нет	0,87	0,05
Утомляемость	есть	-2,14	0,23
	нет	1,66	0,18
Раздражительность	есть	-2,63	0,40
	нет	2,81	0,43
Диссомнии	есть	-4,64	1,11
	нет	4,39	1,05
Характеристика невротического конфликта			
Компонентность	- витальная	-2,81	0,43
	- сексуальная	-5,15	0,89
	- компонент личностных ценностей	-0,38	0,01
Степень выраженности	- высокая	-1,35	0,08
	- средняя	-2,60	0,27
	- низкая	0,41	0,01
Направленность конфликта	- межличностная	-5,61	1,85
	- внутриличностная	1,08	0,07
	- смешанная	-3,39	0,83
Тип течения конфликта	- острый	-5,82	1,37
	- затяжной	-1,84	0,26

	- хронический	0,00	0,00
Тип социогаммы семьи	- гармоничный	8,65	2,49
	- негармоничный	-4,36	1,25
	- не выраженная	5,64	1,37
Степень выраженности церебрально-органической патологии	- умеренно выраженная	-3,90	0,95
	- выраженная	0,00	0,00
	- не имеет	3,85	1,10
Коморбидная соматическая патология	- зоб	-5,15	1,46
	- системная дисплазия соединительной ткани	-3,39	0,67
	- другая	-2,63	0,40
Психологические признаки			
Стресс	- отсутствует	4,02	1,11
	- низкий уровень	-1,84	0,20
	- средний уровень	-4,06	0,78
	- высокий уровень	-0,89	0,23
Тревога	- отсутствует	4,39	1,05
	- низкий уровень	-1,38	0,05
	- средний уровень	-4,36	1,25
	- высокий уровень	-1,66	0,18
Уровень депрессии	- отсутствует	0,00	0,00
	- минимальная	-2,14	0,23
	- умеренная	-3,39	0,83
	- выраженная	-5,82	1,37
Наличие акцентуации характера	- отсутствует	0,00	0,00
	- гипертимная	0,00	0,00
	- эпилептоидная	0,00	0,00
	- циклоидная	-4,36	1,25
	- другая	-1,89	0,27

Среди клинических признаков условно неблагоприятного типа течения невротической депрессии выделены симптомы моторной (ПК = -5,82) и идеаторной (ПК = -5,15) заторможенности, снижения интереса к происходящим событиям (ПК = -4,36), апатии со снижением интереса к действию и социальному функционированию (ПК = -4,36), трудности в концентрации внимания (ПК = -3,39), снижения энергии, памяти (ПК = -2,14), девиантность поведения (ПК = -3,39).

Клинико-динамические наблюдения за подростками с невротической депрессии с неблагоприятным типом течения позволили установить у 68,2 % поведенческие паттерны – тревожное, аутистичное (стремление к социальной изоляции) и аутоагрессивное поведение.

Невротический конфликт был преимущественно в зоне сексуальной сферы (ПК = -5,15) с межличностной направленностью конфликта (ПК = -5,61), преимущественно острым типом течения конфликта (ПК = -5,82). Выделена значимость типа социогра-

ммы семьи (деструктивный) (ПК = -4,36). Для современных подростков с неблагоприятным типом течения невротической депрессии явилось наличие коморбидности с эндокринопатией – зобом (ПК = -5,15), высокий коэффициент депрессии (от 68 до 87 баллов) (ПК = -5,82), средний уровень стресса (ПК = -4,06), циклоидный тип акцентуации характера (ПК = -4,36).

Для условно благоприятного типа течения невротической депрессии наиболее информативными признаками были отсутствие сниженного фона настроения (ПК = +4,39), расстройств сна (ПК = +4,39), соматических жалоб (ПК = +3,85), возбудимости (ПК = +1,66), трудностей в концентрации внимания (ПК = +2,17), девиантного поведения (ПК = +2,17), внутриличностная направленность конфликта (ПК = +1,08).

Среди психологических признаков, существенны в формировании благоприятного типа невротической депрессии у подростков было отсутствие стресса (ПК = +4,02) и тревоги (ПК = +4,39).

При прогнозировании благоприятного течения депрессивных расстройств у мальчиков подростков среди нейрогормональных показателей выделены: уровни дофамина (ПК = 10,92), 5-оксииндолуксусной кислоты (ПК = 9,16), серотонина (ПК = 6,94), мелатонина (ПК = 6,94), адреналина (ПК = 6,15), норадреналина (ПК = 5,48), β -эндорфинов (ПК = 4,90), экскреции диоксифенилаланина (ПК = 3,14), соответствующие показателям возрастной нормы (таблица 2).

Условно прогностически неблагоприятными признаками для мальчиков относительно течения депрессивных расстройств следует считать наличие: сниженного уровня экскреции диоксифенилаланина (ПК = -2,47), дофамина (ПК = -0,67), норадреналина (ПК = -1,05), адреналина (ПК = -0,50), серотонина (ПК = -3,01) и 5-оксииндолуксусной кислоты (ПК = -1,76), повышенный уровень экскреции мелатонина (ПК = -3,72).

Таблица 2

Лабораторные прогностические критерии течения невротической депрессии у подростков

Признак	Градация признака	Пол больных			
		мальчики		девочки	
		ПК	Информативность	ПК	Информативность
Диоксифенилаланин, нмоль/сут	- повышенный	0,00	0,00	4,65	0,64
	- нормальный	2,51	0,35	2,34	0,07
	- сниженный	-2,47	0,35	-1,55	0,17
Дофамин, нмоль/сут	- повышенный	0,00	0,00	-1,05	0,04
	- нормальный	2,34	0,07	1,96	0,05
	- сниженный	-0,67	0,04	-0,20	0,01
Норадреналин, нмоль/сут	- повышенный	0,00	0,00	-1,05	0,02
	- нормальный	2,30	0,17	4,97	0,48
	- сниженный	-1,05	0,07	-1,05	0,08
Адреналин, нмоль/сут	- повышенный	-1,05	0,01	1,96	0,05
	- нормальный	1,05	0,03	1,96	0,10
	- сниженный	-0,50	0,02	-1,05	0,08
Серотонин, мкмоль/л	- повышенный	0,00	0,00	-0,59	0,03
	- нормальный	1,76	0,10	1,96	0,05
	- сниженный	-3,01	0,17	-1,96	0,05
5-оксииндолуксусная кислота, мкмоль/сут	- повышенный	-0,28	0,01	-5,05	1,39
	- нормальный	1,25	0,03	6,99	1,40
	- сниженный	-1,76	0,07	-3,98	0,30
Мелатонин, нмоль/сут	- повышенный	-3,72	0,23	-1,38	0,09
	- нормальный	0,71	0,01	3,39	0,33
	- сниженный	-1,05	0,08	-0,87	0,03
β -эндорфины, нг/мл	- повышенный	0,00	0,00	0,00	0,00
	- нормальный	0,00	0,00	0,00	0,00
	- сниженный	0,00	0,00	-0,97	0,10

Анализ прогностических критериев условно негативного течения невротической депрессии у девочек-подростков показал, что эти показатели достоверно не отличались от таковых показателей у мальчиков: сниженные уровни серотонина (ПК = -1,96), экскреции диоксифенилаланина (ПК = -1,55), норадреналина (ПК = -1,05), адреналина (ПК = -1,05), β -эндорфинов (ПК = -0,97), дофамина (ПК = -0,20), а также повышенные уровни 5-оксииндолуксусной кислоты (ПК = -5,05) и мелатонина (ПК = -1,38).

Выявленные варианты течения невротической депрессии у подростков требуют различных направлений в лечении, реабилитации, формировании программ медико-психологического сопровождения. Использование прогностического алгоритма невротической депрессии в практике детского психиатра обеспечивает профилактику прогрессирования невротической болезни.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. – Харьков: АРСИС, 2000. – 160 с.
3. Чабан О.С. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория. – Тернополь: Збруч. – 1997. – 162 с.
4. Пишук Н.Г., Стукан Л.В. Характеристика индивидуально-психологических особенностей личности подростков с социальными фобиями // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2006 - № 1 (9). – С. 80-82.
5. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Москва-Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. – 303 с.

ПРОГНОЗ НЕВРОТИЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ

Т.Ю. Проскуріна, Е.А. Михайлова, Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська,

В.С. Кудь, О.П. Ісаєва

У роботі представлено алгоритм прогнозу сприятливого і несприятливого варіантів перебігу невротичної депресії у дітей

Ключові слова: невротична депресія, діти, прогноз

PREDICTION OF NEUROTIC DEPRESSION AMONG CHILDREN

T.Yu. Proskurina, E.A. Mikhaylova, D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya,

V.S. Kud, E.P. Isaeva

The article presents an algorithm for prediction of favorable and unfavorable variants of neurotic depression among children

Keywords: neurotic depression, children, prediction

УДК: 616.85 + 616.89-008.442

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук

ДИССОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: невротические расстройства, подростки, пенитенциарная система, нарушения цикла сон-бодрствование

В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту непсихотической психической патологии в структуре психопатологии детского и подросткового возраста. При этом отмечается значительный патоморфоз клинической картины неврозов и динамики их течения. (2;6)

Актуальными являются вопросы изучения клинико-психопатологических осо-

бенностей невротических расстройств у подростков, в связи с недостаточной их изученностью и патоморфозом современных проявлений данной патологии. (3; 4)

В настоящее время в нашей стране наблюдается рост психических расстройств в подростковых пенитенциарных учреждениях, более 90% несовершеннолетних заключенных страдают той или иной формой

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. – Харьков: АРСИС, 2000. – 160 с.
3. Чабан О.С. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория. – Тернополь: Збруч. – 1997. – 162 с.
4. Пишук Н.Г., Стукан Л.В. Характеристика индивидуально-психологических особенностей личности подростков с социальными фобиями // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2006 - № 1 (9). – С. 80-82.
5. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Москва-Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. – 303 с.

ПРОГНОЗ НЕВРОТИЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ

Т.Ю. Проскуріна, Е.А. Михайлова, Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська,

В.С. Кудь, О.П. Ісаєва

У роботі представлено алгоритм прогнозу сприятливого і несприятливого варіантів перебігу невротичної депресії у дітей

Ключові слова: невротична депресія, діти, прогноз

PREDICTION OF NEUROTIC DEPRESSION AMONG CHILDREN

T.Yu. Proskurina, E.A. Mikhaylova, D.A. Mitelyov, T.N. Matkovskaya,

V.S. Kud, E.P. Isaeva

The article presents an algorithm for prediction of favorable and unfavorable variants of neurotic depression among children

Keywords: neurotic depression, children, prediction

УДК: 616.85 + 616.89-008.442

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук

ДИССОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: невротические расстройства, подростки, пенитенциарная система, нарушения цикла сон-бодрствование

В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту непсихотической психической патологии в структуре психопатологии детского и подросткового возраста. При этом отмечается значительный патоморфоз клинической картины неврозов и динамики их течения. (2;6)

Актуальными являются вопросы изучения клинико-психопатологических осо-

бенностей невротических расстройств у подростков, в связи с недостаточной их изученностью и патоморфозом современных проявлений данной патологии. (3; 4)

В настоящее время в нашей стране наблюдается рост психических расстройств в подростковых пенитенциарных учреждениях, более 90% несовершеннолетних заключенных страдают той или иной формой

психической патологии, причем у 87% обнаруживаются невротические расстройства. (1;5)

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, цель которого изучение диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы.

Материал и методы

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 317 подростков обоего пола (183 мальчика и 134 девочки) в возрасте 12-17 лет, совершивших правонарушения и находящихся в учреждениях пенитенциарной системы Харьковской, Донецкой и Сумской областей.

У 207 подростков (89 девочек и 118 мальчиков) выявлены психические расстройства непсихотического регистра соответствующие рубрике МКБ - 10 F40 -F48 - невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства.

Контрольную группу составили 86 подростков, обоего пола (37 девочек и 49 мальчиков) находящихся на обследовании и лечении в детском психиатрическом отделении ХГКПБ № 3 с диагнозом укладывающимся в рубрику F40 - F48 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Результаты и обсуждение

На основании данных клинического обследования подростков, находящихся в местах лишения свободы установлено, что структура невротических расстройств представлена депрессивными (P43.20 кратковременная депрессивная реакция, B.43.21 - смешанная тревожно-депрессивная реакция) - 28,2±3,1% обследованных, диссоциативными (конверсионными) расстройствами (P44.7 - смешанные диссоциативные расстройства) - 26,3±3,1%, неврастений (P48.0) - 23,9±2,9% и обсессивно-компульсивными расстройствами (P42) - 21,6±2,8%. Которые в свою очередь имеют свою специфику и варианты течения.

В клинической картине депрессивных расстройств у несовершеннолетних правонарушителей наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски,

астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. В ряде случаев отмечались кратковременные бурные реакции на незначительные эмоциональные события, несоответствие эмоциональных реакций ситуации. На основе данных клинико-психопатологического исследования были выделены следующие варианты депрессивных расстройств: тревожный (44,2±3,4% подростков основной и 39,4±5,2% контрольной групп), неврастенический (38,9±3,4% и 41,1±5,3% соответственно), астено-апатический (9,7%±2,1 подростков основной и 11,1 ±3,3% контрольной групп) и меланхолический (7,3%±1,8 и 8,4±2,9% соответственно).

При тревожном варианте депрессии отмечается сниженный фон настроения, раздражительность, гипересезии, чувство тоски, тревоги, внутреннего напряжения, беспокойства с невозможностью расслабиться, истерические проявления. Неврастенический вариант включал в себя наряду с аффектом тоски и тревоги, разнообразные страхи и опасения, астенические проявления и вегетативные пароксизмы. Астено-апатический - характеризовался повышенной утомляемостью, вялостью, истощаемостью, бездеятельностью, равнодушием, отсутствием интереса к общению со сверстниками на фоне сниженного фона настроения, раздражительности, повышенной восприимчивости к ранее нейтральным раздражителям, апатии. Меланхолический вариант - сниженным фоном настроения, аффектом тоски, частыми лагримальными реакциями, мыслями о собственной малоценности, идеями самообвинения и самоуничтожения, психомоторной заторможенностью, ипохондрическими проявлениями, соматовегетативные расстройства.

В клинической картине диссоциативных (конверсионных) расстройств преобладают Аффективные истероневротические реакции в виде всплесков ярости, обидчивости, демонстративности, угроз и оскорблений, аффективных разрядов с демонстративно-шантажными суицидальными поступками с расчетом «игры на публику». Одними из постоянных жалоб являются головные боли, чаще локализованные в области лба, виска, темени, сопровождающиеся

чувством жжения, «ползания мурашек», либо по типу «истерического гвоздя», на фоне появления шума и звона в ушах, головокружения.

Астенический симптомокомплекс, имеющий специфику протекания, характеризующуюся диссоциацией между предъявляемыми жалобами на астенические проявления и действительными объективными данными клинического наблюдения. Так больные при жалобах на быструю утомляемость, слабость были способны совершить большой объем работы, особенно при наличии положительно окрашенного стимула.

Двигательные расстройства, проявляющиеся в виде гиперкинезов или непроизвольных движений (дрожь, вздрагивание). Гиперкинезы носят характер тиков, тремора конечностей, блефароспазма, зависят от эмоционального состояния, временно ослабевают или исчезают при переключении внимания.

Сенсорные нарушения, проявляющиеся расстройствами поверхностной болевой чувствительности по геми - типу либо болевыми ощущениями в различных частях тела. Распределение этих нарушений носит произвольный характер и представлено в виде «носков, чулок, перчаток, жилетки либо пояса». Ярко выраженными были вегетативные пароксизмы, начинающиеся с неустойчивости настроения, неприятных ощущений в области эпигастрия, «кратковременной остановки дыхания» с элементами ларингоспазма, выраженных парестезии. Типичным для этих пароксизмов явилось наличие чувства «комка в горле», головокружения, подростки отмечали «перед глазами все плывет, кружится».

В клинической картине неврастения у обследованных подростков ведущим явился астенический симптомокомплекс (97,9±0,9% обследованных основной и 89,7±3,2% контрольной групп) В ряде случаев на фоне ярко выраженного астенического симптомокомплекса появляется сенсibilизация (45,6±3,4% подростков основной и 52,1±5,3% контрольной групп) к внешним раздражителям в особенности в период отхода ко сну и в процессе засыпания, а также физиологическим ощущениям. Наблюдаются чувство снижения умственной про-

дуктивности, после незначительного интеллектуального напряжения (45,6±3,4% подростков основной и 47,6±5,3% контрольной групп); повышенная слабость и утомляемость при физическом напряжении (48,2±3,4% и 51,2±5,3% соответственно); внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (36,8±3,3% и 39,1±5,2%), немотивированное беспокойство (35,4±3,3% и 29,7±4,9%), тревога (37,2±3,3% и 35,5±5,1%), раздражительность (47,3±3,4% и 45,8±5,3%). 56,2±3,4% обследованных основной и 55,2±5,3% контрольной групп предъявляют жалобы на головные боли, преимущественно в виде «шлема» или диффузные, в субъективной оценке подростков характеризующиеся как сдавление, стягивание, покалывание и т.п., усиливающиеся при резких поворотах головы или изменениях положения тела с иррадиацией в область шеи, позвоночника, распространяясь на туловище и конечности, на фоне появления шума и звона в ушах, головокружения. В ряде случаев головные боли сопровождаются гиперестезией кожных покровов, когда до головы невозможно дотронуться и даже расчесывание волос вызывает боль. Интенсивность головных болей колеблется, чаще они возникают либо усиливаются после физического и умственного напряжения.

Вышеописанная клиническая симптоматика имела различную структуру синдрома, проявляющуюся у 57,4±3,4% обследованных основной и 51,3±5,4% контрольной в рамках гиперстенического варианта течения и у 42,6±3,4% подростков основной и 48,7±5,3% контрольной - гипостенического.

Гиперстенический вариант характеризуется ярко выраженной раздражительностью, несдержанностью, нетерпеливостью, которые усиливаются при утомлении и напряжении, склонностью к пароксизмальным кратковременным либо затяжным аффективным реакциям, которые чаще были обусловлены дополнительными психотравмирующими обстоятельствами и в своей основе базировались на защитных психологических механизмах, определяемых борьбой за выживание в условиях тюремной субкультуры. Для гипостенического варианта

нта характерно преобладание астенического компонента, как физического, так и психического, снижение работоспособности и интереса к окружающему, появление постоянного чувства усталости, разбитости. Для девочек характерны частые лагримальные реакции. У несовершеннолетних мужского пола на первый план выступает большое количество соматических жалоб - кардиалгии, неприятные ощущения в области сердца, дискомфорт в эпигастрии и т.п.

В клинической картине обсессивно-компульсивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться ($36,8 \pm 3,3\%$ обследованных основной и $29,8 \pm 4,9\%$ контрольной групп), различного рода навязчивые страхи ($44,1 \pm 3,4\%$ и $55,1 \pm 5,3\%$ соответственно), навязчивые мысли ($39,2 \pm 3,3\%$ и $41,2 \pm 5,3\%$), навязчивые движения ($41,1 \pm 3,4\%$ и $43,4 \pm 5,3\%$) и действия ($37,5 \pm 3,3\%$ и $39,3 \pm 5,2\%$), немотивированное беспокойство ($35,4 \pm 3,3\%$ и $29,7 \pm 4,9\%$), тревога ($37,2 \pm 3,3\%$ и $36,2 \pm 5,1\%$), отрицательная эмоциональная окраска переживаний ($65,4 \pm 3,3\%$ и $56,7 \pm 5,3\%$), эмоциональная лабильность ($42,1 \pm 3,4\%$ и $40,5 \pm 5,2\%$), астенический симптомокомплекс ($92,4 \pm 1,8\%$ подростков основной и $89,4 \pm 3,3\%$ контрольной групп), для девочек характерны частые лагримальные реакции ($45,3 \pm 5,2\%$ и $55,6 \pm 8,1\%$).

Нами были выделены следующие варианты обсессивно-компульсивных расстройств: фобический ($34,7 \pm 3,3\%$ обследованных основной и $27,6 \pm 4,8\%$ контрольной групп), компульсивный ($29,3 \pm 3,1\%$ и $31,2 \pm 4,9\%$ соответственно) и обсессивный ($36,1 \pm 3,3\%$ и $41,2 \pm 5,3\%$ соответственно).

Для фобического варианта характерно наличие изолированных навязчивых страхов тесно связанных с тревожной мнительностью в отношении своей оценки в глазах окружающих. Компульсивный вариант характеризуется навязчивыми действиями в виде изолированных, моносимптомных двигательных расстройств, чаще - тиков; возникновением навязчивых ритуалов, чаще используемых подростками для предупреждения возможных неудач. Обсессивный вариант отличается доминированием навязчивых мыслей, чаще в виде сомнений в

правильности принятых решений и действий, обусловленных тревожной мнительностью в отношении предполагаемых несчастий; навязчивых воспоминаний пережитого.

Как показали результаты исследования у подавляющего большинства подростков как основной, так и контрольной групп были выявлены различные диссомнические расстройства. Однако имеются определенные различия в их проявлении.

Так различными были поведенческие реакции перед засыпанием. Несовершеннолетние правонарушители были тревожны, напряжены, свое беспокойство объясняли постоянным напряжением, ожиданием бессонницы. Подростки контрольной группы, напротив вели себя целенаправленно. Были эмоционально сдержаны, увеличивали двигательную активность в вечернее время с целью достижения необходимого утомления для улучшения засыпания или за несколько часов до сна старались избегать нервного перенапряжения, возбуждения.

У подростков основной группы в процессе засыпания отмечалась повышенная чувствительность к звукам, независимо от их силы, а подростки контрольной группы констатировали повышенную чувствительность к соматическим ощущениям.

У несовершеннолетних правонарушителей в процессе засыпания усиливалась (субъективно) психопатологическая симптоматика - навязчивые мысли, опасения, страхи, тревога, а сомато-вегетативная симптоматика почти не изменялась или усиливалась незначительно. У подростков контрольной группы при засыпании наряду с усилением психопатологической симптоматики резко усиливались и сомато-вегетативные проявления.

При пробуждении, наоборот, у подростков основной группы происходило равномерное усиление сомато-вегетативной и психопатологической симптоматики, а подростков контрольной группы психопатологическая симптоматика резко снижалась, а сомато-вегетативная усиливалась.

Также необходимо отметить специфичность расстройств цикла «сон - бодрствование» в зависимости от вида не-

вротического расстройства, как в основной, так и в контрольной группах.

Для подростков с депрессивными расстройствами наиболее распространены были трудности засыпания с частыми пробуждениями и кошмарными сновидениями, а также ранние пробуждения с отсутствием свежести после сна ($76,2 \pm 2,9\%$ обследованных основной и $67,4 \pm 5,1\%$ контрольной групп). При этом нередко было сочетание нарушений засыпания, поверхностный сон и ранние пробуждения. При этом нарушение цикла «сон - бодрствование» оказывало влияние на перераспределение клинической симптоматики в течении дня, т.е. клиническая картина была более широко представлена утром и в первой половине дня, к вечеру отмечалось снижение выраженности симптоматики.

При диссоциативных (конверсионных) расстройствах у $75,9 \pm 2,9\%$ несовершеннолетних правонарушителей и у $69,7 \pm 4,9\%$ подростков контрольной группы отмечено затрудненное засыпание, которое сочетается с поверхностным, тревожным сном и пробуждениями среди ночи, характерно отсутствие свежести после сна. При этом выраженность клинической симптоматики была равномерной в течении всего дня.

$76,5 \pm 2,9\%$ несовершеннолетних правонарушителей и $69,8 \pm 4,9\%$ подростков основной группы страдающих неврастенией почти весь день испытывают сонливость, но даже если есть возможность отдохнуть, они не могут уснуть, а по ночам (хотя выраженной агрипнии, как правило, не наступает) спят тревожно, с частыми пробуждениями и устрашающими сновидениями, характерно отсутствие свежести после сна. Необходимо отметить, что нарушение цикла «сон - бодрствование» при неврастении также сопровождается перераспределением клинической симптоматики. Наибольшая выраженность симптоматики отмечается во второй половине дня с нарастанием при отходе ко сну.

При обсессивно-компульсивных расстройствах у $76,5 \pm 2,9\%$ подростков основной и $70,1 \pm 4,9\%$ контрольной групп выявлены трудности засыпания вечером, связанная с фобическими проявлениями, беспокойный сон с частыми пробуждениями, устрашаю-

щие сновидения, отсутствие свежести после сна, сонливость днем. Максимальная выраженность клинической симптоматики на фоне нарушения цикла «сон - бодрствование» отмечалась в утренние и вечерние часы - при пробуждении и перед отходом ко сну.

Выводы

1. Структура невротических расстройств у осужденных подростков представлена депрессивными ($28,2 \pm 3,1\%$), диссоциативными (конверсионными) расстройствами ($26,3 \pm 3,1\%$), неврастениями ($23,9 \pm 3,1\%$) и обсессивно-компульсивными ($21,6 \pm 2,8\%$) расстройствами, имеющими свою специфику и варианты течения.

2. В структуре депрессивных расстройств у несовершеннолетних правонарушителей выделены: тревожный ($44,2 \pm 3,4\%$), неврастенический ($38,9 \pm 3,3\%$), астено-апатический ($9,7 \pm 2,1\%$) и меланхолический ($7,3 \pm 1,8\%$) варианты. Диссоциативные (конверсионные расстройства) у подростков, находящихся в местах лишения свободы проявляются комплексом аффективных, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений. Клиническая структура неврастения - гиперстеническим ($57,4 \pm 3,4\%$) и гипостеническим ($42,6 \pm 3,4\%$) вариантами. Обсессивно-компульсивных расстройств - фобическим ($34,7 \pm 3,3\%$), компульсивным ($29,3 \pm 3,1\%$) и обсессивным ($36,1 \pm 3,3\%$).

3. В клинической картине невротических расстройств у обследованных нами подростков облигатным является расстройство цикла «сон - бодрствование», сопровождающиеся перераспределением клинической симптоматики.

Литература

1. Гавенко В.Л., Кожина А.М., Несен О.А. Невротические расстройства у несовершеннолетних, находящихся в местах лишения свободы // *Х.: Полиграфист, 2007.* - 255 с.
2. Жданова М.П., Коплякова О.М., Зінченко О.М., Марута Н.О. Стан і перспективи розвитку психіатричної служби в Україні // *Український вісник психоневрології - том 17, вип. 2(59) - 2009.* - С. 6 - 9.
3. Козидубова В.М. Результаты изучения психологических особенностей пограничных

расстройств в возрастном аспекте // Медицинская психология. - 2008. - Т.3, №2. - С.35-38.

4. Лебединский В. В. Некоторые актуальные проблемы детской психопатологии // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2009. - Вып. 9, №1. - С. 90-96.

5. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием // М.: МИА. - 2009. - 204 с.

6. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2000 - 2009 р.) // Київ - Харків - 2010 - 160 с.

ДИССОМНІЧНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В ПЕНІТЕНЦІАРНИХ ЗАКЛАДАХ

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук

У ході роботи з метою вивчення диссомнічних порушень у структурі невротичних розладів у підлітків, які перебувають у місцях позбавлення волі проведено комплексне обстеження 207 засуджених підлітків, у яких виявлені невротичні розлади.

Ключові слова: невротичні розлади, підлітки, пенітенціарна система, порушення циклу сон-неспанья

DISORDERS OF INSOMNIA IN STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS AMONG ADOLESCENTS IN PENITENTIARY INSTITUTES

A.M. Kozhyna, L.M. Gaychyk

During the work with porpoise to investigate disorders of insomnia in structure of neurotic disorders among adolescents in penitentiary institutes was lead a complex research of 207 convicted adolescents who had neurotic disorders.

Keywords: neurotic disorders, adolescents, penitentiary system, disorders of sleep- insomnia cycle

УДК 378

О. М. Макаренко., М. О. Голубєва, А. І. Герасимова, З. А. Таранська

СПЕЦИФІКА ПРОЯВУ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТАРШОКЛАСНИКІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ В ЕКЗАМЕНАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет

ім. Григорія Сковороди; «Києво-Могилянська академія»

Ключові слова: старшокласники, учбовий стрес, екзаменаційний період

Постановка та обґрунтування актуальності теми. Сучасні умови життя та діяльності висувають підвищені вимоги до адаптивних механізмів та всього потенціалу людини. Велика кількість антропогенних й природних чинників, що являються інтенсивними стресорами, викликають різні форми дезадаптації, нервово-психічні та психосоматичні порушення. Вплив екстремальних обставин на людину може бути настільки сильним, що особистісні властивості вже перестають відігравати вирішаль-

ну роль у протистоянні розвитку стресового розладу, що може розвинутисть практично в кожній здоровій людині.

Як зазначають сучасні дослідники [4; 5; 10; 12] до стресу можуть призводити інтенсивні переживання, інформаційна перевантаженість, фізичні впливи та багато інших чинників. Закономірними наслідками стресових станів є зниження продуктивності різних видів діяльності, порушення психічного та соматичного здоров'я людини.

расстройств в возрастном аспекте // Медицинская психология. - 2008. - Т.3, №2. - С.35-38.

4. Лебединский В. В. Некоторые актуальные проблемы детской психопатологии // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2009. - Вып. 9, №1. - С. 90-96.

5. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием // М.: МИА. - 2009. - 204 с.

6. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2000 - 2009 р.) // Київ - Харків - 2010 - 160 с.

ДИССОМНІЧНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В ПЕНІТЕНЦІАРНИХ ЗАКЛАДАХ

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук

У ході роботи з метою вивчення диссомнічних порушень у структурі невротичних розладів у підлітків, які перебувають у місцях позбавлення волі проведено комплексне обстеження 207 засуджених підлітків, у яких виявлені невротичні розлади.

Ключові слова: невротичні розлади, підлітки, пенітенціарна система, порушення циклу сон-неспання

DISORDERS OF INSOMNIA IN STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS AMONG ADOLESCENTS IN PENITENTIARY INSTITUTES

A.M. Kozhyna, L.M. Gaychyk

During the work with purpose to investigate disorders of insomnia in structure of neurotic disorders among adolescents in penitentiary institutes was lead a complex research of 207 convicted adolescents who had neurotic disorders.

Keywords: neurotic disorders, adolescents, penitentiary system, disorders of sleep- insomnia cycle

УДК 378

О. М. Макаренко., М. О. Голубєва, А. І. Герасимова, З. А. Таранська

СПЕЦИФІКА ПРОЯВУ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТАРШОКЛАСНИКІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ В ЕКЗАМЕНАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет

ім. Григорія Сковороди; «Києво-Могилянська академія»

Ключові слова: старшокласники, учбовий стрес, екзаменаційний період

Постановка та обґрунтування актуальності теми. Сучасні умови життя та діяльності висувають підвищені вимоги до адаптивних механізмів та всього потенціалу людини. Велика кількість антропогенних й природних чинників, що являються інтенсивними стресорами, викликають різні форми дезадаптації, нервово-психічні та психосоматичні порушення. Вплив екстремальних обставин на людину може бути настільки сильним, що особистісні властивості вже перестають відігравати вирішаль-

ну роль у протистоянні розвитку стресового розладу, що може розвинутисть практично в кожній здоровій людині.

Як зазначають сучасні дослідники [4; 5; 10; 12] до стресу можуть призводити інтенсивні переживання, інформаційна перевантаженість, фізичні впливи та багато інших чинників. Закономірними наслідками стресових станів є зниження продуктивності різних видів діяльності, порушення психічного та соматичного здоров'я людини.

Навчання, як особливий вид діяльності, також характеризується високою нервово-психічною напругою, інформаційною насиченістю, хронічною втомою, підвищеною тривогою та іншими етіологічними чинниками, дія яких у більшості випадків викликає перенапругу й дезадаптацію, виснаження функціональних резервів організму, зниження працездатності. За рахунок цих чинників розвиваються різноманітні

патологічні психофізичні порушення – неврози, хвороби органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення тощо.

Особливу увагу, на думку провідних науковців-психологів, потрібно приділити вивченню навчального періода – складання випускних і вступних іспитів, адже в цей проміжок часу навчальні стресові фактори посилюються [2; 3; 6; 11]. Негативний вплив на психічне та соматичне здоров'я, соціальну адаптацію, а також недостатня ефективність існуючих методів діагностики, корекції й профілактики розладів, спричинених навчанням, обумовлюють актуальність даної проблеми [1; 7; 8; 9].

Мета нашого дослідження, виявити рівень стресогенності в старшокласників у екзаменаційний період та провести корекційні та профілактичні заходи щодо попередження цих феноменів.

Методики та організація дослідження. Для проведення дослідження було вибрано три групи, усього – 60 осіб старшокласників (11 клас) середніх загальноосвітніх шкіл №2, №5, №7 м.Переяслава-Хмельницького, які відносились до однієї вікової категорії (16-17 років), мали однакове навантаження у навчальній діяльності (згідно навчального плану шкіл та навчальних програм), класи не були спеціалізовані. Дослідження охоплювало друге півріччя 2006-2007 навчального року.

Для діагностики були підібрані психологічні методики, що визначають окремі симптоми стресу пов'язаного із навчанням, а саме реактивна й особистісна тривожність (методика Спілберга – Ханіна), самопочуття, активність і настрій (САН), рівень адап-

тивних здібностей до стресу (комбінована методика В. І. Розова). Вибрані наукові методики є зручними та простими у використанні, як для досліджуваних так і для експериментатора.

Отримані в ході експериментального дослідження дані оброблено методами математичної статистики з використанням критерію Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Усі досліджувані склали три групи – перша експериментальна група (надалі ЕГ-1), друга експериментальна група (надалі ЕГ-2), та контрольна група (надалі КГ).

Наше експериментальне дослідження складалося з трьох етапів.

I етап – проведення діагностичного дослідження в усіх трьох групах (ЕГ-1, ЕГ-2, КГ) для з'ясування первинних даних дослідження на початку навчального семестру.

II етап – проведення діагностичного зрізу на початку екзаменаційного періоду в усіх групах для з'ясування змін за досліджуваними симптомокомплексами та порівняння даних на початку навчального семестру та в період підготовки до випускних іспитів.

III етап – проведення колекційної роботи, що до подолання стресогенності у старшокласників, та проведення діагностичного дослідження. Останнє мало на меті з'ясувати вплив корекційної програми на протікання стресу в учнів та учениць.

Корекційна робота в повній мірі проводилась в ЕГ - 1 (10 занять), в ЕГ -2; усього проведено п'ять занять. Ця психологічна діяльність була поведена щоб прослідити вплив корекції на різних етапах в залежності від кількості занять, а також з'ясувати таку форму роботи для профілактики виникнення критичного рівня стресогенності в учнів під час екзаменів. У контрольній групі корекційна програма не проводилась.

У результаті обрахування результатів на кожному етапі експериментального дослідження ми отримали такі дані (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень ситуативної тривожності в учнів та учениць 11-х класів

Група	ЕГ-1	ЕГ-2	КГ
Шкала	%	%	%
Високий рівень	40	20	40
Середній рівень	50	70	40
Низький рівень	10	10	20

Експериментальна робота виявила в досліджуваних такі показники: 40%, 20% та 40% високого рівня ситуативної тривожності у відповідних групах - ЕГ-1, ЕГ-2, КГ (табл. 1).

Після проведення корекційної програми показники високого рівня ситуативної

тривожності відповідали у ЕГ-1 - 20%; у ЕГ-2 - 15%; у контрольній групі показники не змінилися та дорівнювали 40%.

За симптомокомплексами методики В. І. Розова «адаптивність до стресу» було виявлено такі показники (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень адаптованості до стресу в учнів під час підготовки до іспитів

Група	ЕГ-1	ЕГ-2	КГ
	%	%	%
Високий рівень	20	10	10
Середній рівень	40	40	50
Низький рівень	40	50	40

Аналіз результатів діагностування дає змогу встановити, що за адаптивністю до стресу 40% та 50% - в учнів груп ЕГ-1 та ЕГ-2 низький рівень адаптивності до стресу у КГ - 40 %. Середній рівень адаптованості до стресу в КГ - 50%, та по

40% підлітків в ЕГ-1 та ЕГ-2. Високий рівень адаптованості до стресу в ЕГ-2 і КГ по 10 %, у ЕГ-1 - 20% школярів (див. таблицю 2).

Після проведення корекційних занять із адаптування до стресу по 20% в учнів груп ЕГ-1 та ЕГ-2 у 20% проявився низький рівень адаптованості, у той же час у КГ - 60%.

За даними досліджень було виявлено, що на початку навчального семестру в учнів-випускників рівень тривожності на низькому чи середньому рівні, адаптаційні можливості до стресу на середньому чи вище середнього рівні. Після початку процесу підготовки учнів до складання іспитів у них зменшувався рівень адаптаційних можливостей, порушувався сон, знижувався оптимістичний настрій, збільшувалась тривожність, хоча активність учнів була майже не змінна. На основі цих та інших даних можна говорити про розвиток стресу, у якому головним стресогенним чинником виступає підготовка до випускних іспитів. Так як психолого-діагностичні методики проводились у дні з невеликим навчальним

навантаженням, то можна відкинути можливість вагомого впливу поточного навчання на отримані результати.

Нами була проведена низка корекційних занять у експериментальних групах щодо зниження рівня стресу в учнів-старшокласників. Корекційна програма, складена на основі власної розробки, спрямовувалася на підвищення рівня активності, настрою, оптимістичності, адаптаційного мислення, впевненості в своїх силах, самоорганізації часу.

Наступним кроком, було проведення діагностичного зрізу для з'ясування впливу корекційних занять на рівень оптимістичності, адаптації до стресових ситуацій, тривожності в екзаменаційний період, а також покращення настрою, активності та самопочуття учнів і учениць. Під час якого було з'ясовано, що у групі, де не проводились тренінгові заняття, рівень симптомокомплексів, що характеризують стрес - збільшувався; у групах, де проводилась корекційна програма, збільшувалися рівень оптимістичності, самоорганізації часу, впевненості у своїх силах, настрою, самопочуття, знижувався рівень як реактивної та і особистісної тривожності.

Отже, за результатами теоретичних та практичних розвідок було підтверджено гіпотезу дослідження - під час підготовки до випускних екзаменів у старшокласників

виникає пов'язаний з навчальною діяльністю психоемоційний стрес.

Спеціально проведена низка корекційних занять, розроблена за авторською методикою, наступні дані діагностичних зрізів у експериментальних групах, засвідчили процес подолання екзаменаційного стресу у учнів-випускників.

Література

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: Кн. 2. Пер. с англ. / Под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовського — М.: Педагогика, 1982. - 488 с.
2. Безруких М. М. Ученые, 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.: Наукова думка, 1989. - 200 с.

6. Курик М. Організовувати навчання, не шкодячи здоров'ю дитини // Освіта України. - 2005. - 4 жовтня. - С. 4-7.

7. Нормативные предписания разработчикам и пользователям психодиагностических методик // Вопросы 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 // Практична психологія та соціальна робота. - 2006, №11. - С. 41-47.

10. Тоффлер Э. Шок будущего. - М. - АСТ, 2002. - 382 с.

11. Ушаков Т. 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.

СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЯ УЧЕБНОГО СТРЕСА СТАРШЕКЛАСНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ В ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

А. М. Макаренко, М. А. Голубева, А. И. Герасимова, З. А. Таранская

Содержание статьи представляет результаты исследований, которые были проведены со старшеклассниками средних школ в экзаменационный период.

Авторами статьи разработан и апробирован ряд коррекционных тренинговых занятий, которые эффективно повлияли на снижение экзаменационного стресса.

Ключевые слова: старшеклассники, учебный стресс, экзаменационный период.

SPESIFIOS OF EDUCATIONAL STRESS DISPAYS AMONG HIGH SCHOOL PUPILS DURING EXAMINATION PERIOD

O. M. Makarenko, M. O. Golubeva, A. I. Gerasimova, Z. A. Taranska

The article describes results of the research, which was conduct with high school pupils during examination period.

Authors of the article had developed and approbated the set of corrective trainings that effectively influenced on stress decrease of pupils caused by exams.

Keywords: high school pupils, educational stress, examination period.

С.В. Капранов, Г.В. Капранова, Я.И. Загарук, О.С. Ковалева,

М.А. Несвит, И.В. Стрельцова

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ МОТИВОВ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА САМОЧУВСТВИЕ
СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

Алчевская городская санэпидстанция

Управление образования Алчевского горисполкома

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Научная секция «Медицина» Луганского территориального отделения Малой
академии наук Украины, г. Алчевск

Ключевые слова: мотивации, психическое самочувствие, старшеклассники

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков является важнейшей государственной и общественной проблемой.

Общеизвестно, что здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. К показателям здоровья относятся: физическое развитие, иммунологическая реактивность, заболеваемость, смертность, рождаемость, а также ухудшение самочувствия. Это различные болезненные явления, которые рассматриваются как физиологические признаки болезни или физиологические и другие сдвиги неизвестного значения.

Состояние здоровья человека формируется под влиянием многих условий, одними из основных являются социальные факторы среды жизнедеятельности, которые можно условно разделить на положительные и отрицательные (депрессивные). К депрессивным социальным факторам среды жизнедеятельности относится неблагоприятный психологический климат, вызванный различными причинами.

Согласно результатам исследований, большинство соматических заболеваний являются следствием невроза – нарушения эмоционально-чувственного, ментального равновесия человека. Сознание человека, которое отражается в его чувствах, желаниях, мыслях, влияет через вегетативную нервную систему на его соматическое состояние [1].

Установлено, что воздействие отрицательных психогенных факторов на старшеклассников приводит к ухудшению их самочувствия [2].

Одним из субъективных проявлений неблагополучия личности, ее дезадаптации является тревожность, которая свидетельствует об эмоциональном дискомфорте, неудовлетворении важнейших потребностей подростка [3].

Исследования показали, что в возрасте 15-17 лет девочки по сравнению с мальчиками имеют более высокие уровни ситуационной и личностной тревожности [4].

Принято выделять ряд факторов, которые оказывают отрицательное влияние на психическое здоровье человека. По сведениям комитета экспертов ВООЗ, к их числу следует отнести: межличностную изоляцию, которая неуклонно возрастает на фоне значительной информатизации общества, чрезмерную интенсификацию нервно-психической деятельности, значительное ослабление влияния семьи, выраженное учащение использования успокаивающих и снотворных фармацевтических средств и алкоголя, повышение степени зависимости человека от современных средств массовой информации [5].

Учитывая отрицательное влияние неблагоприятного психологического климата на здоровье, предложено рассматривать состояние нервно-психологического стресса, как показатель санитарно-эпидемиологи-

ческого благополучия населения, влияющий на его здоровье [6].

Одним из существенных факторов, оказывающих влияние на психическое здоровье детей и подростков, являются мотивации, мотивы и личностное отношение к возможности их удовлетворения.

Мотивации (побуждения) в биологии - активные состояния мозговых структур, побуждающие высших животных и человека совершенствоваться наследственно закрепленные или приобретенные опытом действия, направленные на удовлетворение индивидуальных (голод, жажда и др.) или групповых (забота о потомстве и др.) потребностей. Мотивы - то, что побуждает деятельность человека, ради чего она совершается. В широком смысле к мотивам в психологии относят потребности и инстинкты, влечения и эмоции, установки и идеалы [7].

Мотивация - совокупность побуждений, вызывающих активность организма и определяющих ее направленность. Мотивация включает в себя способы и условия удовлетворения мотивов [8].

Согласно определению психологов и педагогов, под мотивом обычно понимают внутреннее пробуждение личности к тому или иному виду активности (деятельность, общение, поведение), связанное с удовлетворением определенной потребности. В качестве мотивов могут выступать и идеалы, интересы личности, убеждения, социальные установки, ценности, но за всеми этими причинами все равно стоят потребности личности во всем их многообразии: от витальных, биологических до высших социальных.

Выделяют мотивы внутренние и внешние. Если для личности деятельность значима сама по себе (удовлетворение познавательной потребности в процессе обучения), то говорят о внутренней мотивации. Если же значимы другие потребности (социальный престиж, зарплата и т.д.), то говорят о внешних мотивах. Сами внешние мотивы могут быть положительными (мотивы успеха, достижения) и отрицательными (мотивы избегания, защиты). Очевидно, внешние положительные мотивы более эффективны, чем внешние отрицательные,

даже если по силе (количественный показатель) они равны [9].

Возникая на основе потребности, мотив представляет собой ее предметное воплощение [10].

Мотивы, как формы проявления направленности личности, могут быть неосознаваемыми и осознаваемыми. К неосознаваемым мотивам относят влечения (стремление удовлетворить малоосознаваемую или вообще неосознанную потребность) и установки (неосознаваемое личностью состояние готовности к деятельности, с помощью которой может быть удовлетворена та или иная потребность). К осознаваемым мотивам относятся: желание, интерес, склонность, идеал, мировоззрение и убеждение.

Всю совокупность мотивов, которые формируются и развиваются на протяжении жизни личности, называют мотивационной сферой личности. В целом развитие этой сферы протекает в зависимости от обстоятельств. Но все-таки в ней можно выделить устойчивые мотивы, которые направляют поведение личности относительно независимо от внешних условий. Такая совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от наличных ситуаций, называется направленностью личности [11].

Одним из основных положительных осознанных мотивов детей и подростков является мотив учения. Это направленность ученика на различные стороны учебной деятельности. Учебные мотивы формируются в процессе обучения через предметное содержание деятельности и через отношения, складывающиеся между участниками учебного процесса. Соответственно этому выделяются познавательные мотивы - к учебному предмету (связанные с процессом выполнения учебной деятельности) и социальные мотивы - по отношению к другим людям [12-13].

Вторым важным осознанным положительным мотивом у подростков является позитивная социализация, связанная с отчетливостью, реалистичностью и оптимистичностью ориентации на будущее. Согласно результатам проведенного лонгитюдного исследования социального развития, в

зависимости от наличия или отсутствия ориентации на будущее все подростки, участвовавшие в интервью, были разделены на два крайних полюса - достигших единства с обществом («борцы») и отчужденных от общества («неудачники»). Социализировавшиеся подростки были хорошо приспособлены, смотрели на будущее с оптимизмом и были удовлетворены своим выбором. Они позитивно и реалистично относились к жизни и к себе, имели планы на будущее, характеризовались высокой степенью школьной успешности, чувствовали ответственность перед обществом и интересовались общественной жизнью. В противоположность им отчужденные подростки боялись будущего и были неудовлетворены своим выбором. У них отсутствовали уверенность в себе и планы на будущее, оценки в школе были низкими, занятия часто прерывались. Эти подростки «жили одним днем», не чувствовали ответственности перед обществом и не интересовались общественной жизнью [14].

Имеются научные публикации, в которых указывается на взаимосвязь мотивов в жизнедеятельности человека и показателей его здоровья. Так, согласно опубликованному данным, здоровье - это дар, который весьма быстро теряется, если жизнь не наполнена смыслом и не дает радости существования. Болезненное состояние нашего общества, стремительный рост преступности, наркомании, алкоголизма, самоубийств, деградационные процессы являются следствием того, что огромное количество людей ощущает бессмысленность и бесцельность своего бытия. Это проблема не только нашего общества. На основании многих, как отечественных, так и зарубежных исследований, можно утверждать, что потеря смысла жизни служит причиной фрустрации, экзистенциального вакуума, с чем связаны неврозы, психические заболевания и даже суициды. И наоборот, выявление в жизни смысла развивает в человеке мощные жизненные силы, что положительно влияет на здоровье. Таким образом, проблема здоровья в значительной мере является проблемой смысла жизни [15-16].

Однако, в настоящее время наука не располагает данными о влиянии мотивов

жизнедеятельности на показатели здоровья, в том числе самочувствие, старшеклассников, проживающих в городах с неблагоприятной экологической обстановкой. В то же время, ранее выполненные нами исследования показали, что различные жалобы на ухудшение самочувствия под влиянием комплекса неблагоприятных факторов среды жизнедеятельности предъявляют большинство старшеклассников, проживающих в условиях неблагоприятной экологической обстановки [17].

Анализ различных жалоб населения на ухудшение его самочувствия в последние пятьдесят лет успешно применяется отечественными и зарубежными учеными для оценки воздействия отрицательных факторов среды жизнедеятельности на здоровье.

Целью научной работы явилось изучение и оценка влияния положительных мотивов жизнедеятельности на самочувствие старшеклассников промышленного города с последующей разработкой профилактических рекомендаций.

Материалы и методы. Исследования выполнены в г. Алчевске с высокой плотностью жилой и промышленной застройки и крупными производствами черной металлургии и коксохимии. С целью изучения жалоб у старшеклассников промышленного города на ухудшение их самочувствия проведено анкетирование учащихся 9 – 11 классов в возрасте 15 – 17 лет в 10 общеобразовательных школах города. Всего анкеты заполнили 646 школьников, из них мальчиков 261, а девочек – 385.

Школьникам было предложено добровольно ответить на вопросы: «Предъявляешь ли ты жалобы на ухудшение самочувствия» по следующим признакам: головная боль, головокружение, чувство тяжести в голове, бессонница, сонливость, общее недомогание, умственная усталость, нервно-психическая усталость, физическая усталость, неуверенность в себе, тревожность, грусть, раздражительность, психическая возбудимость, ухудшение координации точных движений, затрудненность дыхания, кашель, сухость во рту, ухудшение аппетита, тошнота (вне связи с приемом недоброкачественных продуктов), неприятные ощущения в области сердца и неприятные

ощущения в области живота. Ответы на указанные вопросы были распределены в зависимости от частоты предъявления жалоб: никогда, реже одного раза в месяц (иногда), чаще одного раза в месяц (часто).

В качестве положительного мотива жизнедеятельности была использована цель в жизни.

С целью оценки наличия указанного мотива в деятельности школьники добровольно ответили на вопрос анкеты: «Имешь ли ты в жизни глубоко продуманную цель, к достижению которой последовательно стремишься». Ответ на этот вопрос отражает индивидуальное (субъективное) мнение школьников о наличии или отсутствии у них ориентации на будущее.

По результатам анкетирования все старшеклассники были распределены на следующие 3 группы: I группа (основная) – имели цель в жизни (на вопрос анкеты ответили «да»); II группа – на вопрос анкеты указали «затрудняюсь ответить»; III

группа – не имели цели в жизни (на вопрос анкеты ответили «нет»). Для удобства статистической обработки и анализа полученных данных II и III группы детей были объединены в общую контрольную группу.

В результате для каждой из групп детей, сформированных в зависимости от изученных факторов, были рассчитаны экстенсивные показатели (в %). Определение достоверности разности этих показателей осуществлено общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что из 646 старшеклассников 431 (то есть $66,72 \pm 1,85\%$) имели цель в жизни, 159 ($24,61 \pm 1,69\%$) затруднялись ответить и 56 ($8,67 \pm 1,11\%$) – не имели цели в жизни. При этом, в зависимости от ответа на вопрос о наличии цели в жизни как одного из основных положительных мотивов жизнедеятельности, мальчики и девочки распределены на указанные три группы следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Результаты анализа анкетирования старшеклассников по вопросу наличия глубоко продуманной цели в жизни (%)

Цель в жизни	Пол детей:		p
	мальчики	девочки	
имели (основная группа)	$73,95 \pm 2,72$	$61,82 \pm 2,48$	$< 0,001$
затруднялись ответить+ не имели (контрольная группа) в том числе:	$26,05 \pm 2,72$	$38,18 \pm 2,48$	$< 0,001$
затруднялись ответить	$17,62 \pm 2,36$	$29,35 \pm 2,32$	$< 0,001$
не имели	$8,43 \pm 1,72$	$8,83 \pm 1,45$	$> 0,05$

Согласно результатам анализа проведенного анкетирования старшеклассников г. Алчевска установлено, что удельный вес имевших цель в жизни (основная группа) – мальчиков ($73,95 \pm 2,72\%$), статистически достоверно выше, чем девочек ($61,82 \pm 2,48\%$), различия в 1,2 раза статистически достоверны ($p < 0,001$). Затрудняются ответить на это вопрос, наоборот, достоверно больше девочек – $29,35 \pm 2,32\%$, чем мальчиков – $17,62 \pm 2,36\%$, различия составляют - 1,7 раза ($p < 0,001$). Среди затрудняющихся ответить и не имевших цели в жизни (контрольная группа), также больше девочек ($38,18 \pm 2,48\%$), по сравнению с мальчиками ($26,05 \pm 2,72\%$). Выявленные различия в 1,5 раза статистически достоверны ($p < 0,001$).

Полученные данные указывают на то, что мальчики по сравнению с девочками являются более целеустремленными, у них более выражена позитивная социализация, связанная с отчетливостью, реалистичностью и оптимистичностью ориентации на будущее.

В результате проведенных исследований установлено, что среди старшеклассников общей группы (мальчики + девочки), не имевших цели в жизни или испытывавшими затруднения при ответе на этот вопрос, по сравнению с их сверстниками, имевшими цель в жизни, статистически достоверно выше удельный вес школьников с частыми жалобами на: чувство тяжести в голове – $17,67 \pm 2,60\%$ против $10,44 \pm 1,47\%$ (кратность различия в 1,7 раза), сонливость – $58,60 \pm 3,36\%$ против $43,16 \pm 2,39\%$ (в 1,4 ра-

за), общее недомогание – $20,93 \pm 2,77\%$ против $12,53 \pm 1,59\%$ (в 1,7 раза), нервно-психическую усталость – $27,44 \pm 3,04\%$ против $17,40 \pm 1,83\%$ (в 1,6 раза), неуверенность в себе – $12,09 \pm 2,22\%$ против $4,87 \pm 1,04\%$ (в 2,5 раза), раздражительность – $28,37 \pm 3,07\%$ против $19,02 \pm 1,89\%$ (в 1,5 раза), психичес-

кую возбудимость – $17,21 \pm 2,57\%$ против $11,36 \pm 1,53\%$ (в 1,5 раза) и сухость во рту – $10,70 \pm 2,11\%$ против $5,11 \pm 1,06\%$ (в 2,1 раза). При этом выявленные различия статистически достоверны (p от $< 0,05$ до $< 0,001$). Полученные данные указанные в таблице 2.

Таблица 2

Влияние наличия цели в жизни у школьников 15-17 лет г. Алчевска на их самочувствие (в %)

Пол школьников	Удельный вес школьников с жалобами на ухудшение самочувствия:								
	никогда			реже 1 раза в месяц			чаще 1 раза в месяц		
	цель в жизнь		р	цель в жизнь		р	цель в жизнь		р
	имеют	затрудняю- тся отве- тить или не имеют		имеют	затрудняю- тся отве- тить или не имеют		имеют	затрудняю- тся отве- тить или не имеют	
Головная боль									
Общая группа	18,33±1,86	12,56±2,26	< 0,05	44,78±2,40	46,05±3,40	> 0,05	36,89±2,32	41,39±3,36	> 0,05
Мальчики	22,80±3,02	23,53±5,14	> 0,05	52,85±3,59	48,53±6,06	> 0,05	24,53±3,09	27,94±5,44	> 0,05
Девочки	14,70±2,30	7,48±2,17	< 0,05	38,24±3,15	40,90±4,10	> 0,05	47,06±3,24	47,62±4,12	> 0,05
Чувство тяжести в голове									
Общая группа	60,56±2,35	56,28±3,38	> 0,05	29,00±2,19	26,05±2,99	> 0,05	10,44±1,47	17,67±2,60	< 0,02
Мальчики	66,32±3,40	63,24±5,85	> 0,05	26,43±3,17	25,00±5,25	> 0,05	7,25±1,87	11,76±3,91	> 0,05
Девочки	55,88±3,22	53,06±4,12	> 0,05	31,09±3,00	26,53±3,64	> 0,05	13,03±2,18	20,41±3,32	> 0,05
Сонливость									
Общая группа	26,68±2,13	18,14±2,63	< 0,02	30,16±2,21	23,26±2,88	> 0,05	43,16±2,39	58,60±3,36	< 0,001
Мальчики	36,27±3,46	25,00±5,25	> 0,05	30,57±3,32	26,47±5,35	> 0,05	33,16±3,39	48,53±6,06	< 0,05
Девочки	18,91±2,54	14,96±2,94	> 0,05	29,83±2,97	21,77±3,40	> 0,05	51,26±3,24	63,27±3,98	< 0,02
Общее недомогание									
Общая группа	48,72±2,41	37,67±3,30	< 0,01	38,75±2,35	41,40±3,36	> 0,05	12,53±1,59	20,93±2,77	< 0,01
Мальчики	63,73±3,46	57,35±6,00	> 0,05	27,98±3,23	30,88±5,60	> 0,05	8,29±1,98	11,77±3,91	> 0,05
Девочки	36,55±3,12	28,57±3,73	> 0,05	47,48±3,24	46,26±4,11	> 0,05	15,97±2,37	25,17±3,58	< 0,05
Нервно-психическая усталость									
Общая группа	54,06±2,40	39,07±3,33	< 0,001	28,54±2,18	33,49±3,22	> 0,05	17,40±1,83	27,44±3,04	< 0,01
Мальчики	66,32±3,40	60,29±5,93	> 0,05	22,28±3,00	17,65±4,62	> 0,05	11,40±2,29	22,06±5,03	> 0,05
Девочки	44,12±3,22	29,25±3,75	< 0,01	33,61±3,06	40,82±4,05	> 0,05	22,27±2,70	29,93±3,78	> 0,05
Неуверенность в себе									
Общая группа	29,47±2,20	14,42±2,40	< 0,001	65,66±2,29	73,49±3,01	< 0,05	4,87±1,04	12,09±2,22	< 0,01
Мальчики	32,64±3,38	20,59±4,90	< 0,05	64,25±3,45	72,06±5,44	> 0,05	3,11±1,25	7,35±3,16	> 0,05
Девочки	26,89±2,87	11,56±2,64	< 0,001	66,81±3,05	74,15±3,61	> 0,05	6,30±1,57	14,29±2,89	< 0,02
Тревожность									
Общая группа	22,04±2,00	11,16±2,15	< 0,001	64,04±2,31	69,30±3,15	> 0,05	13,92±1,67	19,54±2,70	> 0,05
Мальчики	30,05±3,30	20,59±4,90	> 0,05	60,10±3,52	64,71±5,80	> 0,05	9,85±2,14	14,70±4,29	> 0,05
Девочки	15,55±2,35	6,80±2,08	< 0,01	67,23±3,04	71,43±3,73	> 0,05	17,23±2,45	21,77±3,40	> 0,05
Грусть									
Общая группа	18,33±1,86	12,09±2,22	< 0,05	67,98±2,25	68,84±3,16	> 0,05	13,69±1,66	19,07±2,68	> 0,05
Мальчики	25,39±3,13	25,00±5,25	> 0,05	67,36±3,38	60,29±5,93	> 0,05	7,25±1,87	14,71±4,30	> 0,05
Девочки	12,60±2,15	6,12±1,98	< 0,05	68,49±3,01	72,79±3,67	> 0,05	18,91±2,54	21,09±3,36	> 0,05
Раздражительность									
Общая группа	21,35±1,97	10,70±2,11	< 0,001	59,63±2,36	60,93±3,33	> 0,05	19,02±1,89	28,37±3,07	< 0,01
Мальчики	30,05±3,30	14,71±4,30	< 0,01	56,48±3,57	64,70±5,80	> 0,05	13,47±2,46	20,59±4,90	> 0,05
Девочки	14,29±2,27	8,84±2,34	> 0,05	62,18±3,14	59,19±4,05	> 0,05	23,53±2,75	31,97±3,85	> 0,05
Психическая возбудимость									
Общая группа	41,77±2,38	33,95±3,23	> 0,05	46,87±2,40	48,84±3,41	> 0,05	11,36±1,53	17,21±2,57	< 0,05
Мальчики	51,81±3,60	35,29±5,80	< 0,02	42,49±3,56	54,41±6,04	> 0,05	5,70±1,67	10,30±3,69	> 0,05
Девочки	33,61±3,06	33,33±3,89	> 0,05	50,42±3,24	46,26±4,11	> 0,05	15,97±2,37	20,41±3,32	> 0,05
Сухость во рту									
Общая группа	51,04±2,41	40,93±3,35	< 0,02	43,85±2,39	48,37±3,41	> 0,05	5,11±1,06	10,70±2,11	< 0,02
Мальчики	50,26±3,60	39,71±5,93	> 0,05	44,04±3,57	50,00±6,06	> 0,05	5,70±1,67	10,29±3,68	> 0,05
Девочки	51,68±3,24	41,50±4,06	< 0,05	43,70±3,22	47,62±4,12	> 0,05	4,62±1,36	10,88±2,57	< 0,05

Ухудшение аппетита										
Общая группа	49,42±2,41	41,40±3,35	> 0,05	43,62±2,39	49,30±3,41	> 0,05	6,96±1,23	9,30±1,98	> 0,05	
Мальчики	58,55±3,55	44,12±6,02	< 0,05	36,27±3,46	52,94±6,05	< 0,02	5,18±1,60	2,94±2,05	> 0,05	
Девочки	42,02±3,20	40,14±4,04	> 0,05	49,58±3,24	47,62±4,12	> 0,05	8,40±1,80	12,24±2,70	> 0,05	
Неприятные ощущения в области сердца										
Общая группа	59,90±2,40	40,93±3,35	< 0,01	36,89±2,32	47,91±3,41	< 0,01	10,21±1,46	11,16±2,15	> 0,05	
Мальчики	62,18±3,49	52,94±6,05	> 0,05	29,53±3,28	42,65±6,00	> 0,05	8,29±1,98	4,41±2,49	> 0,05	
Девочки	45,38±3,23	35,37±3,94	< 0,05	42,86±3,21	50,34±4,13	> 0,05	11,76±2,09	14,29±2,89	> 0,05	

Удельный вес школьников, которые предъявляли жалобы на неприятные ощущения в области сердца реже одного раза в месяц, также выше среди старшеклассников, не имевших цели в жизни или испытывшими затруднения при ответе на этот вопрос - 47,91±3,41%, по сравнению с их сверстниками, имевшими цель в жизни, - 36,89±2,32%. Выявленные различия в 1,3 раза статистически достоверны ($p < 0,01$).

В контингенте старшеклассников основной группы, имевших цель в жизни, по сравнению с их сверстниками из контрольной группы, статистически достоверно выше удельный вес школьников, не предъявлявших жалобы на: головную боль - 18,33±1,86% против 12,56±2,26% (кратность различия в 1,5 раза), сонливость - 26,68±2,13% против 18,14±2,63% (в 1,5 раза), общее недомогание - 48,72±2,41% против 37,67±3,30% (в 1,3 раза), нервно-психическую усталость - 54,06±2,40% против 39,07±3,33% (в 1,4 раза), неуверенность в себе - 29,47±2,20% против 14,42±2,40% (в 2,0 раза), тревожность - 22,04±2,00% против 11,16±2,15% (в 2,0 раза), грусть - 18,33±1,86% против 12,09±2,22% (в 1,5 раза), раздражительность - 21,35±1,97% против 10,70±2,11% (в 2,0 раза), сухость во рту - 51,04±2,41% против 40,93±3,35% (в 1,2 раза) и неприятные ощущения в области сердца - 52,90±2,40% против 40,93±3,35% (в 1,3 раза). При этом выявленные различия статистически достоверны (p от $< 0,05$ до $< 0,001$).

Кроме того, в основной группе, по сравнению с контрольной, выше удельный вес мальчиков, не предъявлявших жалобы на ухудшение аппетита - соответственно - 58,55±3,55% против 44,12±6,02% (в 1,3 раза). Выявленные при этом различия статистически достоверны (p от $< 0,05$).

Анализ проведенных исследований показал, что из 23 изученных жалоб, в том числе 13, по которым выявлены статистически достоверные различия, по девяти жалобам (на головную боль, сонливость, общее недомогание, нервно-психическую усталость, неуверенность в себе, тревожность, грусть, сухость во рту и неприятные ощущения в области сердца) кратность различия между показателями в сравниваемых группах более значительная в совокупности девочек, чем мальчиков. Это подтверждает, что по сравнению с мальчиками, девочки более восприимчивы к воздействию факторов, формирующих мотивы жизнедеятельности.

Таким образом, согласно результатам проведенных исследований было установлено, что среди старшеклассников контрольной группы промышленного города, которые не имели положительного мотива жизнедеятельности - цели в жизни или затруднялись ответить на этот вопрос, по сравнению с теми, которые имели цель в жизни (основная группа), достоверно выше удельный вес школьников, предъявлявших частые жалобы (а по поводу неприятных ощущений в области сердца - редкие жалобы) на ухудшение самочувствия.

Данные болезненные явления указывают на отрицательные функциональные изменения, происходящие в различных системах: нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой и других. Соответствующие функциональные изменения при определенных условиях в дальнейшем могут привести к заболеваниям этих и других систем организма.

Полученные сведения указывают на то, что отсутствие важнейшего положительного мотива жизнедеятельности - глубоко продуманную цель жизни у подростков приводит к ухудшению их самочувствия.

Выводы и рекомендации

1. Установлено, что $66,72 \pm 1,85\%$ старшеклассников промышленного города имели цель в жизни, $24,61 \pm 1,69\%$ затруднились ответить на поставленный вопрос и $8,67 \pm 1,11\%$ – не имели цели в жизни.

2. Удельный вес имевших цель в жизни мальчиков статистически достоверно выше, чем девочек. Затрудняются ответить на этот вопрос, наоборот, достоверно больше девочек, чем мальчиков. Среди школьников, затрудняющихся ответить на указанный вопрос и не имевших цели в жизни, также, больше девочек, по сравнению с мальчиками.

3. В группе старшеклассников, не имевших важного положительного мотива жизнедеятельности – цели в жизни или затруднявшихся ответить на этот вопрос, по сравнению с теми, которые имели цель в жизни, выше удельный вес школьников, предъявлявших жалобы на ухудшение самочувствия. Указанные функциональные изменения при определенных условиях в дальнейшем могут привести к заболеваниям этих и других систем организма.

4. Девочки по сравнению с мальчиками более восприимчивы к фактору воздействия мотивов жизнедеятельности.

С целью профилактики ухудшения самочувствия и других показателей здоровья школьников необходимо обеспечить:

1. Формирование у учащихся силами педагогов, родителей и других лиц, работающих с детьми и подростками, положительных мотивов жизнедеятельности и особенно позитивной социализации, связанной с отчетливостью, реалистичностью и оптимистичностью ориентации на будущее. Воспитание у школьников глубоко продуманных благородных целей в жизни, к достижению которых следует последовательно стремиться, а также удовлетворенности своим выбором. Достижение подростками хорошего приспособления в обществе. Формирование у учащихся ответственности перед обществом и заинтересованности общественной жизнью.

2. Активизация у детей и подростков осознанного мотива учения путем воздействия на различные стороны учебной деятельности: предметное содержание учебной

работы и отношения, складывающиеся между участниками учебного процесса – школьниками и педагогами. Создание для учащихся благоприятного психологического климата в школе и семье.

3. Исследование и оценка мотивов жизнедеятельности школьников. В процессе изучения психического здоровья учащихся раннее выявление и коррекция первых отклонений в нервно-психическом состоянии школьников с участием педагогов, психологов и медицинских работников. Организация постоянного наблюдения за психическим здоровьем учащихся как составной части социально-гигиенического мониторинга.

Литература

1. Песоцкая Л.А. Психофизиология здоровья // Лікарська справа. – 2003. – №1. – С. 61 – 63.

2. Капранов С.В., Капранова Г.В., Несвит М.А., Ковалева О.С. Оценка влияния нервно-психических условий жизнедеятельности на самочувствие старшеклассников промышленного города // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2007. – Том 11. – №2. – С. 255-258.

3. Карнаух И.С. Тревожность как фактор личностного развития подростков // Проблемы психического развития и психокоррекции детей и подростков: межвузовский сборник статей аспирантов. – Пенза: Издательство ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2002. – С. 37-42.

4. Сергета І.В., Браткова О.Ю. Рівень ситуаційної та особистої тривожності серед учнів старших класів загальноосвітніх шкіл // Збереження здоров'я населення урбанізованих територій: наукові і практичні аспекти впливу чинників довкілля: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 85-річчю кафедри загальної гігієни. – Дніпропетровськ: МЦ ДДМА, 2007. – С. 195-198.

5. Сергета І.В. Актуальні проблеми психогігієни // Гігієнічна наука та практика на рубежі століть: Матеріали XIV з'їзду гігієністів України. 19-21 травня 2004 року (Дніпропетровськ). – Т. I. – К., 2004. – С.334-337.

6. Грач В.Ф. Санитарно-эпидемиологическая служба: Современное состояние, перспективы развития. – Донецк, 2005. – 548 с.

7. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. – 4-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1988. – 1600 с.

8. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения. – СПб.: ДЕАН, 1988. – 232 с.

9. Реан А.А., Бордовская Н.В., Розум С.И. *Психология и педагогика*. - СПб.: Питер, 2001. - 432 с.
10. Медведев В.И., Марьянович А.Т. *Основные понятия физиологии военного труда*. - Л.: ВМедА, 1983. - 36 с.
11. Бондарчук Е.И., Бондарчук Л.И. *Основы психологии и педагогики*. - 2-е изд., перераб. и доп.. - К.: МАУП, 2001. - 168 с.
12. Бархаев Б.П. *Педагогическая психология*. - СПб.: Питер, 2007. - 448 с.
13. Турішчева Л.В. *Формування мотивації навчання* // *Біологія*. - 2007. - №2. - С. 20.2-20.6.
14. Пуллкинен Л. *Лонгитюдное исследование ориентации на будущее у подростков* // *В кн.: Психология личности и образ жизни*. - М.: Наука, 1987. - С. 153-158.
15. Скумин В.А. *И воздвигем духа сияющий храм*. - Новочеркасск: Терос, 1996. - 24 с.
16. Грацук В.П. *Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика)*. - Луганск: Альма-матер, 2003. - 376 с.
17. Капранов С.В., Капранова Г.В., Тарасова И.О., Безручко Д.Ю., Головина Т.Ю., Догадина Я.А., Наумова Ю.Ю., Несвит М.А., Ковалева О.С., Стрельцова И.В. *Анализ жалоб у старшеклассников промышленного города на ухудшение самочувствия* // *Материалы IV Международной научно-практической конференции «Динамика научных исследований, 2005»*: 20-30 червня 2005 року: Том 30: Медицина. - Дніпропетровськ, 2005. - С. 51-52.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОЗИТИВНИХ МОТИВІВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ НА САМОПОЧУТТЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

С.В. Капранов, Г.В. Капранова, Я.І. Загарук, О.С. Ковальова,
М.А. Несвіт, І.В.Стрельцова

Вивчено вплив позитивних мотивів життєдіяльності на самопочуття старшокласників міста з великими підприємствами чорної металургії і коксохімії. З метою вивчення скарг проведено анкетування 646 учнів 9 – 11 класів (15 – 17 років) в 10 загальноосвітніх школах. Встановлено, що відсутність позитивного мотиву життєдіяльності - цілі у житті у старшокласників призводить до погіршення їхнього самопочуття. Дівчата у порівнянні з хлопцями більш чутливі щодо впливу факторів, які формують мотиви життєдіяльності.

Запропоновані профілактичні рекомендації.

Ключові слова: мотивації, самопочуття, старшокласники

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE POSITIVE REASONS OF VITALACTIVITIES ON FEELING AT THE HIGH SCHOOLCHILDREN OF INDUSTRIAL CITY

S.V. Kapranov, G.V. Kapranova, Y.I. Zagaruk, O.S. Kovaleva, M.A. Nesvit, I.V. Streltsova

It was investigated the influence of the positive reasons of vitalactivities on feeling at the high schoolchildren of city with the large ferrous and coke-chemical industry. With the purpose of study of the complaints in 646 schoolchildren of 9-11 classes (15-17 years) of 10 comprehensive schools are carried out question-naire

It was established, that absence of the positive reasons of vital functions is aims in life for senior pupils results in worsen of their feel. The girls in comparison with the boys are more sensitive to factors, formings reasons of vital functions.

The preventive recommendations are offered.

Keywords: motivations, feel, senior pupils

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В. Б. Первомайський, В. Р. Ілейко, А. В. Каніщев

ОБГРУНТУВАННЯ КРИТЕРІЇВ ОБМЕЖЕНОЇ ОСУДНОСТІ У НЕПОВНОЛІТНІХ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ

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

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, неповнолітні, обмежена осудність

Як свідчать дані наукової літератури [2–4], а також результати дослідження суцільної вибірки стаціонарних судово-психіатричних експертиз, проведених у Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи протягом 2004–2009 років [6], контингент неповнолітніх підекспертних, що направляються на судово-психіатричну експертизу, має наступну структуру:

1. Підекспертні з неспсихотичними психічними розладами, діагностованими до призначення експертизи (тобто з психіатричним анамнезом), наявність яких є головною причиною призначення експертизи (основна частина контингенту).

2. Неповнолітні з девіантною та делінквентною поведінкою, жорстокими кримінальними діями тощо, без психіатричного анамнезу, психічний стан яких потребує диференціювання між «психічною нормою сьогодення» і проявом (ініціальним, плинним) тих чи інших психічних розладів (значна частина контингенту).

3. Особи з тяжкими, тобто психотичними психічними розладами (поодинокі експертні випадки).

4. Експертна оцінка психічних розладів у неповнолітніх є однозначною при відсутності у неповнолітнього будь-яких психічних розладів, а також при наявності тяжкого психічного розладу — психічного розладу психотичного рівня або вираженого психічного дефекту.

У випадку відсутності психічного розладу приймається рішення про здатність неповнолітнього усвідомлювати свої дії та керувати ними на період скоєння суспільно небезпечного діяння, а у випадку наявності

тяжкого психічного розладу на період скоєння злочину — рішення про нездатність такого неповнолітнього усвідомлювати свої дії та керувати ними на цей проміжок часу.

Експертна оцінка неспсихотичних психічних розладів залежить від ступеня вираженості таких розладів, у поєднанні з наявністю чи відсутністю інших клінічних, соціальних, ситуаційних факторів і вимагає урахування сукупності чинників в межах «актуального психічного стану» неповнолітнього на період суспільно небезпечного діяння і на період судово-психіатричної експертизи.

При цьому слід зазначити, що порушення психічного розвитку неповнолітнього — його затримка, викривлення, пошкодження — присутні у більшості експертних випадків неповнолітніх у поєднанні з наявними психічними розладами. Невизначеність, дискусійність, суперечливість наукових поглядів щодо понять «затримка психічного розвитку», «викривлення психічного розвитку», «дизонтогенез», «патологічний пубертатний криз», неможливість та суб'єктивність окремого урахування проявів цих феноменів окремо від наявного психічного розладу (або поряд з ним), неможливість співставлення цих феноменів зі здатністю особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними не дають можливості науково обгрунтованого окремого виділення (в експертних висновках) та окремого урахування цих понять щодо здатності особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними. З цієї причини експертне значення має психічний стан неповнолітнього, актуальний на момент здійснення протиправного діяння, а не його природа (розлад, недо-

розвинення) або закладені в ньому тенденції (затримка, випередження, тип перебігу розладу).

У пропозиціях та методичних підходах, які розробляються російськими дослідниками проблеми (в інших країнах взагалі відсутні системні дослідження судово-психіатричних аспектів обмеженої осудності, у тому числі і у неповнолітніх), при експертній оцінці непсихотичних психічних розладів у неповнолітніх, обґрунтуванні критеріїв обмеженої осудності, основна увага приділяється окремим «ключовим» факторам (групам факторів) — клінічним, соціально-психологічним, мотиваційним, безпосередньо віковим, які пропонуються для використання з наданням переваги тим чи іншим з них, або у сукупності як «однопорядкові». При цьому, іноді, пропонуються розпливчасті, суб'єктивно забарвлені, важкі для використання у практиці критерії — «особистісний рівень кризових, дизонтогенетичних розладів», «порушення довільної регуляції поведінки під час скоєння кримінальних дій» тощо [1, 2].

Тому вирішення експертного питання щодо істотного впливу наявних у підекспертного психічних розладів непсихотичного рівня на його здатність усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними під час скоєння злочину (тобто питання про обмежену осудність), потребує, по-перше, ієрархічно пов'язаного розподілення сукупності критеріїв, що є необхідними для використання; по-друге — певного алгоритму експертних дій щодо пошуку, виділення, дослідження та узагальнення таких критеріїв в наданих на експертизу об'єктах дослідження, за допомогою яких буде можливо доказово обґрунтувати відповідний експертний висновок.

Сукупність експертних критеріїв щодо обмеженої осудності у неповнолітніх (які, на нашу думку, є універсальними і для інших категорій підекспертних з урахуванням змістовного наповнення окремих клініко-соціальних характеристик, що є специфічними для певних вікових груп) та їх ієрархічне розподілення може бути представлено наступним чином:

I. Загальні (нормативно правові) критерії.

1. Наявність в особі психічного розладу непсихотичного рівня (такого, що не сягає рівня тяжкого психічного розладу у відповідності зі ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу») на період скоєння суспільно небезпечного діяння;

2. Наявність в особі психічного розладу непсихотичного рівня, у зв'язку з чим особа «під час вчинення злочину... не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними» (ст. 20 КК України).

Виходячи з обґрунтованого в попередніх наукових роботах уявлення, що наявність у особи будь-якого психічного розладу впливає на її здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними, обмежуючи цю здатність [5, 7], експертний висновок щодо обмеженої осудності особи потребує обґрунтування істотного впливу наявного у особи психічного розладу на її здатність усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними при скоєнні злочину. Для цього потрібно використання наступних двох груп критеріїв.

II. Спеціальні (клініко-соціальні) критерії.

1. Клінічні — статичні та динамічні характеристики психічного розладу як на період юридично значущої події (період скоєння злочину), так і на період, що передував цьому; тобто оцінка ступеня вираженості психічного розладу на період скоєння злочину, а також дані (відповідна об'єктивна та суб'єктивна інформація) щодо проявів психічного розладу до скоєння злочину, особливо в період часу, що безпосередньо передував цьому. Важливими є: особливості виникнення та плину психічного розладу, частота декомпенсацій (про що свідчать, у тому числі, звернення до медичних закладів, спеціалістів тощо), наявність ускладнень, коморбідних (поєднаних) розладів — психічних, неврологічних, соматичних. Наявність коморбідних психічних розладів означає наявність додаткових психопатологічних порушень у іншій психічній сфері, окрім основного психічного розладу (наприклад, наявність у неповнолітнього з органічним психічним розладом або

розладом особистості, синдромально окреслених емоційних розладів зумовлених тривалою психогенно-травмуючою ситуацією у період часу, що передував періоду злочину.

2. Соціальні — характеризують рівень мікросоціальної та соціальної адаптації (відношення з близькими, знайомими, однолітками, членами групи тощо, учбові та професійні досягнення, особистісні характеристики (інтереси, цінності, спрямованість тощо).

Наявність станів залежності потребує окремої оцінки. Стани хімічної залежності (сформовані і такі, що формуються), які пов'язані з вживання психоактивних речовин (ПАР) можуть ускладнювати, затінювати (виходячи на перший план), впливати на прояви (тобто виступати патопластичним фактором) основного психічного розладу; провокувати, полегшувати, визначати здійснення злочину. Стани нехімічної залежності — ігрової, комп'ютерної тощо — можуть впливати на психічний стан неповнолітнього, обумовлюючи певні вегетативні, емоційні, поведінкові зміни і також впливати на прояви основного психічного розладу, провокувати та визначати мотивування протиправних дій для задоволення своїх потреб. При цьому слід пам'ятати, що згідно з нормами закону, неповнолітній вік правопорушника є обставиною, що пом'якшує покарання, а вчинення злочину особою, що перебуває у стані алкогольного сп'яніння або у стані, викликаному вживанням наркотичних або інших одурманюючих засобів (п. 13 ч. 1 ст. 67 КК України) є обставиною, яка обтяжує покарання (без урахування віку особи).

Тобто сам факт вживання ПАР (в межах стану залежності чи епізодично) і вчинення злочину в стані інтоксикації, що пов'язана з вживанням ПАР, не може бути використаний експертом для обґрунтування обмеженої осудності. Лише вплив залежного стану (сформованого чи такого, що формується) на прояви основного психічного розладу з ускладненням, зміною його перебігу може бути прийнято до уваги при мотивуванні експертних висновків щодо обмеженої осудності.

III. Індивідуальні (індивідуально-ситуаційні) критерії.

Це критерії, що висвітлюють взаємодію, взаємовплив психічного розладу та суспільно небезпечного діяння, а саме відбитки психічного розладу (сфер психічної діяльності, що змінені, порушені) на етапах мотивування, планування, підготовки, здійснення, прогнозування, використання результатів, оцінювання наслідків тощо суспільно небезпечного діяння. Період здійснення злочину потребує окремого дослідження та оцінки. При цьому основною задачею є пошук, встановлення, виділення, демонстрація (в акті судово-психіатричної експертизи) проявів викривлення, «дефектності», спотвореності, змінності, що знайшли відображення (у вигляді реальних фактів) у діях (вольовий компонент), емоційних проявах (емоційний компонент) та розумінні, усвідомленні (когнітивний компонент) та адекватній оцінці себе і навколишнього (критика) під час скоєння злочину.

Схематично запропонований комплекс ієрархічно пов'язаних між собою ознак, що потрібно використовувати при обґрунтуванні обмеженої осудності у неповнолітніх (а також у підекспертних інших вікових груп) може бути представлений наступним чином (табл. 1).

I група критеріїв експертної оцінки відповідає медичному критерію обмеженої осудності — наявності психічного розладу, що впливає на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, у зв'язку з чим вона «не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними».

II група критеріїв експертної оцінки відповідає психологічному критерію обмеженої осудності у частині характеристик самого психічного розладу, особливостей та ступеня впливу цього розладу на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними під час скоєння злочину та взагалі (на етапах виникнення, розвитку, плину наявного психічного розладу), тобто висвітлення клінічних (динамічних та статичних) характеристик психічного розладу, особливостей особистості, рівня її адаптації тощо.

III група критеріїв експертної оцінки відповідає психологічному критерію обмеженої осудності у частині висвітлення та обґрунтування істотності (суттєвості) впливу наявного психічного розладу на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в певний проміжок часу — період скоєння суспільно небезпечного діяння.

Таким чином, наявність I та II груп критеріїв є обов'язковою умовою для імовірної можливості експертного висновку щодо обмеженої осудності, тобто predisponуючим фактором; а наявність III групи критеріїв є обов'язковою умовою реалізації цієї можливості в експертну реальність, тобто є розв'язувальним (вирішальним) фактором.

Таблиця 1

Критерії обмеженої осудності у неповнолітніх	
ОБМЕЖЕНА ОСУДНІСТЬ	Загальні (нормативно правові) критерії
	1. Наявність в особи психічного розладу непсихотичного рівня (такого, що не сягає рівня тяжкого психічного розладу у відповідності зі ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу») на період скоєння суспільно небезпечного діяння. 2. Наявність в особи психічного розладу непсихотичного рівня у зв'язку з чим особа «під час вчинення злочину... не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними» (ст. 20 КК України).
	Спеціальні (клініко-соціальні) критерії
	1. Клінічні характеристики — статичні та динамічні характеристики психічного розладу як на період юридично значущої події (період скоєння злочину), так і на інші періоди, що стосуються виникнення, розвитку та плину наявного психічного розладу. 2. Соціальні характеристики — рівень мікросоціальної та соціальної адаптації. 3. Особистісні характеристики (розглядаються як клінічна складова спеціальних критеріїв при наявності або формуванні розладу особистості або як особистісна складова при наявності іншого психічного розладу). 4. Коморбідні стани (якщо такі є), включаючи стани залежності.
	Індивідуальні (індивідуально-ситуаційні) критерії
	Критерії, що висвітлюють взаємодію, взаємовплив психічного розладу та суспільно небезпечного діяння, відбитки психічного розладу (сфер психічної діяльності, що змінені, порушені) на етапах мотивування, планування, підготовки, здійснення злочину, прогнозування, використання його результатів, оцінювання наслідків тощо суспільно небезпечного діяння.

Запропонована ієрархічна структура критеріїв обмеженої осудності, на нашу думку, буде сприяти стандартизації експертної оцінки непсихотичних психічних розладів та забезпеченню певного алгоритму дослідження, виділення, аналізу та узагальнення фактичних даних, які стосуються психічного стану особи з відповідними психічними розладами, що скоїла суспільно-небезпечне діяння.

Література

1. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Принципы судебно-психиатрической диагностики в подростковом возрасте // Функциональный диагноз в судебной психиатрии: Монография / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. — М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2001. — С. 119–147.
2. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Ма-

кушкин Е. В., Гиндикин В. Я., Бадаева В. Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — С. 281–320.

3. Мохонько А. Р. О работе судебно-психиатрических экспертных комиссий в 1996 г. // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 3. — С. 50–57.

4. Мохонько А. Р., Щукина Е. Я., Берснев А. В. Некоторые аспекты судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних // Российский психиатрический журнал. — 2003. — № 4. — С. 54–56.

5. Первомайский В. Б. К проблеме классификации психических расстройств // Первомайский В. Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 85–90.

6. Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Каніщев А. В. Аналіз судово-психіатричної експертної практики щодо неповнолітніх, які

скоїли суспільно-небезпечні діяння // *Архів психіатрії*. — 2009. — Т. 15, № 4. — С. 70–73.

7. Первомайский В. Б., Семенкова И. И. *Современные подходы к решению проблемы*

ограниченной вменяемости // *Архів психіатрії*. — 2005. — Т. 11, № 1. — С. 47–51.

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, А. В. Канищев

В статье предлагается алгоритм оценки ограниченной вменяемости у несовершеннолетних правонарушителей, включающий три группы критериев. Первая группа — общие (нормативно-правовые критерии), подразумевающие наличие психического расстройства непсихотического уровня, вследствие которого лицо не было способно в полной мере осознавать свои действия и руководить ими. Вторая группа — специальные (клинико-социальные) критерии, включающие клинические (статические и динамические) характеристики психического расстройства, социальные, личностные факторы, а также наличие коморбидных расстройств. Третья группа — индивидуальные (индивидуально-ситуационные) критерии, которые характеризуют отображение психического расстройства на этапах мотивации, планирования, осуществления правонарушения, а также прогнозирования и оценки его последствий.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, несовершеннолетние, ограниченная вменяемость

CRITERIA OF DIMINISHED RESPONSIBILITY IN ADOLESCENTS

V. B. Pervomayskiy, V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev

The article contains the guideline for forensic psychiatric estimation of diminished responsibility in adolescents, which includes three groups of criteria. First group — general (legislative) criteria, concerning the presence of non-psychotic mental disorder, which substantially impairs cognitive and volitional abilities of adolescent. Second group — special (clinical and social) criteria: clinical features of mental disorder, social and personal factors, as well as comorbid disorders. Third group — individual (situational) criteria, describing reflection of the mental disorder in the motivation, reasoning of the offence, anticipation of its consequences etc.

Keywords: forensic psychiatric evaluation, adolescents, diminished responsibility

УДК: 616-006:616.89+615.851

О.А. Ревенко, О.П. Олійник, С.С. Шум, І.І. Ходаковська

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Ключові слова: онкологічні хворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Проблема онкології у світі була визнана спеціалістами ВООЗ одним з пріоритетних напрямків медицини: до 2020 року збільшення захворюваності на

злоякісні новоутворення сягне 15 млн. випадків.

Тільки в Україні фіксується понад 150 тис. вперше виявлених випадків онкологіч-

скоїли суспільно-небезпечні діяння // *Архів психіатрії*. — 2009. — Т. 15, № 4. — С. 70–73.

7. Первомайский В. Б., Семенкова И. И. *Современные подходы к решению проблемы*

ограниченной вменяемости // *Архів психіатрії*. — 2005. — Т. 11, № 1. — С. 47–51.

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, А. В. Канищев

В статье предлагается алгоритм оценки ограниченной вменяемости у несовершеннолетних правонарушителей, включающий три группы критериев. Первая группа — общие (нормативно-правовые критерии), подразумевающие наличие психического расстройства непсихотического уровня, вследствие которого лицо не было способно в полной мере осознавать свои действия и руководить ими. Вторая группа — специальные (клинико-социальные) критерии, включающие клинические (статические и динамические) характеристики психического расстройства, социальные, личностные факторы, а также наличие коморбидных расстройств. Третья группа — индивидуальные (индивидуально-ситуационные) критерии, которые характеризуют отображение психического расстройства на этапах мотивации, планирования, осуществления правонарушения, а также прогнозирования и оценки его последствий.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, несовершеннолетние, ограниченная вменяемость

CRITERIA OF DIMINISHED RESPONSIBILITY IN ADOLESCENTS

V. B. Pervomayskiy, V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev

The article contains the guideline for forensic psychiatric estimation of diminished responsibility in adolescents, which includes three groups of criteria. First group — general (legislative) criteria, concerning the presence of non-psychotic mental disorder, which substantially impairs cogitative and volitional abilities of adolescent. Second group — special (clinical and social) criteria: clinical features of mental disorder, social and personal factors, as well as comorbid disorders. Third group — individual (situational) criteria, describing reflection of the mental disorder in the motivation, reasoning of the offence, anticipation of its consequences etc.

Keywords: forensic psychiatric evaluation, adolescents, diminished responsibility

УДК: 616-006:616.89+615.851

О.А. Ревенюк, О.П. Олійник, С.С. Шум, І.І. Ходаковська

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Ключові слова: онкологічні хворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Проблема онкології у світі була визнана спеціалістами ВООЗ одним з пріоритетних напрямків медицини: до 2020 року збільшення захворюваності на

злоякісні новоутворення сягне 15 млн. випадків.

Тільки в Україні фіксується понад 150 тис. вперше виявлених випадків онкологіч-

ної патології і понад 90 тис. осіб, які страждають на злоякісні новоутворення і щорічно вмирають (Інформаційна довідка МОЗ України).

При цьому розповсюдженість психопатологічних розладів в осіб з вищезазначеною патологією досить висока, це тільки підкреслює особливу значимість і актуальність дослідження їх психічної сфери. Складність формування механізмів патології психіки при злоякісних новоутвореннях, перш за все, зумовлена щільним взаємозв'язком психогенних, соматогенних та особистісних факторів, а також тривалістю захворювання, його стадією та ймовірним прогнозом [1-3].

Дана проблема також потребує ретельного вивчення у співставленні з діючою МКХ – 10.

Вивчення психічних розладів в осіб, які страждають на онкологічні захворювання, почали проводити ще за радянських часів [4;5], але більш активно дана проблема стала вивчатися упродовж останніх п'ятнадцяти років. Слід зауважити, що більшість наукових праць за цим напрямом виконана на конкретному вибірковому матеріалі [6-8].

Останнім часом у судовій практиці збільшується кількість судово-психіатричних експертиз за цивільними справами про визнання правочинів недійсними, де на розгляд експертів ставлять питання щодо здатності онкохворих розуміти значення своїх дій та керувати ними. Саме тому через значний приріст кількості хворих на рак та збільшення кількості справ цивільного судочинства, розробка теоретичних, методологічних та практичних аспектів судово-психіатричних експертиз осіб з онкопатологією є однією з найбільш актуальних та складних задач на теперішній час.

Матеріал і методи дослідження. За умови інформованої згоди було обстежено 31 хворого з онкологічними захворюваннями III або IV клінічної стадії, які перебували у клінічному відділенні паліативної допомоги Київської міської лікарні №2. Згідно до поставлених задач, тематичних хворих було поділено на дві групи. Основну групу складали 13 хворих з онкологічною патологією, які отримували наркотичні

анальгетики. До групи порівняння увійшли 18 онкохворих, яким не призначались анальгетики наркотичної дії. Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю та локалізацією онкологічного процесу.

Інструментом дослідження виступала спеціально розроблена карта обстеження. Весь спектр показників, які увійшли до карти обстеження, викладено пунктами, у яких відображені паспортні дані, соціально-демографічні показники, анамнестичні дані у вигляді анамнезу життя, анамнезу онкологічної, соматичної, неврологічної хвороби, сімейного анамнезу, дані стосовно актуального психоонкологічного стану хворого під час лікування, судово-психіатричні аспекти юридично значимої ситуації у цивільному процесі, психологічні показники та особистісні риси досліджених, мотивація укладання правочинних актів при наявності онкологічної хвороби, для подальшої оцінки впливу на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.

У роботі використовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний та статистичний методи дослідження.

Мета роботи - виявлення психічних і поведінкових розладів, вивчення їх клінічної структури з подальшою оцінкою впливу цих розладів на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними для удосконалення судово-психіатричних експертиз у цивільному процесі.

Результати роботи. Збір та аналіз психоанамнестичних даних у досліджених онкохворих не виявив випадків спадкової обтяженості психічними захворюваннями. При опитуванні усі хворі заперечували у себе будь-які розлади психіки протягом життя, які б стали підставою самостійного звернення до лікарів-психіатрів або направлення на консультацію за ініціативою інших спеціалістів. Під час перебування у відділенні паліативної допомоги психіатрами оглядалися 4 особи (13%), хоча підстав для психіатричного огляду у досліджених хворих з онкологічною патологією на пізніх стадіях захворювання було значно більше (табл. 1).

Розподіл досліджених хворих в залежності від проведення огляду психіатра/медичного психолога під час лікування від онкохвороби

Огляд психіатра/ мед.психолога	Основна група								Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Не проводився:	8	80,0	2	66,7	10	100	7	87,5	27	87,1
- через відсутність підстав	4	40,0	2	66,7	8	80,0	4	50,0	18	58,1
- за наявності підстав, але з інших причин	4	40,0	-	-	2	20,0	3	37,5	9	29,0
Проводився:	2	20,0	1	33,3	-	-	1	12,5	4	12,9
- психомоторне збудження	1	10,0	1	33,3	-	-	-	-	2	6,5
- депресивні розлади	1	10,0	-	-	-	-	1	12,5	2	6,5
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

У результаті власного обстеження було з'ясовано, що підставами для огляду психіатрів (у випадках коли консультація психіатра не призначалась), найчастіше виступали інтелектуально-мнестичні порушення та розлади свідомості. Слід зауважити, що до підстав огляду через інтелектуально-мнестичні порушення ми відносили випадки лише з помірним та виразним психоорганічним синдромом, враховуючи те, що виявити і оцінити незначний рівень цих розладів, по-перше, не легко для лікарів непсихіатричного профілю, а по-друге, такі порушення не суттєво впливають на функціонування хворих, не потребують медикаментозного втручання і корекції (враховуючи основне захворювання і його стадію) та не обмежують здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними з судово-психіатричних позицій.

Розлади свідомості у обстежених онкохворих мали два типи перебігу. В одних випадках вони носили тимчасовий скороминучий перебіг із світлими проміжками і поновленням ясної свідомості. Такі транзитні розлади свідомості тривали від декількох хвилин до декількох годин і мали характер оглушення або обнубіляції з порушенням усвідомлення об'єктивної дійсності, фрагментарним сприйняттям оточуючого, відсутністю реакцій на незначні подразники, малопродуктивністю словесного контакту тощо. Про тимчасові розлади свідомості неглибокого рівня, окрім наших власних спостережень, свідчили і записи чергових лікарів про погіршення загального стану хворих, їх загальмованість, утрудне-

ність контакту, відсутність відповідей на більшість питань, відсутність реакцій на тиху мову, тощо. В інших випадках розлади свідомості мали прогресуючий перебіг. Починаючись з симптомів оглушення, поступово-прогресивно переходили у кому з наступним летальним кінцем, без наявності світлих проміжків з відновленням ясної свідомості або покращенням. Цей процес тривав декілька годин, але не більше доби. В одному випадку ми спостерігали психотичний розлад свідомості з продуктивною психосимптоматикою. Під впливом страхітливих зорових галюцинацій, хвора знаходилась у психомоторному збудженні: перебуваючи у вкрай ослабленому кахексичному стані, намагалась встати з ліжка, вибігти з палати, кудись втекти, відчувала страх смерті, загрозу для життя, не реагувала на оточуючих. Цей стан був розцінений як деліріозний розлад свідомості.

З судово-психіатричних позицій розлади свідомості однозначно можуть бути підставою для законного огляду психіатром з метою унеможливлення будь-яких маніпуляцій з правочиноздатністю хворих. Проте, виходячи з практичних реалій лікарської діяльності, враховуючи термінальну стадію онкозахворювання і його прогнозований кінець, а також з медико-етичних міркувань, твердження про обов'язковий огляд лікаря-психіатра є не таким однозначним. Вирішення цієї дилеми, в основі якої лежить, перш за все, захист законних і етичних прав пацієнта, потребує зваженого наукового і законодавчо урегульованого підходу з розробкою моделі надання комплек-

сної онкопсихіатричної допомоги хворим з онкологічною патологією.

Розподіл досліджених хворих за наявністю у них інтелектуально-мнестичних

порушень та розладів свідомості відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджених хворих за частотою розладів свідомості та інтелектуально-мнестичних порушень

Психічні розлади	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Розлади свідомості										
Не спостерігались	7	70,0	2	66,7	9	90,0	7	87,5	25	80,7
Спостерігались:	3	30,0	1	33,3	1	10,0	1	12,5	6	19,3
- оглушення	3	30,0	-	-	1	10,0	1	12,5	5	16,1
- делірій	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	3,2
Інтелектуально-мнестичні розлади										
Відсутні	7	70,0	2	66,7	5	50,0	4	50,0	18	58,1
Психоорганічний синдром:	3	30,0	1	33,3	5	50,0	4	50,0	13	41,9
- невиразний	2	20,0	1	33,3	3	30,0	1	12,5	7	22,6
- помірний	1	10,0	-	-	-	-	-	-	1	3,2
- виражений	-	-	-	-	2	20,0	3	37,5	5	16,1
Деменція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Як видно з таблиці 2, розлади свідомості спостерігались майже з однаковою частотою у чоловіків та жінок. Проте, у представників порівняльної групи такі порушення мали місце втричі рідше, ніж у хворих основної групи. Інтелектуально-мнестичні порушення спостерігались у осіб порівняльної групи в половині відсотків випадків і мали глибокий характер доходячи до виразного психоорганічного синдрому, прояви якого межують з деменцією. У хворих основної групи ці розлади спостерігались рідше, мали незначний рівень, що не сягав глибше помірного психоорганічного синдрому у поодиноких випадках. Суттєвих гендерних відмінностей у кожній з досліджених груп не виявлено.

Судово-психіатричній оцінці підлягали астенічні розлади як стани, що можуть значно поглиблювати інші наявні психічні по-

рушення, або у стадії виразної астенії самостійно впливати на здатність онкохворих адекватно оцінювати реальну дійсність. Астенічні порушення були невід'ємною частиною клінічних проявів в усіх досліджених онкохворих без винятку. Проявлялись вони психосоматичною виснаженістю, загальмованістю і утрудненням інтелектуальної діяльності та реакції на зовнішні стимули, порушеннями фіксації, утримання та відтворення інформації, зменшенням здатності до цілеспрямованої розумової діяльності, обмеженням обсягу уваги до її майже повної відсутності, афективними розладами у вигляді драгівливої дистимічності з ситуативно-обумовленими змінами афекту. Астенічний симптомокомплекс за своєю виразністю був поділений на три ступені тяжкості (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих з онкологічною патологією в залежності від виразності астенічних розладів

Астенія	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Незначна	1	10,0	-	-	-	-	2	25,0	3	9,7
Помірна	6	60,0	1	33,3	8	80,0	2	25,0	17	54,8
Виражена	3	30,0	2	66,7	2	20,0	4	50,0	11	35,5
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Аналіз даних з вищенаведеної таблиці 3 свідчить, що у жінок обох груп спостерігається вдвічі більший відсоток випадків вираженої астенії, ніж у чоловіків. Чоловіки ж значно частіше страждають від проявів помірного астеничного синдрому. Окрім гендерних відмінностей за цим показником, інша різниця між групами порів-

няння за частотою поширеності ознаки є несуттєвою.

Серед інших психічних відхилень ми спостерігали клінічно виражені афективні розлади у вигляді тривожності, емоційної лабільності, депресивності. Розподіл досліджених хворих за цими показниками відображено у таблиці 4.

Таблиця 4

Розподіл осіб з онкологічними захворюваннями за частотою афективних розладів

Афективні розлади	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Відсутні	3	30,0	-	-	1	10,0	1	12,5	5	16,1
Тривожність:	1	10,0	-	-	2	20,0	3	37,5	6	19,3
- невиражена	1	10,0	-	-	1	10,0	1	12,5	3	9,7
- помірна	-	-	-	-	1	10,0	-	-	1	3,2
- виражена	-	-	-	-	-	-	2	25,0	2	6,4
Емоційна лабільність:	7	70,0	3	100	9	90,0	7	87,5	26	83,9
- невиражена	-	-	-	-	1	10,0	2	25,0	3	9,7
- помірна	3	30,0	2	66,7	7	70,0	2	25,0	14	45,2
- виражена	4	40,0	1	33,3	1	10,0	3	37,5	9	29,0
Депресія:	1	10,0	-	-	1	10,0	2	25,0	4	12,9
- невиражена	1	10,0	-	-	1	10,0	2	25,0	4	12,9
- помірна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- виражена	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Дані з таблиці 4 свідчать, що емоційна лабільність була найчастішим проявом афективних розладів і спостерігалась в усіх хворих, у яких взагалі відмічались клінічні прояви цих порушень. Емоційна лабільність проявлялась нестійкістю настрою, нетриманням емоцій від благодушності до сльозливості, звинуваченням оточуючих і в той же час намаганням привернути до себе більше уваги, гіперестезією до зовнішніх подразників, ситуативною обумовленістю зміни настрою та емоційних проявів, з переважною схильністю афекту до роздратованості, зловливості, подекуди агресивності. Тривожність та депресивні розлади спостерігались рідше і мали незначний, невиражений рівень клінічних проявів. Слід зазначити, що тривожність була більше притаманна жінкам. Крім того, отримані дані свідчать про те, що у 11,2 % опитаних хворих тривожність була реактивною (ситуативною), тобто такою, що виникла внаслідок ситуації захворювання, стаціонарного лікування, тощо. У 8,1 % хворих була виявлена особистісна тривожність, тобто стійка риса характеру. Порівняльний аналіз пока-

зав, що розповсюдженість афективних розладів у чоловіків основної і порівняльної групи майже однакова. Проте, серед жінок порівняльної групи, які не отримували наркотичні анальгетики афективні розлади спостерігались значно частіше, ніж у тих, що склали основну групу. Суїцидальні думки, наміри і спроби заперечували всі хворі обох груп. Афективні розлади, виявлені у тій ступені, що зазначена у таблиці 4, не впливали на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Такі ускладнення основного онкологічного захворювання як ракова інтоксикація, з її негативним впливом на центральну нервову систему, та больовий синдром, як підстава призначення наркотичних анальгетиків, суттєво погіршували соматопсихічний стан хворих і опосередковано впливали на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Ракова інтоксикація та больовий синдром спостерігались в усіх хворих без виключення. Для усунення больового синдрому дослідженим хворим основної групи призначали трамадол, мор-

фіну гідрохлорид, омнопон в ін'єкціях. Препаратом першого вибору для знеболення виступав трамадол. При наростанні болювих відчуттів, що не знімались введенням трамадолу, додавали морфін. Омнопон є препаратом останнього вибору для усунення онкологічного болювого синдрому.

Його призначали лише одному хворому основної групи. Для посилення знеболюючого ефекту разом з наркоанальгетиками призначали інші засоби, такі як кетанов, анальгін, димедрол тощо. Схеми призначення наркотичних анальгетиків відображені у таблиці 5.

Таблиця 5

Розподіл досліджених хворих в залежності від схем призначення наркотичних анальгетиків

Схема призначення наркотичних анальгетиків	Чоловіки		Жінки		Всього	
	n=10	%	n=3	%	n=13	%
Монотерапія	6	60,0	2	66,7	8	61,5
Політерапія	4	40,0	1	33,3	5	38,5
Доповнення інших препаратів	2	20,0	1	33,3	3	23,1
Використання стабільної дози наркотичних анальгетиків	6	60,0	2	66,7	8	61,5
Динамічне нарощування дози наркотичних анальгетиків	4	40,0	1	33,3	5	38,5

Дані з вищенаведеної таблиці 5 свідчать, що у досліджених хворих переважно застосовувалась монотерапія наркоанальгетиками, тобто використання одного препарату, із введенням стабільної дози лікарського засобу.

Адекватна оцінка власного стану, в певній мірі, свідчить про збереженість здатності усвідомлювати і аналізувати об'єктивну дійсність. Критична оцінка свого стану у досліджених хворих була пов'язана не тільки з наявністю або відсутністю розладів психіки та поведінки, але й з важкістю соматичного стану, а також з по-

інформованістю стосовно онкологічного захворювання, його стадії та прогнозу. Було виявлено, що більшість хворих обох груп знають про наявність у них онкологічного захворювання, проте не володіють об'єктивними даними про його термінальну стадію, наявність метастазування і несприятливий прогноз. У взаємозв'язку з вищенаведеними даними перебував показник критичної оцінки хворими свого стану: більшість пацієнтів мали неповну критику щодо свого об'єктивного психосоматичного стану – таблиця 6.

Таблиця 6

Розподіл досліджених хворих в залежності від поінформованості стосовно онкологічного захворювання

Усвідомлення онкологічної хвороби	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Відсутнє	-	-	1	33,3	1	10,0	3	37,5	5	16,1
Не знає стадії, прогнозу	7	70,0	2	66,7	6	60,0	2	25,0	17	54,9
Має повні, об'єктивні дані	3	30,0	-	-	3	30,0	3	37,5	9	29,0
Критична оцінка власного стану										
Адекватна, повна	4	40,0	-	-	4	40,0	3	37,5	11	35,5
Неповна	5	50,0	2	66,7	4	40,0	3	37,5	14	45,2
Формальна	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-	2	6,4
Відсутня	-	-	1	33,3	1	10,0	2	25,0	4	12,9
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Як видно з таблиці 6, у жінок обох груп відмічається тенденція до відсутності об'єктивної оцінки свого стану.

Під час обстеження, з урахуванням кінцевої мети наукового дослідження, ми з'ясували, що переважна більшість хворих володіли особистою власністю, проте юри-

дично-правочинні заходи щодо розпорядження своїм майном здійснили лише 6 (19,4 %) осіб ще до захворювання. Переважна більшість (26 – 83,9%) хворих повідомили, що не мають ніяких планів щодо будь-яких юридично-нотаріальних дій з цього приводу і навіть не думають про такі

питання. Значно менша частина хворих (5 – 16,1%), усвідомлюючи своє онкологічне захворювання, мали чіткі, конкретні наміри певним чином розпорядитися своєю особою власністю.

Таким чином, вищенаведений аналіз свідчить, що більшість досліджених хворих мають особисту власність, щодо якої не планують укладати будь-які юридично-нотаріальні документи або змінювати вже укладені до онкохвороби правочини. Проте остаточно їх плани під впливом різних причин можуть змінитись (як і у тих хворих, що мають чіткі наміри щодо розпорядження своїм майном). В таких випадках укладені під час хвороби правочини можуть виступати предметом цивільних позовів щодо впливу онкологічної хвороби і прийому наркотичних анальгетиків на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. За відсутності чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями залишається можливість «маніпуляцій» з поняттями дієздатності/обмеженої дієздатності/недієздатності у таких хворих. Це вкотре підтверджує актуальність даного наукового дослідження.

Висновки. Таким чином, на попередньому етапі виконання наукового дослідження щодо психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями, можна вказати про наступне:

1. Найбільш суттєвими психічними розладами, що можуть вплинути на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними виступають розлади свідомості (19,3 % випадків); інтелектуально-мнестичне зниження (41,9 %); помірна та виражена астения (92,3 %), прийом наркотичних анальгетиків.

2. У хворих основної групи, які отримують наркотичні анальгетики, частіше відмічались розлади свідомості, у осіб з порівняльної когорти – інтелектуально-мнестичні порушення. До розвитку астении помірного або вираженого рівня більш схильні жінки незалежно від прийому наркоанальгетиків.

3. Не дивлячись на наявність психічних розладів у осіб з онкопатологією, які пере-

бувають у стаціонарі, консультація психіатрів призначалась у 12,9 % випадків з приводу афективно-депресивних розладів або психомоторного збудження. Порушення свідомості та інтелектуально-мнестичні розлади наявні у досліджених хворих не виступали підставами для такого огляду.

4. За відсутності чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями, укладені під час хвороби правочини, можуть виступати предметом цивільних позовів щодо впливу онкологічної хвороби і прийому наркотичних анальгетиків на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Література

1. Болдова Е.Г., Сдвижков А.М., Шостакович Б.В. Психиатрические исследования в онкологии // *Рос. психиатр. журн.* – 2006. – № 1. – С. 76-82.
2. Григорьева И.В., Изумнов С.А. Клинико-психопатологические и социально-психологические особенности у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы // *Рос. психиатр. журн.* – 2009. – № 1. – С. 73-76.
3. Бухтияров О.В. с соавт. Психоиммунологические эффекты гипносуггестивной психотерапии больных онкологическими заболеваниями (предварительные результаты) // *Рос. психиатр. журн.* – 2007. – № 1. – С. 64-70.
4. Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Автореф. дис...канд. мед. наук - Л., 1977. – 16 с.
5. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. – М: Медицина, 1961. – 231 с.
6. Табачников С.И. с соавт. К вопросу о психических расстройствах у больных с злокачественными новообразованиями // *Архив психиатр.* – 2005. – Т. 11, № 3 (42). – С. 8-15.
7. Марилов В.В., Данилин И.Е., Минакова Л.Р. Пограничные психические расстройства у больных раком предстательной железы // *Журн. неврологии и психиатрии.* – 2003. – № 5. – С. 40-42.
8. Lichtermann D. et al. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives // *Archives of general psychiatry.* – 2001; 58: 573-578.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ревенок А.А., Олейник О.П., Шум С.С., Ходаковская И.И.

В статье представлены психические расстройства, которые наиболее часто встречаются у онкобольных. Проведена их судебно-психиатрическая оценка в плане возможности влиять на способность лица осознавать значение своих действий и руководить ими.

Ключевые слова: онкологические больные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG CANCER PATIENTS

A.A. Revenok, O.P. Oleynik, S.S. Shum, I.I. Khodakovskaya

The article presents cancer patients' mental disorders. Carried out their forensic psychiatric assessment affect of individual's ability to realize the significance of own actions and direct.

Keywords: cancer patients, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89-174:61

О.А. Насинник

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ I

Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция

Введение. Последние десятилетия в специальной литературе обсуждаются вопросы изменения концепции оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (ППП), ставящей во главе перемен основополагающие принципы биоэтики. К ним относят предложенные Т. L. Beauchamp и J. F. Childress (2001) принципы автономии, благодеяния, избегания вреда, справедливости [1;2]. В прошлом врач действовал по принципу «не вреди», но на сегодня практикуется модель осознанного согласия и автономии, что выводит на первый план принцип «благодеяния» [3]. Ведущим в современной помощи становится пациент-центрированный подход, и большинство авторов считает, что целью психиатрической помощи является автономия пациента [4;5]. Например, недобровольная госпитализация осуществляется не для защиты других лиц, а в интересах самого пациента — для восстановления его автоно-

мии. В литературе принципы биоэтики рассматриваются односторонне, применительно к пациенту, хотя имеются еще и другие участники процедуры оказания ППП (близкие пациента, профессионалы психиатрической службы), на которых также могут быть распространены указанные принципы. Что касается автономии, точнее уважения автономии пациента, то этот принцип подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей, как близких пациента, так и работников психиатрической службы. Ведущие принципы психиатрической помощи, в том числе относительно автономии врача-психиатра, изложены в части III статьи 27 Закона Украины «Про психиатрическую помощь», а именно: «При предоставлении психиатрической помощи врач-психиатр, комиссия врачей-психиатров независимы в своих решениях и руководствуются лишь медицинскими показаниями, своими

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ревенок А.А., Олейник О.П., Шум С.С., Ходаковская И.И.

В статье представлены психические расстройства, которые наиболее часто встречаются у онкобольных. Проведена их судебно-психиатрическая оценка в плане возможности влиять на способность лица осознавать значение своих действий и руководить ими.

Ключевые слова: онкологические больные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG CANCER PATIENTS

A.A. Revenok, O.P. Oleynik, S.S. Shum, I.I. Khodakovskaya

The article presents cancer patients' mental disorders. Carried out their forensic psychiatric assessment affect of individual's ability to realize the significance of own actions and direct.

Keywords: cancer patients, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89-174:61

О.А. Насинник

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ I

Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция

Введение. Последние десятилетия в специальной литературе обсуждаются вопросы изменения концепции оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (ППП), ставящей во главе перемен основополагающие принципы биоэтики. К ним относят предложенные Т. L. Beauchamp и J. F. Childress (2001) принципы автономии, благодеяния, избегания вреда, справедливости [1;2]. В прошлом врач действовал по принципу «не вреди», но на сегодня практикуется модель осознанного согласия и автономии, что выводит на первый план принцип «благодеяния» [3]. Ведущим в современной помощи становится пациент-центрированный подход, и большинство авторов считает, что целью психиатрической помощи является автономия пациента [4;5]. Например, недобровольная госпитализация осуществляется не для защиты других лиц, а в интересах самого пациента — для восстановления его автоно-

мии. В литературе принципы биоэтики рассматриваются односторонне, применительно к пациенту, хотя имеются еще и другие участники процедуры оказания ППП (близкие пациента, профессионалы психиатрической службы), на которых также могут быть распространены указанные принципы. Что касается автономии, точнее уважения автономии пациента, то этот принцип подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей, как близких пациента, так и работников психиатрической службы. Ведущие принципы психиатрической помощи, в том числе относительно автономии врача-психиатра, изложены в части III статьи 27 Закона Украины «Про психиатрическую помощь», а именно: «При предоставлении психиатрической помощи врач-психиатр, комиссия врачей-психиатров независимы в своих решениях и руководствуются лишь медицинскими показаниями, своими

профессиональными знаниями, медицинской этикой и законом».

Пациент-центрированный подход становится основополагающим в диагностике и оценке состояния их здоровья. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) подготовила и опубликовала в 2003 году набор Международных диагностических руководств по диагностическому обследованию (IGDA), в которых указано, что диагностическая оценка пациента должна быть больше констатации его как носителя заболевания. ВПА была предложена комплексная диагностическая модель со стандартизированным и идеографическим компонентами, отражающими личностно-ориентированные интегративные перспективы [6]. В 2005 году на генеральной ассамблее ВПА утвердила Институциональную личностно-ориентированную психиатрическую программу: от медицинской помощи к общественному здоровью (IPPP). Эта программа представляет личность пациента и его окружение в качестве основной мишени для оказания медицинской помощи и поддержания здоровья, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Завершение работы над классификацией планируется к 2012 году, утверждение всей МКБ-11 – к 2014 году [6]. В основе личностно-центрированного интегративного диагноза (PID) лежит концепция диагноза, отличного от традиционных представлений о распознавании и дифференциации заболеваний. Диагноз формулируется из описания негативных и позитивных аспектов здоровья, воздействующих друг на друга в среде личности, и включает в себя другие связанные со здоровьем проблемы и позитивные аспекты здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящиеся к целостности личности (включая такие понятия как достоинство, ценности, ожидания). Этот подход будет одновременно категориальным, пространственным и описательным, его разработка и внедрение потребуют взаимодействия между клиницистами, пациентами и их окружением [6;7].

Начиная с 90-х годов прошлого столетия внимание исследователей было обращено на результаты помощи и ее качество в

виде восприятия пациентом принуждения. Исследователями были рассмотрены различные виды принуждения и отношение к ним пациента, оценка негативных последствий различных аспектов принуждения в психиатрической помощи и разработке превентивных мер по их смягчению. Недобровольная (принудительная) госпитализация имеет комплексное воздействие на жизнь пациента, а также на его близких и специалистов, участвующих в принуждении [8;9]. Значимыми становятся вопросы повышения качества предоставления ПППП, в том числе с учетом роли родственников пациентов. ПППП, в частности недобровольная госпитализация, имеют комплексное воздействие на жизнь пациента [8], не оставляя в стороне и его родственников [9]. Многие авторы указывают, что недобровольная психиатрическая помощь причиняет больше вреда, чем пользы, вызывая у пациента недоверие к оказывающим помощь, приводит к отчуждению от помощи, «пациент избегает лечения сам и поощряет других к этому, что противоположно доверительным взаимоотношениям с соблюдением терапевтических рекомендаций» [10;11]. Ведущим же в недобровольной психиатрической помощи, как и в основе указанных негативных ее последствий, является восприятие пациентом принуждения в виде лишения свободы, контроля или выбора при принудительной госпитализации, и в целом – отсутствие возможности влиять на процесс данной помощи [12]. Исследователями выявлены различные виды и степени принуждения в процессе психиатрической помощи [13;14]. Авторы находят, что имеется со стороны пациента восприятие «положительного или отрицательного воздействия» [13]. К положительным воздействиям относят убеждение и мотивирование или стимулирование, к отрицательным – угрозы и применение силы. При положительном воздействии пациент остается удовлетворенным помощью, но отрицательное воздействие ведет к ряду негативных переживаний. Отсюда вид воздействия играет роль в удовлетворенности пациента лечением и соблюдению им лечения. В связи с этим более предпочтательными условиями для улучшения привержен-

ности к лечению считаются отсутствие принуждения в процессе госпитализации, положительные взаимоотношения с персоналом, вовлечение пациента в процесс обсуждения его лечения [15;16;17]. Как показано многими авторами, принуждение экономически затратное, нарушает терапевтический контакт с психиатрической службой, оставляет больше отрицательных впечатлений у всех участников процесса, хотя некоторые пациенты и соглашались в последующем о необходимости такого принуждения. Вышеизложенные негативные последствия принуждения привели к вынесению рекомендаций ВОЗ об уменьшении частоты принуждения в психиатрии, в особенности изоляции и фиксации, а также принудительной госпитализации.

Указанные вопросы являются актуальными и значимыми, в связи с чем возникает необходимость нового концептуального подхода в решении вопросов ПППП, направленного на улучшение качества ПППП, а в случае необходимости осуществления данного вида помощи – смягчения отрицательных последствий ее оказания.

Целью работы является создание концептуальной модели оказания ПППП (в данной работе – обсуждение предпосылок к ее созданию), направленной на улучшение качества и смягчение негативных последствий данного вида помощи с учетом этических правовых воззрений в данный период.

Материалом исследования являлись пациенты, подвергшиеся неотложной (253 человек), в том числе принудительной (68 человек) госпитализации в психиатрическую больницу, а также результаты дополнительного анкетного опроса родственников пациентов, госпитализированных в ту же больницу. На период госпитализации средний возраст мужчин (138 человек) составлял $37,5 \pm 12,7$ и женщин (115 человек) – $43,6 \pm 12,9$ лет. Наибольшее число пациентов было в возрастном диапазоне от 30 до 39 лет (27,8%). Диагнозы установлены и сгруппированы в соответствии с МКБ-10. Наиболее представлены категории пациентов с шизофренией, шизотипическим и другими бредовыми расстройствами – 194 человека (76,7%), органические, в том числе и симптоматические расстройства – 25 че-

ловек (9,9%), аффективные расстройства – 20 человек (7,9%), расстройства зрелой личности – 11 человек (4,3%), невротические и соматоформные расстройства – 2 человек (0,8%) и умственная отсталость – 1 человек (0,4%). Длительность заболевания ко времени госпитализации составляла от 1 месяца (26 человек, 10,3%) до 10 лет и более (66 человек, 26,1%). На этапе приемного отделения было 100 человек (39,5%), давших согласие на госпитализацию, в лечебном отделении их стало больше – 185 человек (73,1%), что указывает на динамику критических способностей и отражает работу персонала по предоставлению разъяснений пациенту. Однако из числа согласившихся на лечение 12 пациентов в последующем отказались от дальнейшего пребывания в стационаре, и в связи с наличием критериев принудительной госпитализации к ним также была применена принуждение в установленном Законом порядке. В период получения лечения, как следует из данных историй болезни, к 7 пациентам в отделении была применена фиксация с заполнением соответствующей документации (протоколов) о применении данной меры. Из числа неотложно госпитализированных 68 человек (26,9%) были подвергнуты принудительной госпитализации.

В мае 2004 года нами проведен опрос родственников пациентов, находящихся на лечении в психиатрической больнице. Анонимная анкета касалась качества предоставляемых больницей услуг, но среди них имелось несколько вопросов относительно предоставляемых разъяснений пациенту при поступлении касательно его прав, распорядка дня, согласования с пациентом лечения, а также рекомендаций перед выпиской. Некоторые вопросы касались информирования родственников пациента. Из всего числа розданных анкет возвращено 26 заполненных. Анализ анкет указывает, что при поступлении 16 человек (61,5%) не получали разъяснений касательно распорядка дня и правил пребывания в стационаре и 19 человек (73,1%) – относительно своих прав при пребывании в больнице. В 20 случаях (76,9%) лечение не было согласовано с пациентом и в 8 случаях (30,8%) перед выпиской пациент не получил реко-

мендаций по дальнейшему лечению. Близкие пациента почти в половине случаев (12 - 46,2%) не приглашались к врачу для уточнения сведений, согласования лечения, а также перед выпиской. Данный опрос трудно признать соответствующим требованиям исследования, но речь идет о мнении потребителей помощи, которое при стандартизированной качественной помощи не должно иметь место. При соблюдении качества помощи стандарт предоставления информации, осознанного согласия на помощь становится ведущим.

Результаты исследования и их обсуждение. В изученном материале неотложная госпитализация осуществлялась в отношении пациентов с острыми проявлениями заболевания, то ли впервые развившегося, то ли при обострении имеющегося. Процесс неотложной, тем более принудительной госпитализации сопровождается принуждением, особенно на начальных этапах. Ряд лиц были доставлены в состоянии психомоторного и/или речевого возбуждения – 70 человек (27,7%), из них к 26 пациентам (10,3%) применялась фиксация бригадой скорой помощи или персоналом приемного отделения. В приемном отделении были зарегистрированы (чаще в сочетании, но нами оценивалось ведущее): отказ от госпитализации - 124 человека (49,2%), отказ от подписи согласия на госпитализацию - 27 человека (10,7%), отказ от лечения 27 человек (10,7%), отсутствие согласия в силу психомоторного возбуждения (70 человек (27,8%) и беспомощного состояния (несостоятельности) – 4 человека (1,6%). Такое распределение оценки отсутствия согласия вырисовывается вследствие различия как психопатологических состояний у пациентов, так и их отношения к различным процедурам недобровольной госпитализации. Большинство воспринимают негативно именно факт предстоящей госпитализации, другие – отвергают лечение, третьи – не готовы подписать согласие. Согласие так же являлось неприемлемым для лиц, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения, или для лиц несостоятельных в принятии осознанного решения. В приемном отделении оценивались не только клиническая картина заболевания,

прежде всего тяжесть психического расстройства, но и критерии для возможной принудительной госпитализации, а именно опасность для себя и/или окружающих и отсутствие согласия на предлагаемую помощь. Из числа проживавших в семье 172 человека (68,0%) представляли в той или иной мере опасность для членов семьи.

Для лиц из внесемейного круга опасность наблюдалась в 33 случаях (13,1%). По данным ряда авторов, большинство (61,8 - 84,3%) пациентов, из числа недобровольно госпитализированных проживают в семьях со своими родителями, супругами, детьми [18;19;20], или выписываются в свои семьи [20]. Однако семьи получают слишком мало информации о своих больных родственниках и о своей роли в помощи им, например, в мониторинге лечения и его эффекте. Профессионалы не дают им информации о диагнозе, текущей терапии, приемлемых ресурсах общины и эффективных стратегиях по помощи на дому. Особенно нужна информация о лечении и побочном действии, ибо необходимо различать, где побочное действие препарата и где новые симптомы болезни [20].

Уже давно было выяснено, что семья является значимым ресурсом в поддержке и помощи пациенту, но в законодательстве Украины члены семьи наделены определенными функциями в случаях несовершеннолетия пациента или его недееспособности, в том числе ограниченной дееспособности (Закон о психиатрии, ГК Украины), т.е. в области психиатрии этот ресурс не принимается во внимание [22]. Более того, участие родственников пациента отвергается ссылкой на конфиденциальность. Требования конфиденциальности остаются основными в деятельности любого медицинского работника, в том числе в области психиатрической помощи, однако речь не идет об этом при наличии согласия пациента на общение с его родственниками и их участия в помощи. Кроме этого, например, при организации помощи при ТПР допускается нарушение конфиденциальности в интересах пациента или других лиц (абзац 2 части IV статьи 6 Закона Украины «Про психиатрическую помощь»). При осуществлении недобровольного лечения по закону вовле-

каются другие лица (родственники, другие врачи, социальные работники, скорая помощь, полиция) [23]. Нежелание пациента подключать своих близких разделения информации и помощи может иметь свои причины, которые следует уточнять и работать с ними для возвращения прежних отношений [24]. Врачи-психиатры должны распознавать и уважать фундаментальную роль близких в жизни и лечении пациента [25], уважать их автономию.

Заключение. Концепция повышения качества оказания психиатрической помощи в принудительном порядке должна учитывать интересы и задачи всех участников

процесса ПППП (прежде всего пациента, его близких и врача-психиатра) с целью повышения качества оказываемой помощи в виде снижения отрицательных последствий принуждения, ускорения перевода пациента из принудительного порядка оказания помощи в добровольный. Механизмами реализации поставленных задач является четкое соблюдение требований Закона, современных этических принципов применительно к психическому состоянию и соответствующих критериев ПППП. Схематически данный фрагмент концептуального подхода ПППП показан на рисунке 1.



Рис. 1. Ведущие принципы ПППП

Принуждение является последним средством в психиатрической помощи пациенту с утраченной критикой и нарушенной автономией, свидетельствующее о существовании недоработок службы, прежде всего — в виде отсутствия терапевтического контакта пациента и/или его близких со службой. Несомненно, ряд случаев ПППП следует соотнести с выраженностью и остротой психопатологических расстройств, препятствующих адекватному восприятию рекомендаций врача (утрата критики), и эти случаи требуют рассмотрения с позиций правовой справедливости с учетом предложенной нами ранее формулы принуждения.

Для уменьшения негативных последствий принуждения целесообразно еще до принятия решения о ПППП начинать реализацию основных принципов биоэтики, а именно уважения личности и автономии

пациента, благодеяния и справедливости. Реализация принципов с учетом современных воззрений начинается с предоставления и пациенту и его близким всей информации, касающейся как процедуры осознанного согласия, так и ситуаций оказания ПППП с учетом альтернативных решений. ПППП не должна быть изолированной мерой, а входить структурной единицей в систему психиатрической помощи. Принудительно госпитализируемые пациенты имеют такие же права, как и остальные пациенты, хотя в ряде случаев допускается ограничение прав в рамках Закона. Пациент должен быть информирован о всех своих перемещениях, переводах, не говоря уже, исходя из принципа «процедурной справедливости», об информации, касающейся процесса принуждения. Процесс принуждения в психиатрии наиболее ответственный для профессионалов и значимый для

всех сторон, поэтому данный вид помощи следует оказывать в соответствии со стандартами оказания данного вида помощи, следовать этико-правовой процедуре оказания психиатрической помощи в принудительном порядке.

Литература

1. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of biomedical ethics: Fifth edition.* - New York: Oxford University Press, 2001. - 454 p.
2. Welsh S., Deahl M. P. *Modern psychiatric ethics*// *Lancet.* - 2002. - Vol. 359. - P. 253-255.
3. Simom R.I. *The law and Psychiatry* // *Focus.* - 2003. - Vol. 1. - P. 349-372.
4. Sjostrand M., Helgesson G. *Coercive treatment and autonomy in psychiatry*// *Bioethic.* - 2008. - Vol.22. - P. 113-120.
5. Beahrs J. O., Gutheil T. G. *Informed Consent in Psychotherapy*// *Am J Psychiatry.* - 2001. - Vol. 158. - P. 4-10.
6. Mezzich J. E., Salloum I. M. *Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis* // *Acta Psychiatr Scand.* - 2007. - Vol 116. - P.1-5.
7. IGDA Workgroup, WPA. IGDA. 1: *Conceptual bases — historical, cultural and clinical perspectives* // *The British Journal of Psychiatry.* - 2003. - Vol. 182, Suppl. 45. - P. 40-41.
8. Lefley H.P. *Involuntary treatment: concerns of consumers, families, and society*// *Innov Res.* - 1993. - Vol.2. - P. 7-9.
9. Sibitz I., Amering M., Scheutz A. et al. *Impact of coercive treatments on biographical narratives*// *Psychiatry.* - 2007. - Vol. 7(Suppl 1). - P. 58.
10. Frank E., Kupfer D.J., Siegel L.R. *Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care: compliance strategies to optimize antidepressant treatment outcomes*// *J Clin Psychiatry.* - 1995. - Vol. 56 (Suppl 1). - P.11-17.
11. Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L. *The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic*// *Arch Gen Psychiatry.* - 1975. - Vol. 32. - P. 553-558.
12. Gardner W., Hoge S. K., Bennett N. et al. *Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission* // *Behavioral Sciences & the Law.* - 1993. - Vol.11. - P. 307-321.

13. Lidz Ch. W., Mulvey E. P., Hoge S.K. et al. *Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process*// *American Journal of Psychiatry.* - 1998. - Vol. 155. - P.1254-1260.
14. Szmukler G., Appelbaum P. S. *Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care*// *Journal of Mental Health.* - 2008. - Vol. 17. - P. 233-244.
15. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L. et al. *Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia*// *BMJ.* - 2003. - Vol. 327. - P. 834-837.
16. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A. *Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial*// *BMJ.* - 1996. - Vol.312. - P. 345-349.
17. Lidz C.W., Hoge S.K., Gardner W. et al. *Perceived coercion in mental hospital admission: pressures and process*// *Arch Gen Psychiatry.* - 1995. - Vol.52. - P. 1034-1039.
18. Zeppegno P., Airoidi P., Manzetti E. et al. *Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases*// *Eur. J. Psychiat.* - 2005. - Vol. 19. - P. 133-143.
19. Salize HJ, Dressing H., Peitz M. *Compulsory Admission and involuntary Treatment of Mentally Ill patients in Legislation and Practice. EU member States, Mannheim, Germany, 2002.* - 166 p.
20. Salize H.J., Dressing H. *Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?*// *Curr Opin Psychiatry.* - 2005. - Vol. 18. - P. 576-584.
21. Petrila J.P., Sadoff R.L. *Confidentiality and the family as caregiver*// *Hospital & Community Psychiatry.* - 1992. - Vol.43. - P.136-139.
22. Gureje O., Alem A. *Mental health policy development in Africa*// *Bull World Health Organ.* - 2000. - Vol.78. - P. 475-482.
23. Szmukler G.I., Bloch S. *Family involvement in the care of people with psychoses*// *British Journal of Psychiatry.* - 1997. - Vol. 171. - P.401-403.
24. Slade M., Pinfold V., Rapaport J. et al. *Best practice when service users do not consent to sharing information with carers*// *The British Journal of Psychiatry.* - 2007. - Vol.190. - P.148-155.
25. Evavold S. A. *Family Members of the Mentally Ill and Their Experiences with Mental Health Professionals*// *Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy.* - Blacksburg, Virginia, 2003. - P.113-114.

**КОНЦЕПТУЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ
ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ І.**

О.А. Насінник

На основі власного дослідження та теоретичного аналізу вітчизняної та закордонної літератури розроблена концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Ключові слова: психіатрична допомога в примусовому порядку, концепція

CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT I.

O.A. Nasinnyk

On the basis of own research and theoretical analysis of domestic and foreign literature the conceptual model of psychiatric compulsory care is developed.

Keywords: psychiatric compulsory care, conception

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.711

И.К.Сосин

ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МОЗ України

Ключевые слова: алкоголь, острая интоксикация, алкогольное опьянение, клиника, диагностика, медицинская помощь

Актуальность. В настоящее время уровень алкоголизации населения достиг эпидемических масштабов: резко возросли контингенты лиц, нуждающиеся в медицинской (терапевтической или экспертной) помощи в связи с алкогольным опьянением. Последствия массового потребления алкоголя вышли за пределы узкомедицинской проблематики и касаются также рамок, затрагивающих морально-этические, юридические, правовые, производственные, профессиональные, экономические сферы деятельности, а значит, в своей совокупности оказывают негативное влияние на социально-демографические показатели.

Врачам многих клинических специальностей в своей повседневной медицинской практике приходится решать неотложные или плановые вопросы, связанные с наличием у пациентов острой алкогольной интоксикации (ОАИ) или последствий алкогольного опьянения (АО).

Так в практике скорой медицинской помощи при установлении факта АО приходится проводить дифференциальную диагностику этого состояния с острыми нарушениями мозгового кровообращения, эйфорической фазой черепно-мозговой травмы, диабетической, печеночной, уремической комами. Хирурги, травматологи, нейрохирурги, анестезиологи, реаниматологи, сталкиваясь с «пьяной травмой» вынуждены неизбежно вносить коррективы в подготовку и ход оперативного вмешательства у нетрезвых пациентов. Терапевт и кардиолог в большинстве случаев кардиологии у взрослых должен исключить алкогольный ее генез. Для врачей-наркологов де-

токсикационное купирование ОАИ является повседневной профессиональной задачей в рамках состояний патологической зависимости.

Вместе с тем, накопленный опыт показывает, что существующее в общемедицинской практике представление о простоте диагностики АО является обманчивым. Ни один из широко известных визуальных и органолептических признаков АО (к примеру, запах алкоголя или ацетальдегида, «перегара» в выдыхаемом воздухе, внешний вид, неадекватность поведенческих реакций, заплетаящаяся речь, шатающаяся походка, лежание на земле, состояние помутнения сознания) не дают полного представления об уровне концентрации алкоголя в организме, т.к. встречаются и при других состояниях, поэтому не являются абсолютно достоверными при его изолированной оценке. Данное обстоятельство ведет в ряде случаев к поверхностному подходу, недооценке комплексного (клинического и лабораторного) обследования при данной интоксикации, а, следовательно, и к диагностическим ошибкам, недооценке фактически имеющейся у пациента степени тяжести алкогольной интоксикации и необходимости неотложной помощи. АО, маскируя и анальгезируя переломы и другие повреждения, может обусловить серьезные диагностические ошибки.

А если, кроме перечисленного учесть, что наличие алкоголя и продуктов его метаболизма в жидких средах и тканях организма является прямым противопоказанием для назначения многих медикаментозных

препаратов, то становится очевидной важность своевременной диагностики острой алкогольной интоксикации, привлечения врачей всех специальностей и совершенствование их знаний по этой проблеме.

Клинико-диагностические особенности алкогольного опьянения.

Под алкогольным опьянением (*Ebrietas alcoholica*) понимают дозозависимый симптомокомплекс, включающий клинически идентифицируемые поведенческие, психологические, психические, вегетативные, сомато-неврологические составляющие, ассоциируемые с экспозиционным («острым») психотропно – эйфорическим действием алкоголя (этанола, этилового спирта) его токсическими эффектами. Медицинская классификация болезней (МКБ-10) относит алкогольное опьянение (острую алкогольную интоксикацию) к патологическим состояниям: «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя», шифр F 10.00.

Клиника АО весьма полиморфна, что объясняется ее зависимостью от множества факторов и стечения обстоятельств: возраста и пола потребителя, нутриционных факторов – крепости, качества и количества выпитого напитка; ситуационной скорости потребления (времени, в течении которого была принята доза алкоголя); количества и качества принятой до или во время пищи и выпитой неспиртосодержащей жидкости, повода приема спиртного, психологического (самочувствие, активность, настроение), физического в момент приема спиртного состояния и ожидаемого потребителем эффекта от этого; температуры окружающей среды, состояния усталости, наличия в данный момент соматических расстройств и др.

Для установления диагноза острой алкогольной интоксикации необходимо иметь достоверные свидетельства недавнего употребления алкоголя в дозе, достаточно высокой для того, чтобы этим могла объясняться интоксикация. Симптомы интоксикации должны соответствовать действию алкоголя и быть достаточно выражены для того, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоциональ-

ного сознания и поведения. Имеющиеся симптомы или признаки АО при этом невозможно объяснить соматическим заболеванием, не связанным с употреблением алкоголя или каким-либо другим психическим или поведенческим расстройством. Клиника АО должна объективизироваться также качественными и количественными показателями концентрации алкоголя в жидких средах организма (кровь, моча), воздухе или других биологических средах организма.

В соответствии с МКБ-10, рубрификация состояний острой алкогольной интоксикации следующая: F10.00 - неосложненная (с неосложненными симптомами различной тяжести, обычно в зависимости от дозы); F10.01 - с травмой или другими телесными повреждениями; F10.02 - с другими соматическими осложнениями (например, кровавая рвота, аспирация рвотных масс); F10.03 - с делирием; F10.04 - с искажениями восприятия; F10.05 - с комой; F10.06 - с судорогами; F10.07 - патологическое опьянение.

При острой интоксикации, обусловленной употреблением алкоголя, наблюдается измененное поведение, о чем свидетельствуют расторможенность, чрезмерная склонность затевать споры, агрессивность, лабильность настроения, нарушение внимания, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки, нарушение повседневной деятельности личности. Наиболее типичными являются шаткость походки, затруднения при сохранении равновесия в положении стоя, смазанная речь, нистагм, сниженный уровень сознания (например, ступор или кома), покраснение лица, инъецированность склер. Перечисленные признаки не всегда присутствуют все вместе, тем более, что до определенной степени тяжести ОАИ они могут субъективно контролироваться и в определенных ситуациях скрываться.

Острая интоксикация всегда регистрируется у лиц, имеющих проблемы зависимости, связанные со злоупотреблением алкоголя (например, употребления с вредными последствиями (F10.1).

С определенной долей схематичности клинические проявления острой алкоголь-

ной интоксикации разделяют в зависимости от: а) тяжести - на три степени: легкую, среднюю, тяжелую; б) психопатологической структуры - на три типа: простое алкогольное опьянение, измененные формы простого алкогольного опьянения, патологическое опьянение. Отсутствие или незначительное влияние алкоголя фиксируется при его концентрации в крови 0,3 - 0,5 %. Легкая степень АО чаще регистрируется

при концентрации алкоголя от 0,5 до 1,5 %; опьянение средней степени 1,5 - 2,5 %; сильное опьянение - 2,5 - 3 %; тяжелое отравление алкоголем, возможность наступления смерти - 3 - 5 %; смертельное отравление - 5 - 6 %.

Приводим клиническую классификацию АО (В.И.Кононенко, И.К.Сосин и др., 1984 г.), принятую в отечественной наркологии (см. табл. 1)

таблица 1

Динамика клинических форм алкогольного опьянения в зависимости от степени интоксикации

Степень тяжести алкогольного опьянения	Клинические формы (фазы) алкогольного опьянения	Ориентировочная концентрация алкоголя в крови (%)
1. Легкая	1. Субклиническая	0,3 - 0,7
	2. Гипоманиакальная	0,8 - 1,5
2. Средняя	3. Дистимическая	1,6 - 2,5
	4. Атактическая	2,6 - 3,0
3. Тяжелая	5. Адинамическая	3,1 - 5,0
	6. Наркотическая (алкогольная кома)	5,1 - 6,0
	7. Гипертоксическая	Свыше 6,0

Легкая степень алкогольного опьянения

Субклиническая фаза наблюдается при такой концентрации алкоголя в крови (0,3 - 0,7 %), которая во многих странах не исключает вождение транспортных средств и идентифицируется как «отсутствие влияния на психику и поведение».

Гипоманиакальная фаза (0,8 - 1,5 %): легкое идеомоторное возбуждение и повышенное настроение; усиление жестикуляций и двигательной активности; ускорение ассоциативных процессов; облегчение вербального контакта с окружающими; иллюзорно-позитивное восприятие внешнего мира, ощущение психического и физического комфорта. — Вегетативная симптоматика выражена умеренно. Внешние признаки опьянения полностью контролируются и управляются усилием воли.

Средняя степень алкогольного опьянения

а) Дистимическая фаза. При однократном или дробном употреблении здоровыми лицами индивидуально различных доз алкогольных напитков (в среднем около 300 мл и более водки, коньяка или 1000 мл вина) и достижении в крови концентрации 1,5 - 2,5 %, по мере нарастания глубины интоксикации, наблюдается переход

(трансформация) гипоманиакального состояния в дистимическое. При этом наблюдаются расстройства эмоциональной сферы и поведения. Поведение опьяневших постепенно растормаживается и становится неконтролируемым волевым усилиям. Появляются несдержанность, раздражительность, злобность, грубость, импульсивность, агрессивность, придирчивость, назойливость, подозрительность. Актуализируются прошлые неудачи, обиды. Речевая продукция становится неадекватной и неконтролируемой. Нередко совершаются неадекватные действия и поступки. Причем для данной фазы АО характерно так называемое «заострение» или «обнажение» скрытых в трезвом состоянии индивидуальных черт (особенностей) характера.

Добродушные и веселые по характеру лица становятся максимально эйфоричными, дурашливыми (пляшут, поют, смеются, паясничают, дурачатся, всем объясняются в любви).

У лиц, склонных к грустному, меланхолическому настроению появляется слезливость, они «признают свою вину», просят у всех прощения, плачут, самобичуют.

Грубые по характеру люди в состоянии АО чаще становятся жесткими, агрессивными, зачинщиками драк.

Прогрессивно снижается четкость восприятия окружающего, нарушается цельность внимания и мышления. Ассоциативный процесс меняется от поверхностного до неуправляемого характера. Активное внимание привлекается с трудом, нередко после многократных повторений вопросов. Появляются грубые речевые нарушения в форме замедления темпа, монотонности, утраты ритма, персевераций, дизартрии, нечленораздельности, скандированности, смазанности, искажения слов. Опыневшие разговаривают сами с собой, ведут диалоги с несуществующим собеседником, выкрикивают отдельные слова, часто ругательства. Продуктивный речевой контакт с такими лицами затруднен или невозможен. Подавляется инстинкт самосохранения (снижается или утрачивается чувство осторожности, пренебрегаются опасные для здоровья и жизни ситуации).

Снижается, а затем и утрачивается ориентировка всех видов. Пьяные с трудом объясняют маршрут транспорта, по которому только что следовали. Отмечаются и другие затруднения в активировании памяти. Нарушения сознания в таких случаях аналогичны таковым при легкой степени оглушенности. На следующий день, после протрезвления, события периода опьянения, как правило, вспоминаются в полном объеме.

б) Атактическая фаза. Признаками этой фазы (степени) опьянения являются выраженные (заметные для окружающих) функциональные нарушения моторики и координации движений - так называемая *Ataxia alcoholica*), обусловленные действием токсической дозы этанола на нейрофизиологические механизмы центральной нервной системы, в т.ч. и вестибуло-мозжечковую. При этом утрачивается способность выполнения даже привычных бытовых навыков (например, застегивание пуговиц, шнурование ботинок и т.д.). Резко нарушается почерк. Движения становятся размашистыми, множественными, излишними, неуклюжими, беспомощными, вычурными, неадекватными ситуационной целесообразности. Походка шаткая, нетвердая. Человек, находящийся в данной степени опьянения во время ходьбы спотыкается,

может падать, но поднимается самостоятельно, продолжает идти.

Типичный внешний вид: одежда испачкана, неопрятна, расстегнута. Лицо одутловато, гиперемировано (но может быть и бледным). Склеры инъекцированы. Может быть икота, чихание, жажда, тошнота, рвота. Определяется резко выраженный запах алкоголя изо рта.

К другим сомато-неврологическим признакам атактической фазы опьянения относятся неустойчивость в позе Ромберга, учащение пульса до 100 - 110 ударов в минуту. Дыхание также учащено. Сухожильные рефлексы слегка снижены, появляются нистагмоидные подергивания глазных яблок. После пробы вращения испытуемого в кресле Барани (5 раз в течение 10 сек.) нистагм удерживается 14-17 сек. Мышечная сила значительно ослаблена, болевая чувствительность притуплена. Возможна диплопия.

На следующий день после атактического опьянения наблюдается постинтоксикационное состояние (разбитость, слабость, головная боль, жажда, тошнота, возможна рвота, отвращение к спиртному). Наиболее важными диагностическими показателями острой интоксикации являются: наличие запаха алкоголя, изменение речи, акроцианоз, неадекватное поведение, расширенные зрачки, положительная проба Ташена, резкое снижение или выпадение ахилловых и брюшных рефлексов, изменение походки, почерка, результаты пробы Ромберга, замедленная работа с таблицей Шульте.

Тяжелая степень алкогольного опьянения.

а) Адинамическая фаза

После употребления больших доз алкоголя и достижения его концентрации в крови в диапазоне от 2,5 до 3,0% в клинической картине острой алкогольной интоксикации на первый план выступают такие нарастающие: мышечная гипотония, адинамия, расстройства (помрачение сознания).

Двигательная активность у таких лиц резко снижается, походка нестабильная, шаткая, устойчивость в вертикальном положении постепенно утрачивается. Нарастает физическая слабость. Будучи поверну-

тыми на спину, пьяные все же пытаются снова повернуться на бок либо на живот, производя руками и ногами хаотические беспомощные движения. При попытке подняться - падают. Внешний вид неопрятный, одежда грязная, на лице и теле - ссадины и кровоподтеки.

Речь грубо нарушена: опьяневшие персеверируют, произносят нечленораздельные обрывки слов и фраз, что-то бормочут. Продуктивный речевой контакт при обследовании таких лиц практически невозможен. Углубляется и постепенно исчезает ориентировка

всех видов. Нарастает апатия, безучастное отношение к окружающему, к опасным ситуациям, неудобным позам, отсутствуют мимические реакции. Может наблюдаться рвота, икота, понос. Кожа бледная, холодная, влажная. В выдыхаемом воздухе и рвотных массах сильный запах алкоголя.

Сердечная деятельность ослабевает. Тоны сердца глухие, снижается артериальное давление. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное, учащенное, может быть хриплым из-за гиперсаливации и скопления слизи в носоглотке. Вследствие расслабления сфинктеров часто возникает непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Выявляются неврологические симптомы: понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая. Спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены.

Обследуемый, находясь в адинамической фазе алкогольной интоксикации, внешне выглядит сонливым, может засыпать, независимо от времени суток, в любом месте и нефизиологичных для сна позах. Во сне могут наблюдаться судороги, мочеиспускание, дефекация. Разбудить пьяного, как правило, удается, но он тут же снова засыпает. Вдыхание паров нашатырного спирта вызывает лишь кратковременную вялую оборонительную реакцию. Глубокий, тяжелый сон является обязательным клиническим компонентом данной фазы (степени) опьянения.

После пробуждения восстановление в памяти периода тяжелой степени интокси-

кации у разных лиц происходит неоднотипно: у одних воспоминания отрывочные, с провалами (палимпсесты), у других наступает полная амнезия, третьи - события могут восстанавливать полностью.

У лиц, перенесших адинамическую фазу АО, несколько дней наблюдаются постинтоксикационные признаки: астения, гипо- или адинамия, вегетативные расстройства, диссомния, дизартрия, анорексия, понижение настроения, раздражительность и др.

б) Наркотическая фаза (алкогольная кома)

В ряде имеющихся в литературе классификаций в тяжелую степень острой алкогольной интоксикации включена также алкогольная кома. По нашему мнению, для экспертно-диагностической и лечебной практики является более целесообразным в предыдущую (адинамическую) фазу АО включать все случаи расстроенного сознания, за исключением утраченного сознания (т.е. аментивного состояния или наркотического оглушения -алкогольной комы). В последнем случае такие лица, как известно, нуждаются в неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям в условиях реанимационного или токсикологического отделения.

Алкогольная кома развивается, когда доза принятого алкоголя достигает или превышает порог наркотического действия, сходного, например, с действием эфира или хлороформа. Концентрации алкоголя в крови, вызывающие утрату сознания (наркотическую фазу опьянения), колеблются от 3 до 5‰. Но кома может развиваться также при меньшем (начиная с 2,5‰) или большем (5-6‰) содержании алкоголя в крови.

В зависимости от глубины и динамики интоксикационного процесса алкогольная кома подразделяется на 3 степени.

1 степень (поверхностная кома с гиперрефлексией). Опьяневший находится в бессознательном состоянии, спонтанно на окружающее не реагирует. Однако в ответ на сильные раздражители (например, при поднесении к носу ватки, смоченной нашатырным спиртом) возникает кратковременная моторная реакция с хаотичными «за-

щитными жестами» рук, ног, мимической мускулатуры, расширением зрачков. Сухожильные рефлексы повышены, проприоцептивные - сохранены или повышены, брюшные рефлексы и рефлексы со слизистых - снижены, глотательный рефлекс сохранен. Тризм жевательной мускулатуры. Фибриллярные подергивания мышц в месте укола. Определяется симптом Бабинского. Тенденция к понижению температуры тела и повышению артериального давления. Дыхание поверхностное, учащенное.

2-я степень (поверхностная кома с гипорефлексией). Бессознательное состояние. Значительное угнетение рефлексов (сухожильных, корнеальных, зрачковых, глоточных и др.). Мидриаз, едва заметная реакция зрачков на свет. Ослабленное поверхностное дыхание, повторные рвоты, гиперсаливация, бронхорея. Возможна аспирация слизи, рвотных масс, бронхоларингоспазм. Тенденция к падению артериального давления. Тахикардия - 90 - 110 ударов в минуту. Спонтанное отхождение мочи.

3-я степень (глубокая кома). Сознание утрачено. «Плавающие глазные яблоки». Арефлексия и мышечная гипотония. Возможно дыхание типа Куссмауля или Чейн-Стокса. Кожа цианотичная, холодная, влажная, тенденция к гипотермии. Нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность, падение артериального давления, приглушенные тоны сердца, слабый, частый нитевидный пульс. Недержание мочи и кала.

Алкогольная кома является угрожаемым жизни состоянием. Опасна своими осложнениями, наиболее частыми из которых являются острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, токсичный гепатит и острая печеночная недостаточность, «миоренальный синдром».

Клиническая практика скорой и неотложной медицинской помощи располагает надежными дифференциально-диагностическими критериями отграничения алкогольной комы от коматозных состояний илого генеза (диабетической, уремической, травматической, апоплексической и др.).

в) Гипертоксическая фаза

Это те случаи, когда имеет место быстрое поглощение заведомо смертельных для данного человека доз алкоголя (например,

«на спор» или с целью суицида), когда его концентрация в крови форсированно может достигать 6-8 ‰, т.е. превышать указанные в источниках литературы смертельные концентрации в 2 -3 раза. Описанные клинические фазы нарастания острой алкогольной интоксикации (динамика синдрома-логического утяжеления) при этом не успевают развиваться: Смерть наступает от паралича бульбарных центров или от осложнений.

Атипичные варианты алкогольного опьянения. Нередко отмеченные выше диапазоны концентраций алкоголя в крови вызывают такую клинику алкогольной интоксикации, которая не вписывается в рамки субклинической, гипоманиакальной, атактической фаз АО и протекает с преобладанием транзиторных психических расстройств. Они известны из научной литературы как атипичные (осложненные) варианты (формы) АО.

Нетипичность динамики клинических проявлений острой алкогольной интоксикации, в таких случаях, обусловлена, прежде всего, дополнительными факторами: во-первых, наличием психических заболеваний (алкогольная зависимость, расстройства личности, олигофрения, резидуальные явления органического поражения ЦНС, шизофрения, эпилепсия и др.); во-вторых, астенизирующими организм факторами (стрессы, недосыпание, простуды, инфекционные заболевания, грубые отклонения в режиме питания и др.), в-третьих, усиление (потенцирование, адьюванция, синергизм) токсического действия алкоголя при сочетании (случайном, ситуационном или преднамеренном) употреблении спиртных напитков и медикаментозных препаратов (седативных, анальгетических, снотворных и др.).

У таких лиц, например, вместо алкогольной эйфории может возникнуть депрессивное состояние с тревогой, суицидальными попытками и т.д. В зависимости от доминирующего (фасадного) психопатологического признака выделяют атипичные варианты опьянения: с эксплозивностью; с истерическими компонентами; с депрессивным аффектом; с параноидной настроенностью; с выраженным рече-двигательным

возбуждением и повышенным аффектом. При измененных вариантах АО, как правило, нет грубого нарушения ориентировки. Субъективные ощущения и поведенческие реакции существенно не оторваны от реальных событий. В отличие от простого опьянения при этих вариантах события периода опьянения частично или полностью амнезируются.

Патологическое опьянение (патологическая интоксикация - 10.07). Это кратковременный острый психоз, возникающий внезапно и быстро после употребления небольших доз алкоголя, являющимися недостаточными для того, чтобы вызвать интоксикацию у большинства людей. В клинической картине доминируют сумеречное помрачение сознания с выраженными аффективными расстройствами (тревога, страх, ужас, паника, гнев, ярость, агрессия), транзитным бредом, галлюцинациями устрашающего содержания, острым двигательным возбуждением, часто разрушительными общественно опасными противоправными тенденциями и действиями (акты физического насилия). Эпизод завершается глубоким сном, амнезией периода психотического расстройства, психическим и физическим истощением. С определенной долей условности выделяют две основные клинические формы патологического опьянения: эпилептоидную и галлюцинаторно-параноидную.

Купирование состояний острой интоксикации (опьянения) алкоголем осуществляется дифференцированно в различных медицинских учреждениях. В структуре наркологических учреждений функционируют палаты интенсивной терапии и отделения (центры) детоксикации, пришедшие на смену бывшим медицинским вытрезвителям. Речь идет об оказании медицинской помощи лицам с легкой и средней степенью неосложненного АО. При тяжелой алкогольной интоксикации, когда имеется прямая угроза жизни, пациенты доставляются в реанимационное или токсикологическое отделение соматической больницы. При наличии травм, госпитализация осуществляется в «отделение пьяной травмы» больницы скорой медицинской помощи. Полученные в состоянии опьянения переломы,

нейротравмы, переломы челюстей являются показанием для срочной госпитализации в травматологическое, нейрохирургическое, челюстно-лицевое отделения, где, наряду со специализированной помощью, проводится комплексная детоксикационная противоалкогольная терапия.

Вместе с тем, вытрезвляющая терапия может потребоваться и при легких степенях АО. Речь идет о конкретных клинических ситуациях в наркологии, которые приводят, в случаях отсутствия превентивной терапии, к неотложным состояниям, угрожающим жизни (тяжелые запои, алкогольная депрессия с суицидальными тенденциями, приступы алкогольной эпилепсии, срыв ремиссии с последующим многомесячным пьянством, алкогольным делирием, отеком-набуханием головного мозга и т.д.).

В настоящее время известен большой арсенал средств и методов купирования ОАИ, включающий дезинтоксикационные средства, витамины и симптоматические препараты. Основная задача дезинтоксикационной терапии при АО - усиление естественных механизмов детоксикации и реакций организма, направленных на быстрое снижение концентрации этанола его токсической активности и метаболитов, полную его нейтрализацию или искусственную элиминацию. Ключевой задачей является восстановление функций жизненно важных органов и систем, подвергающихся повреждающему воздействию алкоголя.

Одним из первых и основных лечебных мероприятий при интоксикации этанолом, особенно в начальной фазе опьянения (фазе резорбции), должно быть обязательное удаление из желудка и кишечника не всосавшегося алкоголя. Это достигается промыванием желудка слабым раствором перманганата калия или бикарбоната натрия. Для быстрого вызывания рвоты применяют раствор апоморфина гидрохлорида, вводимого внутримышечно. Однако при тяжелых степенях АО применение рвотных средств является опасным из-за возможности аспирации рвотных масс. После промывания желудка пациенту дают выпить 5 — 10 капель нашатырного спирта. Из 30 мл воды или дают непродолжительные ингаляции

паров нашатырного спирта. Затем приступают к очищению кишечника, для чего используют слабительный эффект энтерального введения сульфата магния (30 г) или других слабительных средств. Назначаются также очистительные клизмы. Делают подкожные инъекции кордиамина (по 2 мл) и кофеина (по 1 мл 10%-ного раствора), к ногам прикладывают грелки.

В ведущих руководствах и монографиях, которыми пользуется клиническая наркология в число «вытрезвляющих» средств наиболее часто включаются следующие фармакологические препараты: коразол, этимизол, бемеград, кордиамин, кофеин, фенамин, кислород, углекислота, никотиновая кислота, пиридоксин, апоморфин и др. Отрезвляющий эффект большинства из этих препаратов объясняется антагонистическим по отношению к этанолу фармакологическим действием.

И.В.Стрельчуком с соавт. (1975 г.) был предложен достаточно эффективный способ ускоренного вытрезвления лиц, находящихся в состоянии АО: коразол (0,2 г перорально), никотиновой кислоты (0,1 г — перорально) и пиридоксина (5% раствора 10,0-гшутримышечно). Через 10 -15 мин. после приема указанных препаратов у опьяневших отмечался сомнолентный эффект, а полное вытрезвление наступало через 1 - 1,5 ч. Однако в настоящее время оперативное использование фенамина в данном терапевтическом комплексе весьма затруднено, т.к. данный препарат отпускается по розовым рецептурным бланкам (стимулятор, включенный в список наркотических веществ). Вместе с тем, возможно использование данного способа для купирования опьянения средней степени тяжести и без фенамина, хотя эффективность детоксикации при этом снижается. Для вытрезвления предлагается также использовать метронидазол по 1,0 - 2,5 г (в 1 таблетке 0,25 г) 2 - 3 раза в день. Вытрезвление при этом наступает на фоне рвоты, что при тяжелой форме алкогольной интоксикации является нежелательным.

Достаточно эффективным способом неспецифического купирования острой алкогольной интоксикации легкой и средней степени опьянения является метод фарма-

кологической гипертермии. С этой целью используют пирогенал в возрастающих дозировках до появления выраженной гипертермии (38 - 39°C). Курс лечения включает в себя от 1 до 3 - 5 инъекций (1-2 инъекции в день). Применение пирогенала при купировании у больных алкогольной зависимостью т.н. «срыва» (первого приема алкоголя в период ремиссионного воздержания от него) имеет еще и дополнительный смысл. В этих случаях, кроме цели вытрезвления, важно не дать развиться тяжелому опьянению, сопровождающемуся появлением абстинентных расстройств, которые обуславливают, в свою очередь, переход «срыва» уже в настоящий рецидив.

Для купирования тяжелого опьянения рекомендуется внутривенное введение смеси, содержащей аналептические, дезинтоксикационные, антидотные и симптоматические средства (аналептическая смесь № 1 Р.Х.Вельшикаева и П.Е.Резника: 10 мл раствора бемеграда, 1 мл кордиамина, 1 мл 20%-ного раствора кофеина, 1 мл 10%-ного раствора коразола, 17 мл 40%-ного раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия). Лечебный эффект данного фармакологического комплекса начинает проявляться через 10-15 минут после инъекции: наступают расслабленность, сомнолентность, сон. Пробуждаются больные, как правило, в трезвом состоянии. В период сна необходим контроль за показателями сердечно-сосудистой деятельности (пульс, артериальное давление). При отсутствии или нестойкости эффекта от первой инъекции указанной смеси целесообразно, авторы рекомендуют повторное введение кордиамина, кофеина, а также цититона, лобелина.

При алкогольном сопоре успешно применяется аналептическая смесь №2: 15 мл 0,5%-ного раствора этимизола, 2 мл кордиамина, 2 мл 20%-ного раствора кофеина, 2 мл 10%-ного раствора коразола и 13 мл 40%-ного раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия.

Аналептическая смесь № 3, используемая при алкогольной коме, включает: 20 мл 0,5%-ного раствора дипироксина, 2 мл 1,5 %-ного раствора этимизола, 1 мл кордиамина, 2 мл 20 %-ного раствора кофеина, 2

мл 10 %ного раствора коразола и 10 мл 40%-ного раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия.

Между тем, нередко для эффективного лечения сопора или комы алкогольного происхождения недостаточно введения лишь аналептических смесей, а необходимо более интенсивное и генерализованное терапевтическое воздействие, которое сводится к форсированной элиминационной детоксикации организма (гипербарическая оксигенация, краниocereбральная гипотермия, плазмаферез, гемодиализ).

При наличии сопора или комы, после интубации трахеи с раздувной манжетой и введения зонда промывают желудок. Для предупреждения и устранения гиперсаливации и бронхореи подкожно вводят 1 - 2 мл 0,1 %-ного раствора атропина. Для промывания используют воду (10 - 12 л) с добавлением в нее небольшого количества перманганата калия. Затем через желудочный зонд вводят 500 мл 10%-ного раствора глюкозы и 100-200 мл 4%-ного раствора бикарбоната натрия. Для форсирования диуреза используют диуретики (фуросемид, лазикс). Вводят внутривенно капельно изотонический раствор хлорида натрия и 5 %-ный раствор глюкозы (общий объем 1000 - 1500 мл). После этого применяют фуросемид (лазикс), его доза должна составлять от 40 до 200 мг. Этот препарат рекомендуется вводить однократно, так как повторная процедура может привести к неуправляемой потере электролитов (калия, натрия и др.).

Наиболее целесообразно использовать многокомпонентные составы лекарственных средств, ускоряющих метаболизм алкоголя, включающие витамины и их производные. Примером может служить следующий состав: 500 - 1500 мл 20%-ного раствора глюкозы, 20 ед. инсулина, 5 - 10 мл аскорбиновой кислоты, 5 мл 5 %-ного раствора пиридоксина, 3 - 5 мл никотиновой кислоты, 5 - 10 мл 5%-ного раствора тиамина.

Т.Б.Дмитриева с соавт. (2003 г.) рекомендует препарат с витаминной активностью пантенол (пантевитол), который оказывает гепатотропное действие, проявляет антиоксидантные свойства, увеличивает

эвакуаторную способность желудка. Препарат вводится по 4 мл 25%-ного раствора внутримышечно или внутривенно. Обратная динамика симптомов опьянения происходит в большинстве случаев в течение первых суток, причем в первые 6 часов полностью исчезают психомоторное возбуждение или заторможенность, затем восстанавливается речь и походка.

Для получения дегидратационно-детоксикационного эффекта применяются внутривенные капельные инъекции гемодеза (400 мл) или физиологического раствора (400 мл), димедрол (1 мл 1 %-ного раствора), корглюкоф (1 мл 0,06 %-ного раствора). Для купирования судорожного синдрома внутривенно вводят седуксен (диазепам, реланиум, апаурин, бенсидин) - 2 мл 0,5 %-ного раствора или оксибутират натрия в виде 25 %-ного раствора. Последний вводят медленно (1 - 2 мл в 1 минуту) и обычно через 5-7 минут после начала введения больной засыпает - в этом случае инфузию прекращают. ^{^T}T)

Также для купирования судорожного синдрома назначают препараты, содержащие SH-группы и обладающие дезинтоксикационными свойствами: 5 - 10 мл 5%-ного раствора унитиола внутримышечно или 10 - 20 мл 30 %-ного раствора тиосульфата натрия внутривенно.

При средней и тяжелой степени АО применяются также многочисленные препараты по симптоматическим показаниям. При угрожающем падении артериального давления вводят внутривенно капельно плазмозамещающие растворы - полиглюкин, реополиглюкин - 400 - 800 мл в сутки, гемодез - 400 мл/сутки с 1 мл 0,06 %-ного раствора корглюкона, в тяжелых случаях с добавлением 1 - 2 мл 3 %-ного раствора преднизолона гидрохлорида. Для устранения нарушений функций дыхания вводят аналептики: цититон 1 мл внутримышечно или внутривенно, 0,3 - 0,5 мг 1 %-ного раствора лобелина гидрохлорида. Положительный эффект при угнетении дыхания и кровообращения дает бемебрид, который можно применять практически при всех токсических отравлениях. Его доза 5-10 мл в виде 0,5%-ного раствора, вводимого внутривенно медленно. Препарат противопока-

зан при выраженном психомоторном возбуждении.

При интоксикации любой этиологии показан солкосерил, улучшающий поглощение кислорода. Вводят препарат внутривенно капельно в дозе 250 - 500 мл.

С целью профилактики отека легких вводят внутривенно 40 - 200 мг фуросемида (лазикса), 0,5 - 0,7 мл 0,05 %-ного раствора дигоксина в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 %-ного раствора глюкозы. При развившемся отеке легких может быть использован 1 %-ный раствор нитроглицерина, 10 - 12 мл которого предварительно разводят в 100 - 200 мл изотонического раствора и вводят внутривенно очень медленно (от 25 до 400 мкг/мин).

Для борьбы с отеком мозга используют: 2 - 4 мл 1 %-ного раствора фуросемида (лазикса) внутривенно, 200 - 500 мл 15 %-ного раствора маннитола внутривенно капельно в комбинации с преднизолоном (2 - 100 мг). Показано также применение 10 мл 2,4 %-ного раствора эуфиллина внутривенно, 2 мл тавегила внутримышечно, 10 - 20 мл 25 %-ного магнезии сернокислой (последний особенно показан в случаях судорог).

При развитии у алкоголезависимых пациентов в период острой алкогольной интоксикации измененных, атипических форм опьянения возникает необходимость в купировании психомоторного возбуждения.

Пациентам в состоянии легкого психомоторного возбуждения целесообразно вводить внутримышечно смеси: 2 - 4 мл 0,5 %-ного раствора седуксена с 1 - 2 мл кордиамина или 2 - 3 мл 1,5 %-ного этимизола; 2 - 3 мл 1 %-ного раствора димедрола или 2 - 3 мл 2,5 %-ного раствора пипольфена также с кордиамином или этимизолом.

При психомоторно-моторном возбуждении средней степени тяжести рекомендуется применять 1 - 3 мл 2,5 %-ный раствор аминазина или тизерцина с 1 - 3 мл 1,5 %-ного раствора этимизола или 1 - 3 мл кордиамина;

1 - 2 мл 0,5 %-ного раствора галоперидола с 1 - 2 мл раствора кордиамина или этимизола.

При крайней степени выраженности психомоторного беспокойства больным следует вводить успокаивающие средства следующего состава: 1 -

2 мл 2,5 %-ного раствора аминазина или тизерцина, 1 - 2 мл 1 %-ного раствора димедрола или 2,5 %-ного раствора пипольфена и 2 - 3 мл этимизола или кордиамина. Можно также ввести внутривенно капельно оксибутират натрия в дозе 50 - 70 мг/кг массы тела в сутки (1-2 ампулы по 10 мл 20 %-ного раствора). Оксибутират натрия оказывает антигипоксическое, гипотермическое и стабилизирующее гемодинамику действие.

Купирующий возбуждение эффект описанных прописей начинает проявляться уже через 10-15 минут после инъекции: наступает релаксация, сомнолентность, сон. Просыпаются больные в трезвом состоянии. В период медикаментозного сна необходимо следить за параметрами функций сердечно-сосудистой системы и дыхания. При отсутствии эффекта от одной инъекции приведенных смесей препаратов рекомендуется повторное введение таких аналептиков как кордиамин, этимизол, кофеин, цититон, лобелии.

Литература

1. Кононенко В.И., Сосин И.К., Моисеев В.И. и др. Клиническая и лабораторная диагностика алкогольного опьянения. Методические рекомендации. Харьков, 1984. - 36 с.
2. Стрельчук И.В. с соавт. Ускоренное вытрезвление лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в медицинских вытрезвителях: Инструктивно-методические рекомендации. - М., 1975. - 24 с.
3. Вельникаев Р.Х., Резник П.Е. Неотложная помощь при различных формах острого алкогольного опьянения: Методические рекомендации. - Л., 1974. - 29 с.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Купирование состояний острой интоксикации (опьянения) алкоголем и его суррогатами // Клиническая наркология, № 10, 2003. - С. 6-8.
5. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология (Монография), Изд-во «Факт». Харьков, 2005. - 800 с.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ І НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ СП'ЯНИННІ

I.K. Sosin

Викладені основи діагностики, клінічної рубрифікації і диференційованої купіруючої терапії станів гострої алкогольної інтоксикації (алкогольного сп'яніння).

Ключові слова: алкоголь, гостра інтоксикація, алкогольне сп'яніння, клініка, діагностика, медична допомога

CLINICAL DIAGNOSTICAL FRAMES AND MEDICAL HELP DURING ALCOHOLIC INTOXICATION

I.K. Sosin

The base of diagnostic, clinical dividing according to the subject and differential stopping therapy of heavy alcoholic intoxication state were described in the article.

Keywords: alcohol, heavy intoxication, alcoholic intoxication, clinic, diagnostic, medical help

УДК 616.89-008.441.13-08

Животовська Л.В.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Ключові слова: комплексна терапія, метаболічні порушення, алкогольна залежність

На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що алкогольна інтоксикація має виражений вплив на вуглеводний обмін та енерговиробляючі процеси в організмі. Порушення окислювальних процесів та вуглеводного обміну в тканині мозку виявляються вже на початкових стадіях алкогольної інтоксикації. Враховуючи особливе значення обміну глюкози для діяльності мозку, викликані етанолом порушення його гомеостазу відіграють важливу патогенетичну роль в механізмах алкогольного ураження нервової системи.

В комплексі лікувальних заходів, необхідних для хворих із залежністю від алкоголю, важливе місце займають лікарські препарати, що мають захисний та відновлювальний вплив на функції клітин головного мозку. Нами проведено дослідження з метою вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів та показників

вуглеводного обміну у 200 хворих з алкогольною залежністю, всі чоловіки, віком від 20 до 59 років, з тривалістю захворювання від 5 до 17 років, при застосуванні в схемі комплексної терапії актовегіну та еспа-ліпону як в абстинентному періоді, так і на етапі становлення ремісії.

В результаті дослідження виявлено вплив препаратів на показники активності піруватдегідрогеназної системи в залежності від діагностованих станів гормональної регуляції вуглеводного обміну. Досліджувані препарати мали патогенетичний вплив на нормалізацію вуглеводного обміну, позитивно впливали на сомато-вегетативну сферу, когнітивні функції, сприяли редукції емоційних порушень астено-депресивного спектру, біологічній та соціальній адаптації хворих. Це дозволяє створити передумови для використання психокорекційних та реабілітаційних заходів, що розширює терапевтичні можливості лікування даного контингенту хворих.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ І НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ СП'ЯНИННІ

I.K. Sosin

Викладені основи діагностики, клінічної рубрифікації і диференційованої купіруючої терапії станів гострої алкогольної інтоксикації (алкогольного сп'яніння).

Ключові слова: алкоголь, гостра інтоксикація, алкогольне сп'яніння, клініка, діагностика, медична допомога

CLINICAL DIAGNOSTICAL FRAMES AND MEDICAL HELP DURING ALCOHOLIC INTOXICATION

I.K. Sosin

The base of diagnostic, clinical dividing according to the subject and differential stopping therapy of heavy alcoholic intoxication state were described in the article.

Keywords: alcohol, heavy intoxication, alcoholic intoxication, clinic, diagnostic, medical help

УДК 616.89-008.441.13-08

Животовська Л.В.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Ключові слова: комплексна терапія, метаболічні порушення, алкогольна залежність

На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що алкогольна інтоксикація має виражений вплив на вуглеводний обмін та енерговиробляючі процеси в організмі. Порушення окислювальних процесів та вуглеводного обміну в тканині мозку виявляються вже на початкових стадіях алкогольної інтоксикації. Враховуючи особливе значення обміну глюкози для діяльності мозку, викликані етанолом порушення його гомеостазу відіграють важливу патогенетичну роль в механізмах алкогольного ураження нервової системи.

В комплексі лікувальних заходів, необхідних для хворих із залежністю від алкоголю, важливе місце займають лікарські препарати, що мають захисний та відновлювальний вплив на функції клітин головного мозку. Нами проведено дослідження з метою вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів та показників

вуглеводного обміну у 200 хворих з алкогольною залежністю, всі чоловіки, віком від 20 до 59 років, з тривалістю захворювання від 5 до 17 років, при застосуванні в схемі комплексної терапії актовегіну та еспа-ліпону як в абстинентному періоді, так і на етапі становлення ремісії.

В результаті дослідження виявлено вплив препаратів на показники активності піруватдегідрогеназної системи в залежності від діагностованих станів гормональної регуляції вуглеводного обміну. Досліджувані препарати мали патогенетичний вплив на нормалізацію вуглеводного обміну, позитивно впливали на сомато-вегетативну сферу, когнітивні функції, сприяли редукції емоційних порушень астено-депресивного спектру, біологічній та соціальній адаптації хворих. Це дозволяє створити передумови для використання психокорекційних та реабілітаційних заходів, що розширює терапевтичні можливості лікування даного контингенту хворих.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1

П. Г. Андрух

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И СОПРЯЖЁННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Харьковская медицинская академия
последипломного образования МОЗ Украины

Ключові слова: эмоциональные нарушения, химическая зависимость, наркомания, алкоголизм

В настоящее время общая психопатология наркоманий изучена достаточно хорошо [1 — 3]. Характерно, что изложение психопатологии наркоманий в своей дескриптивно-аналитической части тяготеет к патоперсонологии, что объясняется, но лишь отчасти, их характером «чистых» экзогений. Кроме того, явно проявляется преобладание дефицитности над продуктивностью (не считая, разумеется, периода собственно наркотического опьянения).

Тем не менее недостаточным остаётся изучение некоторых «сферных» расстройств, прежде всего эмоциональных, поскольку среди мотиваций к употреблению психоактивных (ПАВ) веществ гедонистическая мотивация играет ведущую роль уже в силу существования потребностного цикла с гедоническим компонентом. То же справедливо и в отношении подражательной мотивации (и, отчасти, в отношении мотивации атарактической), поскольку именно на представлении о переживании гедонического компонента строится в данном случае наркотическая инициация. Это обуславливает теснейшую связь и взаимодетерминацию гедонизма и наркотизма [4].

Выявление же ведущего этиопатогенетического звена подобного плана является необходимым для целей последующей психотерапии и реабилитации [5 — 8], поскольку в настоящее время в терапии зависимостей именно мотивационным системам отводится ведущая роль [9].

Традиционная клиническая классификация нарушений эмоций и чувств, подразумевающая категории патологических усиления и ослабления, а также нарушения подвижности и адекватности, не отражает

полноты изменений эмоциональной сферы при наркоманиях, поскольку касается лишь семиотико-клинического аспекта. Вне рассмотрения остаются два важнейших компонента, а именно — существование эйфории от приёма наркотического средства (принцип гедонизма) и формирование специфической эмоциональной дефицитности (достигающей уровня патоперсонологии), а также динамический аспект, выражающийся в формировании специфического модуса интронизации эмоциональных переживаний.

Кроме того, в клинической классификации не учитывается медико-психологический аспект, а именно — нарушение функций эмоций: превалирование одних функций (переключающей, подкрепляющей, компенсаторной, побудительной, предвосхищающей, дезорганизующей) и ослабление, вплоть до элиминации, других (отражательно-оценочной, эвристической, синтетической, активирующе-мобилизационной, экспрессивной).

Каждому психоактивному веществу свойственна специфическая, особая структура эйфории, однако можно выделить и некоторые общие для всех них свойства. Эмоциональные переживания в состоянии наркотического опьянения в целом характеризуются, — за исключением наличия компонентов эмоциональной приятности и эмоционального подъёма, — следующими особенностями:

- неуправляемостью, произвольностью собственной психической деятельности;
- интрапсихической диссоциацией;

— протопатичностью (глубинностью, безотчётностью, необъяснимостью, невыразимостью);

— корреляцией с уровнем активности сознания.

Сравнительная характеристика клинических проявлений эйфории при различных видах химической зависимости приведена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика клинических проявлений эйфории при различных видах химической зависимости

Эйфория	Виды химической зависимости					
	Алкоголизм	Опиоиды	Метафетамин (первитин)	Амфетамины	Каннабиноиды	Никотин
Клинические проявления	эйфория выражена слабо; эмоциональные изменения сочетаются с субъективно приятной двигательной и интеллектуальной заторможенностью	состояние соматического наслаждения на фоне эмоционального покоя, блаженства без интеллектуальной заторможенности	эйфория сопровождается приливом сил, нескончаемым потоком мыслей, быстро сменяющих друг друга; также наблюдаются стереотипность мышления, анорексия, нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы, атактическое мышление	эйфория сопровождается физическим и интеллектуальным просветлением, ощущением общего подъёма жизнедеятельности с вторичным положительным эмоциональным сдвигом	эйфория сочетается с изменениями восприятия и мышления, особым мистическим, фантастическим состоянием сознания	эйфория выражена слабо

В специальной литературе зачастую речь идёт о формировании особого, специфического «наркоманического дефекта» или «наркоманической личности» [10].

Целью настоящего исследования явились диагностика и сравнительный анализ эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств у лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.

Нами было обследовано 450 лиц, страдавших зависимостью от различных видов психоактивных веществ, среди которых были выделены следующие контингенты:

— лица с зависимостью от алкоголя (200 больных);

— лица с зависимостью от опиоидов (180 больных);

— лица с зависимостью от психостимуляторов (90 больных).

Данные три группы были выбраны в силу следующих обстоятельств:

— широкой распространённости употребления данных видов ПАВ;

— социальной значимости (тяжёлые социально-экономические потери: высокая

вовлечённость лиц молодого, трудоспособного возраста; выраженная криминогенность);

— возможности отграничения их в качестве «мононаркоманических» форм.

Данные контингенты были обследованы с использованием батареи клинко-психопатологических, клинко-психофеноменологических [11], психодиагностических, социально-психологических методов.

Дополнительно в целях сравнения было проведено направленное специфическое обследование трёх групп лиц (256 человек) с зависимостью или эпизодическим употреблением иных видов ПАВ:

— лица, употребляющие амфетамины (эпизодическое употребление — в клубах, на дискотеках и пр.; данные получены при опросе в среде студенческой молодёжи) (20 человек);

— лица, употребляющие каннабиноиды (эпизодическое употребление; данные получены в повседневной клинической практике) (23 человека);

— лица с зависимостью от никотина (хронический никотинизм; данные получены в повседневной клинической практике) (213 человек).

Анализ совокупности данных контент-анализа специальной литературы и проведенных исследований позволил выделить ряд существенных позиций, подлежащих компаративному анализу по различным видам зависимости от ПАВ. Эти позиции касались нарушений в эмоциональной сфере и сопряженных расстройств. Объединение нарушений и расстройств из различных психических сфер носит концептуальный характер и продиктовано требованиями клинической практики, поскольку изолированных эмоциональных расстройств в чистом виде при нарко-маниях не встречается. Так, например, одно из самых распространенных клинических понятий — «депрессия» (вне зависимости от уровня: феноменология (элементы, включения и пр.) или синдромология) также не является пуристским, поскольку практически всегда задействованной оказывается волевая сфера. В силу этого при оценке психопатологического влияния каждого ПАВ необходимо выделять не только характер эмоциональных

изменений и нарушений, но также характер расстройств восприятия, изменения мышления и форму и глубину нарушения сознания.

Выделенные в отношении эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств позиции были следующими.

1. Структура эйфории.
2. Онтогенетический гедонический компонент (запоминание и значимость позитивного эмоционального переживания, опыта).
3. Наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы.
4. Скорость развития эмоциональных нарушений.
5. Сопряженность с иными «сферными» расстройствами.
6. Характер симптоматики.
7. Скорость формирования «гомеостатического плато».
8. Способность к эмпатии.
9. Наличие критики к состоянию.

В обобщенном виде сравнительная характеристика эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств при различных видах химической зависимости представлена в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика эмоциональных нарушений при различных видах химической зависимости

Эмоциональные нарушения и сопряженные расстройства	Вариант химической зависимости					
	Алкоголизм	Опиоиды	Метамфетамин (первитин)	Амфетамины	Каннабиноиды	Никотин
Структура эйфории	стереотипная, однородная	монотонная с гипокинезией	полиморфная с гиперкинезией и патологической продуктивностью	стереотипная с гиперкинезией	полиморфная с психической диссоциацией	стереотипная с тенденцией к угасанию
Онтогенетический гедонический компонент (запоминание позитивного эмоционального переживания, опыта)	формируется медленно, умеренно выражен	формируется быстро, сильно выражен	формируется мгновенно, исключительно сильно выражен	формируется мгновенно, выражен сильно	формируется постепенно, умеренно выражен	клинически незначим
Наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы	умеренная	высокая	очень высокая	очень низкая	низкая	клинически незначима

Скорость развития эмоциональных нарушений	низкая	высокая	очень высокая	низкая	низкая	низкая
Сопряжённость с иными «сферными» расстройствами	волевая интеллектуально-мнестическая	волевая	волевая	интеллектуальная	волевая	волевая
Характер симптоматики	стереотипность, компактность	монотонность	полиморфизм, «рыхлость»	полиморфизм, динамичность	полиморфизм, диссоциативность	клинически незначима
Скорость формирования «гомеостатического плато»	низкая	высокая	очень высокая	средняя	низкая	низкая
Способность к эмпатии	нерезко снижена	выраженно снижена	резко снижена	резко повышена в момент наркотического опьянения	повышена в момент наркотического опьянения	не изменена
Наличие критики к собственному состоянию	присутствует	отсутствует	отсутствует	отсутствует	отсутствует	присутствует

Нами было введено понятие «гомеостатического плато», медико-психологический смысл которого состоит в том, что выясняется скорость формирования зависимости, а именно — когда наркотик встраивается в метаболический цикл человека. Фактически речь идёт о медико-психологической плоскости рассмотрения понятия зависимости с позиций представлений об эмоциональном гомеостазе с учётом гедонистического компонента. Под эмоциональным гомеостазом понимается постоянный уровень эмоций (эмоциональный фон), присущий человеку в его обычном бодрственном состоянии и определяющий психосоматическое состояние «нормы» при взаимодействии данного человека с окружением. При зависимости от ПАВ состояние эмоционального гомеостаза нарушается: с одной стороны, формируется постоянное побуждение к повторению опыта эмоционального удовольствия, эйфории, с другой — стремление вернуться к обычному уровню эмоционального равновесия.

Вышеуказанные позиции, сгруппированные в несколько крупных отделов, которые фактически являются этиопатогенетическими векторами формирования зависимости от ПАВ и её клинико-психопатологических последствий, формируют своеобразный паспорт эмоциональных нарушений при различных видах химической зависимости.

мируют своеобразный паспорт эмоциональных нарушений при различных видах химической зависимости.

К первой группе была отнесена позиция структура эйфории, которая расценивается в качестве «чистой» экзогении.

Ко второй группе были отнесены позиции характер симптоматики, скорость развития эмоциональных нарушений и сопряжённость с иными «сферными» расстройствами.

К третьей группе были отнесены позиции наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы, скорость формирования «гомеостатического плато», способность к эмпатии и наличие критики к собственному состоянию.

К четвёртой группе была отнесена позиция онтогенетический гедонический компонент (под которым понимаются запоминание и значимость позитивного эмоционального переживания, опыта).

Подытоживая, следует сделать вывод, что в результате употребления различных видов ПАВ формируются три сложно организованных и иерархически подчинённых вектора, которые и формируют «наркоманическую личность» при употреблении различных видов ПАВ:

— вектор перший (екзогенний): ейфорія різничної структури і частоти виникнення в результаті застосування наркотичного засобу;

— вектор другий (семиотический) динамічні емоційні порушення;

— вектор третій (патоперсонологіеский): специфіеская емоційна дефіцитарність;

— вектор четвёртий (динаміеский): інтронізація емоційних переживаній.

Література

1. Марілов В. В. Частная психопатология / В. В. Марілов. — Москва: Академия, 2004. — 400 с.
2. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путём кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры / И. К. Сосин, И. В. Линский, Ю. Ф. Чуев, В. Н. Кузьминов, Н. И. Жемчугова, А. А. Осипов // *Архів психіатрії*. — 2001. — № 4. — С. 117 — 122.
3. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. — Москва: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с.
4. Колесов Д. В. Эволюция психики и природы наркотизма / Д. В. Колесов. — Москва: Педагогика, 1991. — 312 с.
5. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с.
6. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.
7. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: Навч. посіб. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.
8. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: Учеб. пособ. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.
9. Volpicelli J. R. Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the BRENDA approach / J. R. Volpicelli [et al.]. — New York — London: The Guilford Press, 2001. — XVI, 208.
10. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманиеская» личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — № 7. — С. 23 — 27.
11. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод в психотерапевтической практике / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (ХІІІ Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф. (Харків — Бердінводи, 24 — 25 червня 2010 р.). — С. 255 — 259.

П. Г. Андрух

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА СПОЛУЧЕНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

У даній статті здійснено аналіз емоційних порушень у хворих з різними формами хімічної залежності. Структурно відображена характеристика емоційних порушень при різних видах залежності хімічного походження, які обрані з їх множини за ознаками широкої поширеності та соціальної значущості. Більшість з них описані як модельні, складні за їх специфічністю виникнення. Детально викладені особливості особистісних якостей, які існують на тлі виробленого «наркоманіесного дефекту». Розглядається розроблений своєрідний паспорт емоційних порушень при зазначених видах хімічної залежності, який включає детальний виклад емоційних змін особистості.

Ключові слова: емоційні порушення, хімічна залежність, наркоманія, алкоголізм

P. G. Andrukh

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC
EMOTIONAL DISORDERS AND COUPLED DISORDERS
IN PATIENTS WITH CHEMICAL DEPENDENCY**

This article analyzes the emotional disorders among patients with various forms of chemical dependency. The structure reflects the characteristic of emotional disorders in different types depending on the chemical origin, which are selected from a set on the basis of their high prevalence and social significance. Most of them are described as a model, the complex in view of their specificity of origin. Details also given the peculiarities of personal qualities that exist elaborated on the background of «substance misuse defect». Submitted developed a kind of passport emotional disorders in these types of substance abuse, which includes a detailed description of the emotional changes of personality.

Keywords: emotional disturbances, chemical dependency, drug addiction, alcoholism

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В.В. Чугунов

ДИСЦИПЛІНАРНО-ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПСИХОТЕРАПІЇ: ВАРІАЦІЇ, КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ БАЗИС ТА ОСНОВНІ
ПАРАДИГМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Ключові слова: психотерапія, дисциплінарно-ідентифікаційні особливості, дисциплінарні варіації, концептуальний базис, базові парадигми

Психотерапія — поряд із психіатрією, неврологією, нейро[психо]хірургією, сексологією, наркологією, медичною психологією — дисциплінами, що вочевидь мають безпосереднє відношення до мозку і психіки, — входить до кола так званих «нейро[психо]наук», — ясна річ, нейро[психо]наук клінічних, оскільки є ще й нейро[психо]фізіологія, нейроморфологія, нейрохімія, а також психо[нейро]фармакологія. Існує низка нейропсихічно-орієнтованих міждисциплінарних (психоніка, нейрокібернетика та інші) і «суміжних» (наприклад, психогігієна) галузей, а також розділів, що виділилися в самостійні дисципліни внаслідок соціального замовлення (крім тієї ж психіатрії-наркології або, точніше, психотерапії-наркології, це психогеріатрія) чи вимог клінічної практики (нейроофтальмологія, нейроендокринологія, підлегла нейровегетологія).

Дисциплінарні варіації психотерапії.

Окрім найзагальніших форм організації психотерапевтичної діяльності, що містять [професійну] орієнтацію, теоретичний базис, профіль підготовки / спеціалізації та інше — тобто моделей психотерапії, серед яких називають, наприклад, медичну, психологічну, соціологічну, філософську, — існують ще й форми дисциплінарної ідентифікації психотерапії — уже в межах медичної, у більшості своїй, практики.

Ці дисциплінарні варіації досить аморфні, проте вельми живучі — і не тільки унаслідок особливостей самої психотерапії як практики (діяльності, дисципліни), — але й через укорінення в повсякденності охо-

рони здоров'я — головним чином зрощення з різноманітними лікарськими спеціальностями.

Згадаємо, що праматір'ю психотерапії традиційно — і досить уперто — називають психіатрію і, отже, вказують, що психотерапія — це частина, розділ, прикладна практика психіатрії, — що цілком неправомірне, оскільки згідно зі свідченнями історії психотерапія є найдавнішою галуззю медичних та соціально-технологічних знань — і, безумовно, значно старша психіатрії *per se*.

У такій самій мірі, наприклад, до патронів психотерапії може бути віднесена й клінічна неврологія — навіть психоаналітичний метод довгий час розглядався як ланка галузь невро[пато]логії, причому в рамках патоневрологічних текстів (завдяки, зокрема, самому S. Freud'у).

Можна твердити, що психотерапія значно ширша такої протодисциплінарної — стосовно психіатрії, неврології, сексології, [медичної] психології та інших — групи XIX сторіччя, як «душевні хвороби».

У цілому клініко-дисциплінарними варіаціями сучасної психотерапії є:

1) фізіологічно-орієнтована гіпнологія (а точніше, гіпносугестологія), в якій гіпноз постає як «метод-техніка» та спрямований на терапію різноманітних дистресових реакцій, патологічних станів і нозологічних форм;

2) психотерапія-неврозологія, яку частіше називають «малою», чи «суміжною», психіатрією;

3) психотерапія-деонтологія, що в основному виступає як другорядний предмет

викладання у [вищих] медичних навчальних закладах;

4) психотерапія-курортологія, що персистує в мережі санаторно-курортних установ;

5) психотерапія-наркологія, що останніми десятиліттями виділилася в самостійну медичну спеціальність;

6) психотерапія-сексологія, що має досить розмиту межу з тією системною сексологією, яка однаково близька й урології-андрології, і клінічній ендокринології, і гінекології-репродуктології та іншим [«суміжним»] спеціальностям;

7) психотерапія-психофізіологія;

8) спортивна психотерапія;

9) психотерапія-психопрофілактика, що обслуговує виробництво (промисловість) із екстремальними умовами праці.

10) психотерапія-рефлексологія, яка фактично є представником тілесно-орієнтованої психотерапії, що супроводить транскрибування до європейського соціетального плану і медично аранжировані системи дії на біологічно-активні точки (акупунктура, ігніпунктура та etc.).

Слід окремо зазначити такий нібито варіант психотерапії, як немедична психотерапія (щось на кшталт психокорекції і психологічного консультування).

Претензії психотерапевтів від психології зростають, і більш ніж дивний — хоча, безсумнівно, обережний — вираз «немедична психотерапія» [1] досить швидко канув у Лету: психологів тепер спокійно навчають психотерапії [2], а також «психотехніці» [3] — саме так, в однині (і це вже аж ніяк не та авангардистськи-кон'юнктурна *reincarnatio* прикладної психології в розумінні Hugo Münsterberg'a (1863 — 1916), William'a Stern'a (1871 — 1938) та інших), — і низки зовсім уже неуявлених речей.

Концептуальний базис психотерапії.

Сфера концептуальних запозичень психотерапії *rebus dictantibus* досить широка: це [пато]персонологія, нейропсихологія, нейрохімія, нейрофізіологія, психіатрія, етологія, психології особистості й стосунків, клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз, [медична] соціологія, етнографія тощо.

Кожен метод психотерапії — у процесі історичного становлення й теоретичного розвитку — формував своє, *pro domo sua*, поле запозичень; окремі методи мають вигляд дериватів психологічних теорій, методологічних течій чи соціально-філософських концепцій, а інші — чистісінька еkleктика, з можливістю точних вказівок на джерела.

Розглянемо той, визнаний певною мірою «істинним», концептуальний базис, який є основою для вибудови аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) моделі психотерапії; багато понять і концептів сформовано вже в рамках власне психотерапевтичних досліджень — для цілей і завдань психотерапії.

[Пато]персонологія. Уявлення про структуру особистості — у нормі й патології — відіграють певну роль у більшості методологічних напрямків психотерапії; в рамках багатьох методичних варіантів запропоновані власні — більш-менш оригінальні — уявлення про структуру індивідуальності.

Як не прикро, проте найвідоміша найважливіша психоаналітична теорія особистості (практично загальна для класичного психоаналізу й динамічної психотерапії); серйозне місце уявлення про особистість посідають у гештальт-терапії, екзистенціальній психотерапії та інших (навіть такий метод другого плану, як трансактний аналіз, робить заяву про існування певних персонологічних позицій).

Пікову декларацію орієнтація психотерапевтичних процесів на особистість отримала в так званій «особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії» (Б.Д. Карвасарський [та співавт.], 1985 — 2000 [4 — 6]). А проте очевидно, що переважна більшість методів психотерапії є «особистісно-реконструктивними» — за винятком, можливо, лише вузькотренінгових класичних поведінкових методів.

Перспективною є розроблена в рамках мнестологічної парадигми психотерапії психометодологічна «функціоналістська» теорія особистості.

Нейропсихологія. Запозичення з галузі нейропсихології мають експериментально-

психологічний (але суто нетестовий) характер.

Нейрохімічні дослідження. Результати нейрохімічних досліджень — як лабораторних, так і клінічних — сприяють розумінню нейро(біо)хімічних механізмів реалізації психотерапії (або, в дещо іншому ракурсі, нейрохімічних корелят-механізмів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів).

Нейрофізіологія. ЕЕГ-картування та інші експериментальні й клінічні нейро(електро)фізіологічні методи дають змогу провести дослідження нейрофізіологічних корелят-механізмів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Психіатрія. Психотерапія запозичує масу практичних психіатричних уявлень; варто відзначити, що в рамках психіатрії було апробовано, модифіковано до невпізнання і позбавлено [однозначного] авторства величезну кількість загальнопатологічних, еволюційно-антропологічних, генетичних, персонологічних, психологічних та інших даних.

Етологія. Етологія надає найважливіший клініко-діагностичний апарат, який послуговує об'єктивізації інтрапсихічних процесів, опису клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів, досліджень групової динаміки та іншому.

Психології — особистості, відносин. На становлення і розвиток вітчизняної психотерапії останніх десятиліть істотно вплинула концепція патогенетичної психотерапії. Основні положення цієї концепції як системи особистісно-орієнтованої психотерапії були сформульовані на основі «психології відносин» В.М. М'ясищева (1893 — 1973) ще в 30 — 40-ві роки ХХ сторіччя. Одним із фундаментальних положень останньої було розуміння особистості як системи відносин індивіда з оточуючим соціальним середовищем [7]. Визнаючи певну клінічну цінність концепції патогенетичної психотерапії, не можна не констатувати, що вона є ідеологічно-ангажована; окрім того, її вульгарна соціально-психологічна детермінованість викликає виражений концептуальний дисонанс із більшістю методів і методик психотерапії.

Клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз.

Поняття психотерапевтичного й психологічного, а також психіатричного дискурсів (що складають «психоїчний дискурс»), клініки психотерапії, до- і дисциплінарної історії психотерапії, соціокультуральних і філософсько-методологічних впливів, «істинних» суджень та низка інших дисциплінарно-ідентифікаційних концептів, а також загальна методологія аналізу й побудови дисципліни сформовані саме завдяки застосуванню клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу [8].

[Медична] соціологія. Низка понять — медико-соціальної стигматизації, терапевтичних об'єднань, конфліктності, соціальних технологій, соціальної реабілітації та багатьох інших, а також сукупність ідентифікаційно-діагностичних процедур у цілому запозичені з напрацювань медичної соціології.

Етнографія. Загальний план етнографічних досліджень дав змогу сформулювати уявлення про етно-культуральну диференціацію психотерапії.

Основні психотерапевтичні парадигми.

У психотерапії оформлено всього лише кілька базових парадигм:

- нейродинамічна;
- психодинамічна;
- раціональна;
- поведінкова;
- мнестологічна.

Характерно, що все різноманіття різновидів — методів і методик, варіантів і підходів психотерапії — може бути зведене до зазначених базових парадигм:

— [гіпно]сугестія (всі пейтичні методи) — до нейродинамічної;

— раціональна (включаючи раціонально-емотивну) психотерапія — до раціональної;

— психоаналіз і взагалі психоаналітично-орієнтована (що також має назву «психодинамічна») психотерапія — до психодинамічної;

— класично-поведінкові й когнітивно-біхевіоральні методи — до поведінкової;

— симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія) — до мнестологічної.

Останнім часом говориться про формування специфічної групової психотерапевтичної парадигми (яка покриває всі різновиди групової [психо]терапії).

Література

1. *Общая психодиагностика (Основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования): Учеб. пособ. для студ. по специальности «Психология»* / А. А. Бодалев, В. В. Столин, В. С. Аванесов и др.; Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. — Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1987. — 304 с.

2. Бурлачук Л. Ф. *Основы психотерапии: Учеб. пособ. для студ. по специальности «Психология»* / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. — Киев: Ника-Центр; Москва: Алетейя, 1999. — 320 с.

3. Олешкевич В. И. *История психотехники: Учеб. пособие для студентов по специальности*

«Психология» / В. И. Олешкевич. — Москва: Изд. центр «Академия», 2002. — 304 с.

4. Карвасарский Б. Д. *Психотерапия* / Б. Д. Карвасарский. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.

5. *Психотерапевтическая энциклопедия* / В. А. Абабков, А. А. Александров, Б. А. Бараш и др.; Под ред. Б. Д. Карвасарского. — Санкт-Петербург: Питер Ком, 1998. — 752 с.

6. *Психотерапевтическая энциклопедия* / В. А. Абабков, А. А. Александров, Б. А. Бараш и др.; Под ред. Б. Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.

7. Мясищев В. Н. *Психология отношений: Избранные психологические тр.* / В. Н. Мясищев; Под ред. и со вступ. ст. А. А. Бодалева. — Москва: Изд-во Ин-та практической психологии; Воронеж: МПО «МОДЭК», 1995. — 356 с.

8. Чугунов В. В. *Клиника и дисциплинарная история психотерапии* / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.

ДИСЦИПЛИНАРНО-ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ: ВАРИАЦИИ, КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ БАЗИС И ОСНОВНЫЕ ПАРАДИГМЫ

В.В. Чугунов

В статье изложены дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии. Рассмотрены основные клиничко-дисциплинарные вариации психотерапии. Освещён объёмный концептуальный базис психотерапии. Показаны базовые парадигмы психотерапии: нейродинамическая, психодинамическая, поведенческая, рациональная и мнестологическая.

Ключевые слова: психотерапия, дисциплинарно-идентификационные особенности, дисциплинарные вариации, концептуальный базис, базовые парадигмы

DISCIPLINARY-IDENTIFICATION PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY: VARIATIONS, CONCEPTUAL BASIS AND BASIC PARADIGMS

V. V. Chugunov

In the article the disciplinary-identification peculiarities of psychotherapy were shown. The main clinical disciplinary variations of psychotherapy were examined. The voluminous conceptual basis of psychotherapy was highlighted. The basic paradigms of psychotherapy were shown: neurodynamic, psychodynamic, behavioural, rational and mnesticological.

Keywords: psychotherapy, disciplinary-identification peculiarities, disciplinary variations, conceptual basis, basic paradigms

М.П. Боро,¹ А.Ю. Бондаренко,² Н.В. Ильченко³

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СПАСАТЕЛЯМ И НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШИМ ВО ВРЕМЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

¹ Областная клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр (г. Донецк)

² Министерство Украины по вопросам чрезвычайных ситуаций и в делах защиты населения от последствий Чернобыльской катастрофы (г. Киев)

³ Главное управление МЧС Украины в Донецкой области (г. Донецк)

Ключевые слова: экстренная медико-психологическая помощь; центр медико-психологической реабилитации; ГУ МЧС Украины в Донецкой области

Определение понятия «чрезвычайная ситуация» (ЧС). Признаки ЧС. Классификация ЧС.

Отмечаемое в последние десятилетия резкое увеличение числа аварий техногенного и природного происхождения, увеличение размеров их разрушительного воздействия на состояние психического здоровья сотен тысяч людей в разных уголках земного шара вызвало необходимость мобилизации в международном масштабе материальных и интеллектуальных ресурсов на борьбу с их последствиями, среди которых одно из ведущих мест принадлежит последствиям психологического характера. Целенаправленная деятельность по ликвидации таких последствий безоговорочно требует надлежащего научного обеспечения, что в свою очередь невозможно без разработки соответствующего терминологического аппарата. На наш взгляд, одним из ключевых вопросов в этом плане является выработка единой дефиниции понятия (или термина) «чрезвычайная ситуация».

С точки зрения современной отечественной науки, чрезвычайная ситуация (ЧС) — это такая совокупность обстоятельств негативной направленности, при которой внезапно возникшие психотравмирующие (травматические) события социального, стихийного, биологического, техногенного, антропогенного и др. происхождения представляют повышенную угрозу для интере-

сов государства, собственности, жизни и здоровья населения определенной территории или проживающих на ней отдельных людей [1].

К числу наиболее существенных признаков ЧС относятся:

- внезапное резкое нарушение привычного образа жизни населения определенной территории или проживающих на ней отдельных людей;
- возникновение реальной угрозы состоянию их здоровья и жизни;
- возникновение или непосредственное осуществление угрозы нарушения экологической безопасности и общественного порядка;
- опасность нанесения или непосредственное нанесение ущерба как интересам государства, так и находящейся в его ведении собственности, а также личным и имущественным интересам социальных групп и/или отдельных лиц.

ЧС могут классифицироваться по степени своей локализации как отдельные, объектовые, местные, региональные и глобальные; по характеру возникновения - как производственные (на предприятиях промышленного и сельскохозяйственного назначения, атомных, тепло- и гидроэлектростанциях и т.д.; наиболее характерный пример - авария на Чернобыльской АС 26 апреля 1986 г.), транспортные (авиакатастрофы, автомобильные и железнодорожные

аварии, аварии на метрополитенах, аэродромах, космодромах, кораблекрушения и т.д.), стихийные (вызванные такими непреодолимыми природными факторами, как наводнение, землетрясение, оползни, бураны, ураганы, смерч, удары молнии, шторм, извержения вулканов, цунами и т.д.), социальные и специфические (военное положение, локальные вооруженные конфликты, террористические акты, захват заложников, пожары, взрыв на улице, утечка газа вследствие неисправности соответствующего технологического оборудования, азартные игры (мошенничество) и т.д.); по масштабам - как малые, средние и большие.

Содержание определения понятия «чрезвычайная ситуация» должно обязательно учитываться в процессе оказания медико-психологической помощи спасателям и населению, пострадавшим во время ЧС.

Психогенное воздействие ЧС. Психические нарушения в виде психогенных (реактивных) состояний у пострадавших в результате ЧС вызываются психотравмирующими обстоятельствами, обычно представляющими собой комплекс сверхсильных раздражителей. Клиническая практика свидетельствует, что в перечне названных раздражителей ведущая роль принадлежит таким психотравмирующим факторам, как потеря родных, близких, друзей и/или связи с ними, материального имущества, работы, ощущения собственной безопасности, а также положительной самооценки и веры в будущее.

Следует отметить, что вероятность возникновения психогенных расстройств у лиц названной категории, частота таких расстройств, выраженность и динамика в значительной мере зависят от интенсивности, внезапности возникновения и продолжительности конкретной ЧС, степени их готовности к результативной целенаправленной деятельности в неблагоприятных и/или опасных для жизни условиях, которая в свою очередь определяется их индивидуальными личностно-типологическими качествами, а также от поддержки со стороны окружающих и наглядных примеров преодоления возникших трудностей другими пострадавшими.

Необходимо подчеркнуть, что своевременно и профессионально оказанная таким пациентам медико-психологическая помощь приводит к активизации у них позитивных сил и ресурсов личности, облегчению переживаемых ими эмоциональных страданий и повышению способности действовать в условиях стресса, снижению риска долгосрочных психических воздействий негативного характера.

Законодательная база оказания экстренной психологической помощи в Украине.

В нашей стране начало работы по оказанию экстренной психологической помощи лицам названных категорий пострадавших при ЧС было положено принятием Конституции Украины [2], Законом Украины от 24 июня 2004 г. № 1859-IV "Про правові засади цивільного захисту" (с изменениями от 25 марта 2005 г. № 2505-IV) [3] и приказом МЧС Украины № 148 от 27 февраля 2008 г. "Про створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги МНС" [4]. В констатирующей части этого приказа отмечалось, что опыт работы последних лет свидетельствует: "при надзвичайних ситуаціях регіонального та державного рівня штатної чисельності практичних психологів територіальних органів управління МНС недостатньо для ефективного забезпечення надання екстреної психологічної допомоги як рятувальникам, так і населенню. Як показала практика, найбільш дієвим є залучення фахівців-психологів суміжних областей і формування на їх основі позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги (далі - Груп - авт.)".

Во исполнение требований данного нормативного документа на базе Главных управлений (ГУ) МЧС Украины в Киевской, Львовской, Днепропетровской областях и Автономной Республике Крым были созданы четыре такие Группы (соответственно - Центральная, Западная, Восточная и Южная), в состав которых вошли специалисты-психологи Центров психологического обеспечения и работы с личным составом структур МЧС Украины прилегающих областей. Специалисты-психологи ГУ МЧС в Донецкой области входят в состав Восто-

чной внештатной группы экстренной психологической помощи.

Одним из пунктов этого приказа предписывалось начальникам ГУ(У) МЧС в Автономной Республике Крым, областях, городах Киеве и Севастополе, аварийно-спасательных отрядов, учебного центра Оперативно-спасательной службы гражданской защиты, ректорам (начальникам) учебных заведений и научно-исследовательских учреждений системы МЧС Украины предусмотреть при развертывании штаба по ликвидации ЧС создание пункта экстренной психологической помощи (ПЭПП). И наряду с этим - обеспечить практических психологов, которые входят в состав Групп, специальным оборудованием и материалами (вещами, предметами), необходимыми для предоставления такой помощи. Так же, в соответствии с ранее изданным Приказом МЧС Украины от 29 октября 2007 г. № 721 "Про удосконалення системи управління під час ліквідації надзвичайних ситуацій" [5], предписывалось в случае привлечения к работам по ликвидации последствий ЧС государственного, регионального и местного уровня преподавателей и курсантов (слушателей) высших учебных заведений системы МЧС Украины включать в состав таких формирований штатного специалиста-психолога.

Логическим продолжением начатой работы стало появление 1 апреля 2008 г. "Положения щодо організації роботи поза штатної мобільної групи екстреної психологічної допомоги особовому складу підрозділів МНС і постраждалому внаслідок надзвичайної ситуації населенню", разработанного в соответствии с названным Приказом МЧС Украины № 148 от 27 февраля 2008 г. В данном "Положенні..." было отмечено, в частности, что общее организационное, методическое руководство и контроль деятельности Групп осуществляется управлением социально-гуманитарной работы и психологического обеспечения, а в процессе работы с населением, пострадавшим при ЧС, и личным составом аварийно-спасательных подразделений МЧС Украины каждая из таких Групп подчиняется непосредственно руководителю пункта управления по ликвидации ЧС. При возник-

новении ЧС профессиональная деятельность специалистов-психологов каждой из таких Групп направляется на изучение реального состояния психотравмирующих факторов и работу с информацией, которая должна быть доведена до сведения населения; профилактику негативных проявлений и снятие психоэмоциональной нагрузки у населения и спасателей; предоставление рекомендаций специалистам других психологических служб относительно дальнейшей работы с населением, пострадавшим при ЧС.

Практическая профессиональная деятельность специалистов таких Групп базируется на основе следующих принципов:

- профессионализм, научный подход к подготовке и осуществлению психопрофилактических мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшему населению, личному составу подразделений МЧС Украины, аналогичных структур других ведомств;
- конкретность, активность и согласованность содержания, форм и методов психопрофилактической и психокоррекционной работы;
- научный подход в планировании, осуществлении и оценке результатов деятельности Группы в зоне ЧС;
- неотложность, приближенность к месту события, единство и простота психологического воздействия.

Организация работы Группы включает в себя комплекс целенаправленных мероприятий, реализация которых обеспечивает их постоянную готовность к выполнению профильных задач. Так, обучение личного состава Группы осуществляется централизованно на базе Университета гражданской защиты Украины под непосредственным руководством Управления социально-гуманитарной работы и психологического обеспечения. Группа планирует и организует свою работу в соответствии с задачами, возложенными на МЧС Украины, на основе приказов и распоряжений Министра МЧС Украины, других документов нормативно-правового характера.

В случае возникновения ЧС государственного или регионального уровня началь-

ник ГУ(У) МЧС Украины в области, в которой она возникла, через начальника Управления социально-гуманитарной работы и психологического обеспечения подает предложения относительно необходимости привлечения Группы для работы с пострадавшим населением и личным составом аварийно-спасательных подразделений.

Начальник Управления социально-гуманитарной работы и психологического обеспечения готовит распоряжение о составе Группы, привлекаемой к ликвидации ЧС, поставленных перед ней задачах, порядке ее прибытия к месту ЧС и координирует работу с государственными и негосударственными учреждениями (фирмами, центрами), которые задействованы для осуществления совместной профильной деятельности со специалистами-психологами системы МЧС Украины.

При поступлении из МЧС Украины распоряжения о привлечении Группы к участию в ликвидации последствий ЧС начальники ГУ(У) МЧС в областях обеспечивают своевременное оповещение, сбор и выезд личного состава Группы к месту ЧС.

Начальник Группы организывает и координирует деятельность психологов государственных и негосударственных учреждений (фирм, центров) со специалистами-психологами системы МЧС Украины непосредственно во время работы с пострадавшим населением и личным составом аварийно-спасательных подразделений.

Группу, созданную по территориальному принципу, возглавляет начальник соответствующего центра психологического обеспечения и работы с личным составом (ЦПО и РЛС) ГУ(У), который подчиняется непосредственно начальнику пункта управления по ликвидации последствий ЧС.

Структура должностных обязанностей специалиста-психолога Группы, разработанная в МЧС Украины совместно с ГУ МЧС Украины в Донецкой области, базируется на необходимости обеспечения максимально возможной в условиях ликвидации последствий ЧС эффективности его работы. Так,

сразу же по прибытию на место ЧС специалист-психолог Группы обязан:

- доложить начальнику Группы (или замещающему его лицу) о своем прибытии и готовности к практической деятельности;
- получить персональное задание;
- участвовать в определении и подготовке места расположения ПЭПП.

В процессе выполнения профильных работ специалисту-психологу Группы необходимо:

- оперативно докладывать начальнику Группы о выявлении лиц с симптомами психических расстройств; лиц с острыми аффективными реакциями; изменениях в настроении населения, пострадавшего при ЧС, и личного состава аварийно-спасательных подразделений системы МЧС Украины и другой ведомственной принадлежности; необходимости предоставления медико-психологической помощи;
- участвовать в отслеживании возможных массовых негативных реакций;
- при возникновении определенных условий работать в толпе;
- докладывать начальнику Группы о выполненной работе.

На заключительном этапе оказания экстренной психологической помощи лицам из названных контингентов пострадавших во время ЧС специалист-психолог Группы:

- обобщает информацию, полученную в процессе оказания экстренной психологической помощи;
- осуществляет подготовку предложений относительно работы местных специалистов-психологов с населением, пострадавшим при ЧС;
- докладывает начальнику Группы о завершении работы и готовности отбытия к месту своего постоянного проживания.

Знаки отличия специалистов-психологов Группы.

Опыт практической деятельности специалистов-психологов Группы в зоне ликвидации последствий ЧС однозначно свидетельствует в пользу того, что при выполнении профильных задач каждый из них обязан носить форменную одежду со знаками отличия установленного образца. В соответствии с требованиями ведомственных нормативных документов, на формен-

ной одежде специалистов-психологов Группы должны находиться:

- бейдж с фотокарточкой 3х4 см, фамилией, именем и отчеством;
- надпись "ПСИХОЛОГ" на левой стороне груди, выполненная на ткани синего цвета размером 18,5х4,5 см. (высота букв белого цвета 3 см);
- надпись "ПСИХОЛОГ" посередине спины, выполненная на ткани синего цвета размером 29,5х7,5 см. (высота букв белого цвета 5 см.) и располагающаяся выше надписи "МЧС".

Подводя некоторые итоги всему сказанному до этих пор, считаем необходимым подчеркнуть, что ключевые положения названных выше отечественных нормативных документов в полной мере соответствуют международным требованиям в области организации работы по оказанию экстренной медико-психологической помощи личному составу подразделений профессиональных спасателей и населению, пострадавшим во время ЧС. Эти же положения легли в основу нормативных документов, регламентирующих в Украине оказание названного вида медицинской помощи на областном уровне.

Регламентация оказания экстренной медико-психологической помощи по ГУ МЧС Украины в Донецкой области. Крупным шагом на пути дальнейшего развития психологической службы МЧС Украины стало создание групп экстренной психологической помощи при ГУ(У) МЧС Украины в областях, Автономной Республике Крым, гг. Киеве и Севастополе. Одна из таких групп, объединившая в своих рядах штатных сотрудников сектора психологического обеспечения центра по работе с личным составом, старших психологов и психологов отделов (отделений) подчиненных подразделений ГУ, была создана в соответствии с приказом начальника ГУ МЧС Украины в Донецкой области № 822 от 24 ноября 2008 г. "Про підвищення готовності мобільної групи екстреної психологічної допомоги". В преамбуле этого документа отмечалось, что опыт, накопленный практическими психологами данного ГУ МЧС при оказании психологической помощи населению, требует поддержки постоянной

готовности специалистов данного направления работы к выполнению стоящих перед ними специфических задач и полного использования возможностей психологического влияния на население.

В качестве основной цели профессиональной деятельности специалистов-психологов названной группы этот приказ рассматривал сохранение психического здоровья персонала ГУ МЧС Украины в Донецкой области и населения; предупреждение деструктивных форм поведения людей; создание благоприятных социальных условий проведения аварийно-спасательных работ.

Содержание работы упомянутых в названном приказе психологов отделов (отделений) подразделений ГУ отчетливо прослеживается на примере функциональных обязанностей специалиста-психолога отделения по работе с персоналом Аварийно-спасательного отряда специального назначения ГУ МЧС Украины в Донецкой области. Этот специалист, назначаемый на должность начальником ГУ МЧС Украины в Донецкой области в соответствии с действующим "Положением про порядок проходження служби" и непосредственно подчиняющийся заместителю начальника отряда по работе с персоналом - начальнику отделения по работе с персоналом, в своей повседневной деятельности руководствуется Конституцией Украины, Законами Украины, приказами МЧС Украины, Положением об аварийно-спасательном отряде специального назначения. В соответствии с требованиями должностной инструкции, он обязан хорошо знать характер деятельности и структуру ГУ, содержание Декларации прав человека, международных правовых норм, законодательных актов Украины, касающихся государственной службы и деятельности управления по работе с персоналом, Указов Президента Украины, постановлений и распоряжений Верховной Рады Украины, Кабинета Министров Украины, главы областной государственной администрации, других нормативно-правовых актов, регулирующих развитие государственной политики в сфере защиты населения и территорий от последствий ЧС. Помимо этого - владеть государственным языком на

уровне делового общения и применения, основами государственного административного и трудового права, процессуального и уголовного законодательства, безукоризненно соблюдать требования "Єдиного кодексу психолога України", порядка организации управленческой работы, порядка подготовки и внесения проектов нормативных документов, правил и норм охраны труда и противопожарной безопасности.

Функциональные обязанности этого специалиста-психолога предусматривают, в частности, непосредственное осуществление им мероприятий по психологическому обеспечению служебной деятельности зонально закрепленных подразделений ГУ МЧС Украины в Донецкой области по тем направлениям работы, которые определяются нормативными документами. Существенной составляющей его деятельности является проведение социально-психологического обследования и профессиональной психодиагностики кандидатов на прохождение службы или обучение, а также кандидатов на должности с большим объемом работы, чем на занимаемых ими должностях. Помимо этого, он определяет психологическую совместимость наставника и подшефного, согласовывает полугодовой план индивидуальной работы по обучению и воспитанию подшефного; после трех месяцев наставничества и после его завершения проводит собеседования отдельно с начальником и подшефным, вносит предложения руководителю подразделения и предоставляет консультативную помощь сотрудникам; на протяжении трех лет отслеживает адаптацию молодого сотрудника к условиям прохождения службы. Немаловажное значение имеет его работа по выявлению сотрудников, у которых отмечаются признаки девиантного поведения, изучению их эмоционального состояния, проведению дополнительной психодиагностики и необходимой психокоррекции применительно к условиям их профессиональной деятельности для предупреждения правонарушений.

К числу других функциональных обязанностей специалиста-психолога по работе с персоналом названного подраз-

деления ГУ МЧС Украины в Донецкой области относятся:

- анализ чрезвычайных происшествий (ЧП) среди личного состава, участие в служебных расследованиях. В случаях совершения со стороны сотрудников суицидальных попыток, преступлений и коррупционных действий, группового нарушения дисциплины, возникновения конфликтных отношений в коллективах, - составление и подача справки о психологических аспектах таких ЧП;

- изучение социально-психологического климата в закрепленных подразделениях, аварийно-спасательного отряда специального назначения и в зонально закрепленных подразделениях ГУ МЧС Украины в Донецкой области с целью оценки морально-психологического состояния личного состава, определение факторов, негативно влияющих на качество выполнения стоящих перед подразделениями задач; разработка мероприятий по оптимизации социально-психологического климата, разрешению конфликтных ситуаций; составление справки о результатах изучения социально-психологического климата;

- обеспечение высокого методического уровня проведения занятий по психологической подготовке в закрепленных подразделениях аварийно-спасательного отряда специального назначения; не менее двух раз в месяц - личное проведение занятий в подразделениях с разными категориями сотрудников;

- по команде руководства - немедленный выезд к месту возникновения аварийной ситуации, стихийного бедствия и т.п.; непосредственное участие в оказании психологической помощи личному составу подразделений ГУ МЧС Украины в Донецкой области, который привлекается к ликвидации последствий ЧС; безотлагательное оказание психологической помощи сотрудникам и членам их семей, которые пострадали при исполнении служебных обязанностей; осуществление психологической реабилитации сотрудников, которые находились в экстремальных условиях, с использованием элементов дебрифинга; информирование руководства о сотрудниках, нуждающихся в прохождении психологической реабили-

тации в медико-психологическом центре МЧС Украины;

- организация работы кабинета психологической разгрузки; своевременное обновление материалов на стенде психологического информирования;

- предоставление консультативной помощи сотрудникам и членам их семей; организация работы "телефона доверия".

Нормативная база организации и деятельности мобильных групп экстренной психологической помощи в Донецкой области. Во исполнение приказа начальника ГУ МЧС Украины в Донецкой области № 559 от 26 августа 2009 г. "Про організацію роботи мобільної групи екстреної психологічної допомоги" начальники подчиненных подразделений ГУ приступили к внедрению и использованию в служебной деятельности "Інструкції щодо організації мобільної групи екстреної психологічної допомоги особовому складу підрозділів МНС та постраждалому населенню внаслідок надзвичайної ситуації". Текст приказа определял основную деятельность такой группы как «збереження психологічного здоров'я персоналу та населення, запобігання розвитку деструктивних форм поведінки людей, створення сприятливих соціальних умов проведення аварійно-рятувальних робіт».

Структурой данной группы предусмотрено, что она состоит из двух подгрупп, в состав первой из которых входят начальник, ведущий психолог, два психолога отдела психологического обеспечения (ОПО) при ГУ МЧС Украины в Донецкой области, ведущий социолог (психолог) ОПО управления МЧС Украины в Донецке, психолог ОПО аварийно-спасательного отряда специального назначения. В состав второй - психолог ОПП при ГУ МЧС Украины в Донецкой области, старшие психологи ОПО управлений МЧС Украины в гг. Макеевке, Славянске, Горловке, Мариуполе.

К моменту появления названного приказа специалистами-психологами названной группы был накоплен значительный опыт оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при ЧС. Практически каждый из из 12 работающих в регионе специалистов-психологов ГУ и

зонально закрепленных психологов принимал участие в оказании специализированной помощи пострадавшим при ликвидации последствий таких ЧС, как падение самолета ТУ-154 рейса № 162 "Анапа - Санкт-Петербург" Пулковских авиалиний (август 2006 г.), аварии на угольных шахтах: им. А.Ф. Засядько в Донецке (ноябрь 2007 г.), "Краснолиманская" в Ордынском (май 2008 г.), им. Карла Маркса в Енакиеве (июнь 2008 г.), "Новодзержинская" в Дзержинске (май 2009 г.), им. А.А. Скочинского в Донецке (июнь 2009 г.; июнь 2010 г.), им. С.М. Кирова в Макеевке (август 2009 г.), «Южнодонецкая» в Угледаре (июнь 2010 г.). Их профессиональная деятельность нашла отражение в разработанном и созданном ими обобщающем, периодически пополняющемся иллюстрированном альбоме "Досвід роботи психологів у надзвичайних ситуаціях".

Постоянная готовность практических психологов подчиненных подразделений ГУ к выезду в район ЧС требует от них пополнения и совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков. С этой целью на протяжении года регулярно проводятся тематические инструктивно-методические занятия, в ходе которых рассматриваются различные аспекты организации работы мобильной группы экстренной психологической помощи, функциональных обязанностей входящих в ее состав специалистов-психологов, организации и оборудования пункта экстренной психологической помощи.

Взаимодействие специализированных структур ГУ МЧС Украины в Донецкой области с региональными медицинскими учреждениями психотерапевтического профиля. Непосредственно в процессе ликвидации последствий ЧС специалисты-психологи системы ГУ МЧС Украины в Донецкой области поддерживают связь с коллегами из государственных и негосударственных учреждений, которые специализируются на оказании медико-психологической помощи населению. Одним из таких учреждений является Донецкая областная клиническая психоневрологическая больница - медико-психологический центр (ОКПНБ-МПЦ) во

главе с главным психотерапевтом управления здравоохранения Донецкой облгосадминистрации, доктором медицинских наук, профессором М.П. Боро. Коллектив специалистов и сотрудников ОКПНБ-МПЦ в течение многих лет успешно работает в сфере психологического консультирования и психотерапии при пограничных расстройствах, предоставляет пациентам возможность амбулаторного и стационарного лечения, лечения в дневном семейном стационаре, комплексного лечения с применением современных медикаментозных препаратов и нетрадиционных методов, проведения диагностики и лечения под контролем электроэнцефалографии и доплерографии мозга. Заметные улучшения в состоянии психического здоровья пациентов происходят благодаря применению арома- и арт-терапии.

Организационные основы создания и функционирования центров медико-психологической реабилитации (центров МПР) в Украине. Как уже было отмечено, в 2009 г. в Украине на государственном уровне был принят ряд нормативных документов, регламентирующих порядок создания и функционирования центров МПР личного состава аварийно-спасательных служб и пострадавших при ЧС техногенного и природного характера, а также организацию и порядок проведения такой реабилитации названных лиц.

Согласно требованиям этих документов, каждый центр МПР, создаваемый при действующем санаторно-курортном учреждении вне зависимости от его формы собственности, является структурным подразделением данного учреждения, деятельность которого направлена на восстановление и сохранение психического здоровья, оптимальной работоспособности, уровня социального функционирования и качества жизни личного состава аварийно-спасательных служб, лиц, привлеченных к выполнению аварийно-спасательных работ при возникновении ЧС, а также пострадавших вследствие ЧС. Центры МПР могут создаваться отдельно для детей, пострадавших при ЧС, и в виде структурных подразделений семейного типа.

Одна из важнейших задач, на решение которой направлена повседневная профес-

сиональная деятельность специалистов и сотрудников центров МПР, заключается в проведении курсового восстановительного лечения и реабилитации пациентов при помощи комплекса медико-психологических, психотерапевтических и других мероприятий. Также в обязанности специалистов центров МПР входит изучение причин возникновения расстройств психики и поведения непсихотического характера, кризисных состояний, соматических расстройств, определяющим фактором в возникновении которых является психологический, нарушений личностных отношений пациентов с окружающими и разработка рекомендаций по профилактике таких заболеваний. В установленном законом порядке специалисты и сотрудники центров МПР могут привлекаться к участию в работах по ликвидации медико-санитарных последствий непосредственно в зоне ЧС.

В интересах своих пациентов названные центры осуществляют комплексное проведение лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием методов психотерапии, психологической коррекции и многих других; оказывают медико-психологическую помощь ликвидаторам последствий ЧС и пострадавшим; разрабатывают и внедряют в лечебный процесс комплексы психологической и психофизиологической разгрузки для тех, кто работает в условиях экстремальной деятельности и повышенного эмоционального напряжения.

Основанием для направления спасателей и пострадавших в центры МПР служат такие диагностированные у них заболевания, как, в частности, неврастения, неврастенические, тревожно-фобические (например, агорафобия), панические и посттравматические стрессовые расстройства, реакции на стресс, расстройства адаптации, диссоциативные и диссомнические расстройства, др.

В соответствии с требованиями данных документов, МПР осуществляется по трехэтапной лечебно-реабилитационной программе, предусматривающей, в частности, проведение сеансов групповой и индивидуальной психотерапии, арома- и рефлексотерапии, освоение пациентом методов релаксации с

елементами аутотренінга, других немедикаментозних методів. При цьому індивідуальна психотерапія здійснюється в формі консультування з використанням прийомів раціональної і когнітивної психотерапії (при значительних сомато-вегетативних проявленнях - і гіпноуггестивної), а груповая - в формі відкритих груп.

Примерний розпорядок дня пацієнта центру МПР включає в себе релаксаційно-мобілізаційний тренінг з відео-, аудіосупроводженням, два сеанси групової психотерапії, арома- і рефлексотерапію, релаксаційну терапію з аудіовізуальним супроводженням, релаксаційний тренінг з відео-, аудіосупроводженням, інформаційно-просвітительську програму.

Висновки. По нашому мненню, досягнутий на даний момент в Україні в цілому і Донецькій області в частині рівень організації надання екстреної медико-психологічної допомоги особам, постраждалим в час ЧС, відповідає складності цих специфічних завдань, над рішенням яких в процесі ліквідації наслідків ЧС працюють як спеціалісти-психологи профільних підрозділів МНС України, так і їх колеги з державних і недержавних спеціалізованих медичних установ.

Література

1. Бєро М.П., Краузе Р., Бахтєєва Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. *Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии: Организационные, психодинамические, гендерные аспекты, душепопечительские аспекты* / Под ред. проф. М.П. Бєро. - Донецк: Каиштан, 2010. - 360 с.
2. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року / Спільне видання редакції газети «Голос України» та Юридичної інформаційної компанії. - К.: Юрінком, 1996. - 79 с.
3. Закон України від 24 лютого 2004 г. № 1859-IV "Про правові засади цивільного захисту" (з змінами від 25 березня 2005 г. № 2505-IV).
4. Приказ МНС України № 148 від 27 лютого 2008 г. "Про створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги МНС".
5. Приказ МНС України від 29 жовтня 2007 г. № 721 "Про удосконалення системи управління під час ліквідації надзвичайних ситуацій".
6. Приказ начальника ГУ МНС України в Донецькій області № 559 від 26 жовтня 2009 г. "Про організацію роботи мобільної групи екстреної психологічної допомоги".

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАВАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РЯТУВАЛЬНИКАМ І НАСЕЛЕННЮ, ПОСТРАЖДАЛИМ ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ, У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

М.П. Бєро, А.Ю. Бондаренко, М.В. Ільченко

У роботі розглядається низка актуальних питань, що безпосередньо стосуються процесу надання екстреної медико-психологічної допомоги певним категоріям громадян, постраждалим під час надзвичайних ситуацій, на Донеччині й в Україні в цілому.

Ключові слова: екстрена медико-психологічна допомога, центр медико-психологічної реабілітації, ГУ МНС України в Донецькій області

ORGANIZATION OF THE RENDERING EMERGENCY PHYSICIAN-PSYCHOLOGICAL HELP SEPARATE CATEGORY PEOPLE, WHICH DAMAGED DURING EXCEEDING SITUATION, IN DONETSK AREA

M.P. Bero, A.Y. Bondarenko, N.V. Ilchenko

In work are considered actual questions, which directly concern to process of the rendering emergency psychological help separate category people, which were damaged during exceeding situation, in Donetsk area and in Ukraine in whole.

Keywords: emergency psychological help, the center of medical-psychological rehabilitation, GD MES of Ukraine in Donetska oblast

В.И. Коростий

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ України

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психосоматические расстройства, тревожные и депрессивные синдромы, психотерапия.

Актуальность психотерапевтической помощи больным с психосоматическими заболеваниями определяется существенной ролью психогенных факторов в развитии психосоматической патологии, а также вторичных невротических наслоений в дальнейшем течении заболевания.

При лечении психосоматических больных применяются различные методы психотерапии: психоаналитическая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, поведенческая терапия, личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная психотерапия.

Однако существует ряд трудностей, определяющих относительно невысокую частоту применения психотерапии при психосоматических заболеваниях и неудовлетворяющую ее эффективность.

Целью исследования было разработать принципы дифференцированной, патогенетически обоснованной психотерапии непсихотических психических расстройств при психосоматических заболеваниях у молодых лиц.

Материал. В ходе работы в период с 2004 по 2009 годы обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями (528 больных с бронхиальной астмой, 299 - с язвенной болезнью, 129 - с артериальной гипертензией). Все обследованные в каждой нозологической группе разделены на 2 клинические подгруппы: больные с непсихотическими психическими расстройствами НППР) и без НППР.

Методы исследования. Для решения поставленных задач использованы следующие методы: клиничко-анамнестический (специально разработанный

«Анамнестический опросник больного с психосоматическим расстройством»);

клиничко-психопатологический с использованием специально разработанной «Карты оценки психического состояния больного с психосоматическим расстройством», шкал для стандартизованной оценки выраженности депрессии Гамильтона и тревоги Гамильтона, больничной шкалы тревоги и депрессии (для первичного скрининга), шкалы самооценки тревоги и депрессии Цунга; шкала Дерогатиса (8СБ-90-Я);

экспериментально-психологический - тест ММР1, цветовой тест Люшера, Торонтская шкала алекситимии; тест агрессивности Басса-Дарки; тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д.Менделевича; методика оценки типов отношения к болезни; тест Плутчика-Келлермана-Конте (методика оценки преобладающих механизмов защиты)

электрофизиологический -кардиоинтервалография,

электроэнцефалография с топографическим картированием, реоэнцефалография;

биоритмологический - суточный мониторинг вариабельности сердечного ритма;

катамнестический - катамнестическое наблюдение в течение не менее 1 года.

Результаты и их обсуждение. При клиническом и психологическом обследовании у 87 % больных из всех нозологических групп установлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с психическими нарушениями - невротическими, неврозоподобными и личностными расстройствами. Удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил - 43,5% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с

преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство), аффективных - 24,1% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), личностных - 19,7% (зависимое, истерическое расстройство личности), органических - 12,7% (органическое астеническое) расстройств. Пациенты без НППР составили группу сравнения.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома в структуре непсихотических психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями: больные с осевым астеническим синдромом - 51,7%, с преобладанием депрессивного синдрома - 32,5%, с выраженным ипохондрическим синдромом - 15,8% от числа больных с НППР.

В клинической динамике заболевания были рассмотрены психосоматические реакции и "психосоматические циклы". Исследовалась взаимосвязь состояний компенсации, декомпенсации, адаптации с наличием непсихотических психических расстройств. При наличии психических расстройств выявляется склонность к длительному течению, «срастанию» с личностью, нарушение социальной адаптации, что определяет отрицательное влияние на динамику и прогноз психосоматических расстройств у достоверно большего числа больных основной группы, чем в группе сравнения. Таким образом, НППР, возникающие у больных с психосоматическими расстройствами находятся в тесных патогенетических взаимосвязях с соматическими проявлениями болезни и оказывают влияние на течение и прогноз.

Сопоставление динамики развития соматического заболевания и психических нарушений в различные периоды его течения показало: возрастание тревоги и эмоциональной напряженности, усиление отрицательных эмоций, ипохондрические тенденции, развивающиеся в рамках тревожно-депрессивных нозогенных реакций, способствуют повышению психической уязвимости, увеличивается число потенциально фрустрирующих ситуаций (ранее нейтральных).

В проведении психотерапии в основной группе основной задачей являлось разрешение актуальных психотравмирующих ситуаций, во второй - биопсихосоциальная коррекция, направленная на устранение факторов риска психосоматического заболевания.

Выделены клинические подгруппы по преобладанию ведущего патогенетического механизма развития психических нарушений: у больных первой группы преобладали соматически обусловленные психопатологические расстройства, во второй - соматоформные расстройства с выраженными функционально обусловленными соматическими жалобами, в третьей наблюдались клинические проявления невротического (психосоматического) развития личности. Применение психотерапевтических подходов дифференцировалось по следующим принципам: выделены мишени психотерапии, такие как «личность: преморбидно-психосоматическое развитие», «соматическая дисфункция: степень нарушения-ограничение возможностей», «невротические симптомы: актуальная психическая травма-внутриличностный конфликт».

Трудности в проведении психотерапии на начальном этапе были связаны с низкой мотивацией больных, устойчивой ориентацией на соматическое происхождение симптомов болезни. В дальнейшем на первый план выступает „разочаровывающая“ степень эффективности психотерапии, коррелирующая с выраженностью алекситимических черт у пациента. В большинстве случаев даже при наличии у больного установок на коррекцию психического состояния развитие эффекта личностно-ориентированной психотерапии «запаздывает» по отношению со снижающейся со временем мотивацией больного.

Уровень алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями составил в среднем 72.9 балла, (в контрольной группе здоровых 59.3), а при отдельных психосоматических заболеваниях 73.1 балла у больных с бронхиальной астмой, при артериальной гипертензии 72.6 и 71.4 при язвенной болезни.

Таким образом, необходимым условием достижения результата является длительное

сохранение терапевтического контакта. Повышение эффективности психотерапии у пациентов с психосоматическими расстройствами предлагается путем использования поэтапного вовлечения пациента в психотерапевтический процесс. Нами сформулированы принципы вовлечения у больных с психосоматическими заболеваниями в психотерапевтический процесс: комплексность лечения, индивидуальность, комбинированность, стадийность, этапность.

Комплексность лечения. Применение психотерапии в сочетании с базовым соматическим лечением и психофармакотерапией по показаниям.

Индивидуальность. Разработка индивидуальной

психотерапевтической программы с учетом нозологии заболевания, тяжести соматического состояния, наличия невротических расстройств, возраста и мотивации больных.

Комбинированность. Различные виды и техники психотерапии, комбинирующиеся на различных этапах лечения.

Стадийность психотерапии. Психотерапевтические подходы дифференцированы в соответствии со стадией психосоматического заболевания, приведенного в таблице 1.

Таблица 1

Стадийность психотерапии

1 стадия	психогенный факторы, личностные нарушения, имеется сознательный психологический конфликт	в лечении ведущая роль принадлежит патогенетической психотерапии
2 стадия	«порочные круги» патологического психосоматического функционирования,	психотерапевтические усилия менее эффективны, чаще требуется медикаментозная коррекция;
3 стадия	«органическая» стадия», преобладающими становятся	симптоматическая психотерапия, включающая коррекцию

Этапность психотерапии. Выделены 3 стадии психотерапевтического процесса, способствующие постепенному вовлече-

нию психосоматического пациента в психотерапевтическую работу с сохранением комплаенса.

Таблица 2

Этапность психотерапии

Первый этап	врачебные беседы, рациональная терапия осознаваемых конфликтов, формирование представлений о других психотерапевтических подходах
Второй этап	кратковременная проблемно-ориентированная психотерапия, проведение которой позволяет в короткие сроки добиться осознаваемого пациентом эффекта лечения.
Третий этап	долговременная поддерживающая (суппортивная) психотерапия, личностно-ориентированная психотерапия

Объективная оценка эффективности психотерапии как метода лечения представляет собой трудную задачу, особенно в случае комплексного лечения, что подтверждается малым числом доказательных исследований в этой области. Мы оценили влияние применения принципа этапности в

психотерапии у больных с психосоматическими заболеваниями путем сравнения количества пациентов, которые получили различный объем психотерапевтической помощи, в группе исследования с применением принципа этапности и в целом у направленных на психотерапию.

Таблица 3

Эффективность применения принципа этапности в психотерапии

	В группе исследования с применением принципа этапности	В целом среди направленных на психотерапию
Только консультирование	26%	43%
Краткосрочная терапия	59%	52%
Долгосрочная терапия	15%	5%

Увеличение числа больных, которые не ограничились однократным посещением

психотерапевта при применении принципа этапности привело к еще более существен-

ному візрантанню килічества пацієнтів, вклучившыхся в дольгосрочную терапію.

Выводы

Пры правядзенні псіхатэрапіі у больных с псіхасоматычэскімі захворваннямі цэласообразна іспользаваць прынцыпы камплекснасці, індывідуальнасці, камбініраваннасці, стадыйнасці.

Прымяненне прынцыпа этапнасці вовлечення у больных с псіхасоматычэскімі захворваннямі в псіхатэрапеўтычэскі працэс спосабуе ўсільенню «прывержэннасці псіхатэрапіі» пацієнтаў, пазваляе павысіць эфектыўнасць псіхатэрапеўтычэскага лечэння.

Літэратура

1. Абросімов В.Н. Гіпервентыляцыйны сіндром в клініцы практычнага вара Рязань 2001, - 136С
2. Батурын К.А., Вішневская О.В. Бронхіальная астма с явлениями гипервентиляции. Материалы 11 Российской конференции молодых учёных "Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины" (тезисы докладов) М. - 2001. 148 С.
3. Белокрылова М.Ф., Смирнова Т.А. Особенности функциональных кардиоваскулярных расстройств, сопряженных с кардиофобиями, у пациентов амбулаторной сети. В сб.: Актуальные вопросы психиатрии и наркологии /Под редакцией академика РАМН, профессора В.Я. Семке. Томск: МГП «Раско», 2001 выпуск 10 - С.15-18

4. Вишневская О.В. Гипервентиляционный синдром у больных бронхиальной астмой (клинические, психологические и психопатологические особенности. //Дис. канд. мед. наук. М. - 2002

5. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях Дисс. докт. мед. наук М. - 2000

6. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные невроты): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дис. докт. мед. Наук. М. - 2002

7. Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению. //Автореф. докт. мед. наук. М. - 2001. 34с

8. Д.Б. Колёсников. Синдром раздраженной толстой кишки у психически больных. //Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. 11

9. Овчаренко С.И., Ищенко Э.Н, Дробижев М.Ю., Вишневская О.В. Бронхиальная астма с гипервентиляционными расстройствами и психогенной провокацией приступов. //Врач 2002, 11, 6-8

10. Смулевич А. Б., Рапопорт С. И., Сыркин А. Л., Овчаренко С. И., Иванов С. В. и др. Органые невроты: клинический подход к анализу проблемы. //Журн. невропатол. и психиатрии - 2002 № 1 С15-21

11. Davies S., Jackson P., Ramsay L., Kuiper D., Thomas M. Dysfunctional breathing and asthma. //BMJ - 2001 323: 631

12. Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in primary care. //BMJ - 2001; 322: 1098-1100

ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

В.І. Коростій

Досліджували поширеність, синдромальну структуру і характер протікання непсихотичних психічних розладів серед хворих із психосоматичними розладами. Отримано результати, що свідчать про перевагу серед цих хворих невротичних реакцій, тривожних і депресивних синдромів. Патогенетично обґрунтоване диференційоване застосування різних методів психотерапії.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, психосоматичні розлади, тривожні і депресивні синдроми, психотерапія

PSYCHOTHERAPY OF PSYCHIC DISORDERS OF YOUNG OLD PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES

V.I. Korostiy

The work is devoted to the explanation of prevalence, syndromological structure and type of current of depressive disorders at patients with psychosomatic diseases. The results indicate that among nonpsychotic psychic disorders at patients with psychosomatic diseases neurotic reactions, anxiety and depressive syndromes are prevailed. Founded different indications to application of psychotherapy in complexes treatment.

Keywords: nonpsychotic psychic disorders, psychosomatic diseases, anxiety and depressive syndromes

В.В.Сорока, С.Я.Беро

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница-Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: невротические расстройства, женщины, пережившие насилие в семье, психотерапия

Насилие в семье является одной из основных социальных и медицинских проблем. Она существует во всех странах, независимо от социальных, экономических, культурных и религиозных ценностей. Исследования Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по вопросам народонаселения во всем мире выявили, что от 10 до 69% женщин подвергались физическому насилию со стороны интимного партнера в какой-то момент своей жизни [7].

Помимо физического, психологическое насилие, также оказывает специфическое психотравмирующее действие и нередко приводит к возникновению у женщин разнообразных по глубине и продолжительности психогенных расстройств.

Частота и многообразие психогенных состояний у женщин, переживших насилие, а также о влиянии возрастного фактора на клинические проявления указывается в многочисленных исследованиях [2; 4; 5; 6].

Отсутствие детализированной и хорошо отлаженной системы профессиональной подготовки психотерапевтов, работающих с женщинами, подвергшимися насилию, недостаточность научно-методической базы вынуждают врача действовать самостоятельно, на свой страх и риск. При этом далеко не всегда психотерапевт планирует вмешательство с учетом динамики развития невротического расстройства.

Совместно с Областной Госадминистрацией, управлением по делам семьи и гендерному равенству ОКПНБ-МПЦ г. Донецка реализует программу по оказанию комплексного лечения женщинам, пережившим насилие в семье.

Целью исследования явилось изучение влияния семейного насилия на психическое состояние женщин, их личностно-

характерологические особенности, способы совладания со стрессовыми ситуациями для оказания эффективной психотерапевтической помощи.

Материалы и методы

Было обследовано 30 женщин, подвергавшихся насилию в семье и обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу - Медико-Психологический Центр.

В группе значительно преобладали лица работоспособного возраста (20-45 лет). В возрасте 20-22 лет было 6 человек (20%), 23-30 – 8 (26,7%), 31-40 – 12 человек (40%), старше 40 лет – 4 человека (13,3%).

Тщательный сбор анамнеза заболевания, психологического анамнеза позволяли выявить и оценить ситуацию семейного насилия.

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, психологический, статистический.

Использовались следующие шкалы:

"Шкалы оценки влияния травматического события" (Impact of Event Scale-R-IES-R); «Опросник депрессивности Бека» (Beck Depression Inventory – BDI); "Шкала тревожности Тейлора" (Taylor Manifest Anxiety Scale).

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что все женщины находились в состоянии психологического стресса. В начале лечения у всех женщин выявлены легкие и умеренные депрессивные эпизоды.

На прямой вопрос: «связываете ли вы переживаемый стресс с насилием со стороны мужа?» – 17 человек (56,7%) ответили утвердительно. Остальные 13 человек (43,3%) - предпочли объяснить свое состояние «сложностями в семье». Данные рес-

понденты при психологическом исследовании демонстрировали неадаптивные копинг-стратегии: отступление — 7 человек, активное избегание — 6 человек.

При детализированном исследовании у всех женщин были обнаружены следующие симптомы:

1. депрессивный фон настроения;
2. разнообразные фобические расстройства;
3. навязчивые воспоминания и мысли о случившемся, которые описывались пациентками как «постоянное прокручивание в голове мыслей о происшедшем», «постоянно анализирую случившееся, хочу найти правильный выход»;

4. разнообразные соматоформные расстройства;

5. нарушения сна, характеризующиеся повторными, кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживали происшедшие события;

6. снижение доверия к окружающим; избегание разговоров, мест, связанных с психотравмирующей ситуацией;

7. снижение диапазона аффективных реакций, который характеризовался появлением ранее не свойственных пациенткам повышенной раздражительности, вспыльчивости, плаксивости.

Данные обидгатные симптомы, дополнялись симптоматикой приведенной в таблице 1.

Таблица 1

Частота встречаемости дополнительных симптомов у лиц, подвергнувшихся насилию в семье

Продолжительность стрессовой ситуации	до 1 года	2-4 года	более 4 лет
Всего человек	13	11	6
Чувство вины	3	8	4
Пессимистические перспективы	2	7	6
Агрессия/месть	10	6	1
Эмоциональная блокада, оцепенение	4	10	5
Парасуицидальное поведение	3	11	6
Суицидальные мысли	4	9	1

Наши наблюдения показывают, что первый опыт насилия в отношениях может быть приобретен как до заключения брака, так и после. Часто насилие со стороны мужа начинается в течение первых шести месяцев совместной жизни.

В результате длительной истории насилия со стороны мужа, можно проследить определенные этапы формирования невротических расстройств у данной категории женщин.

Выявление подобной этапности необходимо для планирования психотерапевтического вмешательства.

Первый этап характеризуется уменьшением женщинами имеющегося насилия, рационализацией испытываемых от мужа ограничений («запрещает ходить на работу — хочет, чтобы в доме был уют, больше внимания уделяла детям»; «отдает лишь часть зарплаты — держит на черный день»). Женщины ощущают, что в семье складываются «неправильные» отношения, однако стараются угодить супругу, скры-

вают свою тревогу и озабоченность от окружающих. Женщины живут постоянной надеждой, что «максимально угодив» мужчине, смогут «изменить его отношение».

Психотерапевтической задачей данного этапа является расширение сферы сознания, информированности о видах семейного насилия. Возможно применение техники «сократовского диалога» для демонстрации пациенткам непоследовательности, противоречивости и необоснованности в отношении взглядов на их вторую половину.

Второй этап характеризуется нарастанием у женщин амбивалентности. Они испытывают желание что-то изменить и не меняют. Нарастает когнитивный диссонанс между любящим и в то же время оскорбительным поведением мужа. Различные защитные механизмы становятся жизненной необходимостью, с превалированием отрицания.

Амбивалентность проявляется и в принятии решения о дальнейших действиях (табл. 2).

Баланс принятия решений женщинами, переживающими ситуацию семейного насилия

«Минусы» ухода от мужа	«Плюсы» ухода от мужа
Страх остаться одной; Финансовая нестабильность; Страх преследования.	Расширение прав и возможностей (само эффективность, доверие, уважение); Повышение самооценки; Надежда на лучшую жизнь; Собственная безопасность и безопасность детей; Прерывание порочного круга насилия/ограничений.

Задачей психотерапевтической работы на данном этапе заключается в сокращении амбивалентности и уменьшении когнитивного диссонанса путем рассмотрения альтернативных вариантов поведения.

На следующем этапе с каждым актом насилия в свой адрес, женщина все меньше испытывает амбивалентность. Мысли о необходимости оставаться с обидчиком уступают место сильному желанию действовать. Разрабатываются разнообразные планы и стратегии: обращение за юридической помощью; проводится сбор информации о специализированных лечебных центрах, приютов для женщин; ведется поиск другого места жительства. Женщинами рассматривается разнообразнейший спектр мероприятий для обеспечения собственной безопасности.

Психотерапевтическое вмешательство на данном этапе может иметь следующие задачи: усиление ресурсного состояния пациенток; мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.

Четвертый этап. Перспектива ухода с потенциально опасными последствиями, вызывает у женщин опасения о своей дальнейшей судьбе, но вариант остаться с мужчиной представляется им еще страшнее. Рассмотрев варианты своего поведения, женщины, как правило, выбирают защитные стратегии от дальнейшего насилия. Они активно обращаются за помощью к родственникам (в том числе, родственникам мужа), друзьям, милицию, тем самым, стараясь максимально предать огласке поведение мужчины. К сожалению, даже подобные усилия не всегда приводят к прекращению насильственных действий по отношению к женщине.

Психотерапевтическая задача видится в поиске и закреплении неопробованных пациенткой способов разрешения актуального межличностного конфликта.

Пятый этап. Продолжающаяся эмоциональная вовлеченность в диаде «муж-жена», желание сохранить семью, отсутствие жизнеспособных альтернатив, страх мести и преследования, могут приводить к возобновлению прежних отношений с мужчиной.

Цель психотерапевтической работы на данном этапе заключается в предотвращении рецидива отношений и возвращения к лицу, оказывающему насилие.

Шестой этап. Все отчетливее женщина замечает, что «высокие чувства» к мужчине остались давно позади. Преодолев «горе по ушедшим счастливым моментам», женщина начинает искать новую линию поведения. При этом более критично оценивает свои силы, поставленные цели.

Психотерапевтическая помощь может быть оказана в поиске ресурсов и возможностей, для борьбы с затянувшейся эмоциональной связью; повышении фрустрационной толерантности.

Выводы

Таким образом, женщины с проблемой семейного насилия подвержены хроническому стрессу, который негативно влияет на их психическое здоровье, вызывая разнообразные невротические расстройства.

Данные взаимовлияния механизма и уровня конфликта позволили выделить определенные этапы поведения женщин в ситуации семейного насилия, выявить клинико-социальные и семейные паттерны насилия.

Выделение этапности насильственных отношений в семье позволяет психотерапевту разрабатывать и осуществлять четкие задачи для поведенческих, эмоциональных изменений у женщин, переживающих акты насилия.

Данные исследования показывают необходимость и возможность улучшения комплексных лечебных мероприятий с лицами, пережившими насилие в семье.

Література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Домашнее насилие в отношении женщин. Масштабы, характер, представления общества. М.: МАКС Пресс, 2003. – 171 с.
3. Тарабарина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Helfrich, C.A., Fujiura, G.T., Rutkowski-Kmitta, V. *Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters*. *Journal of Interpersonal Violence*, 2008. – №24(4). – P. 437-453.
5. Mechanic, M.B., Weaver, T.L., Resick, P.A. *Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse, Violence Against Women*. 2008. – №14. – P.634-654.
6. Plichta, S.B. *Interactions Between Victims of Intimate Partner Violence Against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications*, *Trauma, Violence and Abuse*. 2007. – № 8. –P. 226.
7. WHO: *Violence by Intimate Partner*. World Health Organization. – 2002.

ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї

В.В.Сорока, С.Я.Беро

Розглянуто клініка та динаміка невротичних розладів у жінок, які пережили насильство в сім'ї. Виділена етапність насильницьких стосунків у сім'ї дозволяє розробляти та здійснювати чіткі психотерапевтичні завдання.

Ключові слова: невротичні розлади, жінки, які пережили насильство в сім'ї, психотерапія

THE PSYCHOTHERAPY NEUROTIC DISORDERS AMONG WOMEN WHO WERE UNDERGONE OF DOMESTIC VIOLENCE

V.V.Soroka, S.Y.Bero

Considered the clinic and dynamic of neurotic disorders among women who had domestic violence. Commit staging violent relationships in the family to formulate and implement clear psychotherapeutic task.

Keywords: neurotic disorders, women who have domestic violence, psychotherapy

УДК 616.89

Е.Г. Никифорова, М.П. Беро

ПСИХОТЕРАПІЯ КОГНИТИВНИХ НАРУШЕНЬ У ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННИХ АВАРИЙ

Областная клиническая психоневрологическая больница - Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: когнитивные нарушения, тренинг, шахтеры, техногенные аварии

Состояние психического здоровья шахтеров, перенесших техногенные аварии, характеризуется снижением когнитивного функционирования разной степени. Пациенты этой категории испытывают проблемы адаптации, в том числе из-за трудностей

приобретения и осуществления когнитивных навыков в своей повседневной жизни.

В настоящее время существуют различные подходы к определению понятия «когнитивные нарушения», к оценке клинических и прогностических аспектов этого состояния. Чаще всего под этим понятием

Література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Домашнее насилие в отношении женщин. Масштабы, характер, представления общества. М.: МАКС Пресс, 2003. – 171 с.
3. Тарабарина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Helfrich, C.A., Fujiura, G.T., Rutkowski-Kmitta, V. *Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters*. *Journal of Interpersonal Violence*, 2008. – №24(4). – P. 437-453.
5. Mechanic, M.B., Weaver, T.L., Resick, P.A. *Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse, Violence Against Women*. 2008. – №14. – P.634-654.
6. Plichta, S.B. *Interactions Between Victims of Intimate Partner Violence Against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications*, *Trauma, Violence and Abuse*. 2007. – № 8. –P. 226.
7. WHO: *Violence by Intimate Partner*. World Health Organization. – 2002.

ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї

В.В.Сорока, С.Я.Беро

Розглянуто клініка та динаміка невротичних розладів у жінок, які пережили насильство в сім'ї. Виділена етапність насильницьких стосунків у сім'ї дозволяє розробляти та здійснювати чіткі психотерапевтичні завдання.

Ключові слова: невротичні розлади, жінки, які пережили насильство в сім'ї, психотерапія

THE PSYCHOTHERAPY NEUROTIC DISORDERS AMONG WOMEN WHO WERE UNDERGONE OF DOMESTIC VIOLENCE

V.V.Soroka, S.Y.Bero

Considered the clinic and dynamic of neurotic disorders among women who had domestic violence. Commit staging violent relationships in the family to formulate and implement clear psychotherapeutic task.

Keywords: neurotic disorders, women who have domestic violence, psychotherapy

УДК 616.89

Е.Г. Никифорова, М.П. Беро

ПСИХОТЕРАПІЯ КОГНИТИВНИХ НАРУШЕНЬ У ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННИХ АВАРИЙ

Областная клиническая психоневрологическая больница - Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: когнитивные нарушения, тренинг, шахтеры, техногенные аварии

Состояние психического здоровья шахтеров, перенесших техногенные аварии, характеризуется снижением когнитивного функционирования разной степени. Пациенты этой категории испытывают проблемы адаптации, в том числе из-за трудностей

приобретения и осуществления когнитивных навыков в своей повседневной жизни.

В настоящее время существуют различные подходы к определению понятия «когнитивные нарушения», к оценке клинических и прогностических аспектов этого состояния. Чаще всего под этим понятием

подразумеваются случаи, когда у пациента имеются когнитивные нарушения, однако они по своей выраженности и характеру не соответствуют критериям деменции. Принципиально важным является то, что эта категория больных (несмотря на выявляемые при нейропсихологическом исследовании нарушения памяти и других когнитивных функций) не удовлетворяют критериям деменции, согласно МКБ-10.

Следует подчеркнуть, что акцентуацию на мнестических расстройствах как ведущих в клинической картине легких когнитивных нарушений разделяют не все авторы [8]. Поэтому позднее эти критерии были R. Petersen и соавт. [10] пересмотрены и названы как «легкие когнитивные нарушения — амнестические», что подразумевало возможность существования и иных, не связанных только с нарушениями памяти, легких когнитивных нарушений [8].

Диагностические критерии легких и умеренных когнитивных нарушений включают:

- жалобы на снижение памяти;
- нормальное общее состояние интеллекта;
- способность к самообслуживанию в повседневной жизни;
- нарушения мнестических функций;
- отсутствие деменции.

Снижение когнитивной сферы особенно ярко проявляется в нарушениях функций так называемого когнитивного (исполнительного или экзекютивного) контроля [6;7]. К области когнитивного контроля относят инициализацию, упорядочение, координацию и мониторинг специализированных когнитивных процессов, обеспечивающих решение отдельных когнитивных задач. Таким образом, когнитивный контроль в первую очередь связан с управлением целенаправленного поведения, что обуславливает его особую значимость в системе когнитивных функций человека.

В результате снижения когнитивных функций, данный контингент больных, становится зависимым от «внешней» памяти (записи, напоминания родных) и меньше полагаются на собственное мышление и память [5;4].

Учитывая динамику развития когнитивных нарушений, требуется тщательное клинико-психологическое и инструментальное обследование пострадавших шахтеров с жалобами на снижение памяти и умственной работоспособности, что в свою очередь позволяет установить наличие когнитивных расстройств на додементных стадиях заболеваний головного мозга.

Высокая значимость эффективности когнитивного функционирования в определении качества жизни взрослого человека ставит вопрос о способах преодоления и компенсации, вызванных травмами/отравлениями когнитивных нарушений.

Целенаправленная тренировка когнитивных функций, является одним из методов, позволяющим приблизиться к решению этой практически важной проблемы [7; 12; 13]. Под тренингом когнитивных способностей в настоящей работе понимается систематическое распределенное во времени решения заданий, активирующих отдельные когнитивные функции, с целью устойчивого улучшения когнитивного функционирования.

Цель исследования

Разработка эффективного тренинга когнитивных способностей для предупреждения развития дефицитарной симптоматики и формирование устойчивой позитивной самооценки, у шахтеров перенесших техногенные аварии.

Материал и методы исследования

На базе Областной клинической психоневрологической больницы - Медико-Психологического Центра, в условиях стационара обследовано 20 шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, в возрасте от 24 до 47 лет с диагнозами, шифрующимися согласно МКБ-10, как F06.6, F06.8, F07.0.

Для оценки динамики выраженности психопатологических показателей использовались стандартизированные опросники: шкала Цунга для самооценки тревоги и депрессии, опросник САН для оценки самочувствия, активности, настроения, а также для выявления особенностей внимания, памяти, мышления в исследуемых группах использовались экспериментально-психологические методики: «заучивание

десяти слов», исследование опосредованного запоминания (по А. К. Леонтьеву); исследования непосредственного запечатления следов с помощью пробы на воспроизведение рассказов, исследование внимания по методике Шульте, методика «простые аналогии», «выделение существенных признаков», методика «исключение предметов», понимание пословиц.

В соответствии с клиническими проявлениями были выделены больные с диагнозами: «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» — F 06.6 (n=8). «Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» — F 06.8 (n=6), «расстройство личности органической этиологии» — F 07.0 (n=6). По этиологическому признаку заболевания распределялись следующим образом: травма головного мозга (n=13), отравление продуктами горения, во время аварий на шахтах (n=7).

Психопатологические проявления аффективной сферы у всех больных характеризовались депрессивными расстройствами, которые расценивались как легкие (n=16), средние (n=4). Вместе с тем были выявлены тревожные и полиморфные фобические расстройства (n=18), апатия (n=4), эмоциональная лабильность (n=8). Со стороны когнитивной сферы у всех пациентов отмечались нарушения памяти и внимания различной степени тяжести. Так, у 3 больных (15%) отмечалось незначительное снижение памяти и внимания, у 17 больных (85%) отмечалось умеренное снижение памяти, рассеянность активного внимания. Кроме того, у всех обследуемых присутствовали: нарушение сна, снижение работоспособности, головная боль, головокружение.

По методике САН у всех обследуемых были выявлены неудовлетворительные показатели самочувствия, активности и настроения. Анкета состоит из 30 противоположных по смыслу характеристик, средний балл шкалы, свидетельствующий о благоприятном состоянии испытуемого, лежит в области оценки 5 и выше. Оценки 4 и ниже указывают на снижение самочувствия, активности, настроения. Низкий уровень данных показателей указывает на то, что испы-

туемый испытывает трудности в адаптации и нуждается в помощи.

Пациенты были разделены методом случайной выборки на 2 группы: 10 больных, вошедших в основную группу, получали наряду со стандартной психофармакотерапией, тренинги когнитивных способностей, с основным упором на выполнение упражнений, способствующих развитию памяти, тренинги проходили в течение двух недель по 3 сессии в неделю, продолжительностью 1,5 часа; 10 пациентов, составивших контрольную группу, получали стандартную психофармакотерапию и участвовали в психообразовательном тренинге, представляющим собой групповую дискуссию, проходившем в течение двух недель по 3 встречи в неделю, продолжительностью 1 час.

Во время, которого, рассматривались следующие темы:

1. Факторы, влияющие на память;
 2. Методы запоминания;
 3. Возможные изменения памяти с возрастом;
 4. Механизм работы памяти (регистрация, сохранение, извлечение);
 5. Мысли и чувства, человека с ухудшением памяти;
 6. Решение проблем после сбоев памяти.
- Каждый пациент был обследован перед первой сессией, на последней сессии (то есть через 14 дней после предыдущего тестирования) и через две недели после окончания последней сессии (то есть через 28 дней после первой сессии).

Основными задачами тренингов явились:

1. уменьшение симптомов расстройства;
2. повышение эффективности фармакотерапии (достижение комплаентности);
3. повышение адаптивных ресурсов личности
4. формирование конструктивных типов приспособительного поведения;
5. улучшение отсроченных результатов.

Результаты и обсуждения

На 14 день терапии общая положительная динамика отмечалась у 60% больных (12 человек). При этом уровни тревоги и де-

прессии были снижены у основной группы пациентов более значительно, чем у пациентов контрольной группы, также результаты по опроснику САН были лучше у основной группы по всем трем параметрам. Что касае-

тся исследования памяти, внимания и мышления после терапии и отсроченные результаты показали большую эффективность у основной группы (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика самооценки по методике САН у шахтеров перенесших техногенные аварии

Данные САН	Характеристика самооценки														
	Неудовлетвори-тельное					Удовлетвори-тельное					Хорошее				
	D0	D1		D2		D0	D1		D2		D0	D1		D2	
		ОГ	КГ	О Г	К Г		ОГ	КГ	ОГ	КГ		О Г	К Г	ОГ	КГ
Самочувствие	20	1	6	-	6	-	8	4	6	4	-	1	-	4	-
Активность	20	3	5	-	6	-	6	5	7	4	-	1	-	3	-
Настроение	20	3	7	-	8	-	6	3	6	2	-	1	-	4	-

Данные представлены в абсолютных числах.

D0 – до начала лечения;

D1 – через 14 дней после начала;

D2 – через 2 недели после окончания лечения, т.е. через 28 дней после начала лечения;

ОГ – основная группа;

КГ – контрольная группа.

Рассмотрим динамику мнестических функций.

Кривая средних показателей отсроченных результатов по методике «запоминания 10 слов» показала улучшение результатов на D1 в обеих группах. Однако, на тестировании спустя две недели после окончания лечения отсроченный результат по данной методике оказался выше лишь в основной группе. В то время, как у контрольной группы результат вернулся на исходный уровень D0.

Предоставленные данные свидетельствуют о большей эффективности лечения в основной группе по отношению к контрольной, как на этапе окончания лечения, так и спустя 14 дней после его прекращения.

Также стоит отметить, что в результате проведенной комплексной терапии по всем использованным в ходе исследования методикам в контрольной группе наилучшие показатели отмечались во время прохождения лечения, достигая пика к D1, с последующим ухудшением к D2.

Выводы

Следует отметить, что познавательное обучение в психообразовательном тренинге, совместно с психофармакотерапией оказывает благоприятное влияние на память, настроение, однако меньше по сравнению с группой, посещающей тренинг когнитивных

способностей и не достаточно эффективное по отсроченным результатам.

Это может быть объяснено тем, что пациенты, находившиеся в группе психообразовательного тренинга, получали «обратную связь» от ведущих и взаимопомощь от других пациентов, а после завершения тренинга – оставались без поддержки, испытывали затруднения в применении полученных знаний. В связи с чем, состояние больных вновь ухудшилось.

В то время как основная группа, проходившая тренинг когнитивных способностей, направленный, прежде всего, на развитие личных умений, получила сформировавшееся чувство устойчивости, самопринятия и доверия к собственной личности, овладение психотехническими приемами, направленными на создание положительного образа «Я» и имела высокие результаты как после окончания лечения, так и спустя две недели.

Кроме того, изменения в клинической картине у пациентов основной группы были выражены отчетливее. Эти больные, по сравнению с контрольной группой, раньше отмечали снижение интенсивности головной боли и частоты головокружений, нормализацию сна, повышение работоспособности.

Таким образом, можно заключить, что тренинги когнитивных способностей, являются действенным компонентом комплексной терапии когнитивных расстройств у по-

страдавших шахтеров. Исследование продолжается, что не позволяет представить детализированное описание эффективности вмешательства. Изучается катамнез с целью выяснения необходимости повторного прохождения тренинговой программы в комплексном стационарном лечении.

Литература

1. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения. *Consilium medicum*, 2004. – т. 6. – № 2. – С.149-153.
2. Дзяк Л.А., Мизякина Е.В. Мнемстические нарушения в неврологической практике (методические рекомендации для врачей-неврологов) // Днепрпетровск-2005. – 23 с.
3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. Москва: ГеотарМед. 2003. – 150 с.
4. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза. Методическое пособие. Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю. Харьков, типография №18. – 2010. – 96 с.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10. – № 12-13. – С. 539-542.
6. Golomb J., Kluger A., Ferris S.H., Garand P. *Clinician's Manual on Mild Cognitive Impairment*. London: Science Press, 2001.
7. Jelic V., Winblad B. *Treatment of mild cognitive impairment: rationale, present and future strategies* // *Acta Neurol. Scand.* 2003. Vol. 107 (Suppl. 179). P. 83-93.
8. Palmer K., Fratiglioni L., Winblad B. *What is mild cognitive impairment? Variations in definitions and evolution of nondemented persons with cognitive impairment* // *Acta Neurol. Scand.* 2003. Vol. 107 (Suppl. 179). P. 14-20.
9. Petersen R.C., Smith G.E., Waring S.C. et al. *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome* // *Arch. Neurol.* 1999. Vol. 56. P. 303-308.
10. Petersen R. C., Stevens J.C., Ganguli M. et al. *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review)*. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // *Neurology*. 2001. Vol. 56. P. 1133-1142.
11. Ritchie K., Touchon J. *Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status* // *The Lancet*. 2000. Vol. 355. N. 9199. P. 225-228.
12. Salthouse, T.A. *A research strategy for investigating group differences in a cognitive construct: Application to aging and executive processes*. *European Journal of Cognitive Psychology*. 2001.-№13. P. 39-46.
13. Salthouse, T.A. & Hedden, T. (2002). *Interpreting reaction time measures in between-group comparisons*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2002. - №24. P. 858-872.
14. Wahlund L.O., Pihlstrand E., Eriksdotter Jonhagen M. *Mild cognitive impairment: experience from a memory clinic* // *Acta Neurol. Scand.* 2003. Vol. 107 (Suppl. 179). P. 21-24.

ПСИХОТЕРАПІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ШАХТАРІВ, ПОСТРАЖДАЛИХ У ТЕХНОГЕНИХ АВАРІЯХ

О.Г.Нікіфорова, М.П.Беро

Когнітивні порушення у шахтарів, які перенесли техногенні аварії, визначають образ і якість життя пацієнта. В результаті даного дослідження вивчена можливість покращення когнітивних функцій у двох різних групах із застосуванням різних тренінгових програм.

Ключові слова: когнітивні порушення, тренінг, шахтарі, техногенні аварії

PSYCHOTHERAPY COGNITIVE IMPAIRMENT IN MINERS WHO HAD UNDERGONE TECHNOLOGICAL ACCIDENTS

E.G.Nikiforova, M.P.Bero

Cognitive impairment among miners who had undergone technological accidents, determine the image and quality of life of the patient. As a result, this study explored the possibility of improving cognitive functions in two different groups with different training programs.

Keywords: cognitive impairment, training, miners, technological accidents

В.М. Сінайко¹, О.В. Земляніцина²

РОЛЬ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

¹Харківський національний медичний університет МОЗ України

²ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данілевського АМН України»

Ключові слова: метаболічний синдром, шизофренія, нейролептики, цукровий діабет

Шизофренія є одним із найбільш розповсюджених психічних захворювань, на теперішній момент, згідно даних Національного інституту психічного здоров'я, у світі налічується більше 51 млн. хворих на шизофренію у віці понад 18 років [1]. Захворювання відрізняється прогресуючим плином, має значні медичні та соціальні наслідки, нерідко призводить до зниження або втрати працездатності, порушень соціальних зв'язків пацієнтів. Тому проблема пошуку сучасних методів лікування хворих на шизофренію залишається актуальною.

Звичайно, в останні десятиріччя зроблено великий крок вперед щодо нових методів терапії, новітні нейролептичні препарати дозволяють швидко знизити інтенсивність клінічних проявів захворювання та досягти стійкої ремісії. Але при обстеженні пацієнта та розробці комплексу терапевтичних впливів не слід забувати й про наявність супутньої соматичної патології, що має суттєвий вплив на рівень здоров'я пацієнта, тривалість та якість його життя.

Одним з таких захворювань є метаболічний синдром (МС), складовими якого є інсулінорезистентність, центральне ожиріння та дисліпідемія [2-6]. Дані про його поширеність серед хворих на шизофренію дуже суперечливі і коливаються від 37 до 63 % [7], але дослідники згодні з тим, що поширеність МС у хворих із довгостроковим перебігом шизофренії складає до 37 %, що перевищує загальнопопуляційні показники [3, 8-18]. А у хворих на шизофренію у віці 40-49 років цукровий діабет (ЦД) та порушення толерантності до глюкози зустрічаються майже вдвічі частіше, ніж у загальній популяції [19].

Становить інтерес вивчення впливу психотропних препаратів на вуглеводний обмін, функціональні можливості Р-клітин підшлункової залози, вивчення біогенних амінів головного мозку. З огляду на наявність супутнього ожиріння у цих хворих, важливим є дослідження ліпідного спектра крові, ендотеліальної функції з метою раннього виявлення атерогенних змін, що в подальшому сприяють розвитку виражених судинних порушень. До числа факторів, що сприяють підвищенню схильності хворих на шизофренію до ЦД, відносять їх низьку фізичну активність, паління, неправильне харчування, більш високий рівень алкоголізму, етнічну приналежність, сімейний анамнез по ЦД, порушення обміну глюкози, наявність артеріальної гіпертензії [11;13; 20].

Ряд авторів вважають, що зміни в головному мозку при деяких психічних захворюваннях самі по собі можуть приводити до формування порушень обміну вуглеводів, незалежно від стереотипу харчування, фізичної активності і прийому нейролептиків [10;15;17;21;22]. Проте саме роль психотропних препаратів у порушенні вуглеводного обміну і виникненні інсулінорезистентних форм ЦД викликає інтерес у вчених різних країн [9;23]. Хоча порушення метаболізму глюкози у психічно хворих було вперше описане до впровадження антипсихотичних препаратів, проте саме призначення нейролептиків багато авторів пов'язують із порушенням метаболізму глюкози, загостренням наявного ЦД 1 і 2 типу, виникненням ЦД 2 типу, діабетичного кетоацидозу, важких або потенційно фатальних метаболічних ускладнень. Найбільш часто серед препаратів, пов'язаних із ЦД, ожирінням, дисліпідемією

називають хлорпромазин, клозапін і оланзапін [24, 25]. У той же час галоперидол, рісперидон і зіпразидон пов'язують зі зниженням тригліцеридів у плазмі [3;19;26-29].

Вважають, що психотропні препарати сприяють підвищенню маси тіла, перерозподілу жирової тканини в організмі та розвитку тканинної інсулінорезистентності, що веде до компенсаторної гіперінсулінемії, що може тимчасово попереджати розвитку ЦД [11;30;31].

Після того, як атипіві нейролептики стали препаратами першого вибору при лікуванні шизофренії, випадки діабету у хворих, які їх приймали, почастишали. Існують неоднозначні погляди щодо впливу атипівих нейролептиків на розвиток ЦД у хворих на шизофренію. Вважають, що їх призначення, особливо терміном більше 6 місяців, приводить до підвищення маси тіла та сприяє розвитку інсулінорезистентності [27;32-34]. Частота розвитку ЦД серед хворих, які отримували антипсихотики, згідно даних різних авторів, становить від 2,5% до 4,7% на рік. Найбільш низький ризик ЦД був при використанні рисперідона, потім кветиапіна, оланзапіна і клозапіна. З іншого боку, є поодинокі дані про те, що прийом атипівих нейролептиків не підвищує відносний ризик розвитку ЦД порівняно із іншими психотропними засобами [16;26;35].

Описано високу частоту ЦД, діабетичного кетоацидозу або погіршення глікемічного контролю у хворих, які приймають оланзапін. В роботі L.E.Goldstein та D.C.Henderson (2000) [36] було показано, що у 21 % хворих, яких лікували клозапіном, розвивається ЦД або порушення толерантності до глюкози; крім того, описано розвиток ЦД у семи хворих, які отримували оланзапін протягом у середньому 26 тижнів, причому після скасування лікування у двох хворих відбулася ремісія ЦД. Подібні результати наведено в роботі R.Johnson, M.Al-Taher, L.Madlock et al. (2002) [15], в якій описано випадок розвитку ЦД у 49-річного хворого на шизофренію через 11 місяців після початку прийому оланзапіна. На тлі початого лікування інсуліном рівень глюкози нормалізувався, і дозу інсуліну знизили аж до повного скасування. При цьому хворий продовжував приймати оланзапін. На під-

ставі проведеного дослідження автори припустили, що оланзапін відрізняється двофазною дією на секрецію інсуліну - спочатку він пригнічує секрецію інсуліну, а потім - стимулює.

На думку ряду авторів, призначення для лікування шизофренії таких препаратів, як зіпрекса, рисперідал, сероквель, клозапін, супроводжується різким зростанням поширеності ЦД, особливо у молодих пацієнтів [36;37]. Ці дані підтверджуються результатами проведеного проспективного дослідження, у ході якого у хворих на шизофренію у віці 30 років вимірювався рівень глюкози до призначення клозапіна та у середньому через два з половиною місяці після проведеної терапії. У 55 % обстежених хворих було виявлене порушення регуляції глюкози, причому було зроблено висновок, що клозапін призводить до порушення обміну глюкози протягом чотирьох місяців лікування і не впливає на чутливість до інсуліну та ІМТ [38].

Згідно даних літератури, у 14 % хворих, які приймали атипіві антипсихотики протягом 14 тижнів, розвилася гіперглікемія [39]. Подібне клінічне спостереження також наведено у роботі [37]. Автори спостерігали розвиток ЦД 2 типу та артеріальної гіпертензії після призначення клозапіна 40-річному пацієнту із шизофренією, який раніше приймав перфеназін тривалої дії. Після скасування клозапіна рівень цукру в крові та АТ нормалізувалися протягом двох тижнів. Через чотири роки пацієнтові вдруге був призначений клозапін, після чого знов-таки виникли симптоми ЦД 2 типу, що уже не зникли навіть після скасування препарату; це спричинило перевід хворого на інсулінотерапію.

У результаті проведеного обстеження 38632 пацієнтів, з яких 41,4% отримували типові, а інші - атипіві нейролептики (клозапін, оланзапін, кветиапін, рисперидон або їхнє сполучення), було встановлено, що ризик розвитку діабету був вище на 9 % у пацієнтів, які приймали атипіві нейролептики, причому він був найбільш високим при використанні таких препаратів, як клозапін, оланзапін або кветиапін, але не рисперидон [40].

У ряді робіт описано взаємозв'язки між застосуванням оланзапіна та ризиком розвитку ЦД, показано, що використання даного препарату може сприяти розвитку не тільки коливання рівня глікемії у пацієнтів, які не мали раніше порушень вуглеводного обміну, але й викликати такі серйозні стани, як кетоацидоз та кома [15;41].

У проаналізованій літературі немає єдиної думки про вплив конкретних атипичних нейролептиків на показники метаболізму глюкози. Так, результати дослідження, проведеного із нестандартним тестом толерантності до глюкози, а саме вимір глікемії через 15, 45 та 75 хвилин після навантаження глюкозою, показали, що рівень глюкози на теще та після навантаження вище в осіб, які приймають нейролептики, порівняно зі здоровими, причому клозапін та оланзапін за даними показникам вірогідно відрізнялися від типових нейролептиків [42]. Описана ситуація ускладнюється тим, що зазначені препарати, що відносяться до групи атипичних нейролептиків, останнім часом усі частіше застосовуються для лікування психічних розладів, тому що є більш ефективними як у відношенні позитивної, так і негативної психопатологічної симптоматики, та не мають деяких небажаних побічних ефектів, властивих класичним нейролептикам (таким, як екстрапірамідні розлади).

Деякі автори вважають, що діабетогенний ефект антипсихотичних препаратів не є специфічним, при цьому рекомендують моніторувати рівні глюкози та глікозильованого гемоглобіну у всіх хворих на шизофренію, незалежно від виду антипсихотичної терапії, а також стежити за динамікою їхньої маси тіла та індексу маси тіла (ІМТ), особливо у хворих, які мають інші чинники ризику ЦД - ожиріння, гіпертензію, обтяжену спадковість щодо ЦД, малорухомий спосіб життя та літній вік [13;36;20].

Один із можливих шляхів патогенезу розвитку ожиріння та підвищення частоти ЦД у психічно хворих може бути пов'язаним з метаболізмом греліна, що стимулює апетит та приймає участь у регуляції маси тіла. Установлено, що рівень греліну в сироватці крові та ІМТ значно вище у хворих, пролікованих атипичними антипсихотиками, ніж у здорових контрольної групи [43]. За іншими

даними, рівень греліну зворотно залежить від ІМТ та підвищується при нервовій булімії, незважаючи на нормальний ІМТ. При цьому введення греліну викликає ендокринні (зростання рівня соматотропного гормону, пролактину, адренотропного гормону, кортизолу) та метаболічні (зростання рівня глюкози та зниження інсуліну) зміни, а також підвищення апетиту та посилення прийому їжі. Підвищення маси тіла може бути пов'язаним із посиленням апетиту, що обумовлено як впливом нейролептиків на моноамінергічні та холінергічні системи мозку, так і метаболічними (ендокринними) ефектами гіперпролактинемії, а також рівнем самооцінки ступеня ожиріння.

У результаті пілотного дослідження, спрямованого на вивчення ожиріння, його факторів ризику, поінформованості про підвищення маси тіла та методи контролю за ним, проведеного серед 128 респондентів у віці 39,8 років, у 46,6 % з яких відзначалося ожиріння, було встановлено, що хронічно хворі, які знаходяться у психіатричному стаціонарі, точно відчували стан ожиріння, але ступінь стурбованості не корелювала з ІМТ, і ці хворі неохоче вибирали строге обмеження дієти як лікувальний захід [44].

На думку R.Aquilla (2002), психічно хворі в основному недостатньо розуміють необхідність правильного харчування або ж не можуть дозволити собі більш корисні продукти. Тому клініцистам варто приділяти пильну увагу заходам щодо запобігання збільшення маси тіла у хворих до та відразу після початку терапії антипсихотиками. Доведено ефективність стратегій по лікуванню збільшення маси тіла, що включають регулярний контроль маси, консультації по зміні способу життя і лікування, програми контролю поведінки, фармакологічну корекцію [18;31;45].

Таким чином, на даний час є всі підстави стверджувати про важливу роль психотропної терапії та психічної патології у підвищенні ризику розвитку порушень вуглеводного обміну. Це підтверджується даними вивчення поширеності ЦД, порушення толерантності до глюкози та резистентності до інсуліну серед пацієнтів із психічними захворюваннями [8-10;46;47].

Одним із патогенетичних механізмів розвитку порушень вуглеводного обміну у хворих на шизофренію є гіперінсулінемія, в основі якої лежить тканинна інсулінорезистентність [2;6]. Первинна інсулінорезистентність складає патофізіологічну основу серії подальших метаболічних порушень, що можуть відігравати провідну роль у патогенезі трьох розповсюджених неінфекційних захворювань: ЦД 2 типу, гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця [48]. Дані численних досліджень підтвердили наявність взаємозв'язку між кількістю жирової тканини в організмі, масою тіла, ІМТ та інсуліном. Існує лінійна залежність між ІМТ та концентрацією інсуліну натще та після навантажувального тесту з глюкозою, що дозволило зробити висновок про те, що ожиріння є непрямим відображенням стану інсулінорезистентності та гіперінсулінізму. Однак, інсулінорезистентність спостерігається не тільки в осіб із порушеною толерантністю до глюкози або хворих на ЦД 2 типу, але й у 25 % здорових осіб без надлишку ваги та з нормальною толерантністю до вуглеводів. Це пояснюється тим, що на початкових стадіях інсулінорезистентності секретується достатньо інсуліну для здійснення нормальної глюкорегуляторної функції [49].

При виснаженні β -клітин підшлункової залози або при генетично детермінованому порушенні секреції інсуліну порушується толерантність до вуглеводного навантаження, а потім розвивається гіперглікемія вже в стані натще. Сполучення інсулінорезистентності та порушення толерантності до глюкози може бути результатом як розладів метаболізму самої глюкози в тканинах-мішенях, так і аномального транспорту глюкози або інсуліну до цих тканин. Вважають, що ці порушення можуть бути складовими патогенезу ЦД 2 типу. Однак, ймовірно, можлива й реалізація інсулінорезистентності при відсутності її клінічного прояву у вигляді порушення толерантності до глюкози. Важливо визначити, які порушення можуть виникати при цьому, та яка їх атерогенність [47;48].

Таким чином, результати багатьох досліджень указують на зв'язок високого ризику розвитку ЦД 2 типу у психічно хворих саме з початком лікування клозапіном або

оланзапіном. Менше повідомлень відносно рисперідона або кветіапіна. Дослідження показують, що гіперглікемія не залежить від дози нейролептику, є оборотною і з'являється знову при поновленні терапії цими нейролептиками. Механізм розвитку ЦД 2 типу у цих хворих включає: 1) зниження чутливості до інсуліну, що не залежить від атипових нейролептиків; 2) підвищення інсулінорезистентності відповідно до призначення атипиків; 3) вплив атипових нейролептиків на серотонінові рецептори; 4) надмірну витрату інсуліну у зв'язку з підвищенням маси тіла. До факторів ризику розвитку гіперглікемії у хворих на шизофренію відносять надлишок маси тіла, етнічну або расову приналежність, наявність у сімейному анамнезі випадків артеріальної гіпертензії або ЦД.

Література

1. *Schizophrenia Facts and Statistics* [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm>
2. Зимин, Ю.В. Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности или метаболического синдрома X [Текст]/Ю.В.Зимин// Кардиология.- 1998. - № 6. - С. 71-81.
3. Zimmet, P. Epidemiology of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors: focus on human immunodeficiency virus and psychiatric disorders [Текст]/ P.Zimmet //Am. J. Med. - 2005. - Vol.118., Suppl. 2. - P.3S-8S.
4. Barnett, A. Minimising metabolic and cardio-vascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidemia [Текст]/ A.Barnett // J. Psychopharmacol. 2007; 21(4): 357-373.
5. Citrome L.I. Risk of Treatment-Emergent Diabetes mellitus in Patients Receiving Antipsychotics / L.L.Citrome // The annals of Pharmacotherapy 2007: Vol. 41, № 10: 1593-1603.
6. Земляніцина, О.В. Особливості гормонально-метаболічного гомеостазу у хворих на цукровий діабет 2 типу із симптоматичними психічними розладами та у хворих на шизофренію під впливом психотропної терапії [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 - ендокринологія / Земляніцина Ольга Вячеславівна; ДУ „Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського АМН України”. - Харків, 2008. - 20 с.
7. Gaal, L.F. Долгосрочные последствия шизофрении для здоровья: метаболические осложнения и роль абдоминального ожирения

(расширенный реферат) [Текст] / L.F.Gaal Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2006. - Т.03, №4 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/06_04/45.shtml

8. Nasrallah H.A. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline [Текст] / H.A.Nasrallah // *Schizophrenia Res.* 2006; 86: 15-22.

9. Синайко, В.М. Влияние инсулинокоматозной терапии на формирование инсулинорезистентности у больных шизофренией [Текст] / В.М.Синайко, О.В.Земляничина // *Архів психіатрії*. - 2003. - Т.9, №3 (34). - С. 99-100.

10. Ryan, M. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia [Текст] / M.Ryan, P.Collins, J.H.Thakore // *Am. J. Psychiatry*. - 2003. - Vol. 160, № 2. - P.284-289.

11. Themeli, Y. Disorders of Glycemia in Schizophrenic Patients in Albania [Текст] / Y.Themeli, F.Agac // *Международный эндокринологический журнал*. - 2009. - №4(22). - С. 28-42.

12. Mukherjee, S. Diabetes mellitus in schizophrenic patients / S.Mukherjee, P.Decina, V.Bocola et al. [Текст] // *Comprehensive Psychiatry*. - 1996 - Vol. 37, № 1.-P. 68-73.

13. Holt, R.I.G. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes [Текст] / R.I.G.Holt, R.C. Peveler, C.D.Byrne // *Diabet. Med.* - 2004. - Vol. 21, № 6. -P.515-523.

14. Nishida, M. Use of perospirone for obesity and diabetes mellitus in patients with schizophrenia: three case reports [Текст] / M. Nishida, M. Nakamura // *Int. Clin. Psychopharmacol.* - 2004. - Vol. 19, № 1. - P. 41-43. 15.Johnson, R. Increasing insulin dose for olanzapine-related diabetes / R.Johnson, M.Al-Taher, L. Madlock et al. [Текст] // *Amer. J. Psychiat.* - 2002. - Vol.159, №1.-P. 150-151.

15. Etminan, M. Exploring the association between atypical neuroleptic agents and diabetes mellitus in older adults [Текст] / M.Etminan, D.Streiner, P.Rochon // *Pharmacotherapy*.-2003.- Vol.23, № 11. - P. 1411-1415. 17.Holt, R.I. Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists [Текст] / R.I.Holt // *Br. J. Psychiatry*. - 2004. - Vol. 47. - P.55-63.

16. Кравчун, Н.А. Взаимосвязь нарушений углеводного обмена и коморбидных психических расстройств [Текст] / Н.А.Кравчун, О.В. Земляничина, В.М.Синайко // *Проблемы эндокринной патологии*. - 2005. - №2. - С. 96-102.

17. Subramaniam, M. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia [Текст] / M.Subramaniam, S.-A.Chong, E.Pek // *Can. J. Psychiatry*. - 2003. - Vol. 48. - P.345-347.

18. Кравчун Н.А. Уровень эндотелина-1 и некоторые метаболические показатели у больных с гипоталамической дисфункцией и сопутствующей шизофренией на фоне различных методов психотропной терапии [Текст] / Н.А. Кравчун, О.В. Земляничина, В.М. Синайко, И.И. Алексеева // *Проблемы эндокринной патологии*. - 2006. - №1. - С.30-36.

19. Duan, W. Reversal of behavioural and metabolic abnormalities, and insulin resistance syndrome, by dietary restriction in mice deficient in brain-derived neurotrophic factor / W.Duan, Z.Guo, H.Jiang et al. [Текст]// *Endocrinology*. - 2003. - Vol. 144, № 6. - P. 2446-2453.

20. Kim, S.J. Frontal glucose hypometabolism in abstinent methamphetamine users / S.J.Kim, I.K.Lyoo, J.Hwang et al. [Текст]// *Neuropsychopharmacology*. - 2005. -Vol. 30, №7. - P. 1383-1391.

21. Peet M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis [Текст] / M.Peet // *Br. J. Psychiatr.* - 2004. - Vol. 47. - P. 102-105.

22. Charatan, F.B.E. The effect of chlorpromazine ("Largactil") on glucose tolerance [Текст] / F.B.E.Charatan, N.G.Bartlett // *J. Ment. Sci.* - 1955. - Vol. 101. - P. 351-353.

23. Erie, G. Effect of chlorpromazine on blood glucose and plasma insulin in man [Текст] / G.Erie, M.Basso, G.Federspil et al. // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* - 1977. -Vol. 11.-P. 15-18.

24. Miller, E.A. Incidence of new-onset diabetes mellitus among patients receiving atypical neuroleptics in the treatment of mental illness: evidence from a privately insured population [Текст] / E.A. Miller, D.L. Leslie, R.A. Rosenheck // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 2005. - Vol. 139, № 6. - P. 387-395.

25. Bergman, R.N. Atypical antipsychotics and glucose homeostasis [Текст] / R.N.Bergman, M.Ader // *J. Clin. Psychiatry*. - 2005. - Vol. 66, № 4. - P. 504-514.

26. Pejic, R.N. Hyperglyceridemia [Текст] / R.N.Pejic, D.T.Lee // *J. Am. Board. Fam. Med.* - 2006. - Vol. 19, № 3. - P.310-316. 29.Ястребов, Д.В. Метаболические нарушения при терапии антипсихотическими препаратами [Текст] Д.В.Ястребов // *Здоров'я України*. - 2006. - №3 (136). - С. 1-3. 30.Casey, D.E. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders [Текст] / D.E.Casey // *Am. J. Med.* - 2005. - Vol. 118, Suppl. 2.-P. 15-22.

27. Синайко, В.М. Первинна профілактика цукрового діабету 2 типу у хворих на шизофренію [Текст] / Синайко В.М., Землянищина О.В. // Укр. вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 1(50). - С. 236

28. Lambert L. Diabetes Risk Associated with use of Olanzapine, Quetiapine, and Risperidone in Veterans health administration Patients with Schizophrenia [Текст] / L.Lambert // American Journal of Epidemiology 2006; 164(7): 672-681.

29. Sumiyoshi, T. A comparison of incidence of diabetes mellitus between atypical antipsychotic drugs [Текст] / T.Sumiyoshi, A.Roy, A.E.Anil et al. // J. Clin. Psychopharmacology. - 2004. - Vol. 24. - P. 345-348.

30. Ferraioli, A. The role of atypical antipsychotics in glucose/insulin dysregulation and the evolving role of the psychiatrist in a new era of drug treatment options [Текст] A.Ferraioli, K.L.Shirley, P.David // CNS Spectr. - 2004. - Vol. 9, № 11. - P. 849-861.

31. Lee, D.W. No significant difference in diabetes risk during treatment with typical versus atypical antipsychotics: results from a large observational study [Текст] / D.W.Lee, R.B.Fowler, P.J.Kadluek, M.Haberman // Drug Benefit Trends. -2002.-Vol. 14.-P. 46-52.

32. Goldstein, L.E. Atypical antipsychotic agents and diabetes mellitus [Текст] / L.E.Goldstein, D.C.Henderson // Primary Psychiat. - 2000. - Vol. 7, № 5. - P. 65-68.

33. Brugman, N.J. Diabetes mellitus after treatment with clozapine [Текст] / N.J.Brugman, D.Cohen, R.H. de Vries // Ned. Tijdschr. Geneesk. - 2000. -Vol.144, №9.-P. 437-439.

34. Howes, O.D. A prospective study of impairment in glucose control caused by clozapine without changes in insulin resistance [Текст] / O.D.Howes, A.Bhatnagar, F.P.Gaughran et al. // Am. J. Psychiatry. - 2004. - Vol. 161. - P. 361-363.

35. Citrome, L.L. Relationship of atypical antipsychotics with development of diabetes mellitus [Текст] / L.L.Citrome, A.B. Jaffe // Ann. Pharmacother. - 2003. -Vol. 37, №12.-P. 1849-1857. 40.Sernyak, M.J. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia [Текст] / M.J.Sernyak, D.L.Leslie, R.D.Alarson et al. // Am. J. Psychiatry.

- 2002. - №159 (4). - P. 561-566. 41.Smith, R.C. Clozapine, risperidone, olanzapine, and conventional antipsychotic drug effects on glucose, lipids, and leptin in schizophrenic patients [Текст] / R.C.Smith, J.P.Lindenmayer, N.Bark et al. // Int. J. Neuropsychopharmacol. - 2005.-Vol. 8.-P. 183-194. 42.Newcomer, J.W. Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia [Текст] / J.W.Newcomer, D.W. Haupt, R. Fucetola et al. // Arch. Gen. Psychiatry. - 2002. - Vol.59. - P.337-345. 43.Palik, E. Correlation of serum ghrelin levels with body mass index and carbohydrate metabolism in patients treated with atypical antipsychotics [Текст] / E.Palik, K.D.Birkas, G.Paludi et al. // Diabetes Res. Clin. Pract. - 2005. - Vol. 68, Suppl.1.-P. 60-64.

36. Meyer, J.M. Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill patients: a pilot study [Текст] / J.M.Meyer // Ann. Clin. Psychiatry. - 2002. -Vol. 4, № 1.-P. 39-45.

37. Aquilla, R. Management of weight gain in patients with schizophrenia [Текст] / R.Aquilla // J. Clin. Psychiatry. - 2002. - Vol. 63, Suppl.4. - P. 33-36.

38. Дробіжсєв, М.Ю. Ендокринна патологія в психіатрії (ожиріння, цукровий діабет, гіперпролактинемія) [Текст] / М.Ю.Дробіжсєв, Е.В. Суркова, Т.А. Захарчук, О.Г. Мельникова. - М.: Артінфо Паблішинг, 2006. - 84 с.

39. Сінайко, В.М. Чинники ризику порушень вуглеводного та ліпідного обміну у хворих на параноїдну шизофренію [Текст] / В.М.Сінайко, О.В.Землянищина // Актуальні питання сучасної неврології: 36. наук, праць, присвяч. 205-річчю ХНМУ та 125-річчю кафедри неврології ХНМУ, Харків, 2009. - С. 151-155

40. Кравчун, Н.О. Стан вуглеводного, ліпідного обміну та серцево-судинної системи у хворих на гіпертонічну хворобу та ожиріння [Текст] / Н.О.Кравчун // Медицина сьогодні і завтра. - 2005. - № 3. - С. 32-37.

41. Плохая, А.А. Антропометрические и гормонально-метаболические показатели при абдоминальном ожирении [Текст] / А.А. Плохая, А.В. Воронцов, Ю.В. Новолодская и др. // Пробл. эндокринолог. - 2003. - №49 (4).-С. 18-22.

РОЛЬ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ОБОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.М. Синайко, О.В.Землянищина

Приведены литературные сведения о распространенности сахарного диабета, ожирения и дислипидемии у больных с психическими нарушениями. Показано влияние терапии типичными и атипичными нейролептиками на риск развития метаболических нарушений у больных шизофренией.

Ключевые слова: метаболический синдром, шизофрения, нейролептики, сахарный диабет

THE ROLE OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY IN DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (LITERATURE REVIEW)

V.M. Sinayko, O.V. Zemlyanitsyna

There are literature data about prevalence of diabetes (mellitus), obesity and dislipidemia among patients with mental disorders. The influence of therapy by typical and atypical antipsychotics on risk of metabolic disorders among patients with schizophrenia was shown.

Keywords: metabolic syndrome, schizophrenia, antipsychotic, diabetes mellitus

УДК 612.821_615.851

А.Е.Табачников,¹ В.С.Табачникова²

БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФИЛОСОФСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ)

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького;

²Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Краткое введение.

Психоанализ, психотерапевтическая концепция которого обсуждалась нами в предыдущих лекциях, был не единственным ответом на кризис в психологии конца девятнадцатого века. Методологическим решением стал бихевиоризм, заложивший теоретические основы поведенческой терапии.

Основателем бихевиоризма стал Дж. Уотсон (John Broadus Watson). В создании своей теории он опирался на работы И.П. Павлова, Э. Торндайка (Edward Lee Thorndike) и ряда других ученых. Павлов описал психическую (высшую нервную) деятельность в терминах физиологии, т.е. без использования понятия «сознание», и открыл тип научения у животных, получивший позднее название реактивного (Павловского) обусловливания. Торндайк экспериментально доказал важность вознаграждения и наказания в процессе научения и установил его количественные закономерности ("кривые обучения").

Уотсон заявил о необходимости создания нового направления в психологии, цель которого – сделать ее такой же объективной наукой, как физика или химия – свободной от предвзятости и опоры на непрове-

ряемые сообщения субъекта (напомним, что в XIX веке основным методом психологии считалась интроспекция). Поскольку сознание и переживания ненаблюдаемы со стороны и не годятся в качестве объекта научного исследования, вместо них психологам следует изучать поведение¹. Именно в поведении проявляются все психические акты, оно является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно измерить и на которые можно воздействовать. Поэтому именно поведение человека должно нас больше всего интересовать в практическом аспекте – психология должна научиться его прогнозировать и им управлять.

Иным должен стать и язык психологии: из него должны уйти термины, обозначающие ненаблюдаемые понятия («ощущение», «мотив», «мысль», «бессознательные процессы» и т.д.) и все то, что невозможно посчитать и измерить.

«Например, выражения «этот ребенок боится собаки» или «я влюблен в эту женщину» в научном плане не означают ниче-

¹ Само название данного направления в психологии происходит от английского слова behavior – «поведение».

THE ROLE OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY IN DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (LITERATURE REVIEW)

V.M. Sinayko, O.V. Zemlyanitsyna

There are literature data about prevalence of diabetes (mellitus), obesity and dislipidemia among patients with mental disorders. The influence of therapy by typical and atypical antipsychotics on risk of metabolic disorders among patients with schizophrenia was shown.

Keywords: metabolic syndrome, schizophrenia, antipsychotic, diabetes mellitus

УДК 612.821_615.851

А.Е.Табачников,¹ В.С.Табачникова²

БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФИЛОСОФСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ)

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького;

²Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Краткое введение.

Психоанализ, психотерапевтическая концепция которого обсуждалась нами в предыдущих лекциях, был не единственным ответом на кризис в психологии конца девятнадцатого века. Методологическим решением стал бихевиоризм, заложивший теоретические основы поведенческой терапии.

Основателем бихевиоризма стал Дж. Уотсон (John Broadus Watson). В создании своей теории он опирался на работы И.П. Павлова, Э. Торндайка (Edward Lee Thorndike) и ряда других ученых. Павлов описал психическую (высшую нервную) деятельность в терминах физиологии, т.е. без использования понятия «сознание», и открыл тип научения у животных, получивший позднее название реактивного (Павловского) обусловливания. Торндайк экспериментально доказал важность вознаграждения и наказания в процессе научения и установил его количественные закономерности ("кривые обучения").

Уотсон заявил о необходимости создания нового направления в психологии, цель которого – сделать ее такой же объективной наукой, как физика или химия – свободной от предвзятости и опоры на непрове-

ряемые сообщения субъекта (напомним, что в XIX веке основным методом психологии считалась интроспекция). Поскольку сознание и переживания ненаблюдаемы со стороны и не годятся в качестве объекта научного исследования, вместо них психологам следует изучать поведение¹. Именно в поведении проявляются все психические акты, оно является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно измерить и на которые можно воздействовать. Поэтому именно поведение человека должно нас больше всего интересовать в практическом аспекте – психология должна научиться его прогнозировать и им управлять.

Иным должен стать и язык психологии: из него должны уйти термины, обозначающие ненаблюдаемые понятия («ощущение», «мотив», «мысль», «бессознательные процессы» и т.д.) и все то, что невозможно посчитать и измерить.

«Например, выражения «этот ребенок боится собаки» или «я влюблен в эту женщину» в научном плане не означают ниче-

¹ Само название данного направления в психологии происходит от английского слова behavior – «поведение».

го. Согласно бихевиористам, «осознание» субъектом таких явлений слишком субъективно и совершенно бесполезно для исследователя. Напротив, объективные описания («слезы и дрожь у ребенка усиливаются, когда к нему приближается собака, и слабеют при удалении собаки», или «при встрече с этой женщиной сердце у меня бьется сильнее, а зрачки расширяются») дают возможность количественно оценить эти формы поведения и «измерить» чувство страха или степень увлеченности» [1].

Многие проблемы, интересующие психологов, должны быть переформулированы так, чтобы можно было получить на них достоверные ответы с помощью объективных методов исследования.

В своих работах «Психология с точки зрения бихевиориста» (1913), «Бихевиоризм» (1930) Уотсон сформулировал как программу психологических исследований, так и основные сферы практического применения знаний, которые должны быть в этих исследованиях получены.

«С точки зрения бихевиориста психология есть чисто объективная отрасль естественной науки. Ее теоретической целью является предсказание поведения и контроль над ним. Для бихевиориста интроспекция не составляет существенной части методов психологии, а ее данные не представляют научной ценности, поскольку они зависят от подготовленности исследователей в интерпретации этих данных в терминах сознания. Пытаясь получить универсальную схему ответа животного, бихевиорист не признает демаркационной линии между человеком и животными» [2].

Уотсон разработал программу оздоровления общества, основанную на принципах бихевиоризма. Благодаря своим работам, он получил широкое признание, став президентом Американской психологической ассоциации.

Бихевиоризм, как и психоанализ, прошел в своем развитии сложный путь. Поэтому мы будем рассматривать концепции как классического бихевиоризма, так и небихевиоризма, наиболее известными представителями которого были Б. Скиннер (Burrhus Frederic Skinner), Э. Толмен (Edward Chace Tolman), К. Халл (Clark

Leonard Hull), А. Бандура (Albert Bandura), Г.-Ю. Айзенк (Hans Jьrgen Eysenck).

Философская модель.

Философской, методологической основой бихевиоризма стал **позитивизм**, ставивший во главу угла позитивное знание, т.е. знание, истинность которого подтверждается не умозаключениями и рассуждениями, а практическим опытом. Это неизбежно вело к **эмпиризму**, т.е. к требованию подчинить воображение наблюдению: наука должна сосредоточиться не на поиске скрытой сущности явлений, а на описании и анализе доступных непосредственному наблюдению феноменов и их закономерных, т.е. повторяющихся отношений.

«Согласно формулировкам Айзенка, поведенческая терапия является прикладной наукой, определяющие черты которой – подверженность проверке и опровержению. Подверженность проверке означает, что теория может быть конкретизирована настолько точно, чтобы можно было провести ее экспериментальное исследование. Подверженность теории опровержению – это возможность установить экспериментальные условия, при которых она “не работает”» [3].

Ещё одним следствием такого методологического подхода является **прагматизм**. Раз нам недоступна для окончательного, абсолютного познания скрытая сущность явлений, любое знание является относительным. Поэтому любая, даже основанная на фактах теория – лишь приблизительное, временное объяснение действительности. Она будет признаваться правильной лишь до того неизбежного момента, когда откроются новые факты, не укладывающиеся в эту теорию. Вследствие этого, истиной, в том числе – в определении причин психологических проблем и симптомов, а также в выборе методик психологической интервенции является то, что дает позитивный результат, независимо от степени соответствия теории объективной действительности («истина – то, что полезно»). Иногда говорят, что поведенческая психотерапия основана на "аспириновой метафоре": если у человека болит голова, то достаточно дать аспирин, который снимет головную боль. Это значит, что не нужно искать причину

головной боли – нужно найти средства, ее ликвидирующие [4].

Следует также отметить готовность бихевиористов сводить сложные явления (психическую деятельность) к простым (поведенческие реакции) т.е. **редукционизм**.

«Возможно, когда-нибудь станет известно, способны ли законы обуславливания объяснить психопатологическое поведение. Однако этот момент еще очень далек. В настоящее время можно лишь попытаться объяснить сложные явления сравнительно простыми терминами. Не следует удивляться тому, что эти объяснения будут неполными и несовершенными» [5].

Стремление бихевиористов сделать психологию объективной наукой, близкой по методическому аппарату к естественным наукам, побудило их к использованию в своих теориях только объективно наблюдаемых и измеряемых понятий. При этом постижение истины предполагает опору на статистические данные, которые можно получить в экспериментах.

«По-видимому, мы опять дошли до такого пункта в психологии, когда прогресс может быть достигнут наиболее быстро тем, что мы отбросим все эти туманные представления о личности и начнем с предположений, которые доставят нам полезные и практические результаты, укладывающиеся в обычные понятия научного языка» [6].

Эксперименты, в которых устанавливаются закономерности формирования поведения для их дальнейшего использования в психотерапии, могут проводиться как на людях, так и на животных, поскольку в поведении человека и животных для бихевиористов, как указывалось выше, нет принципиальных различий.

«Возражения другого рода, особенно часто выдвигаемые клиницистами, сводятся к следующему: человек настолько уникален, что любые выводы, сделанные из опытов на крысах и голубях, неизбежно приведут к неудаче при попытках использовать их в психотерапии. Те, кто выдвигают такие возражения, игнорируют тот факт, что использование принципов научения и обуславливания, сформулированных на основании лабораторных экспериментов, уже

позволило добиться заметных успехов в психотерапии» [7].

Взгляд классических бихевиористов на природу человека связан с представлением о нем, как о «чистой доске» (*tabula rasa*). Не наследственность, а среда определяет поведение человека. Джон Уотсон писал:

«Дайте мне дюжину здоровых, нормально развитых младенцев и мой собственный, специальный мир, в котором я буду их растить, и я гарантирую, что, выбрав любого из них наугад, могу сделать его специалистом любого профиля – врачом, адвокатом, художником, торговцем, даже нищим или вором – вне зависимости от его талантов, склонностей, способностей, призвания и расы его предков. Я признаю, что я выхожу за пределы имеющихся у меня фактов, но также поступают и сторонники противоположной точки зрения и они поступали так многие тысячи лет назад» [8].

Однако необихевиористы не отдавали столь однозначного первенства роли внешних факторов (ситуации) в определении поведения человека. Ряд из них не менее значимыми считал личностные детерминанты.

Как и классический психоанализ, бихевиоризм стоит на позициях **каузального детерминизма** – поведение человека определяется влиянием окружающей среды.

Классический бихевиоризм, в отличие от необихевиоризма, постулирует отсутствие индивидуальных различий реагирования, поскольку реакции определяются стимулами, а не личностными особенностями.

«Различные виды психотерапии дают в основном одинаковые результаты, что не удивительно, поскольку результаты определяются общими для всех направлений условиями, а не внутренними особенностями клиента или психотерапевта. Значение индивидуальных особенностей отходит на второй план по сравнению с условиями, в которых проводится психотерапия» [9] (выделено мною – А.Т.).

Жизнь для бихевиористов – приспособление к условиям среды.

Психологическая модель.

Философская модель классического бихевиоризма побудила его сосредоточиться в разработке психологической модели

лишь на объективно наблюдаемых проявлениях психической деятельности, исключив из сферы интересов интрапсихические процессы. Таким образом, бихевиористы занялись экспериментальным изучением закономерностей формирования и исчезновения различных форм поведения.

Они полагали, что у человека, как у *tabula rasa*, имеется минимальный набор врожденных форм поведения, а все остальные формируются прижизненно, в результате научения, то есть подкрепления одних типов поведения и угашения других.

«Поведение индивида постоянно подвергается изменениям в результате взаимодействия с физическим и социальным окружением. Эти изменения происходят в соответствии с принципами научения» [10].

Экспериментально были изучены два основных типа научения² (оба они могут приводить к формированию как адаптивных, так и дезадаптивных навыков, о чем будет сказано ниже):

1. Модель реактивного (Павловского) научения. Новые формы поведения формируются по схеме «стимул-реакция» ($S \rightarrow R$): одновременное³ воздействие на субъекта двух стимулов, один из которых способен вызвать определенную реакцию⁴, а второй — нет, приводит к тому, что и второй начинает вызывать ту же реакцию. Закреплению новой реакции способствует частота повторения и сила воздействия стимула⁵. Частое воздействие определенного стимула усиливает и скорость реакции на него⁶.

2. Модель оперантного (Скиннеровского) научения⁷. Новые формы поведения формируются по схеме «поведение-подкрепление-поведение»: когда субъект

совершает определенные действия в среде без предварительно сформированного плана (например, методом «проб и ошибок»), это приводит к определенным последствиям. Именно от этих последствий (подкрепления) будет зависеть, станет ли субъект повторять эти действия или, наоборот, избегать их. Помимо метода проб и ошибок, оперантное обучение может проходить путем шейпинга — формирования сложных форм поведения за счет последовательного подкрепления тех его элементов, которые соответствуют желаемой конечной форме поведения.

Как мы видим, в формировании обеих форм научения важную роль играет подкрепление (в реактивном — стимула, в оперантном — реакции). Оно может быть позитивным (вознаграждение) и негативным (удаление неприятных стимулов). Наказание также подразделяют на позитивное (лишение вознаграждения) и негативное (воздействие неприятного стимула). Таким образом, и позитивное, и негативное подкрепление усиливает частоту данной поведенческой реакции, а всякое наказание (и позитивное, и негативное), напротив, — уменьшает частоту.

Подкрепление является более эффективным, если его содержание связано с вырабатываемым навыком (птицы быстрее научаются клевать кнопку, если подкреплением является пища, а взмахивать крыльями — если этим поведением они избегают удара электрическим током, поскольку акт клевания является частью пищевого поведения, а взмахивание крыльями — избегающего поведения) [11].

Если приобретенный навык не подкрепляется, после нескольких попыток наступает его угасание — он проявляется все реже и постепенно исчезает. Однако полному исчезновению навыка мешает спонтанное восстановление, которое может повторяться несколько раз после периодов угасания. Возникновение спонтанного восстановления связано с тем, что угасание — это не просто стирание навыка. На самом деле идет новый процесс научения⁸.

² Необихевиористами был описан третий, когнитивный тип научения.

³ Точнее было бы сказать, что второй стимул должен несколько опережать первый.

⁴ Таким стимулом может быть безусловный раздражитель (т.е. стимул, вызывающий врожденную ответную реакцию — выделение слюны на запах и вид пищи) либо условный раздражитель (т.е. стимул, вызывающий приобретенную описываемым способом ответную реакцию).

⁵ «Закон упражнения», открытый Торндайком.

⁶ «Закон готовности», открытый Торндайком.

⁷ Эта модель научения отражает иной, чем у классического бихевиоризма, взгляд на природу человека, как активного, а не реактивного существа.

⁸ Крыса, научившаяся нажимать на педаль для получения вознаграждения, и переставшая потом получать подкрепление, обучается теперь тому, что на-

Эффективное подкрепление не должно быть значительным по объему и не обязательно должно следовать за каждой поведенческой реакцией данного типа. Как установил Б. Скиннер, если подкрепление время от времени пропускается (т.н. «частичное подкрепление»), то, во-первых, подопытные животные (как и люди) стараются усерднее, во-вторых, процесс угасания длится дольше. Исследования показали, что для успешного научения постоянное подкрепление необходимо только вначале, а затем следует перейти на частичное подкрепление.

Важную роль в обогащении поведенческого репертуара индивида и его приспособлении к среде играют феномены генерализации и дифференциации стимулов, а также переноса навыков.

Если стимул вызывает определенную реакцию, то эту же реакцию начинают вызывать сходные стимулы, причем, чем более похожи они на исходный стимул, тем выше эта способность (градиент стимульной генерализации)⁹. Дифференциация стимула – процесс, обратный генерализации – происходит, если подкрепление будет даваться только вслед за стимулом, полностью соответствующим исходному¹⁰. Переносом навыка называют влияние прежних

жимая на педаль, она не получает пищи. Если этот новый рефлекс со временем не подкрепляется (крысы не дают убедиться, что, нажимая на педаль, она ничего не получит), он также ослабевает и со временем может оказаться слабее старого рефлекса. В этом случае, попав в клетку с педалью, крыса может вновь повторять эти действия в надежде на подкрепление.

⁹ Генерализацией стимула объясняется распространение реакции страха с объекта, связанного с психотравмирующей ситуацией, на похожие объекты («обжегшись на молоке, дуешь на воду»). С другой стороны, если пациент научился уверенно вести себя во время терапевтических сессий, он будет уверенней и настойчивей вести себя и в реальных жизненных ситуациях, - иными словами, произойдет генерализация.

¹⁰ Это явление объясняет вариативность человеческого поведения в различных физических и социальных условиях. Например, пациент, страдающий ожирением из-за периодического переедания, в каких-то обстоятельствах оказывается способен хорошо контролировать свое пищевое поведение, однако теряет этот контроль, когда он в одиночестве, чувствует себя фрустрированным или подавленным.

похожих навыков на скорость формирования новых. Выделяют два вида переноса: положительный (улучшающий протекание процесса научения) и отрицательный. Устранение или ослабление старых реакций за счет несовместимых с ними новых называется реципрокным торможением.

«Когда реакция тормозится несовместимой реакцией, за которой следует снижение сильного влечения, развивается значительное условное торможение реакции» [12].

Не все экспериментально полученные бихевиористами данные укладывались в схему реактивного и оперантного научения. Для объяснения таких фактов необихевиористы трансформировали формулу $S \rightarrow R$ в $S \rightarrow I \rightarrow R$, где I – промежуточные переменные, опосредствующие (т.е. способные изменить) реакцию на стимул: когнитивные и мотивационные факторы¹¹, индивидуальные биологические различия, особенности раннего развития индивида.

«Если на заре существования поведенческой психотерапии ее называли "применением на практике установленных законов научения", то позже понимание поведенческой психотерапии расширилось. Утверждение, что принятые в поведенческой психотерапии методы основываются исключительно на парадигмах научения, в настоящее время уже не кажется обоснованным. Приводимые в литературе результаты исследований не подтверждают данное утверждение, скорее, они свидетельствуют, что важная роль принадлежит и другим факторам, таким, например, как когнитивные процессы» [13].

Необихевиорист А. Бандура описал vicarious learning¹² (научение путем подражания другому субъекту, т.е. модели). Например, условный рефлекс на световую вспышку, предшествующую ударом электрическим током, может сформироваться не только у того, кто испытывает этот удар, но и у присутствующих при этом. Бандура по-

¹¹ Внимание, представления, склонности, мотивы, установки и т.д.

¹² От англ. vicarious – замещающий другого. Сам Бандура называл свою теорию «медиаторно-стимульной ассоциативной теорией».

казал, что эффективность викарного научения определяется:

- подкреплением, в том числе викарным — наблюдаемыми последствиями данного поведения модели;
- характеристиками модели — ее референтностью для обучающегося;
- характеристиками самого обучающегося — склонностью к имитации, атрибуциями¹³ и др.

В процессе викарного научения выделяются две фазы: фаза приобретения данного стереотипа поведения (формирования когнитивной схемы в результате наблюдения за моделью) и фаза исполнения данного стереотипа. Подкрепление играет более существенную роль во второй фазе.

Наличие речи, мышления и воображения у людей является важным дополнительным фактором, определяющим процесс научения. Поведение и его предстоящие последствия могут быть описаны словами как самим субъектом, так и теми, кто проводит его обучение. Благодаря воображению, эта вербальная инструкция (устная или письменная) может выполнить функцию модели.

По теории К. Халла, реакцию индивида определяет не стимул (как в классическом бихевиоризме), а два фактора — внешний¹⁴ (сигнал) и внутренний (драйв). Драйв — это мотиватор, побуждающий поведение (например, голод), но не имеющий изначальной направленности на конкретный объект (сигнал). Сигнал — это стимул с определенными количественными и качественными характеристиками (например, реакция воз-

никает на объекты определенного вида и запаха).

В каждый момент времени драйвы индивида обладают различным энергетическим потенциалом, который и определяет вероятность возникновения, интенсивность и устойчивость побуждаемых им реакций. Потенциал драйва может повышаться или понижаться в зависимости от наличия во внешней среде соответствующих сигналов, а также от длительности периода депривации данной потребности (драйв голода усиливается, если человек давно не ел или если ему предъявляется особенно привлекательный стимул). Реакции, как и драйвы, в конкретной ситуации выстраиваются в определенную иерархию, определяющую вероятность их проявления. Например, в ответ на болезненный стимул индивид может ответить либо агрессией, либо бегством.

Ученики Халла Дж. Доллард (John Dollard) и Н. Миллер (Neal Miller) установили следующие закономерности формирования реакций под воздействием драйвов и сигналов:

1) *градиент приближения* — чем ближе индивид к сигналу, связанному с подкреплением, тем сильнее драйв движения к нему;

2) *градиент избегания* — чем ближе индивид к сигналу, связанному с наказанием, тем сильнее драйв движения от него;

3) градиент избегания нарастает быстрее градиента приближения (рис. 1).

¹³ Атрибуция — приписывание себе или другому человеку определенных характеристик или мотивов поведения. Сторонники данного направления в необихевиоризме полагают, что реакции индивида на стимулы и его активное поведение в среде связаны с тем, какие характеристики и мотивы человек приписывает самому себе и окружающим людям (например, реакция на предложение выполнить трудную работу за высокое вознаграждение будет определяться не только размером вознаграждения, но и тем, считает ли индивид себя способным справиться с этой работой, достойным ее или вознаграждения, считает ли он честными намерения лица, предлагающего работу и т.д.).

¹⁴ В принципе, сигналом для индивида могут стать не только явления в окружающей среде, но и изменение его ощущений либо эмоций.

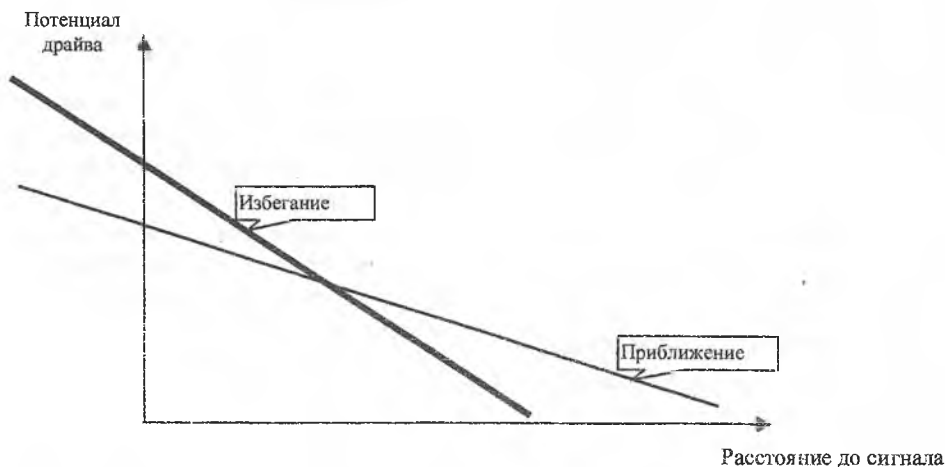


Рис. 1. Динамика потенциалов драйвов приближения и избегания в зависимости от расстояния до сигнала

Последний элемент процесса научения в теории Халла — подкрепление, т.е. последствия к которым приводит реакция. Подкреплением может быть то, что редуцирует потенциал драйва, закрепляя определенную реакцию на данную ситуацию. Соединяя бихевиоризм с психоанализом, Доллард и Миллер фактически использовали концепцию подкрепления вместо фрейдовского принципа удовольствия.

Изначально организм оснащен набором первичных драйвов — боль, голод, жажда, секс — и реакций на них. В течение жизни система врожденных драйвов и реакций дополняется — в результате научения (ассоциирования с первичными драйвами) формируются вторичные драйвы: тревога, стыд, стремление нравиться. Появляются и новые подкрепления — похвала, улыбка матери, деньги и т.д. Многие необихевиористы обращают внимание на роль в процессе научения мышления и речи, которые рассматриваются как внутренние реакции, изменяющие или запускающие другие, в т.ч. внешние реакции. Благодаря речи, позволяющей символически обозначить не только конкретный феномен, но и группу внешне несхожих явлений, резко возрастают возможности генерализации стимулов¹⁵. С другой стороны, то, что похожие объекты могут обозначаться разными словами, по-

вышает возможности дифференциации стимулов. Слова могут также играть роль сигнала, запускающего драйвы, а также — подкрепления (похвала).

До того как ребенок научится эффективно использовать слова и реагировать на них, отмечают Доллард и Миллер, элементы его опыта (сигналы, драйвы, реакции) являются бессознательными (т.е., не вербализованными). К этой же категории можно отнести те области опыта индивида, для которых общество не дает или предлагает недостаточные наименования (большая группа ощущений, движений, сексуальный и другой табуированный опыт).

Представление бихевиористов о личности характеризует следующая цитата Дж. Уотсона:

«Будем подразумевать под термином “личность” все то, чем обладает индивид (в действительности или в потенции), и его возможности (действительные или потенциальные) в отношении реакций. Под тем, чем он обладает, мы подразумеваем, во-первых, общую массу его организованных навыков, социализированные и урегулированные инстинкты, социализированные и умеренные эмоции и сочетания и взаимоотношения этих последних и, во-вторых, высокие коэффициенты как пластичности (способности образования новых навыков и видоизменения старых), так и способности удержания (готовность установления навыков функционировать после периода непользования ими). Рассматриваемый с дру-

¹⁵ Например, слово «опасность» использованное в определенной ситуации, вызовет у индивида защитную реакцию, даже если источник опасности выглядит совсем иначе.

гой точки зрения актив его — это та часть снаряжения индивида, которая служит его приспособлению и равновесию в настоящей среде и также потенциальные или возможные факторы, которые подготовили бы его подъем для того, чтобы справиться с изменившейся средой» [6].

В соответствии с теорией Халла, личность в основном состоит из приобретенных связей «стимул—реакция» [14]. Ее развитие происходит в процессе накопления жизненного опыта — формирования новых образцов поведения на основе подкрепления, генерализации и дифференциации стимулов, установления их иерархии, утраты значения первичных драйвов, реакций и подкреплений и выхода на первые роли вторичных.

Психическое здоровье бихевиористы определяют через успешность адаптации к условиям окружающей среды, способность контролировать ее, извлекать из нее положительное подкрепление. Когнитивные не-обихевиористы указывают также, что здоровые индивиды рассматривают себя, как способных справиться с ежедневными жизненными трудностями.

Обобщая свой терапевтический и практический опыт, А. Сальтер (Andrew Salter) выделил шесть характеристик здоровой, уверенной в себе личности (цит. по [22]):

1. Эмоциональность речи: открытое, спонтанное и подлинное выражение в речи всех испытываемых чувств.
2. Экспрессивность и конгруэнтность поведения и речи: ясное проявление чувств в невербальной плоскости и соответствие между словами и невербальным поведением.
3. Умение противостоять и атаковать: прямое и честное выражение собственного мнения без оглядки на окружающих.
4. Использование местоимения "я": отсутствие попыток спрятаться за неопределенными формулировками.
5. Принятие похвалы: отказ от самоуничтожения и недооценки своих сил и качеств.
6. Импровизация: спонтанное выражение чувств и потребностей.

Литература

1. Годфруа Ж. Что такое психология. — Т. 1. — М.: Мир, 1992. — С. 67.
2. Уотсон Дж. Психология с точки зрения бихевиориста // Хрестоматия по истории психологии / Под ред. Гальперина П.Я., Ждан А.Н. — М.: Изд-во МГУ, 1980. С. 17-18.
3. Вильсон Дж. Т. Поведенческая терапия (глава из книги "Современная психотерапия") // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000, №9.
4. Психотерапия: Учебник для вузов / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — М.: Питер, 2007 г. — 672 с.
5. Kimble G. A. (Ed.) *Foundations of conditioning and learning*. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. — 1967. — p. 436.
6. Уотсон Дж. Психология как наука о поведении // Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. — М.: ООО "Издательство АСТ—ЛТД", 1998. — С. 645—650.
7. Стэмплфл Т.Г. Импульсивная психотерапия: поведенческо-психодинамическая модель избегания как объяснительная модель в психотерапии — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 143.
8. Watson J.B. *Behaviorism (revised edition)*. — Chicago: University of Chicago Press, 1930. — p. 104.
9. Филлипс Е.Л. Система предоставления терапевтических услуг как основная детерминанта психотерапии // Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 123.
10. Котела Джозеф Р., Кирни Альберт Дж. Скрытое обусловливание // Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 139.
11. Психология: Учебник для технических вузов / под ред. Дружинина В.Н. — М.: Питер, 2001 г. — 608 с.
12. Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. — Stanford, CA: Stanford University Press, 1958. — p. 30.
13. Эммелькамп П. Экспериментальный клинический подход // Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 134.
14. Первин Л., Джонс О. Психология личности: Теория и исследования. — М.: Аспект Пресс, 2001. — 607 с.