

науково-практичний журнал

Т. 16, 3(62),
4(63) ' 2010 ●

Архів психіатрії

Шановні колеги!

Редакція журналу «Архів психіатрії» вітає Вас з Новим роком та Різдвом Христовим!

Зичимо добра, щастя, злагоди та достатку Вашому дому, міцного здоров'я Вам і Вашим близьким, творчої наснаги, енергійності та життєвого оптимізму. Нехай добра вдача, корисні справи та здійснення усіх заповітних мрій супроводжують Вас у Новому році.

Ми дякуємо Вам за прояв цікавості до нашого видання. Щиро вдячні авторам статей за співпрацю. Надані ми сподіваємося на ще більш плідну сумісну працю і можливе її вдосконалення.

З повагою,

Головний редактор д.м.н., академік АН ВО України,
професор Табачников С.І.

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Редакційна колегія:

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



Редакційна рада:

В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бахтєєва (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),
А.М. Кожина (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. Напрєєнко (Україна), О.А. Панченко (Україна),
В.С. Підкоритов (Україна), В.А. Піщиков (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

Свідцтво 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://www.undisspn.org.ua>

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Заярний*

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 «Times». Ум.-друк. арк. 13,49. Обл.-вид арк. 12,50. Наклад 300 прим. Зам. № 138-1.
Надруковано ТОВ «Вік принт», 03062, м. Київ, вул. Кулібіна, 11а; тел./факс: 206-08-57.

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 за письмового дозволу редакції.
Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Редакційна колегія:

Г.Ю. Васильєва, Є.Г. Гриневич, Н.О. Дзеружинська, І.О. Зражевська
(відповідальний секретар), В.Р. Ілейко, І.А. Марценковський, В.І. Мельник,
О.С. Осуховська, В.Б. Первомайський, В.Я. Пішель, О.А. Ревенок,
К.Е. Сагратова (відповідальний редактор), Є.М. Харченко, О.С. Чабан



Редакційна рада:

В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бахтєєва (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),
А.М. Кожина (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. Напрєєнко (Україна), О.А. Панченко (Україна),
В.С. Підкоритов (Україна), В.А. Піщиков (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

Свідцтво 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://www.undisspn.org.ua>

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Заярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 7 від 13.10.2010 р.).
Здано до набору 04.11.2010р. Підп. до друку 24.11.2010р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 11,63. Обл.-вид арк. 12,50. Наклад 300 прим. Зам. № 138-2.
Надруковано ТОВ «Вік принт», 03062, м. Київ, вул. Кулібіна, 11а; тел./факс: 206-08-57.

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 за письмового дозволу редакції.
Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>И.С. Витенко</i> КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗАДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВРАЧЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ	5
<i>Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова</i> СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ	8
<i>В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова</i> ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПСИХО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	12
<i>А.Ю.Лагутин, Г.Н.Тищенко</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (обзор литературы)	18
<i>В.Я. Пишель, М.Ю. Полывяная, К.В. Гузенко, В.В. Сотниченко</i> ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ	21
<i>А.А. Педак, Е.В. Пинчук, А.А. Педак</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА – КАК КРИТЕРИЙ УРОВНЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	25
<i>О.М. Зінченко</i> ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2009 РОЦІ	27
<i>М. О. Голубева, О.М. Макаренко, В.В. Гоц, О.А. Літус</i> МОЛОДІ ВЧИТЕЛІ У ЛЕЩАТАХ АДАПТАЦІЙНОГО СТРЕСУ	34
<i>Е.В. Рыбакова, С.С. Белостоцкая</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ С РЕТРОГРАДНОЙ ПЕРФУЗИЕЙ В СВЯЗИ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ	41

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>І.І. Марценковська</i> ПОЧУТТЯ ГНІВУ ТА ЙОГО ПОВЕДІНКОВІ ЕКВІВАЛЕНТИ У ДІТЕЙ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	44
<i>К.А. Степанченко</i> НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	47

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>I.S. Vitenko</i> CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DISADAPTATION REACTIONS IN GENERAL PRACTITIONERS	5
<i>B.V. Mykhaylov, O.I. Kudinova</i> OMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY	8
<i>V.A. Abramov, T.L. Ryapolova</i> INTEGRATIVE MODEL OF EARLY PSYHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	12
<i>A.Y.Lagutin, G.N.Tistchenko</i> USING OF BIOCHEMICAL MARKERS FOR EVALUATING THE DEGREE OF BRAIN DAMAGE AMONG THE CARDIOSURGICAL PATIENTS (Literature review)	18
<i>Pishel V.Ya., Polyviana M.Yu., Guzenko K.V., Sotnichenko V.V.</i> INTEGRATIVE ESTIMATION OF QUALITY OF HOSPITAL PSYCHIATRIC HELP IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	21
<i>A.A. Pedak, E.V. Pinchuk, A.A. Pedak</i> QUALITY OF LIFE OF PATIENT – AS CRITERION OF LEVEL OF PSYCHIATRIC HELP	25
<i>Y.N. Zynchenko</i> PSYCHICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG VILLAGE CITIZENS OF UKRAINE IN 2009	27
<i>M.O. Golubeva, O.M. Makarenko, V.V. Gots, O.A. Litus</i> YOUNG TEACHERS UNDER THE ADAPTATION PRESSURE	34
<i>O.V.Rybakova, S.S.Bilostotska</i> PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROBLEMS OF KRANIOCEREBRAL HYPOTHERMIA WITH RETROGRADE PERFUSION IN CONNECTION WITH THE OPERATIVE TREATMENT OF DEFECTING AORTIC ANEURYSM	41

CHILD PSYCHIATRY

<i>I.I. Martsenkovskaya</i> FEEL OF ANGER AND ITS' BEHAVIORAL EQUIVALENTS AMONG CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS	44
<i>K.A. Stepanchenko</i> SOME KLINIKO-PATHOGENETIC FEATURES OF TENSION-TYPE HEADACHE IN ADOLESCENTS	47

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>Л.О.Кригіна</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ БАГАТОВІСЬОВОЇ ВЕРСІЇ МКХ-10 В ПРАКТИКУ СУДОВО- ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НЕПОВНОЛІТНІХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	50
<i>О.А. Насинник</i> КОНЦЕПТУЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ II.	55
<i>В.Л. Лісовенко, О.Л.Квасневський</i> ДО ПИТАННЯ ПРИМУСОВОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	60

НАРКОЛОГІЯ

<i>И.К. Сосин, Ю.Ф. Чувев</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ИНФУЗИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В НАРКОЛОГИИ	63
<i>П. Г. Андрух</i> СЕМИОТИКА, СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКИЕ БЛОКИ И АЛГОРИТМ СЕМЕЙНОГО ДИАГНОЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	65
<i>М.О. Овчаренко</i> ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, КОМОРБІДНОЇ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С	69
<i>С.И. Табачников, А.Э. Гатицкая, Е.Н. Зинченко</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (обзор литературы)	77
<i>Гуркова А.В., Рыткис И.С.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН (обзор литературы)	85
<i>О.С. Осуховська</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ	87
<i>О.А. Ревенок, К.В. Аймедов</i> ВІРТУАЛІЗАЦІЯ ГЕМБЛІНГАСОЦІЙОВАНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ (МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ)	90
<i>А.Э. Гатицкая</i> КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	94

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>L.O.Krygina</i> THE PERSPECTIVE OF USING THE MULTIAXIAL VARIANT OF ICD-10 IN ADOLESCENT'S FORENSIC-PSYCHIATRIC PRACTICE (LITERATURE REVIEW)	50
<i>O.A. Nasinnyk</i> CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT II.	55
<i>V.L. Lisovenko, A.L. Kvasnevskyi</i> ABOUT COMPULSORY AMBULANT MEDICAL TREATMENT OF PSYCHIC DISORDERS PATIENTS	60

NARCOLOGY

<i>I.K. Sosin, Yu.F. Chuev</i> PROSPECTS OF APPLICATION OF MODERN MEANS INFUSION DETOXICATION IN NARCOLOGY	63
<i>P. G. Andrukh</i> SEMIOTICS, STRUCTURAL LOGICAL BLOCS AND ALGORITHM OF FAMILY DIAGNOSIS IN REHABILITATION OF PERSONS WITH CHEMICAL DEPENDENCY	65
<i>N.A. Ovcharenko</i> PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF OPIOID DEPENDENCE FLOW, COMORBID WITH CHRONIC HEPATITIS C	69
<i>S.I.Tabachnikov, A.E.Gatitskaya, E.N.Zinchenko</i> MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF ALCOHOLIC DEPENDENCE (Literature review)	77
<i>O.V. Hurkova, I.S. Rytkis</i> ACTUAL PROBLEMS OF SMOKING AND TOBACCO ADDICTION AMONG WOMEN (Literature review)	85
<i>E.S. Osukhovskaya</i> CLINICAL FEATURES OF FORMATION GAMBLING	87
<i>O.A. Revenok, K.V. Aymedov</i> VIRTUALIZATION OF GEMBLING-SIMILAR FENOMENOLOGY OF MODERN UKRAINIAN SOCIETY (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS)	90
<i>A. Gatytska</i> CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION	94

ПСИХОТЕРАПІЯ

А.Е. Табачников, В.С. Табачникова

ГЕШТАЛТ-ТЕРАПИЯ

(ФИЛОСОФСКАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ) 98

В.В. Чугунов

ОСНОВНІ ПОЗИЦІЇ АУТОДИСЦИПЛІНАРНО -
ІДЕНТИФІКАЦІЙНОЇ (ІНТРАДИСЦИПЛІНАРНОЇ)
КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОТЕРАПІЇ 104

Е.Г. Никифорова, М.П. Боро

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И
КЛИНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ,
ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЯХ
НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ 106

В.В. Сорока, С.Я. Боро

ПРИМЕНЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНО-
ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ 112

PSYCHOTHERAPY

A.Ye. Tabachnikov, V.S.Tabachnikova

GESTALT THERAPY

(PHYLOSOPHICAL, PSYCHOLOGICAL
AND PATHOPSYCHOLOGICAL MODELS) 98

V. V. Chugunov

MAIN ITEMS OF THE AUTODISCIPLINARY-
IDENTIFICATION (INTRA-DISCIPLINARY)
CONCEPT OF PSYCHOTHERAPY 104

E.G. Nikiforova, M.P. Bero

MOTIVATION OF ORGANIZATION AND CLINICAL
APPROACH IN PHYSICIAN-PSYCHOLOGICAL
REHABILITATION SYSTEM OF MINERS,
WHO WERE SUFFERED IN ACCIDENTS
ON COAL MINE 106

V.V. Soroka, S.YA. Bero

USING OF GROUP PROBLEM-ORIENTED
PSYCHOTHERAPY DURING NEUROTIC
FRUSTRATION AMONG WOMEN,
WHO HAVE OUTLIVED VIOLENCE IN FAMILY 112

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 614.23

И.С. Витенко

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗАДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У
ВРАЧЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Центральный методический кабинет по высшему медицинскому образованию МЗ Украины

Ключевые слова: дезадаптивные реакции, профессиональная деятельность, врачи семейной медицины, психокорректирующие меры

Кардинальные социальные преобразования и кризис ценностей в нашем обществе, ужесточение требований к профессиональной деятельности наиболее интенсивно затрагивают представителей помогающих, коммуникативных профессий. Интерес к профессиональному стрессу и возникновению состояний дезадаптации у врачей семейной медицины вызван общей тенденцией к гуманизации современных научных исследований, привлечению внимания к самому субъекту профессиональной деятельности, изучению влияния на личность врача особенностей этой деятельности.

Профессиональная деятельность врача является психоэмоционально напряженным видом социальной деятельности [1;2]. Актуальность исследования проблем адаптации врача к профессиональной деятельности не вызывает сомнения, но только в последние годы систематически изучаются внутренние и внешние факторы протекания этого процесса и его нарушения. Особое значение приобретает изучение социально-психологической и психической адаптации врачей семейной медицины. Психическая адаптация понимается нами как целостная, многомерная и самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия с окружающей средой и отношения к самому себе [4;5].

Исследование психической адаптации врача предполагает анализ взаимосвязей и взаимовлияний биологических, психологических и социальных ее структурных компонентов, каждый из которых, отличается своеобразием, внося свой особый вклад в общий адаптационный процесс. Дезадаптивные реакции и состояния возникают в результате расстройства всей функциональной системы в целом, и прорыв адаптационного барьера может происходить на его различных уровнях.

Динамические характеристики структуры личностных реакций отражаются в особенностях изменения взаимосвязей и взаимоотношений между ее отдельными компонентами, что и формирует индивидуальные стратегии психической адаптации. Таким образом, в возникновении и закреплении дезадаптивных реакций у врачей семейной медицины особую роль играют индивидуально-психологический паттерн реакции,

личностные особенности и те способы поведения, которые врач реализует в профессиональной деятельности. Являясь многоуровневым динамическим процессом, адаптация связана с изменением деятельности различных органов и систем организма и определяет уровень психофизиологического и психического здоровья человека и степень общей эффективности деятельности на биологическом, психическом и социально-психологическом уровнях [3;6;7].

С целью выявления клинико-психологических характеристик дезадаптивных реакций врачей семейной медицины нами было проведено обследование 270 врачей общей практики (87 мужчин и 183 женщин), в возрасте 25 – 32 лет.

Исследование проводилось с помощью клинико-психологического опросника в нашей модификации. Отдельные вопросы опросника были направлены на выявление самооценки соматического здоровья (наличие жалоб на состояние сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др.), эмоционального состояния, наличия тревоги, особенности настроения, активности и т.д. Все полученные нами результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислением средних показателей (среднего арифметического, моды, медианы), изучением параметров разброса данных (среднего квадратического отклонения, дисперсии). Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

По результатам исследования врачи были разделены на две группы. В первую группу были включены врачи, удовлетворительно оценивающие исследуемые параметры, в целом, считающие себя практически здоровыми, они предъявляли лишь единичные жалобы, в основном на ситуационное ухудшение общего самочувствия, снижение настроения и активности в конце напряженного рабочего дня или недели. Тем не менее, после отдыха силы восстанавливались. Данная группа составила 43,8% от общего числа врачей (33% женщин и 66% мужчин, соответственно). Количество подобных жалоб было достоверно выше у женщин, чем у врачей-мужчин ($p < 0,05$), что психологически понятно в связи с решением разнообразных бытовых проблем в семье женщиной. Адаптивные ресурсы и возможности личности в целом не были снижены.

Вторая группа (56,2%) представлена врачами, которые предъявляли жалобы на длительное ухудшение общего самочувствия, снижение настроения и активности, раздражительность, чрезмерную чувствительность, появление мыслей о своей невысокой значимости, неспособности эффективно справляться с рабочей нагрузкой (73 % женщин и 27% мужчин, соответственно). Это достаточно ощутимо на протяжении длительного времени снижало общую продуктивность профессиональной деятельности, препятствовало установлению комфортным и удовлетворительным коммуникациям. Данные жалобы можно классифицировать как нарушения адаптации и отнести к состояниям субъективного дистресса, сопровождающегося эмоциональными нарушениями, возникшими в период адаптации к профессиональной деятельности, как одному из значительных изменений в жизни. Для данной группы врачей профессиональная деятельность сама по себе была связана с повышенным психоэмоциональным напряжением, дезадаптивные реакции могут привести к изменению и нарушению социального функционирования.

На рисунке 1 представлена структура и процентное соотношение дезадаптивных реакций у врачей. Как видно из рисунка, структура дезадаптивных реакций у врачей семейной медицины состоит из пяти типов реакций: астенический (33%), гиперестезический (22%), апатический (16%), депрессивный (17%), психосоматический (12%).

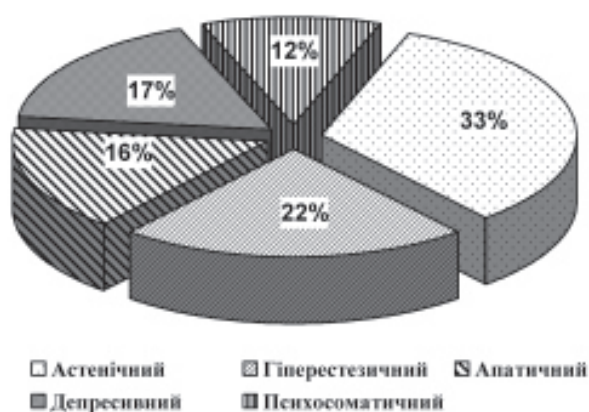


Рис. 1 Соотношение дезадаптивных реакций у врачей.

Наиболее часто встречался астенический вариант дезадаптивных реакций, который характеризовался наличием жалоб на повышенную утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, рассеянность, снижение концентрации внимания, способности к запоминанию и воспроизведению необходимой информации. Врачи отмечали необходимость прикладывать больше усилий для сохранения прежнего оптимального уровня работоспособности, недостаточную удовлетворенность профессиональными и межличностными отношениями, повышенную конфликтность реагирования.

Гиперестезический вариант дезадаптивных реак-

ций характеризовался повышенной восприимчивостью обычных внешних раздражителей, которые обладали нейтральностью в обычном состоянии. Эти жалобы возникали на фоне снижения работоспособности, невозможности сконцентрироваться на выполнении своих служебных обязанностей. Такие лица были конфликтны в общении с окружающими, причем сами страдали от своей несдержанности, жалели, что не могли сдерживать свои эмоции. Нередки были жалобы на эмоциональную лабильность, неясное ощущение возможных неприятностей, что могло также приводить к повышению межличностной конфликтности, возникновению проблемных ситуаций.

Апатический вариант дезадаптации характеризовался безразличием, потерей интереса к своей работе, семейным проблемам. Будущее виделось бесперспективным, эти врачи не стремились к профессиональному и личностному росту. Коллеги обычно характеризовали таких лиц как безинициативных, неконфликтных, которые «никому не мешали, но и не помогали».

Депрессивный вариант характеризовался наличием эмоциональных нарушений в виде сниженного фона настроения, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, общей психической слабости, подавленности, значительного снижения самооценки. Будущее виделось неясным, бесперспективным. Неуверенность в себе сказывалась в снижении эффективности профессиональной деятельности. Указанные нарушения были стойкими и даже после полноценного отдыха полностью не исчезали.

Психосоматический вариант дезадаптации характеризовался наличием отдельных жалоб со стороны различных органов, обычно на фоне сниженного настроения. Нередки были жалобы на головные боли различной локализации и характера, тахикардию, колебания артериального давления, повышенную потливость. При этом объективное обследование не позволяло выявить какой-либо органической патологии, которая могла бы объяснить указанные жалобы. Продуктивность профессиональной деятельности была снижена.

Таким образом, нами были выделены уровни адаптации семейного врача к профессиональной деятельности: высокий уровень адаптации характеризовался высоким или достаточным уровнем работоспособности, психологического комфорта, наличием резервов для преодоления критических ситуаций, объективных трудностей, связанных с недостатками в современной организации лечебного процесса; низкий уровень проявлялся в снижении уровня работоспособности и психологического комфорта в кризисных ситуациях, развитием состояний дезадаптации, проявлениями дискомфорта в повседневной жизни. Часто отмечались хроническая усталость, мышечные и головные боли, различные нарушения сна, проявления раздражительности и безразличия в отношениях с пациентами, снижение навыков профессионального общения.

Результаты анализа вполне оправдывают закономерный интерес к выявлению факторов, повышающих

адаптивные возможности семейных врачей, и предупреждению возникающей дезадаптации, поскольку социальная и экономическая «цена» профессиональной дезадаптации у медицинских работников очень высока.

С целью психокоррекции нарушений адаптации, возникающих у врача в условиях работы по принципам семейной медицины, целесообразным является применение программ, включающих в себя рациональную психотерапию, направленную на мобилизацию защитных сил личности, регенерацию личностной активности; личностно-ориентированную психотерапию, направленную на формирование адекватного самосознания, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и аутогенную тренировку, способствующую усилению процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания у врачей. Данные программы также были направлены на формирование профессионально-личностной зрелости у врача общей практики.

Система психопрофилактической поддержки врача общей практики – семейного врача включает в себя разработку и внедрение программы психологических тренингов, системы психологического консультирования медицинских работников; обучение основам психотерапии, разработка и внедрение в учебный процесс в медицинских ВУЗах дополнительных учебных курсов по основам конфликтологии, основам психоанализа, менеджмента в медицине. В формировании психологической адаптации семейного врача к профессио-

нальной деятельности лежит многофакторная обусловленность в которой психологические, социальные и биологические факторы представлены в неразрывном комплексе, который определяет уровень адаптации.

Разработка и усовершенствование методологии и методики оценки различных уровней адаптации врачей к профессиональной деятельности позволит осуществить прогноз возникновения дезадаптации и адекватно решать вопросы их психокоррекции и психопрофилактики. Полученные данные расширяют возможность ранней диагностики и профилактики дезадаптации у врачей.

Литература:

1. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - Донецк, 1996. - №1(2). - С.34-38.
2. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы // Вестник МГУ, сер. 14 Психология. - 1995. - Т.4. - с. 45-54.
3. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - Санкт-Петербург: Ин-т им. Бехтерева, 1992. - №2. - С.5-10.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 260 с. Дикая Л.Г. Деятельность и функциональное состояние: активационный компонент деятельности // Психологические проблемы профессиональной деятельности. - М.: Наука, 1991. - С.93-117.
6. Занковский А.Н. Профессиональный стресс и функциональные состояния // Психологические проблемы профессиональной деятельности. - М.: Наука, 1991. - С.144-160.
7. Лигер С.А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача: Дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04. - Бишкек, 1997. - 191 с.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗАДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ У ЛІКАРІВ СЕМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

I.S. Vitenko

У статті наведено аналіз структури дезадаптивних реакцій лікарів загальної практики, що виникають у процесі їх професійної діяльності. Виділено 5 типів дезадаптації: депресивний, апатичний, астеничний, гіперестезичний, психосоматичний. Запропоновано систему психокорекційних та психопрофілактичних заходів

Ключові слова: дезадаптивні реакції, професійна діяльність, лікарі сімейної медицини, психокорекційні заходи

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DISADAPTATION REACTIONS IN GENERAL PRACTITIONERS

I.S. Vitenko

In the article there is the analysis of the structure of disadaptation reactions among general practitioners, which arise in the process of their professional activity. The 5 types of disadaptation are described. There are: depressive, apathetic, asthenic, hyperesthesia and psychosomatic types. The system of psychocorrection and psychoprophylaxis is proposed

Keywords: disadaptation reactions, professional activity, general practitioners, psychocorrection system

УДК 612.821+616.89

Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА:

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: соматоформные расстройства, психотерапия

Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств. При этом опережающими темпами возрастают показатели заболеваемости и распространенности соматических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы.[1;2;3;5;10;11]

В то же время анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100% прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами.[9;10;11;15] Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь, «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой – соматоформными расстройствами (СФР), состояниями, которые в отечественной медицинской практике традиционно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.[9;15;16]

Несмотря на то, что существуют многочисленные теории, пытающиеся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза.

Происхождение соматоформных расстройств должно рассматриваться в русле общей психосоматической медицины. Основное этиологическое значение имеют 3 группы факторов.

1. Наследственно-конституциональные факторы, среди которых необходимо выделить конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности.

2. Психоэмоциональные, или психогенные факто-

ры – острые или хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость, и в силу этого играющие роль психогении.

3. Органические факторы – различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпроментированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств традиционно проводились в рамках двух принципиально различных парадигм, основные положения которых были сформулированы еще в период античной медицины. Согласно первой из них – «психоцентрической» - причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Соответственно постулируется первичность психических процессов при формировании соматических расстройств. Противоположные соотношения - причинно-следственная направленность от «соматической» составляющей заболевания к «психической» - характерны для второй – «соматоцентрической» парадигмы, при этом приоритетная роль при формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам.

Психоцентрические концепции разрабатывались как представителями психосоматического, так и кортико-висцерального направления.

Согласно концепции стресса Г. Селье, в условиях неразрешимости задачи, предъявляемой внешней средой, чрезмерно интенсивная и длительная стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения. Воздействие стресса интерпретируется в качестве причины как возникновения, так и прогрессирования соматического заболевания. В качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов [20].

Различные психодинамические теории постулируют возможность возникновения соматического заболевания в результате патологического смещения и последующей трансформации психической энергии в «энергию иннервации», приводящую к функциональным, а затем и к органическим нарушениям деятельности внутренних органов.

Теория S. Freud'a предусматривала возможность формирования «невроза органа» за счет смещения энергии бессознательно вытесненных конфликтов в сферу функционально-анатомических образований («конверсия на орган») [5]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [5]. F. Alexander в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развитие вегетативного невроза расценивается как следствие «бессознательных конфликтов», возникших из-за невротического развития ребенка; при этом эмоциональное напряжение, не получая разрядки вовне, приводит к персистирующим изменениям вегетативной нервной системы, формированию необратимых органических изменений органов [18].

Исследования, проведенные в русле противоположной - соматоцентрической парадигмы, направлены, в основном, на изучение довольно ограниченного круга психических расстройств (симптоматические психозы). Так, в рамках концепции «экзогенного типа психических реакций» в качестве психофизиологического механизма возникновения расстройств рассматривалось воздействие на мозг соматической вредности, ведущее к манифестации определенного строго ограниченного набора психопатологических синдромов. [9;17;19]

Однако, несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [2;3;6;11;16;17].

Тесное переплетение и взаимовлияние психических и соматических расстройств позволило нам выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений:

1. Соматизированные психические реакции - соматоформные расстройства, формирующиеся вследствие эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического либо личностно-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события, как фактор субъективно непроизвольный, независимый от воли, существенно влияющий на качество жизни больного) – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие в ответ на констелляцию социально-психогенных, лич-

ностно- и биоконституциональных факторов (в виде «ответа» органа или системы-мишени - *locus minoris resistentia*).

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания, в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.

5. Соматопсихическая коморбидность – относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Данные о распространенности патологии психосоматического круга (с учетом представленной типологии) свидетельствуют о преобладании соматоформных расстройств (1-я группа). Частота описываемых состояний среди населения колеблется, по оценкам различных авторов, от 15% до 40% [1;2;5;6;17;19]. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения расстройств данного типа.

Разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические расстройства, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых других проявлений. В то же время, в последнее время в структуре невротических расстройств стремительно увеличивается удельный вес соматовегетативных и неврологических компонентов, соответственно уменьшается чисто психическая симптоматика.

В современных представлениях рубрика соматоформных расстройств включает в себя три базисных компонента: истерические расстройства, органические неврозы, вегетососудистую и нейроциркуляторную дистонию.

Несмотря на давно принятый в общемировой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в медицинской практике продолжается – и отстает – параллельное их курирование неврологами и кардиологами. Так, используются термины и классификации для НЦД, предложенные Г.Ф. Лангом, Н.Н. Савицким, В.И. Маколкиным [7;8;12;13].

Для обозначения дисрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы Г.Ф. Лангом был впервые предложен термин «нейроциркуляторная дистония», который представлял НЦД как синдром, создающий опасность для развития гипертонической болезни. В качестве самостоятельного заболевания НЦД впервые представил П.Н. Савицкий, который выделил три ее варианта: кардиальный, гипотонический и гипертонический. Наиболее детализированной является классификация, разработанная Г.М. Покалевым и В.Д. Трошиным, в которой не только обозначены различные типы НЦД с учетом ее происхождения, но и выделены клинические варианты их течения, осложнения и фазы заболевания. Многие исследователи до настоящего времени считают наиболее приемлемым следующее определение НЦД: «Нейроциркуляторная

дистония – самостоятельное, полиэтиологическое заболевание, являющееся частным проявлением вегетативной дистонии, при котором имеются дисрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе, возникающие вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных центрах вегетативной нервной системы».

Параллельно существуют воззрения А.М. Вейна и соавт., которые считают, что НЦД не может быть самостоятельным заболеванием, а является лишь «осколком» ВСД.

В последние годы А.М. Вейн признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки».[4].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается тенденция к шифрованию вегетососудистой и нейроциркуляторной дистонии по МКБ-10 в классе VI - болезни нервной системы как G.90.8 и G.90.9 соответственно.

Согласно МКБ-10 к соматоформным расстройствам отнесены следующие диагностические рубрики.[14]

F45.0 Соматизированное расстройство

Основным диагностическим признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении не менее 2-х лет. Симптомы могут относиться к любой системе или органу.

Клинически значимые признаки.

Течение расстройства хроническое, часто сопровождается нарушением социального, межперсонального и семейного поведения.

Диагностические критерии:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам;

в) нарушения социального и семейного функционирования могут быть отнесены за счет симптоматики и обусловленного ею поведения.

F45.1 Недифференцированное сомато-формное расстройство

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, переменны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается, а длительность заболевания менее 2-х лет.

Может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Основной признак заключается в постоянной оза-

боченности возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, сам характер предполагаемого заболевания может меняться. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или непсихиатрических медицинских служб.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;

б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены соматической патологией различной системно-органной принадлежности:

сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и пр.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются свя-

занными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

F45.30 Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы

Включаются:

— невроз сердца; — синдром Да Коста; — нейроциркуляторная астенія.

F45.31 Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются:

— невроз желудка; — психогенные аэрофагия; — икота; — диспепсия; — пилороспазм.

F45.32 Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются:

— психогенный метеоризм; — синдром раздраженного кишечника; — синдром газовой диареи.

F45.33 Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы

Включаются: — психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы

Включаются:

— психогенное повышение частоты мочеиспускания; — психогенная дизурия.

F45.38 Соматоформная вегетативная дисфункция других органов или систем

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом

или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются по шифру F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах), плюс — дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень F43).

F45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела. Сюда следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами.

Включаются следующие типы расстройств:

а) «истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию);

а также другие формы дисфагии;

б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (но исключая синдром Туретта);

в) психогенный зуд (но исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или утрикарию психогенного генеза (F54));

г) психогенную дисменорею (но за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);

д) скрежетание зубами.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

Включается:

— неуточненное психофизиологическое;

— психосоматическое расстройство.

Выраженный клинический патоморфоз соматоформных расстройств, значительное расширение их классификационной рубрикации и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами, требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создает предпосылки для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, опирающихся как на внедрение новых инструментальных исследований, так и на тщательное изучение психопатологической симптоматики.

Особого внимания требует проведение дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

Терапия соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных мероприятий, требующих участия специалистов по принципу междисциплинарной бригады – психиатров, психотерапевтов, психологов.

Необходимо учитывать негативно-оппозиционное отношение больных к попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных или тревожных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия.

На начальном этапе применяется рациональная психотерапия, направленная на разъяснение механизмов развития аффективных, когнитивных и сомато-вегетативных механизмов клинической картины СФР и выработку развития совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации.

При переходе к основному терапевтическому этапу с больными отрабатываются приемы, направленные на коррекцию патологических ощущений в психосенсорной сфере. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательных статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимый пейзаж и т. д.). При недостаточной способности больного к образному мышлению следует предложить мысленно с закрытыми глазами выписывать белой краской на белом фоне какую-нибудь фигуру. Такого рода занятия, будучи эмоционально нейтральными, в то же время способствуют восстановлению нормального психосенсорного функционирования.

Наибольший эффект для собственно коррекции психосенсорных расстройств даёт гипно-суггестивная терапия.

В дальнейшем, на супортивном этапе, проводится обучение пациентов навыков аутогенной тренировки (АТ). Наиболее эффективной мы считаем модификацию АТ в виде психорегулирующей тренировки (ПТ).

Фармакотерапия больных с соматоформными расстройствами направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и сомато-вегетативные. Это обуславливает выбор препаратов соответствующих фармакологических групп.

Антидепрессанты. Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

(Сертралин (Золофт), Пароксетин (Паксил), Флюоксетин (Прозак), Циталопрам (Ципраamil), S-Циталопрам (Ципралекс). Недостатком препаратов этой группы является отсутствие анксиолитического компонента действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении большинства сочетанных тревожно-депрессивных расстройств.

Более обоснованным может быть применение антидепрессантов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН)

(Венлафаксин, Милнацепран (Иксел), Тразодон (Тритико)).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии инсомний в структуре соматоформных расстройств, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – Мелитор.

При тревожных компонентах рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам (седуксен, сибазон), феназепам, оксазепам (тазепам), мезепам (рудотель).

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик – Афобазол. Дозировка 5-10 мг 3 раза в день на 20 дней.

При ипохондрическом синдроме эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения (сонапакс или меллерил).

На основном терапевтическом этапе для коррекции эмоциональных нарушений тревожного, тревожно-депрессивного, тревожно-фобического спектра применяется когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ).

Своевременное выявление и адекватная диагностика соматоформных расстройств имеет решающее значение для успешной терапии благоприятного прогноза заболевания.

Системно организованная терапия, построенная по этапному принципу, включающая комплекс психотерапевтических и психофармакологических воздействий, позволяет достичь максимальной редукции симптоматики, восстановления уровня социального функционирования и повысить качество жизни больных.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — С. 225–237.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 4–10.
3. Бройтгам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 376 с.
4. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. -1997. -№3.- С. 75 – 79.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. — Київ: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
6. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. — К, 1997. — 104 с.
7. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. (Клиника, диагностика, лечение). Чебоксары (1995).
8. Марилов В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 21–27.
9. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. Генезис, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36–38.
10. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.И., Волошин П.В. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Архів психіатрії, № 4 (2001).
11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000. — С.

78–105.

12. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Н. Новгород (1994).

13. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Ленинград (1963).

14. Сартorius Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Киев (1997).

15. Табачников С. И., Титиевский С. В. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // *Doctor*. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

17. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.

18. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. — Berlin–New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl.

Keller R. *Somatization. Theories and Research* // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.

19. Rief W., Hiller W. *Somatisierungstoerung und Hypochondrie*. — Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.

20. Selye H. *The stress of life*. — New York: McCraw–Hill Book Co., 19

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ : КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова

Проведений аналіз найбільш важливих механізмів психосоматичних взаємовідношень. Показана необхідність ретельної рубрифікації соматоформних розладів. Визначені варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та побудови патогенетичної терапії. Висвітлені питання етапної організації психотерапевтичного процесу в сучасних умовах

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія

SOMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY

B.V. Mykhaylov, O.I. Kudinova

In the article the main sights on psychosomatic mechanisms of mutual relations have analysed, the necessity rubrication of somatoform disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered

Keywords: somatoform disorders, psychotherapy

УДК 616.895.8-08-039.76

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк

Ключевые слова: интегративная модель, психосоциальная реабилитация, шизофрения

Современные стандарты оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1– 5]. Реабилитация больных с манифестным приступом шизофрении направлена на осуществление клинических (достижение ремиссии (выздоровления), индукция ремиссии («очищение» ремиссии), консолидация ремиссии (продление ремиссии, предотвращение рецидива)), психологических (развитие эмоционально-мотивационных, когнитивных и коммуникативных ресурсов личности, сохранение и при возможности развитие навыков и умений, а также оптимального социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде) и социальных целей (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий, улучшение качества жизни) [6].

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и

заболеваний шизофренического спектра осуществлялось на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка. Группа пациентов, медицинская помощь которым включала методы биологического и психосоциального лечения, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

Процесс ранней психосоциальной реабилитации состоял из нескольких этапов:

- Подготовительный (установление неформального контакта с пациентом; получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе, обеспечение готовности пациента к совместному формированию конечных целей реабилитации, введение пациента в терапевтическую среду);

- Этап постановки функционального реабилитационного диагноза, включающего оценку уровня функциональной недостаточности в когнитивной, коммуникативной и эмоционально-мотивационной сферах, комплексную оценку реабилитационного потен-

78–105.

12. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Н. Новгород (1994).

13. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Ленинград (1963).

14. Сартorius Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Киев (1997).

15. Табачников С. И., Титиевский С. В. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // *Doctor*. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

17. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.

18. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. — Berlin–New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl.

Keller R. *Somatization. Theories and Research* // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.

19. Rief W., Hiller W. *Somatisierungstoerung und Hypochondrie*. — Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.

20. Selye H. *The stress of life*. — New York: McCraw–Hill Book Co., 19

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ : КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова

Проведений аналіз найбільш важливих механізмів психосоматичних взаємовідношень. Показана необхідність ретельної рубрифікації соматоформних розладів. Визначені варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та побудови патогенетичної терапії. Висвітлені питання етапної організації психотерапевтичного процесу в сучасних умовах

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія

SOMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY

B.V. Mykhaylov, O.I. Kudinova

In the article the main sights on psychosomatic mechanisms of mutual relations have analysed, the necessity rubrication of somatoform disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered

Keywords: somatoform disorders, psychotherapy

УДК 616.895.8-08-039.76

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк

Ключевые слова: интегративная модель, психосоциальная реабилитация, шизофрения

Современные стандарты оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1– 5]. Реабилитация больных с манифестным приступом шизофрении направлена на осуществление клинических (достижение ремиссии (выздоровления), индукция ремиссии («очищение» ремиссии), консолидация ремиссии (продление ремиссии, предотвращение рецидива)), психологических (развитие эмоционально-мотивационных, когнитивных и коммуникативных ресурсов личности, сохранение и при возможности развитие навыков и умений, а также оптимального социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде) и социальных целей (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий, улучшение качества жизни) [6].

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и

заболеваний шизофренического спектра осуществлялось на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка. Группа пациентов, медицинская помощь которым включала методы биологического и психосоциального лечения, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

Процесс ранней психосоциальной реабилитации состоял из нескольких этапов:

- Подготовительный (установление неформального контакта с пациентом; получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе, обеспечение готовности пациента к совместному формированию конечных целей реабилитации, введение пациента в терапевтическую среду);

- Этап постановки функционального реабилитационного диагноза, включающего оценку уровня функциональной недостаточности в когнитивной, коммуникативной и эмоционально-мотивационной сферах, комплексную оценку реабилитационного потен-

циала и приспособительного поведения пациента, определение ресурса семейной поддержки пациента;

- Этап определения конечной цели реабилитации с учетом необходимости достижения удовлетворения наиболее значимых потребностей и более оптимального и независимого функционирования пациента;

- Этап планирования реабилитационного вмешательства (выбор реабилитационной технологии и конкретных методов улучшения функциональных возможностей, повышения адаптивных ресурсов, уровня социального функционирования пациента и коррекции дефицита семейной поддержки);

- Этап непосредственного реабилитационного вмешательства (реализация индивидуального плана психосоциальной реабилитации пациента).

Разработанная нами интегративная модель ранней психосоциальной реабилитации (ПСР) больных шизофренией включала функционально-диагностический модуль (определение функционального реабилитационного диагноза) и собственно реабилитационный модуль (рисунок 1).

Неизбежность использования при первом психотическом эпизоде шизофрении и заболеваний шизофренического спектра стационарных форм помощи сдела-

ла необходимым создание в отделении медико-социальной реабилитации соответствующей терапевтической среды (ТС), которая сводила к минимуму ограничительно-изоляционные эффекты от пребывания в нем пациентов и способствовала достижению лечебно-реабилитационных целей. Цель ТС предусматривала формирование динамической системы межличностных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, направленных на повышение эффективности лечебной работы.

На рисунке 2 представлена схема комплексного реабилитационного воздействия на пациента на госпитальном этапе ПСР.

В каждом из отделений МСР были созданы мультидисциплинарные бригады в составе: врач-психиатр, врач-психотерапевт и/или медицинский психолог, специалист по социальной работе, реабилитационная медицинская сестра. В основу их деятельности был положен принцип автономии в сочетании с определенными формами внутрибригадного взаимодействия с целью определения тактики ведения больного и ее коррекции.

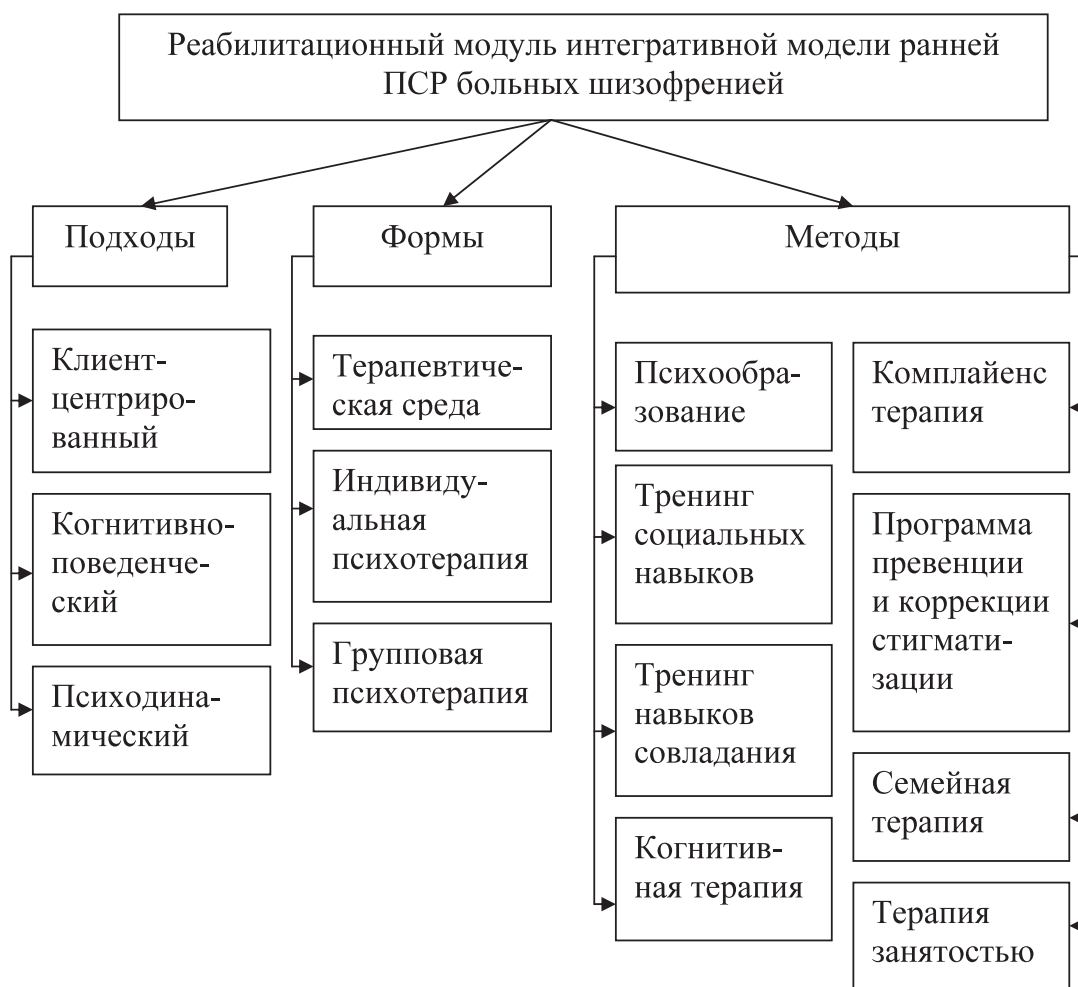


Рис. 1. Реабилитационный модуль интегративной модели ранней психосоциальной реабилитации (ПСР) больных шизофренией

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА

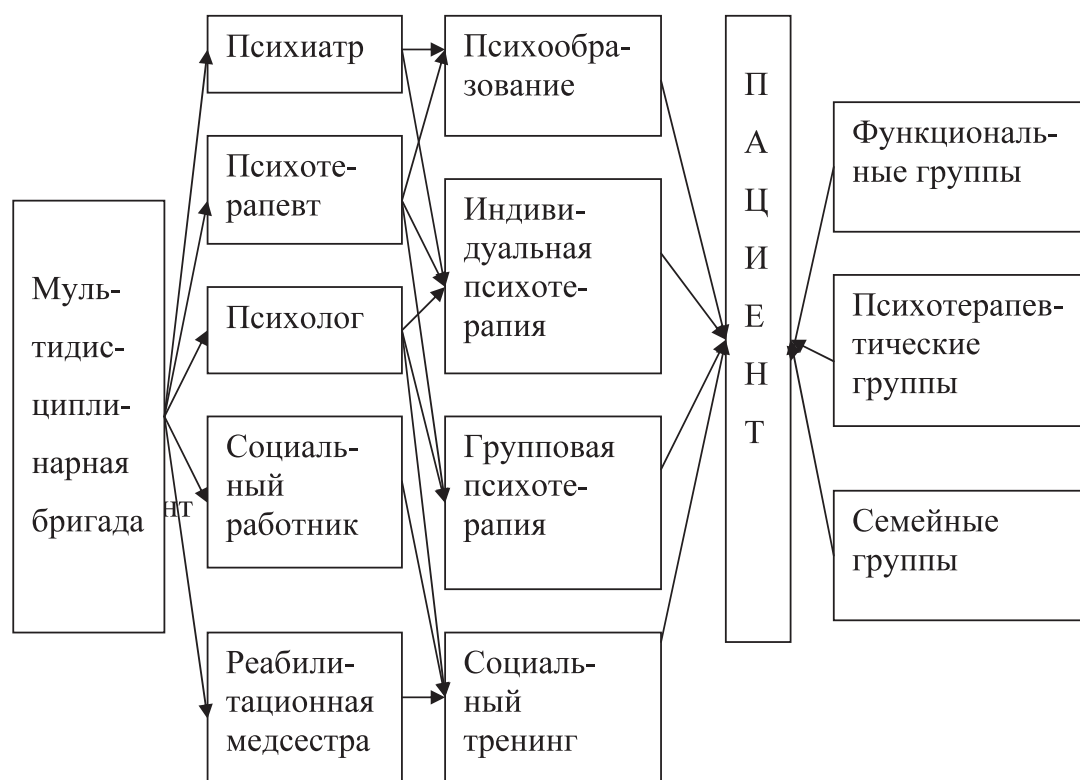


Рис. 2. Схема комплексного реабилитационного воздействия на пациента на госпитальном этапе ПСР

Помимо этого, в отделениях создавались терапевтические коллективы в форме функциональных групп пациентов с целью развития коммуникаций и выполнения общественно значимой деятельности, имеющей личностный смысл для каждого больного.

С целью стимулирования интеллектуальных, эмоциональных, физических возможностей пациентов, развития их самоуважения и чувства уверенности в собственных силах, восстановления или совершенствования навыков взаимодействия и общения с окружающими использовались групповые формы терапии занятием (ландшафтотерапия, арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, зоотерапия).

В основу разработанной нами программы ранней реабилитации больных с манифестным эпизодом шизофрении был положен интегративный психотерапевтический подход, предполагавший комплексное применение элементов клиент-центрированной, когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии.

Клиент-центрированный подход являлся базисным в организации терапевтической среды и имел целью повышение самооценки и чувства ответственности пациента в атмосфере защищенности, поддержки и доверия окружающих. В рамках данного психотерапевтического подхода строились взаимоотношения между пациентом и психиатром и основывались на принципах эмоциональной вовлеченности и принятия больного, аутентичности и эмпатии.

Реабилитационные мероприятия, направленные на оптимизацию проблемно-решающего поведения и обучение, базировались на когнитивно-поведенческом подходе.

В некоторых случаях имелась необходимость использовать психодинамически ориентированные подходы в целях поиска внутриличностных причин дезадаптации, что облегчало формирование более конструктивных форм поведения.

Индивидуальная психотерапия была ориентирована на решение вопросов, относящихся к осознанию и принятию факта болезни, коррекции реакций на болезнь, выявление изъянов социальной адаптации, оценку и улучшение адаптивных ресурсов личности, выработку мотивации к фармакотерапии и к групповой психотерапии, формирование адекватных планов на будущее. В процессе ее проведения решались следующие задачи: создание искренних, доброжелательных, партнерских отношений с пациентом; формирование адекватного отношения к болезни, критики к своему состоянию, деаутостигматизации пациента; потенцирование биологической терапии, дезактуализация психопатологических переживаний; создание комплаенс эффекта.

В связи с необходимостью улучшения социального функционирования пациентов и межличностного взаимодействия особое значение приобретала возможность направленного использования группы для воздействия на отдельных ее участников. Групповая пси-

хотерапия являлась одним из методов, максимально способствующих высвобождению личностных ресурсов и задействованию механизмов личностной саморегуляции. Эта возможность создавалась за счет моделирования жизненной реальности и ее непосредственного переживания в ходе психотерапевтического процесса. Нами выделялись три психических образования, которые условно были определены в терминах трех реальностей, переживаемых участниками психотерапевтической группы («реальность заболевания», «групповая реальность» и «реальность жизни» (реальность здорового существования)). Пациент приходил в группу, актуально переживая первое, весьма смутно представляя второе и отрицая третье. Реальность болезни характеризовалась для него неотвратимостью негативных событий и симптомов, а также невозможностью сознательно управлять ими или изгонять их. Суждения других людей, пусть даже на первых порах и отвергаемые пациентом, все же замещали его собственные представления, способствуя формированию иного восприятия своего состояния. Кроме того, в ходе групповой психотерапии у пациента начинали формироваться принципиально новые (более конструктивные) способы взаимоотношений с окружающими.

Последовательное использование методов групповой психотерапии было направлено на: повышение уровня информированности пациента о проблемах, связанных с его болезнью, рационализацию отношения к болезни и терапевтической тактике, приобретение навыков совладания с болезнью и управления курсом своего лечения; активацию когнитивных, эмоционально-мотивационных, коммуникативных ресурсов и реабилитационного потенциала личности, а также механизмов самоидентификации и саморегуляции; выработку и оптимизацию адекватных форм приспособительного поведения, повышение уверенности в себе, улучшение социального функционирования и межличностного взаимодействия; гармонизацию семейных отношений и уровня семейной поддержки пациента.

Психообразовательная программа заключалась в комплексном использовании информационных, обучающих, психотерапевтических и тренинговых воздействий для пациентов и родственников, основанных на когнитивно-поведенческом подходе. Цель психообразовательных занятий заключалась в формировании у больных адекватного представления о психических расстройствах, умения управлять медикаментозной терапией, выработке навыков в решении жизненных проблем, снижении эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, улучшении эмоциональных, коммуникативных и психологических характеристик, имеющих существенное значение для формирования стиля жизни.

Цели тренинга социальных навыков и его содержание определялись проблемами, с которыми сталкивались пациенты в повседневной жизни. Основными

задачами тренинга социальных навыков являлись: формирование мотивации к адаптивным формам поведения; выработка целенаправленных навыков в социальной среде; формирование образа жизни, максимально приближенного к социальным нормам.

Для преодоления эффектов стигматизации в реабилитационный комплекс были включены меры по предупреждению навязывания больному роли «стигматизированного» или «социального изгоя». Основные аспекты разработанной нами программы превенции стигматизации (аутостигматизации) пациента с впервые установленным диагнозом шизофрении и членов его семьи включали: оценку степени вероятности формирования стигмы с учетом макро- и микросоциальных факторов, выявление начальных признаков стигматизации и аутостигматизации; нейтрально-уважительное отношение со стороны медперсонала, направленное на уменьшение у пациента настороженности и готовности к стигматизации; проведение психообразовательных занятий с целью формирования адекватных представлений о психическом расстройстве как не имеющем принципиальных отличий от соматических заболеваний с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; формирование у пациента убеждения, что психиатрический диагноз и необходимость госпитализации ни в коей мере не нарушают его социальных прав, сохраняют статус полноправного гражданина, а возможные ограничения направлены на усиление его личной безопасности; сохранение прежнего стереотипа жизни семьи, досуга, организации активности и особенно внешних социальных контактов (при необходимости коррекция дезадаптивных форм семейных отношений); обеспечение пациентов и членов их семей эмоциональной и социальной поддержкой.

Однако основным фактором превенции стигматизации, по нашему мнению, являлась адекватно организованная терапевтическая среда в период первой госпитализации больного, в частности, наличие медицинского персонала, понимающего проблемы пациента и способного к сотрудничеству, основанному на доверии.

В рамках когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с мотивационным интервьюированием и тренингом навыков совладания использовался также метод комплайнс терапии, включавший повышение информированности пациента о болезни, рационализацию отношения к болезни и терапевтической тактике, формирование навыков самостоятельного управления курсом лечения своего заболевания.

Целью семейной терапии на ранних этапах шизофрении являлось привлечение членов семьи больного к сотрудничеству в лечении, организация между ними конструктивного терапевтически благоприятного взаимодействия и оказание пациенту необходимой поддержки. Программа семейной терапии состояла из трех этапов: диагностического, информационно-обучающего и гармонизации семейных отношений.

После завершения госпитального этапа ПСР больные основной группы в период до 2-х лет оставались в реабилитационной программе (суппортивная психосоциальная терапия), целью которой были стабилизация достигнутых функциональных результатов лечения и использования ресурсов семейного окружения для более успешной социальной адаптации пациентов. Помимо регулярного приема поддерживающей фармакотерапии, 1 раз в 5-6 месяцев больные привлекались к участию в групповых амбулаторных психосоциальных сессиях, проводившихся в отделении медико-социальной реабилитации. Также экстрагоспитальный этап ПСР предусматривал индивидуальные занятия с пациентами или с их семьями (1 раз в 2-3 месяца), помощь и поддержку в разрешении трудных жизненных ситуаций (при непосредственном контакте или по телефону), а также участие больных в «Клубе бывших пациентов» (регулярность встреч определялась больными и была не реже 1 раза в 2 месяца).

На первом этапе катamnестического наблюдения (через 12 месяцев после включения в программу реабилитации) оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий проводилась у 70 (95,9%) больных основной группы и у 63 (90,0%) больных группы сравнения. На втором этапе (через 2 года после начала участия в программе) – соответственно у 64 (87,7%) и 38 (54,3%) больных.

Использование модели ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией привело к значительному функциональному восстановлению, повышению реабилитационного потенциала и улучшению социального функционирования у 75,3% (95% ДИ 64,7%–84,6%) пациентов, получавших комплексное медикаментозное и психосоциальное лечение и у

21,4% (95% ДИ 12,5%–31,9%) больных, психиатрическая помощь которым ограничивалась биологическим лечением. С помощью факторного математического анализа ОШ=24,6 (95% ДИ 7,5 – 80,1) доказана высокая эффективность модели ранней реабилитации больных шизофренией.

Таким образом, базисом разработанной нами и использованной в настоящей работе интегративной модели ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией является комплексное использование психотерапевтических и социально-психологических воздействий, основанное на индивидуальных характеристиках функциональной недостаточности, реабилитационного потенциала и семейной поддержки и осуществляемое на госпитальном этапе и этапе возвращения в сообщество.

Література:

1. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожак. – М., 2004. – 492 с.
2. Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, № 1. – P. 97-110.
3. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. – ВОЗ, Женева, 2001. – 243 с.
4. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.
5. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія"» № 59 від 05.02.2007р.
6. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Капитан, 2009. – 584 с.

ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ РАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова

У статті представлено структура та ефективність використання моделі ранньої психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію, що включала функціонально-діагностичний модуль (встановлення функціонального реабілітаційного діагнозу) та реабілітаційний модуль (створення терапевтичного середовища, організацію бригадного (поліпрофесійного) обслуговування пацієнтів, впровадження інтегративного підходу до використання індивідуальних та групових методів, включаючи психоосвіту, тренінг соціальних навиків, комплайнс терапію, терапію зайнятості, превенцію та корекцію стигматизації та аутостигматизації, сімейну терапію)

Ключові слова: інтегративна модель, психосоціальна реабілітація, шизофренія

INTEGRATIVE MODEL OF EARLY PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova

The structure and efficiency of early psychosocial rehabilitation model of patients with schizophrenia use are presented in the article. The model included functional diagnostic module (making of functional rehabilitative diagnosis) and rehabilitation module (creation of the therapeutic environment, organization of the care team, introduction of integrative approach in the use of individual and group methods included psychoeducation, social skills training, compliance therapy, employment therapy, prevention and correction of stigmatization and autostigmatization, family therapy)

Keywords: integrative model, psychosocial rehabilitation, schizophrenia

УДК 616.132-06 + 616.831-092-074

А.Ю.Лагутин, Г.Н.Тищенко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

(обзор литературы)

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: психокардиология, кардиохирургические больные, повреждение мозга, биохимические маркеры

Многочисленные данные свидетельствуют о влиянии нарушений психики на возникновение, развитие и течение сердечно-сосудистой патологии при кардиохирургических операциях. Как показывает практика, для кардиолога и особенно кардиохирурга важны вопросы своевременной первичной диагностики психических расстройств у кардиологических больных, поскольку знание предикторов, механизмов развития и особенностей клиники психопатологических состояний у пациентов с сердечно-сосудистой патологией позволяет улучшить прогноз основного соматического заболевания, снизить послеоперационные осложнения и сохранить социальную адаптацию больного. Однако эти специалисты не могут давать заключение о психических расстройствах у кардиохирургических больных, поскольку согласно Закону Украины «О психиатрической помощи» от 22. 02. 2000 г. № 1489-III психическое расстройство может диагностировать только психиатр [8].

Между психическими расстройствами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы прослеживается определенная коморбидность [13].

Выраженность психической патологии перед операцией и эффективность ее коррекции относятся к важным факторам, определяющим прогноз послеоперационного течения заболевания. Психический статус в предоперационном периоде – это независимый предиктор неблагоприятного клинического прогноза послеоперационного течения, повышения риска смерти после кардиохирургического вмешательства (в 4-6 раз), увеличения объема и длительности оказания помощи в кардиологическом стационаре, усугубления субъективной тяжести кардиалгий, нарушений сердечного ритма, когнитивного дефицита [3].

Психокардиология представляет собой спектр взаимодействий психических расстройств (расстройство личности, пограничные состояния, эндогенные заболевания), функциональных кардиальных симптомов-комплексов с заболеваниями сердца, включая психопатологические проявления, осложняющие соматическое состояние пациента.

Кардиохирургические операции проводятся обычно достаточно продолжительное время, с использованием общей анестезии, аппарата искусственного кровообращения, перфузии, гипотермии, с длительным

периодом пережатия аорты. Все эти факторы существенно влияют на функционирование центральной нервной системы, вызывая, в первую очередь, повреждение мозговой ткани вследствие значительной гипоксии («гибель клеток»). Это, в свою очередь, ведет к нарушениям в психической сфере – разнообразным нейропсихопатологическим осложнениям (острым психозам, делирию, депрессии, послеоперационной когнитивной дисфункции) [7, 10, 12, 15, 19, 23].

Для первичной диагностики психических расстройств у кардиохирургических больных необходимо использование современных клинических, экспериментально-психологических, психопатологических, нейрофизиологических и биохимических методов исследования, что позволит предотвратить и прогнозировано лечить динамические расстройства личности, а также другие психические расстройства, сохранить качество их жизни и полноценное социальное функционирование.

Методы лабораторной экспресс-диагностики обладают огромным потенциалом и могут внести существенный вклад в улучшение качества медицинской помощи в различных клинических ситуациях. Сочетание биохимического экспресс-теста и методов нейровизуализации позволяет повысить точность диагностики при дифференциации ишемии и геморагии.

В последние годы особое внимание привлекают новые биохимические маркеры (биомаркеры) для лабораторной диагностики ишемии головного мозга, особенно в острой фазе. Определение специфических биомаркеров в крови у пациентов на ранних стадиях нарушения мозгового кровообращения (хроническая недостаточность мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки (ТИА)) может помочь врачу выявлять пациентов, которые имеют высокий риск развития инсульта в краткосрочном периоде [17].

В последнее время ряд молекулярных и иммунохимических лабораторных тестов прошли клинические испытания. Среди них тесты на определение белка S-100 (S-100B), нейронспецифической энolahзы (HCE), глиального фибриллярного кислого белка (-GFAP), натрийуретического пептида мозга (BNP), D-димера, матриксной металло-протеиназы (MMP-9), моноцитарного хемотаксического белка 1. [29].

Разработан и апробирован в клиниках, занимаю-

щихся лечением пациентов с острой недостаточностью мозгового кровообращения, тест, основанный на определении пептидных фрагментов NMDA-рецепторов и антител к ним в крови пациента [25].

N-метил-D-аспартат (NMDA-рецепторы) — основные возбуждающие нейрорецепторы, которые регулируют электрическую активность нейронов. Дегенерация NMDA-рецепторов в результате процессов нейротоксичности, которые лежат в основе ишемического повреждения мозга, позволяет судить о степени поражения церебральных сосудов.

Уже на ранних стадиях ишемии эмболические процессы в мелких мозговых сосудах активируют сериновые протеазы, которые «режут» мембранные «петли» NMDA-рецепторов. Образовавшиеся пептидные фрагменты рецептора (NR2-пептид) попадают в кровоток через поврежденный ГЭБ и вызывают реакцию иммунной системы с образованием специфических NR2-антител. На основе проведенных молекулярных исследований было предложено использовать NR2-пептид и NR2-антитела в качестве маркеров инсульта и ТИА [24, 26-28].

В постоперационном периоде почти у 30 % пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство, наблюдались когнитивные нарушения различной степени. На основании полученных клинических и лабораторных данных был сделан вывод, что вероятность неврологических осложнений после операции была в 17,9 раза выше при уровне NR2-антител более 2,0 нг/мл, зарегистрированном в предоперационном периоде.

Лабораторные тесты, определяющие в крови биомаркеры мозга, такие как NR2-пептид и NR2-антитела, могут стать ключевыми компонентами успешной стратегии лечения и мониторинга исходов заболевания [17].

После операции аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения (ИК) степень повреждения внутренних органов оценивалась по показателям биохимического анализа крови. На каждом этапе у больных определяли следующие показатели: концентрацию общего белка, альбумина, общего билирубина, креатинина, глюкозы, С-реактивного белка, миоглобина, лактата, активность АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинфосфокиназы (КФК), МБ фракции КФК, гаммаглутаминтранспептидазы (-ГГТ). Повышение активности сывороточных ферментов и миоглобина может служить прогностическим фактором развития нарушений функций внутренних органов и полиорганной недостаточности после операций ревазуляризации миокарда в условиях ИК [9].

В последние годы перспективным направлением в нейроиммунологии стало исследование нейроспецифических белков, в частности нейрон-специфической енолазы (НСЕ) в целях диагностики различных нейродегенеративных заболеваний центральной нервной системы [4]. Известно, что при многих острых и хронических неврологических заболеваниях, протекающих

с фокальной или диффузной нейродеструкцией, отмечается выход нейроспецифических белков, ферментов и их изоферментов из поврежденных клеток мозга в интерстициальное пространство и далее в биологические среды организма.

Из литературных данных известно, что НСЕ — гликолитическая, ферментная енолаза (2-фосфо-D-глицерато-гидролиаза), которая существует в виде нескольких димерных изоферментов (α, β, γ), образованных из трех субъединиц — α, β, γ. Данный фермент был идентифицирован и изучен в 70–80 гг. XX столетия. За этот период накоплен обширный экспериментальный и клинический материал, касающийся анализа НСЕ в биологических жидкостях при различных патологических состояниях. НСЕ является единственным известным в настоящее время общим маркером всех дифференцированных нейронов и относится к внутриклеточным ферментам центральной нервной системы [2, 6].

По одним литературным данным, при заболеваниях, сопряженных с непосредственным вовлечением нервной ткани в патологический процесс, качественное и количественное определение этого белка в сыворотке крови дает ценную информацию о степени выраженности повреждений нейронов и нарушениях общей целостности гематоэнцефалического барьера [18].

По другим сообщениям, ферментная активность НСЕ бывает более высокой при распространении патологического процесса на оболочки мозга по сравнению с повреждением только паренхимы мозга [14].

По результатам проведенных исследований доказана также возможность применения этого показателя как клинико-диагностического критерия оценки степени повреждения нейронов головного мозга при ишемических и геморрагических инсультах, эпилепсии, травматической болезни головного мозга и других деструктивных заболеваний центральной нервной системы [16].

Предложенная вначале в качестве онкомаркера мелкоклеточного рака легкого и нейробластомы НСЕ в настоящее время применяется для диагностики острых состояний, характеризующихся церебральной ишемией и гипоксией мозга, изучения патогенеза неврологических заболеваний, протекающих с нарушением функции ГЭБ [6;16;21;30;31].

Наряду с острой неврологической патологией изучалась прогностическая значимость этого теста при прогрессирующих нейродегенеративных и цереброваскулярных заболеваниях, эпилепсии [5;20;22;32;11].

В исследуемых группах больных отмечалась устойчивая корреляция между клиническими показателями, характеризующими тяжесть заболевания, и расстройством высшей нервной деятельности (когнитивный дефицит). В свою очередь, клинические маркеры тяжести заболевания сочетались с повышенными титрами НСЕ. Можно предполагать, что выявленное в данной работе повышение титров НСЕ более чем в половине исследуемых случаев может рассматриваться как

потенциальный прогностический маркер, отражающий активность нейродеструктивных процессов, вероятно, ишемически-гипоксической природы, ответственных за прогрессирование хронических заболеваний центральной нервной системы [6].

В исследованиях Костиной Н.С. определялось содержание НСЕ в спинномозговой жидкости (СМЖ) у больных с посттравматическим арахноидитом (-ПЦА), которое значительно превысило показатели контрольной группы [14].

Баканов М.И. и соавторы использовали в качестве биохимических маркеров повреждений клеток мозга креатинкиназу (КК), ее изофермент – КК-ВВ, изоформы фермента енолазы – нейронспецифическую енолазу (НСЕ), а также лактат при гипоксически-ишемических поражениях ЦНС у новорожденных. Полученные результаты комплексных клинко-биохимических исследований убедительно доказывают высокую диагностическую ценность определения этих биохимических маркеров поражения нервной ткани на всех этапах наблюдения [1].

Таким образом, в данном обзоре рассматриваются новые биохимические маркеры для лабораторной диагностики, позволяющие с высокой степенью достоверности определять наличие васкулярно-церебральной патологии, оценивать последствия или предсказывать возможные исходы ОНМК и транзиторных ишемических атак, которые могут возникать в динамике кардиохирургических операций, а также дать ценную информацию для раскрытия патогенеза психических заболеваний не психотического регистра у кардиохирургических больных.

Литература

1. Баканов М. И., Алатырцев В. В., Подкопаев В. Н. Новые биохимические критерии диагностики и прогноза перинатальных поражений ЦНС у новорожденных детей // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2001. – № 1. – С. 126-141
2. Бурбаева Г.Ш. Физиологически активные белки мозга как возможные маркеры психических заболеваний // Вестн. РАМН. – 1992. – № 7. – С. 51–54.
3. Бурлаков А.В., Бочарова М.В. Психические расстройства в предоперационном периоде аортокоронарного шунтирования // Психиатрия и психотерапия. – 2003. – Т. 5, № 6. – С. 12-15.
4. Гашилова Ф.Ф. Жукова Н.Г. Нейрон-специфическая енолаза в сыворотке крови как диагностический маркер паркинсонизма // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – № 3. – С. 28-33
5. Гашилова Ф.Ф. Клинические и параклинические аспекты паркинсонизма в Томске: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2006. 22 с.
6. Гребенюк О.В., Алифорова В.М. Скрининг содержания нейронспецифической енолазы в сыворотке крови у пациентов с хроническими неврологическими заболеваниями // Бюллетень сибирской медицины. – 2008, Приложение 1, С. 208-211
7. Давыдов В.В. Неймарк М.И., Состояние высших психических функций у больных, перенесших анестезию с применением дипривана и кетамина // Общия реаниматология. 2005. Т.1. №2. С.48-52.
8. М.Н. Долженко Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога <http://health-ua.org/article/angio/23.html> Мед. портал Здоровье Украины, 2010 г.
9. А.А. Еременко, Т.П. Жуляева, В.М. Егоров, М.А. Фоминых Медика-

ментозная органопро-текция при операциях аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения // *Consilium Medicum*. – 2008. – т. 10, № 8. – С. 10-12

10. Н.Ю.Ефимова, В.И. Чернышов, Ш.Д.Ахмедова Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования // Грудная и сердечнососудистая хирургия. – 2002. – № 6. – С. 47-48

11. Г.М.Карякина, М.В.Надеждина, М.А.Хинко Нейронспецифическая енолаза как индикатор поражения мозговой ткани при ишемических инсультах // Неврологический вестник. – 2007. – Т. XXXIX, вып. 1 – С. 41-44

12. Л.Г.Князькова, Т.А. Могутнова, С.Л.Захарова, С.Г.Сидельников, В.В.Ломиворотова Специфические белки нервной ткани в оценке повреждения мозга при операциях на дуге аорты в условиях длительных гипотермических перфузий // Анестезиология, реаниматология и перфузиология. – 2008. – № 2. – С. 1.

13. Корнетов Н.А., Лебедева. Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Психиатрия и психотерапия. – 2003. – т. 5, № 5. – С. 10-15.

14. Костина Н.С. Нейрон-специфическая енолаза как маркер деструктивного процесса травматической болезни головного мозга // Сб. материалов X конф. «Нейроиммунология». 28–31 мая 2001 г. СПб.

15. Ю.І. Кузик Розширюючи ανεбризми аорти та гостра коронарна недостатність: особливості диференціальної діагностики // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 4. – С. 1

16. Преображенская И.С., Чехонин В.П., Яхно Н.Н. Проницаемость гематоэнцефалитического барьера при болезни Альцгеймера и паркинсонизме с когнитивными нарушениями // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 5. – С. 39–42

17. Скоромец А.А., Дамбинова С.А., Дьяконов М.М. и др. Биохимические маркеры в диагностике ишемии головного мозга // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 5 (27). – С. 15-20

18. Чехонин В.П., Гурина О.И., Рябухин И.А. и др. Иммуноферментный анализ нейронспецифической енолазы на основе моноклональных антител в оценке проницаемости гематоэнцефалитического барьера при нервно – психических заболеваниях // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 4. – С. 15–19.

19. Шнайдер Н.А., Шпрах В.В., Салина А.Б. Послеоперационная когнитивная дисфункция (диагностика, профилактика, лечение). // Конференция «Новые компьютерные технологии». Красноярск. 2005. – 95 с.

20. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 608 с.

21. Barone F.C., Clerk R.K., Price W.J. et al. Neuron-specific enolase increases in cerebral and systemic circulation following focal ischemia // *Brain Res*. 1993. № 1. P. 71–82.

22. Blennow K, Wallin A, Ekman R. Neuron specific enolase in cerebrospinal fluid: a biochemical marker for neuronal degeneration in dementia disorders? // *J. Neurol. Transm*. 1994. № 8. P. 27–30.

23. Conet J., Raeder J., Rasmussen L.S. et al. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anesth. Scand*. – 2003. – vol. 47. – № 10. – p. 1204 – 1210.

24. Dambinova S.A., Khunteev G.A., Olson D.A., Izykenova G.A., Heath R., Fedanov A.V., Weissman J.D. NR2 peptide indicates transient ischemic attack and acute ischemic stroke // *Int. J. Stroke*. – 2008. – 3. – P. 153-154.

25. Dambinova S.A., Izykenova G., Gappoeva M., Wang Y., Hoffer B. NMDA receptors expression and immunoreactivity in experimental cerebral ischemia and hemorrhage // *J. Neurochem*. – 2003. – 87. – P. 144.

26. Dambinova S.A., Khunteev G.A., Izykenova G.A., Zavolokov I.G., Ilyukhina A.Y., Skoromets A.A. Blood test detecting autoantibodies to N-methyl-D-aspartate neuroreceptors for evaluation of patients with transient ischemic attack and stroke // *Clin. Chem*. – 2003. – 49. – P. 1752-1762.

27. Dambinova S.A., Khunteev G.A., Skoromets A.A. Multiple panel of markers for TIA/stroke evaluation [Letter] // *Stroke*. – 2002. – 33. – P. 1181-1182.

28. Gingrich M.D., Traynelis S.F. Serine proteases and brain damage

— is there a link? // *Trends Neurosci.* — 2000. — 23. — P. 399-407.

29. Glynn T., Tews M., Izykenova G., Hughes M., Khunteev G., Dambinova S. The clinical utility of serum NR2 peptide assay in the diagnosis of patients presenting to the emergency department with acute cerebrovascular ischemic events // *Ann. Emerg. Med.* — 2007. — 50. — P. 35. Abstract 107.

30. Mokuno K., Kiyosawa K., Sugimura K. et al. Prognostic value of cerebrospinal fluid neuron specific enolase and S-100 b protein in Guillain-Barré syndrome // *Acta Neurol. Scand.* 1994. № 89. P. 27—30.

31. Reiber H. Fravendorf-Schaarschmidt H. NSE as a useful prognostic factor for patients after cerebral hypoxia. In *Evaluation report. Cobas NSE ELA*. Basel: Hoffmann — La Roche, 1994. P. 8—22.

32. Shaarschmidt H., Prange H., Reiber H. Neuron specific enolase concentration in blood as a prognostic parameter in cerebrovascular diseases // *Stroke*. 1994. № 24. P. 558—565.

ВИКОРИСТАННЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ДЛЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЮ УШКОДЖЕННЯ МОЗКУ У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ (огляд літератури)

А.Ю.Лагутін, Г.М.Тищенко

В статті описуються сучасні біохімічні маркери для оцінки ступеню ушкодження мозку у кардіохірургічних хворих на різних стадіях оперативного лікування та для профілактики і своєчасної діагностики виникнення у них психічних розладів неспсихотичного регістру внаслідок порушень мозкового кровообігу.

Ключові слова: психокардіологія, кардіохірургічні хворі, ушкодження мозку, біохімічні маркери

USING OF BIOCHEMICAL MARKERS FOR EVALUATING THE DEGREE OF BRAIN DAMAGE AMONG THE CARDIOSURGICAL PATIENTS (Literature review)

A.Y.Lagutin, G.N.Tistchenko

In the article were described contemporary biochemical markers for evaluating the degree of the damage of the brain in cardiosurgical patients at the different stages of surgical treatment and for preventive maintenance and timely diagnostics of the appearance in them of the mental disorders of the nonpsychotic register as a result of the disturbances of the cerebral blood circulation.

Keywords: psycho-cardiology, cardiosurgical patients, the damage of the brain, the biochemical markers

УДК 616.895.8-085:006.015.5

В.Я. Пишель, М.Ю. Польшваная, К.В. Гузенко, В.В. Сотниченко ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Ключевые слова: шизофрения, психиатрическая помощь, оценка качества помощи, субъективная удовлетворённость пациентов

Вступление

Обеспечение качества психиатрической помощи (КПП) является актуальной проблемой клинической и социальной психиатрии, теоретические и практические аспекты которой в последнее десятилетие привлекают особое внимание специалистов (1, 4-6, 10).

Основной причиной столь повышенного внимания к проблеме качества является неудовлетворенность КПП как самих пациентов, так и специалистов, и общества в целом. Успешное управление КПП невозможно без адекватных критериев и индикаторов для оценки помощи, оказываемой конкретному пациенту, анализа качества работы специалистов, структурных подразделений и медицинских учреждений психиатрического профиля.

Важным инструментом для изучения технологий управления КПП являются социологические опросы как руководителей психиатрических учреждений, так и непосредственно врачей-психиатров. При проведении оценки КПП следует отказаться от применявших-

ся ранее экстенсивных показателей, целесообразно введение индикаторов качества медицинской помощи. По данным многих исследователей [2, 3, 8, 9], к индикаторам КПП должны относиться показатели, зависящие от качества работы самих медицинских работников, и в меньшей степени — от материально-ресурсного обеспечения процесса. Не стоит забывать, что существует разница между индикаторами качества и исходами лечения. Такие показатели, как, например, смерть, госпитализация, инвалидность, как правило, отражают исходы лечения. Индикаторы качества должны быть предназначены для улучшения исходов заболевания и показывать картину в целом, в то же время они не должны относиться только к тем показателям, которые находятся в ведении медицинских работников.

Цель исследования: изучить качество оказания стационарной психиатрической помощи на основе результатов анкетирования врачей-психиатров и оценки субъективной удовлетворённости оказанной помо-

— is there a link? // *Trends Neurosci.* — 2000. — 23. — P. 399-407.

29. Glynn T., Tews M., Izykenova G., Hughes M., Khunteev G., Dambinova S. The clinical utility of serum NR2 peptide assay in the diagnosis of patients presenting to the emergency department with acute cerebrovascular ischemic events // *Ann. Emerg. Med.* — 2007. — 50. — P. 35. Abstract 107.

30. Mokuno K., Kiyosawa K., Sugimura K. et al. Prognostic value of cerebrospinal fluid neuron specific enolase and S-100 b protein in Guillain-Barré syndrome // *Acta Neurol. Scand.* 1994. № 89. P. 27—30.

31. Reiber H. Fravendorf-Schaarschmidt H. NSE as a useful prognostic factor for patients after cerebral hypoxia. In *Evaluation report. Cobas NSE ELA*. Basel: Hoffmann — La Roche, 1994. P. 8—22.

32. Shaarschmidt H., Prange H., Reiber H. Neuron specific enolase concentration in blood as a prognostic parameter in cerebrovascular diseases // *Stroke*. 1994. № 24. P. 558—565.

ВИКОРИСТАННЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ДЛЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЮ УШКОДЖЕННЯ МОЗКУ У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ (огляд літератури)

А.Ю.Лагутін, Г.М.Тищенко

В статті описуються сучасні біохімічні маркери для оцінки ступеню ушкодження мозку у кардіохірургічних хворих на різних стадіях оперативного лікування та для профілактики і своєчасної діагностики виникнення у них психічних розладів неспсихотичного регістру внаслідок порушень мозкового кровообігу.

Ключові слова: психокардіологія, кардіохірургічні хворі, ушкодження мозку, біохімічні маркери

USING OF BIOCHEMICAL MARKERS FOR EVALUATING THE DEGREE OF BRAIN DAMAGE AMONG THE CARDIOSURGICAL PATIENTS (Literature review)

A.Y.Lagutin, G.N.Tistchenko

In the article were described contemporary biochemical markers for evaluating the degree of the damage of the brain in cardiosurgical patients at the different stages of surgical treatment and for preventive maintenance and timely diagnostics of the appearance in them of the mental disorders of the nonpsychotic register as a result of the disturbances of the cerebral blood circulation.

Keywords: psycho-cardiology, cardiosurgical patients, the damage of the brain, the biochemical markers

УДК 616.895.8-085:006.015.5

В.Я. Пишель, М.Ю. Польшаная, К.В. Гузенко, В.В. Сотниченко ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Ключевые слова: шизофрения, психиатрическая помощь, оценка качества помощи, субъективная удовлетворённость пациентов

Вступление

Обеспечение качества психиатрической помощи (КПП) является актуальной проблемой клинической и социальной психиатрии, теоретические и практические аспекты которой в последнее десятилетие привлекают особое внимание специалистов (1, 4-6, 10).

Основной причиной столь повышенного внимания к проблеме качества является неудовлетворенность КПП как самих пациентов, так и специалистов, и общества в целом. Успешное управление КПП невозможно без адекватных критериев и индикаторов для оценки помощи, оказываемой конкретному пациенту, анализа качества работы специалистов, структурных подразделений и медицинских учреждений психиатрического профиля.

Важным инструментом для изучения технологий управления КПП являются социологические опросы как руководителей психиатрических учреждений, так и непосредственно врачей-психиатров. При проведении оценки КПП следует отказаться от применявших-

ся ранее экстенсивных показателей, целесообразно введение индикаторов качества медицинской помощи. По данным многих исследователей [2, 3, 8, 9], к индикаторам КПП должны относиться показатели, зависящие от качества работы самих медицинских работников, и в меньшей степени — от материально-ресурсного обеспечения процесса. Не стоит забывать, что существует разница между индикаторами качества и исходами лечения. Такие показатели, как, например, смерть, госпитализация, инвалидность, как правило, отражают исходы лечения. Индикаторы качества должны быть предназначены для улучшения исходов заболевания и показывать картину в целом, в то же время они не должны относиться только к тем показателям, которые находятся в ведении медицинских работников.

Цель исследования: изучить качество оказания стационарной психиатрической помощи на основе результатов анкетирования врачей-психиатров и оценки субъективной удовлетворённости оказанной помо-

щью больными шизофренией.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты обследования 64 больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице, а также данные опроса 68 врачей-психиатров, работающих в психиатрических стационарах Украины.

Основные методы исследования – клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, социально-психологический, социологический, информационно-аналитический и статистический.

Наиболее объективным и прямым критерием качества медицинской помощи является состояние больного. Однако при психических заболеваниях далеко не всегда можно связать динамику психопатологических расстройств с полученной больным помощью. Это определяет актуальность поиска дополнительных, пусть косвенных, но убедительно связанных с КПП критериев. Следует отметить тот факт, что мнение непосредственных потребителей психиатрических услуг о КПП (пациенты психиатрических стационаров и члены их семей) является важным критерием как для её оценки, так и для создания современной системы управления КПП.

Поэтому впервые в отечественной практике нами особое внимание было уделено именно показателям субъективной удовлетворенности качеством оказанной помощи в психиатрическом стационаре. Особенности и характеристики различных аспектов качества работы психиатрического стационара также оценены путем изучения удовлетворенности пациентов деятельностью данного учреждения.

Для определения уровня субъективной удовлетворенности оказанной помощью нами был использован «Опросник субъективной удовлетворенности лечения» [7].

Для получения адекватных результатов анкетирования пациентов предварительно проводилась оценка их психического состояния, поскольку клинические особенности заболевания могли искажать результаты опроса больных. В связи с этим пациенты с выраженными психотическими расстройствами в данное исследование не включались. Удовлетворенность оказанной помощью оценивалась больными накануне выписки или вскоре после нее.

Все включенные в исследование 64 пациента имели диагноз, установленный в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: шизофрения, параноидная форма. В клинической картине преобладал галлюцинаторно-параноидный синдром, отмечавшийся у 52 (81,3 %) пациентов. Обследованные соответствовали возрастному диапазону 18-47 лет, средний возраст составил $32,3 \pm 8,6$ года. Продолжительность госпитализации варьировала от 10-ти дней до 4-х месяцев. В зависимости от длительности текущей госпитализации было выделено 5 групп респондентов: до 14-ти дней – 3 (4,9 %), 14-28 дней – 14 (21,8 %), 29-42 – 22 (34,4 %), 43-56 – 18 (28,1 %) и более 56-ти дней – 7

(10,8 %) пациентов.

Длительность заболевания менее года отмечалась у 8 (12,5 %), от 1-го до 3-х лет у – 12 (18,8 %), от 4-х до 5-ти у – 7 (10,1 %), от 6-ти до 10-ти лет у – 13 (20,3 %) пациентов. У трети респондентов 24 (37,5 %) заболевание длится более десяти лет.

У обследованных пациентов в анамнезе было от одной до двенадцати госпитализаций. 14 (21,9 %) больных поступали в психиатрический стационар до 3-х раз, 29 (45,3 %) – от 4-х до 6-ти раз, 21 (32,8 %) – 7 раз и более. Группу инвалидности имели больше половины пациентов – 43 (67,2%).

С целью изучения реальной отечественной практики в отношении оценки КПП с точки зрения лиц, предоставляющих эту помощь, нами был разработан опросник для врачей «Оценка качества оказания психиатрической помощи», который включает два раздела. Первый позволяет установить, на какие критерии ориентируется врач при оценке качества оказанной помощи, второй – предлагает специалисту высказать собственное мнение о том, какие из перечисленных критериев позволят улучшить оценку качества помощи или предложить свои.

С использованием данного опросника проведено анкетирование 68 врачей-психиатров, работающих в стационаре. Более 10 лет стажа работы по специальности имели 63,0 % опрошенных, в том числе у 24 (35,3 %) отмечалась высшая, у 9 (13,2 %) – первая, у 17 (25,0 %) – вторая врачебная категория. Средний стаж работы составил $9,7 \pm 5,2$ года.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов анкетирования врачей-психиатров выявил следующее. Прежде всего, по мнению абсолютного большинства врачей (54 – 81,2 %) система оценки и контроля качества оказания психиатрической помощи нуждается в усовершенствовании. При этом в оценке КПП, считают опрошенные, должны принимать участие: главный врач и начмед, заведующий отделением, лечащий врач, внешние эксперты, пациент и его родственники.

По данным опроса, при оценке качества оказанной помощи в реальной практике врачи психиатрических стационаров чаще ориентируются на следующие критерии: обеспеченность медикаментами (83,3 %), проведение реабилитационных мероприятий (72,2 %), преемственность между амбулаторной и стационарной помощью (70,7 %), уровень финансирования ЛПУ (70,7 %), использование современных медицинских технологий, частота (повторность) госпитализаций и квалификационный уровень специалистов (по 70,4 %), уровень инвалидизации (66,7 %), возможность проведения дополнительных диагностических исследований (63,0 %), наличие лабораторно-диагностического отделения (37,0 %), длительность госпитализации (29,6 %), обеспеченность койками (11,1 % респондентов).

Из предложенных критериев для улучшения оценки КПП врачи-психиатры чаще всего указывали сле-

дующие: обеспеченность препаратами (90,7 %), юридическая защищенность врача (87,0 %), достаточное финансирование (79,6 %), преемственность между стационарной и амбулаторной помощью (77,8 %), повышение заработной платы медперсоналу (75,9 %), повышение уровня материально-технической базы лечебного учреждения (70,4 %), стабильность и непрерывность терапевтического процесса и сокращение числа повторных госпитализаций (по 55,6 % соответственно).

Среди факторов, влияющих на качество оказываемой помощи, в 59,3 % случаев отмечены: проведение дополнительных диагностических процедур и реабилитационных мероприятий, повышение квалификации медицинского персонала и премирование в зависимости от качества помощи, компьютеризация ведения документации, внедрение новых медицинских технологий. Более половины врачей (59,3 %) отмечают важность пересмотра существующей лечебной нагрузки. Примерно треть респондентов (38,9 %) назвали такие факторы, как оптимизация сроков госпитализации и возможность проведения дополнительных диагностических процедур.

Обращает на себя внимание то, что только треть опрошенных специалистов (32,4 %) рассматривают в качестве критериев КПП соблюдение клинических протоколов, стандартизацию лечебно-диагностического процесса и полипрофессиональный подход к оказанию помощи.

Около половины респондентов (48,1 %) первостепенное значение при оценке качества придают результатам деятельности учреждения в целом и его отдельных подразделений, 35,2 % – современным медицинским технологиям. Значительно меньшее число опрошенных (5 – 9,3 %) считают, что основным объектом оценки качества должны являться конечные результаты лечения больных. В то же время 96,3 % респондентов при оценке КПП готовы опираться на мнение потребителей психиатрических услуг. Согласно ответам 8 (14,8 %) врачей-психиатров, значимым объектом оценки должна быть деятельность конкретного врача; только 5 (9,3 %) респондентов основополагающими при оценке качества считают медико-экономические показатели.

Сохраняется традиционная точка зрения на медицинскую документацию как основной источник информации при оценке качества лечения, хотя известно, что без учета мнения пациента или его родственников такая оценка является недостаточно полной и объективной.

Результаты обследования 64 больных шизофренией с использованием «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» выявили следующее: средний показатель удовлетворенности пациентов составил $69,3 \pm 9,6$ бала; средний показатель по субшкале «результаты лечения» – $25,7 \pm 6,1$; по субшкале «отношения врач-больной» – $21,9 \pm 8,1$; по шкале «окружающая обстановка» – $16,8 \pm 4,5$; по «стигматизации» –

$4,9 \pm 2,3$ бала.

Практически все опрошенные пациенты (58 – 90,6 %) были удовлетворены улучшением самочувствия, устранением психопатологической симптоматики. Значительно меньше (14 – 21,8 %) оказалось пациентов, которые были удовлетворены изменениями в коммуникативном поведении, динамикой взглядов на будущее.

Также рассмотрены особенности КПП, которые вызвали наибольшую неудовлетворенность пациентов и в наибольшей мере влияли на формирование отрицательного образа психиатрических служб в сознании пациентов. Так, 56 опрошенных (87,5 %) были неудовлетворены переносимостью лекарственных препаратов, которые получали в стационаре.

Пациенты стационарных психиатрических учреждений (59,4 % относительно недавно заболевших и 40,6 % больных со значительной давностью заболевания) протестуют против совместного содержания больных с разной степенью выраженности психических расстройств. Таким образом, дискуссия о преимуществах организации общих или дифференцированных (в частности, по клиническому состоянию больных) отделений решается пациентами в пользу последних.

Таким образом, оценку удовлетворенности результатом лечения можно разделить на два четких разграниченных блока. Один из них отображает сомато-биологические особенности динамики заболевания, другой – межперсональные аспекты поведения больного. Последний фактор интересен тем, что может быть использован как самостоятельная шкала, пригодная для оценки субъективной удовлетворенности больного динамикой своей социальной включенности.

Выводы

Впервые в отечественной психиатрии предпринята попытка изучить качество психиатрической помощи как с точки зрения врача-психиатра, оказывающего помощь, так и по степени субъективной удовлетворенности ее потребителей.

Социально-психологический опрос пациентов психиатрических стационаров позволил выявить аспекты КПП, которые вызывают удовлетворенность или, что более важно, неудовлетворенность пациентов. В целом КПП удовлетворяет потребности больных, в то же время выделены показатели, которые вызывают наибольший негатив со стороны пациентов. Изучение мнения пациентов о КПП представляет собой механизм обратной связи, который необходим для усовершенствования качества помощи и её оценки.

Обсуждая необходимые, с их точки зрения, меры по улучшению качества психиатрической помощи, большинство респондентов отмечают необходимость в улучшении финансового и материального обеспечения психиатрических учреждений. Как пациенты, так и врачи-психиатры, указывают на недостаток лекарственных препаратов как основную причину низкого качества лечения, неудовлетворительное

питание в больницах, скученность в палатах и неудовлетворительные санитарно-бытовые условия. В полном соответствии с мнением организаторов психиатрической помощи это подтверждает необходимость укрепления материально-технической базы психиатрических учреждений и рационального использования имеющихся средств.

Таким образом, получены данные убедительно свидетельствуют о том, что о высоком уровне качества оказания психиатрической помощи можно говорить лишь при условии удовлетворённости всех её участников. Оценка КПП должна проводиться комплексно, с привлечением всех заинтересованных сторон, в том числе врачей-психиатров, пациентов и членов их семей.

Литература:

1. Amaddeo F., Zambello F., Tansella M. et al. Accessibility and pathway to psychiatric care in a community based mental health system // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2001. – Vol. 36. – P.

500-507.

2. Kunze H., Becker Th., Priebe St. Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care // *The Psychiatrist*. – 2004. – Vol. 28. – P. 218-221.

3 Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care / B.G. Druss, R.A. Rosenheck, M. Stolar et al. – *Psychiatric Service*. – 1999. – V. 50. – P. 1053-1058.

4. Гройсман В.А. Управление качеством медицинской помощи // *Стандарты и качество* – 2004. – № 4. – С. 100-103.

5. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. – № 1. – С. 9-16.

6. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи // *Медицинское страхование*. – 2006. – № 1-2 (13-14). – С. 47-51.

7. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворённости психически больных лечением в психиатрическом стационаре // *Методические рекомендации*. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2007. – 19 с.

8. Солохина Т.А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты) / Автореф. дис ...д. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.

9. Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи // *Социальная политика. Медицинское обозрение*. – 2006. – № 8. – С. 4-5.

10. Ястребов В.С., Солохина Т.А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 4-10.

ІНТЕГРАТИВНА ОЦІНКА ЯКОСТІ СТАЦІОНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, К.В. Гузенко, В.В. Сотніченко

Проведено аналіз даних анкетування 68 лікарів-психіатрів за проблемою оцінки та контролю якості психіатричної допомоги. Представлено результати вивчення суб'єктивної задоволеності наданою допомогою 64 хворих на шизофренію. Отримані дані вказують на необхідність комплексної оцінки якості надання допомоги із залученням усіх зацікавлених сторін

Ключові слова: шизофренія, психіатрична допомога, оцінка якості допомоги, суб'єктивна задоволеність пацієнтів

INTEGRATIVE ESTIMATION OF QUALITY OF HOSPITAL PSYCHIATRIC HELP IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.Ya. Pishel, M.Yu. Polyviana, K.V. Guzenko, V.V. Sotnichenko

In the article analysis of 68 psychiatrists' questioning about estimation and quality assurance problem of psychiatric help were conducted. There are results of studying about subjective satisfaction from the rendered help to 64 patients with schizophrenia are presented. Obtained results specifies on necessity in complex estimation of quality of rendered help with attraction of all interested sides

Keywords: schizophrenia, the psychiatric help, estimation of quality of help, subjective satisfaction of patients

УДК 616. 89-008

А.А. Педак, Е.В. Пинчук, А.А. Педак КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА – КАК КРИТЕРИЙ УРОВНЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Николаевская областная психиатрическая больница № 2

Ключевые слова: качество жизни, концепция, психиатрическая помощь

Изучение влияния заболеваний, в т.ч. и психических, на качество жизни пациента через их субъективную оценку удовлетворенности различными сферами жизненной деятельности является важной проблемой клинической медицины, в том числе и психиатрии. Однако, на современном этапе развития психиатрии, концепция качества жизни еще не получила универсального определения, поскольку не хватает ясности в феноменах её составляющих. Специалисты европейских стран к качеству жизни (КЖ) относят характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, тогда как американские исследователи определяют КЖ как её физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благосостояние [3;4;5]

Данное научное направление было заложено в середине XX века (1947), когда больные онкологическими заболеваниями акцентировали внимание специалистов на роли психосоциальных факторов в развитии заболевания. В этой связи, главным для пациентов был вопрос: «стоит ли менять лучшее качество жизни на более продолжительный ее срок, и каким должно быть оптимальное лечение» [7]. Первый документированный случай использования термина «качество жизни» в медицинской литературе можно обнаружить в журнале «Annals of Internal Medicine», 1966 г., в котором была опубликована статья Дж. Элкинтона «Медицина и качество жизни». В этой статье автор, приводя высказывание Френсиса Бэкона о том, что *«задачей медицины является необходимость настроить удивительную арфу человеческого тела и привести его к гармонии»*, – в дальнейшем подвергает критике современную медицину за «небывалое искусство в настройке – при наличии больших проблем с гармонией». Далее отвечая на свой же вопрос: *«Что такое гармония внутри человека и между человеком и миром?»*, Элкинстон говорит, что это **качество жизни** – к которому стремится пациент, врач и всё общество. Как отмечают специалисты – что по своей краткости и по исчерпывающей ёмкости это наиболее замечательное определение качества жизни, поскольку оно подчеркивает не только «благополучие» и «удовлетворенность» – *«гармония внутри человека»*, но и взаимоотношения личности со средой обитания – *«гармония между человеком и миром»*. А с современных позиций и в современной терминологии, данное состояние, вполне обоснованно, может быть соотносено с такими понятиями, как – *«функциональное состояние»* и *«средовые жизненные условия»* – соот-

ветственно [8].

Дальнейшее активное развитие данное направление получило в конце XX, начале XXI столетий, когда понятие КЖ превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни связанное со здоровьем» (health related quality of life). Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) КЖ определяется, как индивидуальное соотношение места человека в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей конкретного индивидуума, его планов, возможностей, степени общей неустроенности [6]. ВОЗ были разработаны следующие основополагающие критерии (индикаторы) качества жизни:

- *физические* – сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;
- *психологические* – положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания;
- *уровень независимости* – повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения;
- *общественная жизнь* – личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность;
- *окружающая среда* – быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации;
- *духовность* – религия, личные убеждения.

Концепция качества жизни – являясь главнейшая целью любой деятельности, должна быть целенаправленна на оказание помощи, в противоположность простому устранению симптомов и профилактике рецидивов болезни и содействовать объединению усилий и укреплению межпрофессиональных связей всех заинтересованных в ней специалистов. В связи с чем, в общемедицинском аспекте, результаты показателей КЖ могут быть использованы довольно широко, а именно:

- с целью определения эффективности определенного лекарственного препарата или метода лечения;
- для прогноза течения заболевания, анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи в фармэкономике – в клинических исследованиях;
- для определения психологических проблем – в медицинском аудите;
- для наблюдения за больными, во время оценки эффективности новых врачебных препаратов – в

системе общей практики;

- для наблюдения за медицинским работникам – в аспекте профессиональной проблемы синдрома «выгорания», «психической усталости» или др. аналогичных состояний.

В узко медицинской практике методология оценки «качества жизни» в первую очередь применяется по отношению к пациентам. Если речь идет о больном – данный подход позволяет качественно и количественно определить влияние на критерии КЖ таких факторов – как заболевания и методика лечения. В этой связи следует отметить, что в большинстве случаев пациенты оценивают не столько качество жизни, сколько такие компоненты, как удовлетворение уровнем своей физической, психологической, социальной и духовной жизни; общим восприятием своего состояния здоровья; характеристики заболевания (жалобы, объективные признаки, поражение, данные лабораторных исследований, осложнение основного заболевания).

При этом следует учитывать, что единых критериев КЖ не существует, как и не существует стандартных норм КЖ [9], как и единых инструментов для её оценки, в качестве которых выступают различные стандартизованные инструменты и в том числе:

1. SF-36 (The MOS 36-Item Short form Health Survey) – J. Ware, CD. Sherburne
2. WHOQOL-100 (WHO Quality of Life) – The WHOQOL Group.
3. SIP (Sickness Impact Profile) – M. Bergner.
4. PQVS (Profiled Qualities Vie Subjective) – A. Dazord.
5. EUROQOL (European Quality of Life) – The EUROQOL Group.

Наиболее используемым в практике органов здравоохранения более 32 странах мира, является общий опросник – MOS SF-36 и его украинская версия – «Medical Outcomes Short Form 36» (переведенного в соответствии с процедурой международного центра по изучению КЖ «The International Quality of Life Assessment» (IQOLA, Бостон, США), под руководством доктора I.E. Ware и B. Gandek (Ю.М. Мостовой, Ю.В. Бабийчук, 2002).

В процессе применения этих инструментов для исследовательских целей, следует учитывать, что концепция качества жизни в психиатрии имеет смысл только в том случае, если оценка этого параметра проводится комплексным и дифференцированным способом, который обязательно должен включать в себя оценку взаимодействия со средой обитания. В связи с чем, в данном аспекте, рекомендуется придерживаться следующих принципов построения исследования и его оценки:

I – Проведение не менее трёх основных стандартизованных опроса:

а) пациента; б) члена семьи или друга; в) профессионала (специалиста).

II – Выделение *трех основных компонентов КЖ*:

а) субъективное благополучие/удовлетворенность;

б) выполнение (социальных) ролей;

в) внешние жизненные условия (материальные, т.е. «стандарт жизни»), и социальные (напр. – социальная сеть и социальная поддержка).

III – Необходима *многоаспектная оценка различных сфер жизни*, поскольку КЖ пациента может быть максимальным в одной (например – семья) и очень низкой – в другой жизненной сфере (напр. – работа). Кроме того, действия, направленные на оказания помощи, необходимо адресовать тем сторонам жизни пациента, в которых он испытывает наибольшие затруднения.

IV – *Включение психопатологических симптомов* в перечень инструментов оценки КЖ, должно иметь основополагающее значение.

V – *Оценка КЖ должна учитывать различную «скорость» изменений его составляющих компонентов* (субъективное благополучие/ удовлетворенность, функциональное состояние, контекстуальные факторы) и возможный нисходящий дрейф стандартов, с которыми пациенты, страдающие хроническим психическим расстройством, сравнивают свою реальную ситуацию.

При этом следует учитывать, что психологическое содержание понятия КЖ определяется чувством удовлетворения жизнью и отдельными её аспектами – процесс когнитивного оценивания своей жизни, а также преобладанием в состоянии человека позитивных эмоций (радости и счастья), которые являются эмоциональным составляющим компонентом качества жизни.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что по своей сути, критерий – «качество жизни», является наиболее объективным и многокомпонентным показателем удовлетворения личных потребностей человека в процессе жизнедеятельности, отражающий степень комфортности индивидуума как внутри себя, так и в рамках окружающего его социума. Показатель критерия качества жизни позволяет оценить и дать более точные характеристики таким феноменам, как – «инсайт», «комплаенс», «критика» [1;2]. И таким образом может быть соотнесен с такими представлениями, как – *«полный инсайт»* или *«положительный комплаенс»* (характеризующиеся максимальным уровнем как когнитивной, так и эмоциональной составляющей качества жизни) – в одном случае, а также – *«нонкомплаенс», «неполный инсайт», «низкий уровень качества жизни»* пациента – в другом.

В настоящее время данное направление в отечественной психиатрии при оценке качества оказания психиатрической помощи населению используется крайне редко, о чем свидетельствуют единичные исследования по данной проблематике. Более широкое применение технологи изучения КЖ в сфере психического здоровья, с учетом концептуальных и методологических требований к измерению и оценке качества психиатрической помощи, в том числе и психофарма-

кологической терапии – позволит, используя терминологию Н. Catching (1997), внести в украинскую психиатрию такую новую «свежую струю», как – «**концепция качества жизни**».

Литература

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. Нонкомплаинс или отказ от психофармакотерапии? // Российский психиатрический журнал, 2006 – № 1. – С.61 – 64.
2. Любарский А.В. Отдельные аспекты безопасной психофармакотерапии с позиций эволюционно-биологической адаптации // Арх. психиатрии – 2004. – вып. 3 (38). – С.168 – 171.
3. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показників якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади // Укр. вісн. психоневрології. – 2003. – Т.11, вип. 4 (37). – С.65 – 67.
1. 4. Марута Н.А., Панько Т.В., Явадк И.А. и др. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография. – Харьков: РИФ «АРСИС» ЛТД, 2004. – 240 с.

2. 5. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И., Максимов А.Г., Пошун А.С., Сухонос Ю.А., Цепкова А.А. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. – 2000. – Т. 78, №2. – С. 10 – 13.
6. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения / Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ. – 2006. – 185 с.
- 18, 7. Пишук Н.Г., Мазур Е.В., Пишук Е.Я., Коваленко И.В. Качество жизни и депрессия // Арх. психиатрии. – 2008. – вып. 3 (54). – С.20 – 22.
8. Katsching H. How useful is the concept of life in psychiatry?: Current Opinion Psychiatry, 1997, 10:337 – 345.
9. The WHOQOL group/ The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403 – 1409.
10. Cuesta M.J., Garsia de Jalou, M.S. Campos, Peraita V. Cognitive effectiveness of olanzapine and risperidone in first-episode psychosis. – BR J Psychiat 2009; 194: 5: 439 – 445.
11. Guilera G., Pino O., Gomes-Benito J., Rojo J.E. Antipsychotic effect on cognition in schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. – EUR J. Psychiat 2009; 23: 2: 77 – 88.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА – ЯК КРИТЕРІЙ РІВНЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

А.А. Педак, Є.В. Пінчук, А.А. Педак

У статті обговорюється основна проблематика однієї із найбільш актуальних тем сучасної медицини та психіатрії – концепція якості життя пацієнтів з психічними розладами. Авторами зроблена спроба розгляду можливості формування критеріїв концепції «якості життя» із позицій вивчення континууму феноменів – «інсайт», «комплаєнс», «критика» у пацієнтів в процесі життєдіяльності

Ключові слова: якість життя, концепція, психіатрична допомога

QUALITY OF LIFE OF PATIENT – AS CRITERION OF LEVEL OF PSYCHIATRIC HELP

A.A. Pedak, E.V. Pinchuk, A.A. Pedak

In the article basic problematic comes into question of one of the most actual that modern medicine and psychiatry is conception of quality life of patients with psychical disorders. Authors are do the attempt consideration possibility of forming criteria conception of «quality of life» from positions of study continuum the phenomenon «incite», «complaints», «criticism» of patient in the process of contact with the environment of dwelling

Keywords: quality of life, conception, psychiatric help

УДК 616.89

О.М. Зінченко

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2009 РОЦІ

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, поширеність, мешканці села, психіатрична допомога

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я актуальним залишається пошук і впровадження нових підходів до вирішення проблем підвищення доступності та якості медичної допомоги сільському населенню, раціоналізації витрат на охорону здоров'я.

Об'єктивні, комплексні характеристики стану здоров'я сільського населення дають змогу оцінювати ефективність лікувально-профілактичних заходів і є основою для прийняття управлінських рішень, обґрунтування програм реформування [1; 2; 4].

За даними офіційної статистики МОЗ України у 2009 році захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців села становила 202,11 на 100 тис. сільського населення [3].

Серед окремих адміністративних територій у 2009 році високими рівнями захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села виділялися Житомирська (378,7), Київська (305,4), Кіровоградська (252,9) та Черкаська (240,7 на 100 тис. сільського населення) область.

Відносно низькі показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села були зареєстровані в Чернівецькій (162,2), Чернігівській (159,3), Луганській (148,3) та Волинській (137,9 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунк 1).

В структурі зареєстрованої захворюваності у мешканців села в 2009 році переважали психічні розлади неспсихотичного характеру, які складали 69,91% (або

кологической терапии – позволит, используя терминологию Н. Catching (1997), внести в украинскую психиатрию такую новую «свежую струю», как – «**концепция качества жизни**».

Литература

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. Нонкомплаинс или отказ от психофармакотерапии? // Российский психиатрический журнал, 2006 – № 1. – С.61 – 64.
2. Любарский А.В. Отдельные аспекты безопасной психофармакотерапии с позиций эволюционно-биологической адаптации // Арх. психиатрии – 2004. – вып. 3 (38). – С.168 – 171.
3. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показників якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади // Укр. вісн. психоневрології. – 2003. – Т.11, вип. 4 (37). – С.65 – 67.
1. 4. Марута Н.А., Панько Т.В., Явадк И.А. и др. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография. – Харьков: РИФ «АРСИС» ЛТД, 2004. – 240 с.

2. 5. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И., Максимов А.Г., Пошун А.С., Сухонос Ю.А., Цепкова А.А. Оценка качества жизни больного в медицине // Клин. медицина. – 2000. – Т. 78, №2. – С. 10 – 13.
6. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения / Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ. – 2006. – 185 с.
- 18, 7. Пиук Н.Г., Мазур Е.В., Пиук Е.Я., Коваленко И.В. Качество жизни и депрессия // Арх. психиатрии. – 2008. – вып. 3 (54). – С.20 – 22.
8. Katsching H. How useful is the concept of life in psychiatry?: Current Opinion Psychiatry, 1997, 10:337 – 345.
9. The WHOQOL group/ The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403 – 1409.
10. Cuesta M.J., Garsia de Jalou, M.S. Campos, Peraita V. Cognitive effectiveness of olanzapine and risperidone in first-episode psychosis. – BR J Psychiat 2009; 194: 5: 439 – 445.
11. Guilera G., Pino O., Gomes-Benito J., Rojo J.E. Antipsychotic effect on cognition in schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. – EUR J. Psychiat 2009; 23: 2: 77 – 88.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА – ЯК КРИТЕРІЙ РІВНЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

А.А. Педак, Є.В. Пінчук, А.А. Педак

У статті обговорюється основна проблематика однієї із найбільш актуальних тем сучасної медицини та психіатрії – концепція якості життя пацієнтів з психічними розладами. Авторами зроблена спроба розгляду можливості формування критеріїв концепції «якості життя» із позицій вивчення континууму феноменів – «інсайт», «комплаєнс», «критика» у пацієнтів в процесі життєдіяльності

Ключові слова: якість життя, концепція, психіатрична допомога

QUALITY OF LIFE OF PATIENT – AS CRITERION OF LEVEL OF PSYCHIATRIC HELP

A.A. Pedak, E.V. Pinchuk, A.A. Pedak

In the article basic problematic comes into question of one of the most actual that modern medicine and psychiatry is conception of quality life of patients with psychical disorders. Authors are do the attempt consideration possibility of forming criteria conception of «quality of life» from positions of study continuum the phenomenon «incite», «complaints», «criticism» of patient in the process of contact with the environment of dwelling

Keywords: quality of life, conception, psychiatric help

УДК 616.89

О.М. Зінченко

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2009 РОЦІ

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, поширеність, мешканці села, психіатрична допомога

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я актуальним залишається пошук і впровадження нових підходів до вирішення проблем підвищення доступності та якості медичної допомоги сільському населенню, раціоналізації витрат на охорону здоров'я.

Об'єктивні, комплексні характеристики стану здоров'я сільського населення дають змогу оцінювати ефективність лікувально-профілактичних заходів і є основою для прийняття управлінських рішень, обґрунтування програм реформування [1; 2; 4].

За даними офіційної статистики МОЗ України у 2009 році захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців села становила 202,11 на 100 тис. сільського населення [3].

Серед окремих адміністративних територій у 2009 році високими рівнями захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села виділялися Житомирська (378,7), Київська (305,4), Кіровоградська (252,9) та Черкаська (240,7 на 100 тис. сільського населення) область.

Відносно низькі показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села були зареєстровані в Чернівецькій (162,2), Чернігівській (159,3), Луганській (148,3) та Волинській (137,9 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунк 1).

В структурі зареєстрованої захворюваності у мешканців села в 2009 році переважали психічні розлади неспсихотичного характеру, які складали 69,91% (або

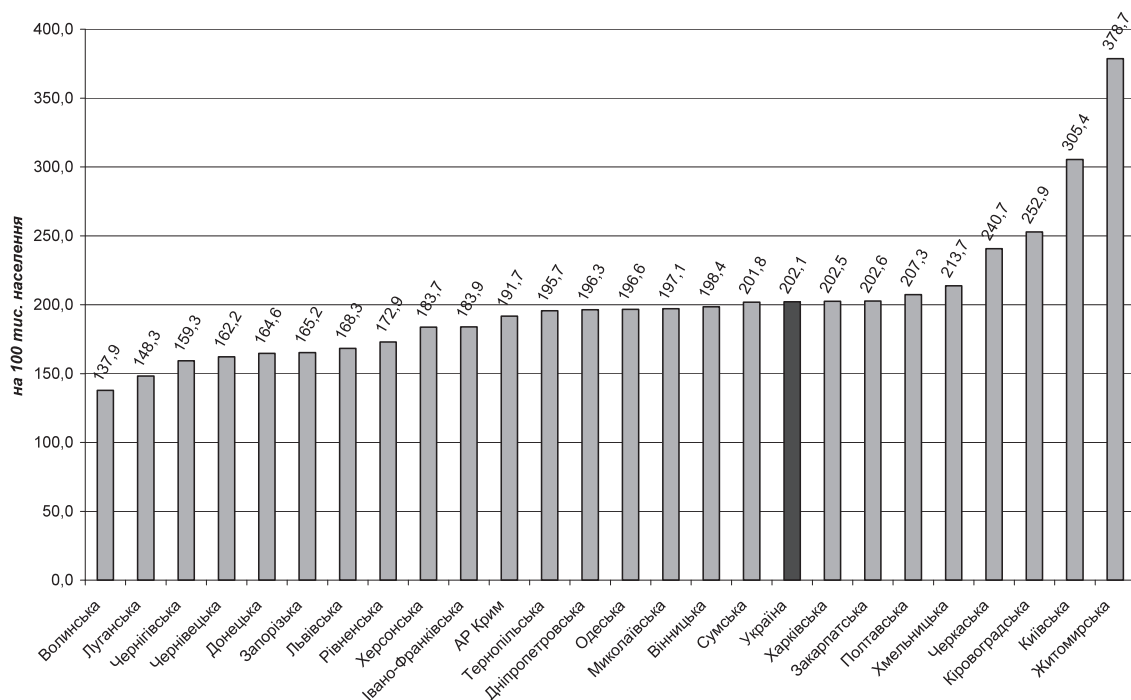


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців села в регіонах України у 2009 році

141,3 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів.

В різних регіонах України відзначалися коливання цього показника від максимальних у Житомирській (291,5), Київській (231,9) та Кіровоградській (192,4) областях до мінімальних у Луганській (96,3), Волинській (93,1) та Запорізькій (69,5 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунок 2).

При аналізі захворюваності непсихотичної психічної групи у мешканців села слід зазначити значну питому вагу невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40- F48) – 25,06 %, (або 50,7 на 100 тис. сільського населення).

У 9 регіонах України зафіксовано перевищення середньоукраїнського показника на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F 40-F 48), зокрема найвищі показники захворюваності зареєстровано в Житомирській (136,9), Київській (112,7), Дніпропетровській (82,9) та Кіровоградській (81,8 на 100 тис. сільського населення) областях. Найнижчі в Львівській (24,2), Чернігівській (22,1), Запорізькій (18,9) та Херсонській (15,2 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунок 3).

Питому вагу в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села у 2009 році органічних, включаючи симптоматичні розлади психі-

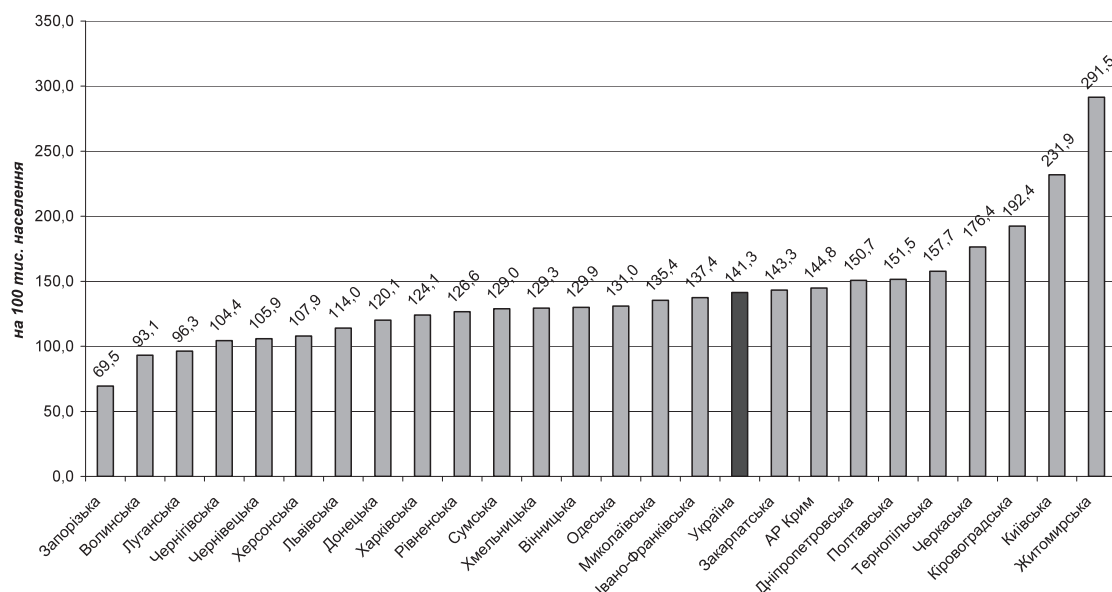


Рис. 2. Захворюваність на розлади психіки непсихотичного характеру у мешканців села в регіонах України у 2009 році

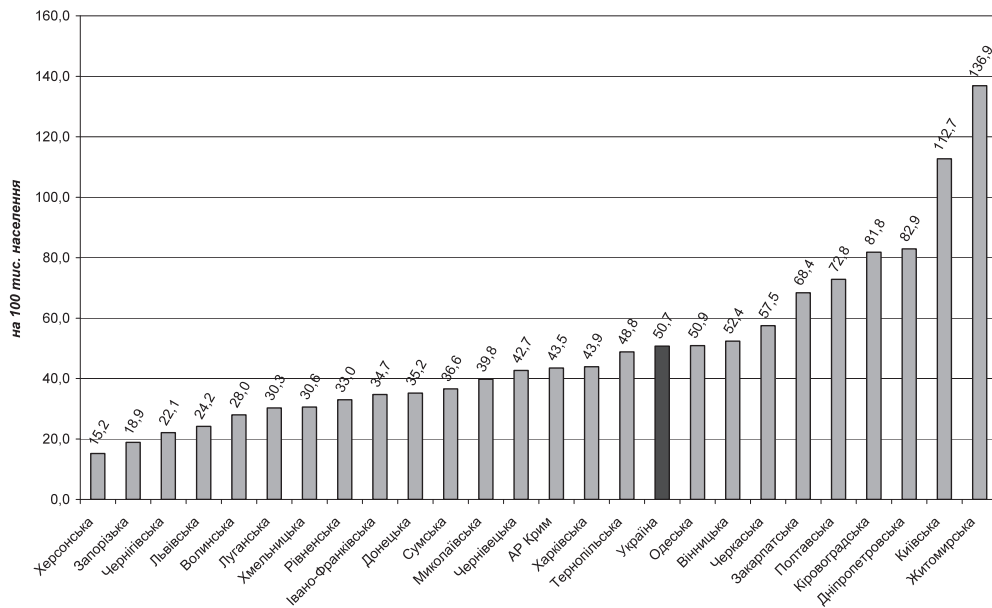


Рис. 3. Захворюваність на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48) у мешканців села в регіонах України в 2009 році

ки, склала 25,06% (або 50,7 на 100 тис. сільського населення).

Найбільш високі показники захворюваності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки, на кінець 2009 року у мешканців села реєструвалися в Київській (91,9), Донецькій (88,1) та Житомирській (83,4 на 100 тис. сільського населення) областях. Мінімальні значення показника відзначалися в Закарпатській (33,2), Рівненській (30,3) та Волинській (25,8 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунк 4).

Питома вага розладів особистості та поведінки (-F50-69, 80-98) у мешканців сільської місцевості у 2009

році склала 23,86% від усіх психічних розладів. Вивчення коливань цього показника в регіонах свідчить про те, що максимальним його значення були у Житомирській (103,5), Тернопільській (78,0) областях та АР Крим (74,8 на 100 тис. сільського населення). Мінімальні значення показника захворюваності на розлади особистості та поведінки спостерігалися у Чернівецькій (26,9), Луганській (18,5) та Донецькій (10,9 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунк 5).

Друге місце у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села в 2009 році займали психотичні психічні розлади - 15,23% (або 30,78

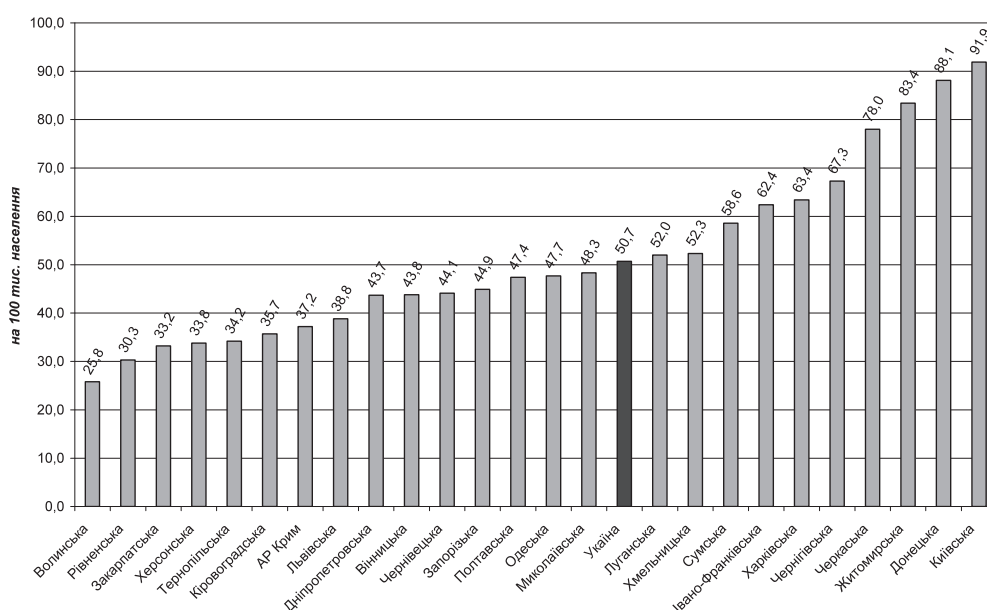


Рис. 4. Захворюваність на органічні, включаючи симптоматичні, розлади психіки (F 00-F 09) у мешканців села в регіонах України в 2009 році

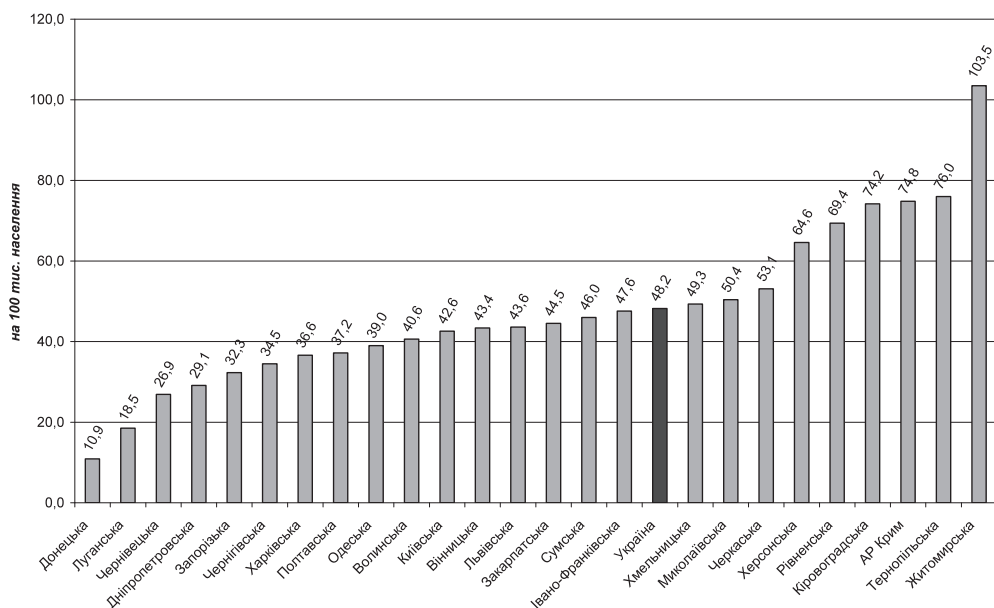


Рис. 5. Захворюваність на розлади особистості та поведінки у мешканців села в регіонах України у 2009 році

на 100 тис. сільського населення).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки психотичного характеру у мешканців села мали значні відхилення у регіонах України. Так, у Житомирській області цей показник досягав 48,1 на 100 тис. сільського населення, у Харківській та Запорізькій областях відповідно – 48,0 та 45,6 на 100 тис. сільського населення. Найнижчим у 2009 році цей показник був у Полтавській (20,5), Тернопільській (18,7) та Миколаївській (17,5 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунки 6).

Аналізуючи структуру цієї групи захворювань слід звернути увагу на значну питому вагу шизофренії,

шизотипових та маячних розладів (7,46%).

Вивчення коливань показника захворюваності на шизофренію, шизотипові та маячні розлади в регіонах свідчить про те, що максимальним його значення у 2009 році були у Хмельницькій (20,6), Вінницькій (20,3) та Львівській (19,5 на 100 тис. сільського населення) областях.

Мінімальні значення показника захворюваності на шизофренію, шизотипові та маячні розлади зареєстровані в Полтавській (9,5), Донецькій (8,8) та Миколаївській (6,4 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунки 7).

Питому вагу захворюваності на розумову відста-

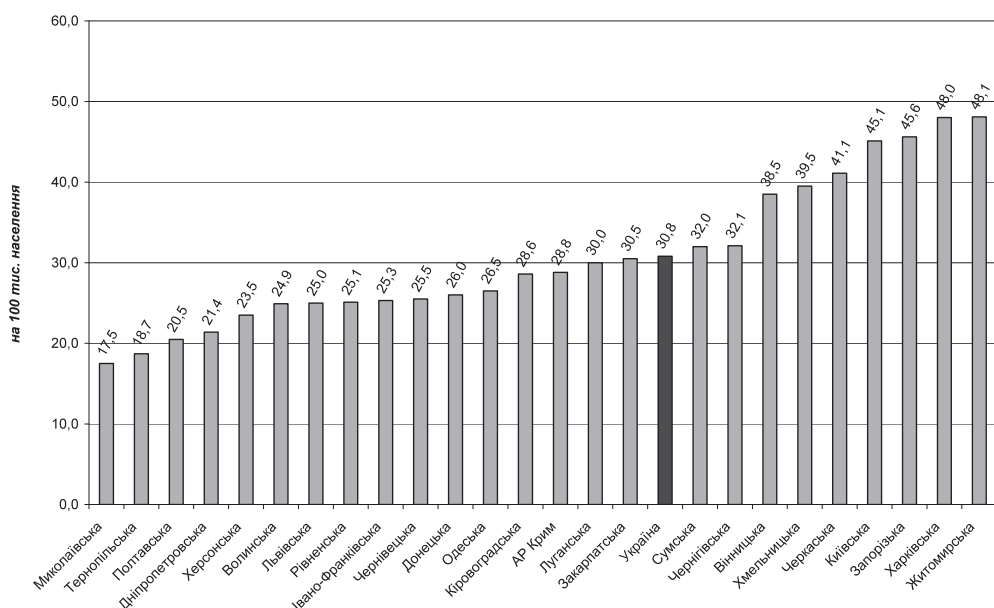


Рис. 6. Захворюваність на розлади психотичного характеру у мешканців села в регіонах України у 2009 році

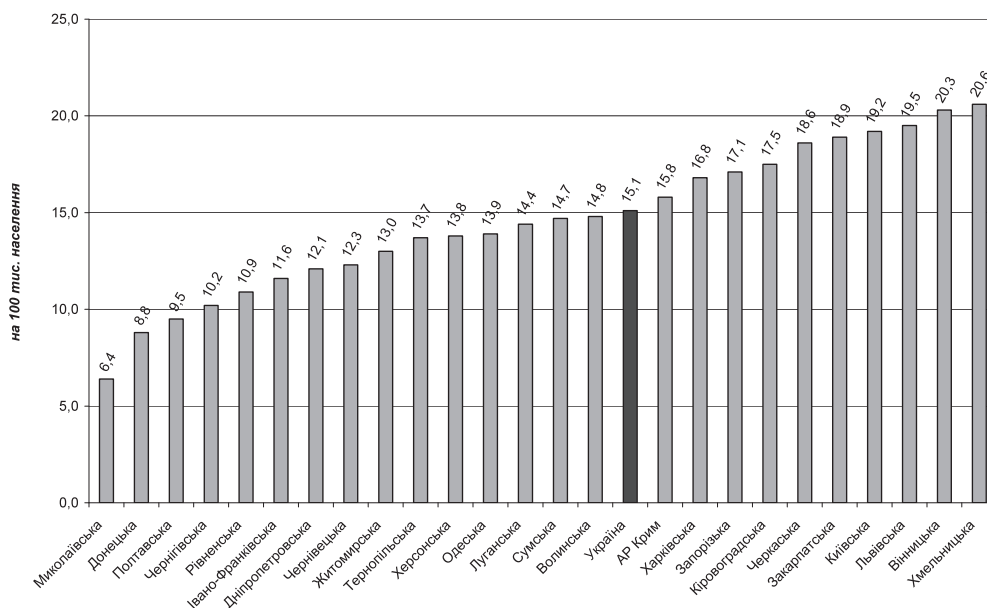


Рис. 7. Захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади у мешканців села в регіонах України у 2009 році

лість у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села в 2009 році склала 14,86% (або 30,04 на 100 тис. сільського населення).

У 12 областях перевищено середній показник захворюваності на розумову відсталість, зокрема найвищим цей показник був у Херсонській (52,2), Запорізькій (50,1) та Хмельницькій (44,8 на 100 тис. сільського населення) областях. Відповідно найнижчі показники мали місце у Тернопільській (19,3), Донецькій (18,5) областях та в АР Крим (18,1 на 100 тис. сільського населення) (рисунк 8).

Аналіз поширеності психічних та поведінкових

розладів у мешканців села свідчить про те, що на кінець 2009 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебували 367623 особи з різними формами цієї патології, або 2 512,5 на 100 тис. сільського населення.

Найбільш високі інтенсивні показники поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села в 2009 році зареєстровані у Херсонській (3226,6), Одеській (3051,3), Івано-Франківській (2947,2 на 100 тис. сільського населення) областях. Відносно низькі показники поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села виявлено в АР Крим (1999,3),

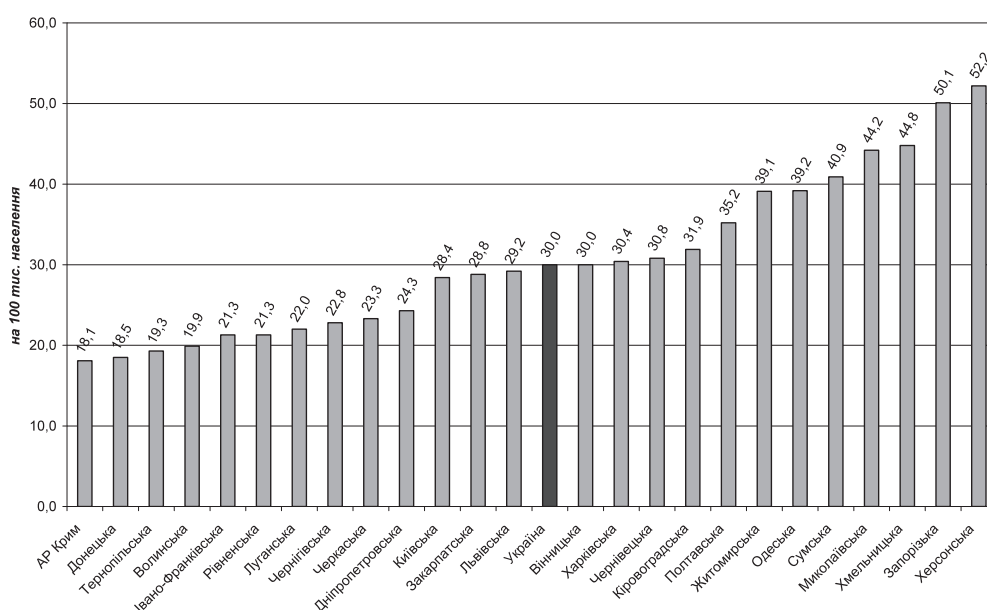


Рис. 8. Захворюваність на розумову відсталість в у мешканців села в регіонах України в 2009 році

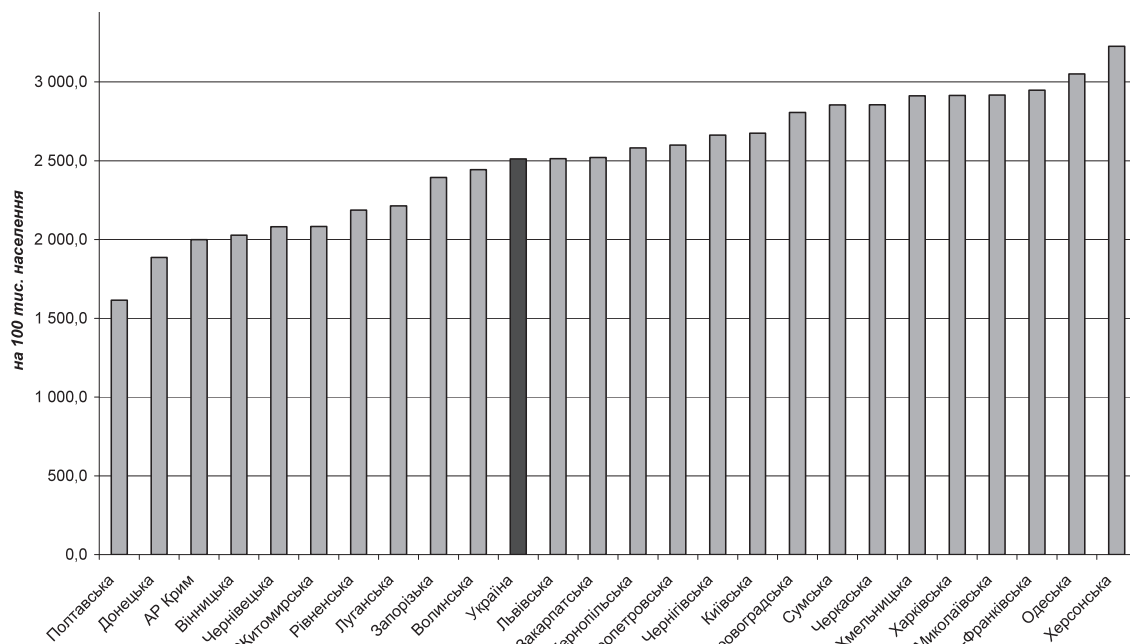


Рис. 9. Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців села в регіонах України у 2009 році

Донецькій (1886,2) та Полтавській (1614,5 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунок 9).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села у 2009 році займали неспихотичні психічні розлади - 41,3% (1037,78 на 100 тис. сільського населення).

Аналіз показників в регіонах України свідчить про перевищення середньо українського показника в 10 регіонах, зокрема найвищі показники зафіксовано в Івано-Франківській (1422,9), Херсонській (1362,4) та Хмельницькій (1319,4 на 100 тис. сільського населення) областях.

Мінімальні показники поширеності неспихотичних психічних розладів виявлено в Рівненській (754,0), Полтавській (665,0) та Запорізькій (622,3 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунок 10).

Друге місце в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села у 2009 році займала розумова відсталість (35,60%).

Аналіз показників поширеності на розумову відсталість в регіонах свідчить про те, що максимальними у 2009 році ці показники спостерігалися у Одеській (1439,9), Миколаївській (1369,0 на 100 тис. сільського населення) та Херсонській (1356,3 на 100 тис. сільського населення) областях.

Найнижчі показники поширеності на розумову відсталість зареєстровано у Полтавській (601,1), Житомирській (565,5 на 100 тис. сільського населення) та Донецькій (477,5 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунок 11).

Третє місце в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села склали розлади

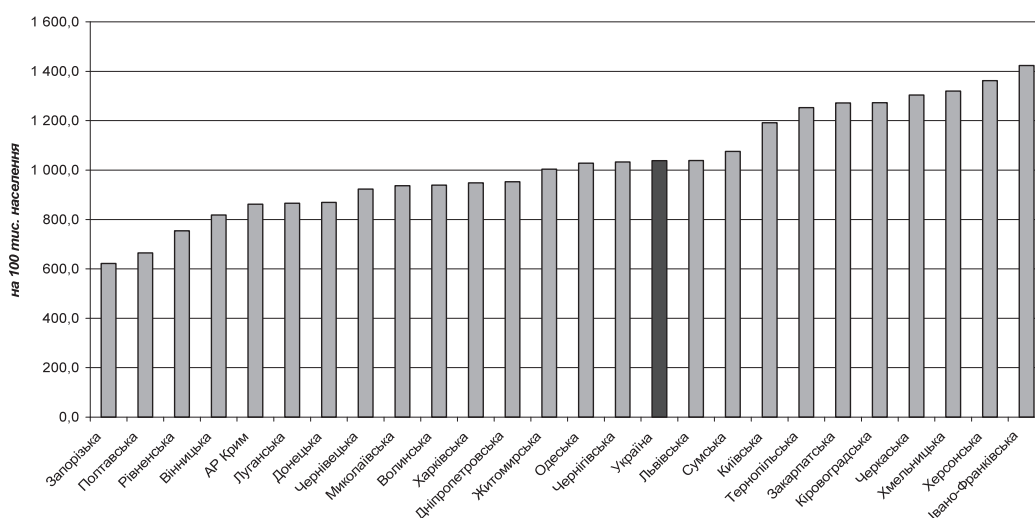


Рис. 10. Поширеність неспихотичних психічних розладів у мешканців села в регіонах України у 2009 році

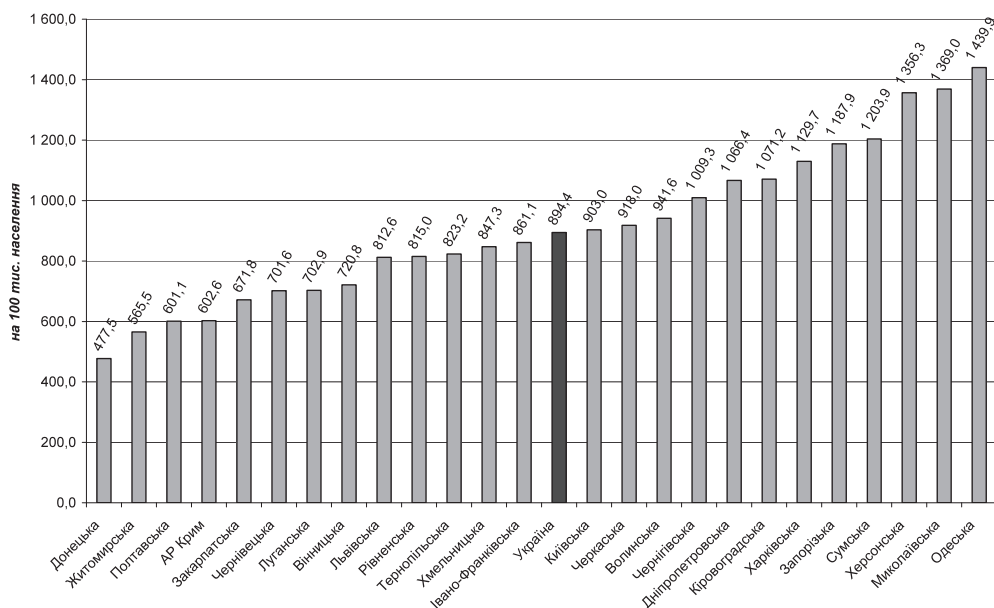


Рис. 11. Поширеність розумової відсталості у мешканців села в регіонах України у 2009 році

психотичного характеру (23,1%), або 580,31 на 100 тис. сільського населення).

Найбільш високі інтенсивні показники поширеності розладів психіки та поведінки психотичного характеру у мешканців села реєструвалися в Харківській (836,9), Хмельницькій (745,6) та Івано-Франківській (663,3 на 100 тис. сільського населення) областях.

Найнижчі показники поширеності розладів психіки та поведінки психотичного характеру спостерігались у Кіровоградській (463,3), Чернівецькій (456,7) та Полтавській (348,4 на 100 тис. сільського населення) областях (рисунк 12).

Проведений аналіз статистичних показників дозволив виявити основні особливості розладів психіки та поведінки у мешканців села у 2009 році, а саме:

1. Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села склав 202,11 на 100 тис. сільського населення. Найвищий показник захворюваності зареєстровано в Житомирській (378,7 на 100 тис. сільського населення) області, найнижчий – у Волинській (137,9 на 100 тис. сільського населення) області.

2. Показник поширеності на розлади психіки та поведінки у 2009 році у мешканців села склав 2512,5 на 100 тис. сільського населення. Найвищий показник захворюваності зафіксовано в Херсонській (3226,6 на 100 тис. сільського населення) області, найнижчий – в Полтавській (1614,5 на 100 тис. сільського населення) області.

3. В структурі зареєстрованої захворюваності у мешканців села переважали психічні розлади неpsychотичного характеру, які складали 69,91% (або 141,3 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів; розлади психотичного характеру - 15,23% (30,78 на 100 тис. сільського населення); розумова відсталість – 14,86 (30,04 на 100

тис. сільського населення).

4. Питома вага захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади в структурі зареєстрованої захворюваності складала 25,06%. Найвищий показник зареєстровано у Житомирській (136,9 на 100 тис. сільського населення), найнижчий у Херсонській (15,2 на 100 тис. сільського населення) області.

5. Показник захворюваності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки, складав 50,7 на 100 тис. сільського населення. Максимальним цей показник був у Київській (91,9) області, мінімальним у Волинській (25,8 на 100 тис. сільського населення) області.

6. Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців села склали неpsychотичні психічні розлади – 41,3% (1037,78 на 100 тис. сільського населення), розумова відсталість – 35,6% (894,42 на 100 тис. сільського населення), розлади психотичного характеру складали 23,1% (580,31 на 100 тис. сільського населення).

7. Виявлені значні коливання показників захворюваності та поширеності у мешканців села в регіонах України надають можливість говорити про культуральні особливості організації надання медичної допомоги сільському населенню.

8. Значна питома вага в структурі показників як захворюваності так і поширеності у мешканців села непсихотичних психічних розладів свідчить про значне переважання психологічних і соціально-детермінованих чинників у походженні психічних розладів та потребує вжиття відповідних організаційних заходів щодо оптимізації системи надання допомоги і профілактики розладів психічного здоров'я сільського населення України.

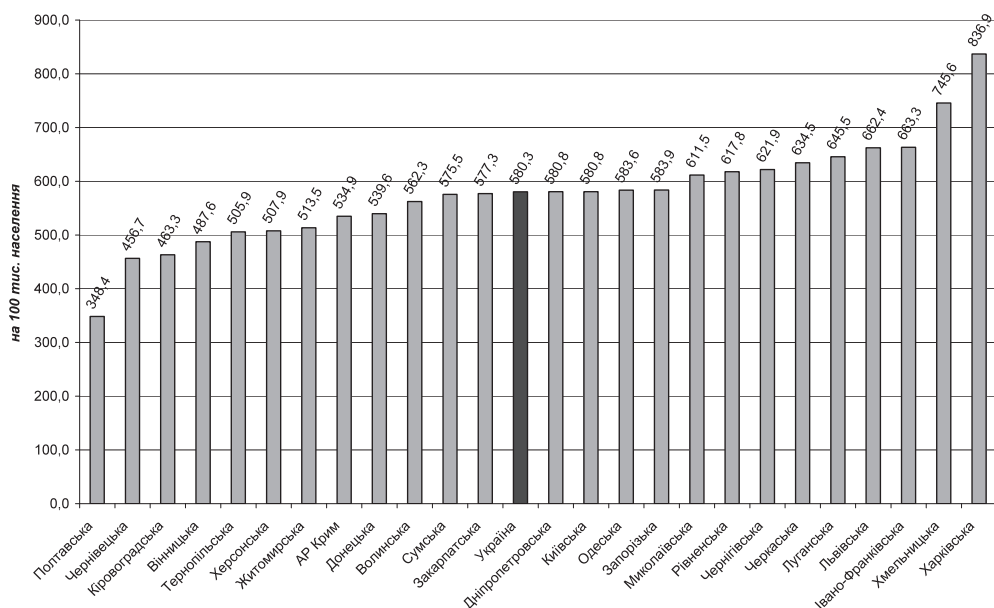


Рис. 12. Поширеність психотичних психічних розладів у мешканців села в регіонах України у 2009 році

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Весь мир, 2002. – 215 с.
2. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: "Системы здравоохранения – здоровье – благосостоя-

ние", Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет, 2009. – 84 с.

3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009 рік. Збірник МОЗ. – Київ. – 2010 р.

4. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр. – Харків: Арсіс, 2010. – 160 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 2009 ГОДУ

Е.Н.Зинченко

В статье представлен анализ статистических показателей, которые определяют состояние психического здоровья сельского населения Украины в 2009 году

Выявлены основные особенности заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств у сельского населения в регионах Украины

Ключевые слова: психические расстройства, заболеваемость, распространенность, сельские жители, психиатрическая помощь

PSYCHICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG VILLAGE CITIZENS OF UKRAINE IN 2009

Y.N. Zynchenko

Analysis of statistic data which determine the psychical health state of village citizens of Ukraine in 2009 are presented in this article.

Basic particularities of morbidity and prevalence of psychical and behavioral disorders among village citizens in regions of Ukraine has determined

Keywords: psychical disorders, morbidity, prevalence, village citizens, psychiatry help

УДК 316.6

М. О. Голубєва, О.М. Макаренко, В.В. Гоц, О.А. Літус
МОЛОДІ ВЧИТЕЛІ У ЛЕЩАТАХ АДАПТАЦІЙНОГО СТРЕСУ
 ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет
 імені Григорія Сковороди»
 Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Ключові слова: адаптаційний стрес, професійний розвиток вчителів, психологічні умови професійного розвитку вчителів

Актуальність дослідження

Розбудова Української держави на засадах демократії та гуманізму пов'язана зі зміною концептуально-світоглядного ставлення до людини, а саме - поширенням тенденції усвідомлення сутності людини як люди-

ни творця. В першу чергу необхідно розглянути питання розвитку національної освіти, середньо-спеціальної, вищої, що здатна забезпечити загальноосвітню школу освіченими, соціально зрілими і творчо спрямованими вчителями.

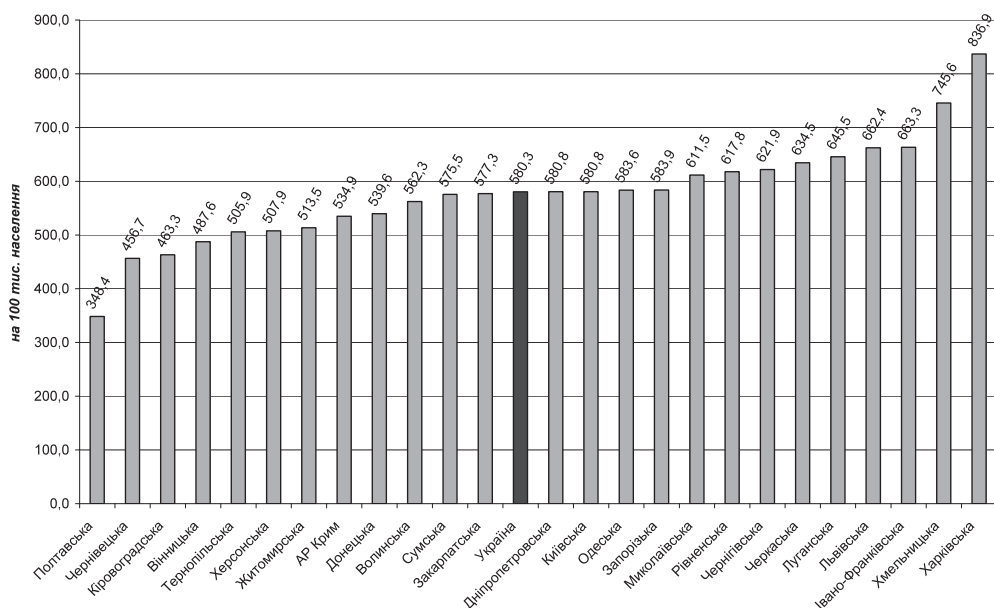


Рис. 12. Поширеність психотичних психічних розладів у мешканців села в регіонах України у 2009 році

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Весь мир, 2002. – 215 с.
2. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: "Системы здравоохранения – здоровье – благосостоя-

ние", Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет, 2009. – 84 с.

3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009 рік. Збірник МОЗ. – Київ. – 2010 р.

4. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр. – Харків: Арсіс, 2010. – 160 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 2009 ГОДУ

Е.Н.Зинченко

В статье представлен анализ статистических показателей, которые определяют состояние психического здоровья сельского населения Украины в 2009 году

Выявлены основные особенности заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств у сельского населения в регионах Украины

Ключевые слова: психические расстройства, заболеваемость, распространенность, сельские жители, психиатрическая помощь

PSYCHICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG VILLAGE CITIZENS OF UKRAINE IN 2009

Y.N. Zynchenko

Analysis of statistic data which determine the psychical health state of village citizens of Ukraine in 2009 are presented in this article.

Basic particularities of morbidity and prevalence of psychical and behavioral disorders among village citizens in regions of Ukraine has determined

Keywords: psychical disorders, morbidity, prevalence, village citizens, psychiatry help

УДК 316.6

М. О. Голубєва, О.М. Макаренко, В.В. Гоц, О.А. Літус
МОЛОДІ ВЧИТЕЛІ У ЛЕЩАТАХ АДАПТАЦІЙНОГО СТРЕСУ
 ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет
 імені Григорія Сковороди»
 Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Ключові слова: адаптаційний стрес, професійний розвиток вчителів, психологічні умови професійного розвитку вчителів

Актуальність дослідження

Розбудова Української держави на засадах демократії та гуманізму пов'язана зі зміною концептуально-світоглядного ставлення до людини, а саме - поширенням тенденції усвідомлення сутності людини як люди-

ни творця. В першу чергу необхідно розглянути питання розвитку національної освіти, середньо-спеціальної, вищої, що здатна забезпечити загальноосвітню школу освіченими, соціально зрілими і творчо спрямованими вчителями.

Провідна роль у здійсненні цих завдань належить вищій школі. Підготовка вчителів у системі педагогічних коледжів, училищ, ВНЗ до роботи з дітьми, озброєння студентів знаннями про психологічні особливості учнів, розробка системи співпраці (вчитель-учень, вчитель-батьки, вчитель-вчитель, вчитель-психолог) надасть можливості вчителю професійно грамотно здійснювати педагогічну діяльність у навчальних закладах.

На сучасному етапі існує багато освітніх технологій засвоєння студентами знань, формування професійного мислення. Велика кількість дисциплін, що пропонуються студентам, мають на меті поглибити знання з певного фахового предмету. Тобто, готують передусім вчителя - предметника, а на психологічну підготовку виділяється невелика кількість годин. Недосконаліми в цьому плані є сучасні навчальні програми та посібники з психології, педагогіки. Виходячи з цього, ми можемо констатувати, що молодий вчитель, учорашній студент, переступивши поріг середньої школи, свого першого робочого місця, потрапляє в умови, до яких був не підготовлений.

Аналіз останніх публікацій

Кожна психологічно зріла людина готується до вибору професії та оволодіння певною трудовою діяльністю. Сам термін "готовність до праці" говорить про її важливе значення у житті дорослої людини. Психологія формування готовності до професійної праці плідно вивчалася українськими дослідниками (Г. О. Башт, Г. С. Костюк, Е. О. Мілерян та інші)[3; 20]. Вони прийшли до висновку, що основою професійної готовності виступає комплексна психологічна якість - готовність до діяльності певного типу. Питання професійної діяльності вчителя стало предметом багатьох фундаментальних досліджень. У вітчизняній та зарубіжній педагогічній психології детально розроблені питання методології та методів дослідження проблеми, що цікавить нас (О. О. Григор'єва, Н. В. Кузьміна), процесу формування професійних якостей учителя (Ф. М. Гоноволін, В. О. Сластьонін), професійної адаптації молодого вчителя (Л. М. Лесохіна, О. Г. Мороз, В. Г. Оношкін, Г. С. Полякова та інші).

Значна увага зосереджена на вивченні процесу професійного становлення майбутнього вчителя, організації психологічної підготовки до педагогічної праці в умовах навчального закладу. У зв'язку з цим є цікавими спеціальні дослідження питання формування у вчителів професійної готовності до педагогічної діяльності, до окремих аспектів педагогічної діяльності - роботи класного керівника, (О. І. Пенькова), сільського вчителя (Е. Г. Шайн), виховної роботи (А. М. Зарукіна, В. М. Ковальова, Т. М. Куріленко), інноваційної діяльності тощо.

Професійна адаптація є підсистемою такої більш широкої системи як соціальна адаптація людини. Більшість досліджень проблеми професійної адаптації молодого фахівця, виконаних як в нашій країні, так і за кордоном, носять вузько соціологічний характер (Н. П.

Будякіна, Н. Г. Колизаєва, І. О. Мілославова, Л. М. Растова, А. Бандура (А. Bandura), Р. Лазарус (L. Lazarus) та ін). При такому підході втрачаються психологічні аспекти професійної адаптації. Відзначаючи необхідність системно-номінативного підходу до вивчення проблеми професійної адаптації молодого вчителя, слід визнати, що цей підхід повинен інтегрувати досягнення комплексу наукових дисциплін.

Виклад основного матеріалу дослідження

У широкому колі професій є такі, у яких роль адаптації особливо вагома. Це значною мірою стосується діяльності вчителя, результати якої вимірюються опосередковано, через ті дії вихованців, що відбуваються після завершення навчання у школі. Чим повніше відбувається професійна адаптація вчителя, що тільки входить у процесію, за її змістом і формами, тим швидше формується його педагогічна майстерність і вміння, тим повніше його віддача і позитивний вплив на особистість, що формується [4; 5]. Чим менше педагог приділяє уваги своїм власним проблемам, переживанням стосовно адаптації до нових умов, тим більше він приділяє часу спілкуванню з дітьми, їх батьками, колегами [21].

Особливим психічним станом, що розвивається під впливом незвичних умов і важких робочих ситуацій, є стрес. Психологічний стрес - це реакція на особливості взаємодії між особистістю та довкіллям. У більшості випадків - це результат когнітивних процесів, оцінки ситуацій, знання власних можливостей (ресурсів), оптимальний вибір стратегії поведінки. Інтенсивність стресових реакцій залежить від деяких особистісних особливостей суб'єкта (рівень емоційності) [2;11;19].

Стреси - явище неоднорідне, як будь-який реальний процес. Дослідження відомого канадського вченого фізіолога Ганса Сель'є визначили, що певна ступінь розвитку стресу може бути навіть корисною, оскільки відіграє мобілізуючу роль і сприяє пристосуванню людини до довкілля. Але якщо стрес дуже сильний і триває протягом тривалого часу, то він перенавантажує адаптаційні можливості людини та призводить до психологічних і фізіологічних розладів в організмі. Г. Сель'є виділяє три основні стадії розвитку стресу.

Отже, фізіологічна концепція стресу полягає в тому, що при впливі найрізноманітніших факторів, організм генералізованою (системною) реакцією змінює загальну неспецифічну опірність (резистентність) організму до будь-яких сильно діючих факторів незалежно від їхньої специфічної природи [34].

Такі реакції відбуваються за механізмом загального адаптаційного синдрому (ЗАС), у якому розрізняються три фази:

1. фаза тривоги або мобілізації;
2. фаза опірності або резистентності;
3. фаза виснаження.

У всіх трьох фазах ЗАС беруть участь ті самі структури, серед яких особливе місце посідає тиміколімфатичній системі й корі надниркових залоз. Для ЗАС характерні клінічні прояви, які Сел'є називає тріадою:

1) гіпертрофія надниркових залоз, що супроводжується морфологічними й функціональними ознаками посилення активності кори надниркових залоз; 2) атрофія тиміколімфатичної системи, 3) крововиливи й виразки в шлунково-кишковому тракті.

Травмуючий вплив стресорів може наступити вже в першій фазі в результаті надзвичайної їхньої інтенсивності, частіше ж він має місце у третій фазі, коли стресори не досягають летальної інтенсивності, але діють тривалий час. При цьому організм на якийсь період досягає рівня функціонування достатнього для опору стресорові, але не здатний підтримувати такий рівень довго. Фаза виснаження, за думкою Сел'є, характеризує зниження загального рівня резистентності. Якщо дія стресора не є надмірною за інтенсивністю й (або) не настільки тривалою, тобто сумісна з можливостями організму, фаза тривоги змінюється фазою резистентності, інакше кажучи, настає адаптація до стресору, рівень адаптованості підвищується, а фаза виснаження не настає [6].

У фазі виснаження через низьку резистентність організму створюються сприятливі передумови для розвитку цілого ряду й інших захворювань. З'явився навіть спеціальний термін «хвороби адаптації». Причому ґрунт для «хвороб адаптації» можуть «підготувати» безліч найрізноманітніших стресорів. Сел'є, вказуючи на недосконалість механізму ЗАС, підкреслює, що здатність агента викликати захворювання обумовлюється різноманітними обставинами, багато з яких пов'язані із секрецією «адаптивних гормонів».

Захворювання, при яких неадекватність синдрому адаптації має більше значення, ніж специфічні ефекти патогенного агента, відносяться ним переважно до «хвороб адаптації» [5]. У групу «хвороб адаптації» Сел'є та його прихильники включають гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу, хворобу серцево-судинної системи, атеросклероз, ревматичні захворювання, шизофренію, рак, шок, статеві розлади. Як бачимо, більшість названих хвороб одночасно належать до числа «хвороб століття» [8; 9; 10].

У людини з її високорозвиненою нервовою системою емоційні подразники - практично найчастіший стресор. Особливо це характерно для нашого часу. Тому справедлива думка Дж. Мейсона, який вважає «спільним знаменником» усіх стресорів активацію фізіологічного апарата, відповідального за емоційне порушення, що виникає з появою загрозливих або несприятливих факторів (дистресорів - за термінологією Г. Сел'є) у життєвій ситуації, взятої в цілому. У цілому ж ситуація, у якій найчастіше опиняється людина, особливо під час навчання або на виробництві, така, що він майже постійно перебуває в стані тривоги, тобто першої фази адаптаційного синдрому [24]. Нерідко фаза тривоги розвивається на тлі виснаження від попереднього стресора. Ця обставина слугувала навіть приводом до висунування теорії «соціальної дезадаптації». На думку одного з засновників цієї теорії, П. Делора, хвороба є результатом порушення пристосування

людини до оточуючого його абіотичного та соціального середовища. При цьому основну причину «соціальної дезадаптації» він убачає в диспропорції, невідповідності сучасних умов життя людини умовам її формування як біологічного виду.

В повсякденному житті ми найчастіше стикаємося з різним ступенем психічної напруженості. Стан напруженості варто відрізнити від стану напруги. За терміном «напруга» ми зберігаємо традиційне як для психології, так і для фізіології розуміння стану підвищеного функціонування організму. Психофізіологічна напруга сил, навіть близька до граничної, тим не менш може бути звичною для людини. У тому випадку, коли ситуація нова, потрібно її «освоєння», адаптація до неї, стан варто називати напруженістю. Тому стан стресу й напруженості з боку динаміки їх психічного й фізіологічного забезпечення - це явища, що відрізняються один від одного ступенем виразності, прояву. Звідси має певний сенс підрозділяти психічний стан на «психічну напругу» при адекватних обставині відповідних реакцій, і на «психічну напруженість» при неадекватних реакціях, тобто реакціях, пов'язаних з адаптацією [5].

Чіткого розмежування понять «психологічний стрес» і «психічна напруженість» дослідники не наводять. Більш того, переважна більшість цих понять вживають як синоніми, що характеризують особливості психічних станів у складних умовах діяльності.

Різні дослідники терміном «емоційний стрес» позначають різні стани організму й особистості: від станів, що знаходяться у межах фізіологічних і психологічних меж психоемоційної напруги, до станів на грані патології, психічної дезадаптації й що розвиваються як наслідок тривалої або повторної емоційної напруги [15].

Виділення категорії «емоційний стрес» і протиставлення її якоюсь мірою тому поняттю «стрес», що, за концепцією Г. Сел'є, визначається як загальний адаптаційний синдром, було, безумовно, прогресивним явищем. Введення цього поняття визначило той об'єктивний критерій, що дозволяє узагальнювати величезну розмаїтість зовнішніх впливів, орієнтованих на людину з однієї позиції, а саме з позиції їхньої психологічної сутності для даного індивіда. Тим самим, виділяється первинний пусковий (причинний) фактор, що визначає наступний розвиток емоційних реакцій. Ним є психологічний стан, що виникає в даного індивіда у відповідь на вплив. Тому поряд з терміном «емоційний стрес» використається й термін «психологічний стрес» [22; 16].

Г. Н. Касиль, М. Н. Русалова, Л. А. Китаєв-Смик і деякі інші дослідники під емоційним стресом розуміють широке коло змін психічних і поведінкових проявів, що супроводжуються вираженими неспецифічними змінами біохімічних, електрофізіологічних показників й інших реакцій [13]. Ю. Л. Александровський з емоційним стресом пов'язує напругу бар'єра психічної адаптації, а патологічні наслідки емоційного стресу - з його проривом [1]. Р. Лазарус характеризує психологічний стрес як обумовлене «загрозою» емоційне пере-

живання, що впливає на здатність людини досить ефективно здійснювати свою діяльність [15]. У такому контексті між емоцією (негативною за своєю модальністю) і емоційним стресом немає істотного розходження, оскільки як визначальний фактор розглядається вплив емоційної напруги на діяльність індивіда. У психології це становить традиційну й досить докладно вивчену проблему про вплив емоцій на мотиваційно-поведінкові реакції.

У медицині основний акцент в оцінці сутності емоційного стресу робиться не на початкових станах, а на кінцевих фазах емоційно-стресового процесу, що є патогенетичною основою багатьох захворювань.

Як уважає А. В. Вальдман із співавторами, у явищі емоційного стресу варто розрізняти:

а) комплекс безпосередніх психологічних реакцій, що у загальній формі можна визначити як процес сприйняття й переробки особистісно значимої для даного індивіда інформації, що міститься в сигналі (впливі, ситуації) і суб'єктивно сприйманої як емоційно-негативна (сигнал «загрози», стан дискомфорту, усвідомлення конфлікту й т.д.);

б) процес психологічної адаптації до емоційно-негативного суб'єктивного стану;

в) стан психічної дезадаптації, обумовленої емоційними для даної особистості сигналами, внаслідок порушення функціональних можливостей системи психічної дезадаптації, що веде до порушення регуляції її поведінкової активності суб'єкта [16].

Кожен із цих трьох станів (вони принципово зближаються із загальними фазами розвитку стресу, але оцінюються за психологічним, а не соматичним проявом) супроводжується, на думку авторів, широким комплексом психофізіологічних зрушень в організмі. Вегетативні, симптоматико-адреналові й ендокринні кореляти виявляються при будь-якій емоції або емоційній напрузі (як позитивній, так і негативній) у періоді психологічної адаптації до стрес-впливу й у фазі психічної дезадаптації. Тому за перерахуванням комплексом реакцій диференціювати певну емоцію від емоційного (психологічного) стресу, а останній від фізіологічного стресу поки не можливо.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що поняття «стрес» з моменту своєї появи перетерпіло значні зміни, пов'язані як з розширенням сфери його застосування, так, головним чином, і з фундаментальним вивченням різних аспектів цієї проблеми - причинності, регуляції, детермінації, прояву, подолання стресу. Поняття «стрес» застосовується не завжди обґрунтовано, іноді ним підмінюються інші близькі (але не завжди) за змістом терміни, -наприклад, досить часто будь-яку емоційну напругу називають стресом. Неоднозначність розуміння стресу приводить до розходжень у поглядах на сутність тих або інших психічних явищ, розбіжності трактувань досліджуваних феноменів, суперечливості отриманих даних, відсутності строгих критеріїв при їхній інтерпретації, використанню неадекватних методичних прийомів дослідження й т.д.

Логіка вивчення проблеми й розширення сфери прояву стресових станів обумовлюють необхідність подальшого розвитку понятійного апарату в цій області, диференціації й чіткій ієрархії основних понять. Про це свідчить той факт, що поряд з поняттям «психологічний стрес», що, як відзначено вище, деякими розглядається як синонім «емоційного стресу», все частіше використовується диференціювання цього виду стресу в поняттях «професійний», «інформаційний», «операціональний», «посттравматичний», «тривалий» і т.д.[5; 6; 25].

Саме тривалий стрес розвивається у представників педагогічної професії, а це викликає низку субсиндромів, таких як когнітивний, афективний, поведінковий [12]. Спробуємо дати характеристику професійним проблемам молодого вчителя та соціально - психологічним умовам праці сучасного педагога [10].

На сучасному етапі життя школи найсуттєвішою проблемою є кадрова проблема. Як і чим привабити до школи молодих педагогів? Чому старіє наша школа? Тендерна ситуація настільки катастрофічна, що відсоток вчителів-чоловіків, котрі працюють більше п'яти років у школі, не перевищує десяти відсотків загальної кількості педагогів [23].

Чому ж не йдуть до школи чоловіки-вчителі? Не йдуть не тільки тому, що педагогічна робота не престижна та низькооплачувана. Причина інша - молоді спеціалісти не бачать можливості для професійного зростання, відмовляються від педагогічної діяльності, бо не бажають залишатися другорядними співробітниками все життя. Вони шукають роботу, яка б приносила не тільки матеріальне задоволення, але і дозволяла відкрити власні таланти. Дуже важливо враховувати особисті інтереси працівника. Не можна ігнорувати ці природні процеси [17]. Це один із перших конфліктів, що виникає у молодого спеціаліста під час працевлаштування.

З чим стикається молодий вчитель, переступивши поріг школи? Вочевидь, що молодий спеціаліст, має набагато менше досвіду, ніж його колеги, котрі працюють в школі не перший рік або десятиріччя. Молодому фахівцю не вистачає знань з предмету, методики викладання, психології, навичок контакту з учнями, всього того, що педагогічна спільнота називає професіоналізмом [18]. Теоретично нормальною була б ситуація, при якій старше покоління професіоналів поступово передавало б накопичений досвід молодим. Але теорія не завжди стикається з практикою. Набагато частіше можна почути: "Чому вас тільки в інститутах вчать?" або "Ви навіть цього не знаєте?" Що можуть дати такі промови, таке «доброзичливе» спілкування? Тільки відчуття професійної непридатності. В більшості випадків випускник ВНЗ буває більш компетентним в сучасній теорії, ніж колега, котрий закінчив інститут 20-30 років тому. Але питання психолого-педагогічної та методичної підготовки іноді не настільки суттєві у порівнянні з фактором стосунків між колегами. Молодий вчитель -принципово не та людина з

точки зору колег. Лише за умови особистісного контакту та емоційно комфортного спілкування можлива співпраця [12].

Про це не говорять в голос, але демографічна ситуація в школі така, що основний відсоток тих, хто працює в школі - це жінки пенсійного чи передпенсійного віку, занурені в свої проблеми. Цікаві, творчі вчителі зустрічаються, їх не мало, але скільки їх на одну середню школу? Один або два, всі інші - це маса спеціалістів, котрих звільнити не можна, бо нікому буде працювати. Накопичується агресія, незадоволення життям, а інколи й погано прихована заздрість - все це виплескується на молодого вчителя.

Ще один латентний конфлікт вимальовується у стосунках із учнями [14]. Нового вчителя учні та учениці завжди влаштовують випробування, намагаючись знайти слабкі місця. Для молодого вчителя, який не розуміє, що його перевіряють, ситуація виглядає, як повністю непередбачувана та вимагає негайної реакції. Взагалі, сама суттєва проблема молодого педагога в перші роки роботи - це не вміння "втримати клас". Для того, щоб тридцять осіб протягом сорока п'яти хвилин уроку були "під владою" вчителя, щоб їхня енергія була спрямована в позитивне русло необхідно мати й миттєву реакцію, і вміти своєчасно розслабити колектив учнів і своєчасно залучити до роботи, і одночасно створити атмосферу невимушеного спілкування та довіри. Це звичайно - "гра одного актора", але без неї вчителя-професіонала не може бути. Вчитель працює в школі та вдома. Повертаючись додому, він сідає працювати: перевірка зошитів, пошуки нових цікавих задач, читання великих літературних творів, складання індивідуальних завдань та багато іншої поточної роботи. Все це - прірва часу, і як показує практика, в перший рік вчитель, що старанно працює, не має вільної хвилини. Цей час можна було б присвятити родині, вихованню власних дітей. За статистикою більшість сімейних негараздів, проблем особистісного характеру виникає саме в перші роки професійної педагогічної діяльності [8; 9].

І взагалі, перед приходом до школи у будь-якої молодшої людини було своє власне життя - друзі, знайомі, своє коло спілкування. Це оточення не розуміє - навіщо йти працювати в школу? Або не знайшов більш привабливого місця роботи, або не потрібні гроші (що на сьогодні дуже дивно), або ця молода людина просто з глузду з'їхала (як з сьогоднішніми дітьми можна працювати?). Пов'язується цей стереотип із занадто заниженим соціальним статусом вчителя. Зрозуміло, що одномоментно підняти престиж професії учителя, почати платити адекватну потребам зарплату неможливо - це питання часу і багатьох реформ. Але створити емоційно сприятливу, доброзичливу атмосферу в школі цілком можливо [3].

Наступним латентним конфліктом, який не можна залишати без уваги, є стосунки з батьками учнів. Вчителю, який перший рік працює в школі, отримати класне керівництво - це справжнє скупчення стресогенних

чинників [7; 9]! Дуже рідко батьки виявляються мудримі та тактовними, дають можливість розвиватися вчителю у руслі спокійного професійного життя. Зрозумілі їхні переживання за долі дітей (досвідчений вчитель однозначно навчить краще), але від цього не легше. Зрозуміло, що зпрацьовує віковий бар'єр - не кожен може вислухати поради недосвідченої молодшої людини, котрій трохи більше двадцяти років. З батьками взагалі дуже складно спілкуватися, тому що вони все знають про своїх дітей і стовідсотково впевнені, як і чому їх треба вчити, як виховувати. Щось заперечити конкретно з боку молодого вчителя при такому підході дуже складно. А як результат - глибокі переживання, порушення сну молодого вчителя тощо. Якщо на сторону молодого педагога не стає адміністрація, то протистояти батьківському тиску дуже складно.

Не менш суттєвою проблемою є заповнення шкільної документації. Молодий вчитель практично потопав в документації: він або не виконує і не здає, або виконує і здає, але не те, що треба і не своєчасно. Все це викликає негативні емоції з боку керівництва школи. Це є проблемою інформаційно - адміністративної культури завуча, школи та молодого спеціаліста. Новому співробітнику потрібно дати в руки папірець з конкретними записами: що, в якій термін і кому необхідно здати, уникнувши тим самим ще одного стресогенного фактору, якими занадто насичене життя молодого спеціаліста [20].

Стосовно педагогічної діяльності стан напруженості розглядається, як пов'язаний із ситуаціями ускладнень, труднощів (Деркач А. А., Кузьміна Н. В.). Так, Н. В. Кузьміна вказує, що стан напруженості, незадоволеності залежить від зовнішніх чинників діяльності, які нав'язуються вчителю, а також від непередбачуваності його до діяльності в певних умовах. А. К. Маркова використовує замість терміна "труднощі" термін "ускладнення" і визначає їх як стани зупинки, перерви в діяльності, що суб'єктивно сприймаються людиною як переживання зіткнень з перешкодою, через яку стає неможливим перехід до наступної ланки діяльності.

Достатньо поширеним у психології є погляд на напружені ситуації як на ті, що призводять до фрустрації, оскільки вони блокують шлях до задоволення актуальної потреби. Поведінку індивіда у таких ситуаціях називають фрустраційною. Така поведінка частіше розглядається як активність, за якої втрачається повноцінний свідомий контроль з боку індивіда. У нашому дослідженні значна увага буде приділятися поведінці педагогів саме у фрустраційних ситуаціях діяльності. Важливим питанням є, які ж саме ситуації розглядаються вчителями як напружені та фруструючі.

Першу позицію посідають ситуації, що виникають у системі "вчитель-учень". Найчастіше вони пов'язані з порушеною поведінкою учнів протягом тривалого часу: зухвала поведінка на уроках, постійна відмова від виконання вимог вчителя, вживання ненормативної лексики, психічна неврахованість, а також окремих вчинків дітей (крадіжка, бійка).

Другу позицію посідають ситуації, що виникають у системі стосунків “вчитель-батьки”. Майже завжди вони розгортаються на тлі проблем учителя з дітьми, невирішеність яких втягує в цей динамічний процес батьків, що викликає зсув “епіцентру” проблемної ситуації та її ускладнення.

На третьому місці перебувають проблемні педагогічні ситуації, що торкаються взаємодії вчителя з адміністрацією. Труднощі виникають у педагогів у зв'язку з відсутністю підтримки керівництва школою з приводу значущих питань навчально-виховного процесу, недовірою до діяльності молодого вчителя, частими та несподіваними перевірками.

Наступна категорія проблем стосується взаємодії з колегами, де найчастіше вказуються ситуації, пов'язані з нерозумінням, неприйняттям, критикою з боку інших педагогів, особливо старших, відсутністю очікуваної підтримки з їхнього боку.

Невелику групу склали ситуації, в яких вчитель стоїть перед проблемою морального вибору (пропозиції адміністрації підписати негативну характеристику тощо). Ще існує безліч інших проблем, котрі пов'язані або з професійною самосвідомістю, або проблеми іншого соціально-психологічного характеру.

Психологічний зміст адаптації молодого вчителя розкривається через :

1) виробничі, соціально-психологічні, особистісно-адаптаційні;

2) об'єктивні фактори як характер, умови, режим діяльності, рівень спілкування в колективі та система заходів для самореалізації професійної компетентності молодого фахівця;

3) суб'єктивні фактори почуття задоволення працею, почуття єдності з колективом, усвідомлення своїх професійно значущих якостей, індивідуально-типологічних властивостей, професійної актуалізації [17].

Відомі дослідники М. І. Д'яченко, Л. А. Кандибович виділяють такі структурні компоненти готовності спеціаліста до складних видів діяльності:

- мотиваційний (осмислення своїх потреб, інтересів, вимог суспільства, колективу);
- орієнтаційний (усвідомлення цілей, що забезпечують розв'язання певного завдання, осмислення і оцінка умов, за яких відбуватимуться дії);
- операційний (визначення оптимальних умов розв'язання завдань);
- вольовий (мобілізація сил у відповідності з умовами праці та завданням);
- оцінюючий (оцінка співвідношення рівня власних домагань та співставлення реального досягнутого результату).

Л.В. Кондрашова вважає, що така структура готовності не розкриває всіх змістовних сторін проблеми, оскільки здатність людини до професійно-педагогічних суджень не може розглядатися ізольовано від діяльного ставлення особистості до обраної професії. Вона доповнює вищенаведений перелік компонентів емоційним (вплив емоцій та почуттів на забезпечення

успішного перебігу та результативності діяльності педагога).

Серед сукупності даних компонентів треба визнати особливу значущість дослідження ціннісних орієнтацій, професійних ідеалів, спрямованості особистості (-Т. В. Бутківська, Ю. М. Кулюткін). Професійно-педагогічна спрямованість є особистісним утворенням, яке обумовлює самореалізацію в педагогічній діяльності, забезпечує “злиття” з професією. Досягнення успіху в учительській праці молодого педагога перебуває у прямій залежності від професійного спрямування особистості педагога (В. В. Лісовський).

Складовою частиною загальної характеристики педагогічної діяльності є педагогічні здібності. Вихідним положенням є те, що структура особистості вчителя відображає структуру професійно-педагогічної діяльності. В цьому сенсі викликають інтерес дослідження Н. В. Кузьміної. Так вона визначає здібності як індивідуальні, стійкі властивості особистості, які знаходяться в специфічній чутливості до об'єкта, засобів, умов діяльності і знаходження найбільш продуктивних способів отримання необхідних результатів.

В. А. Крутецький всі педагогічні здібності розбиває на три групи-особистісні, пов'язані із ставленням до дітей, дидактичні, пов'язані з передачею інформації дітям, організаційно-комунікативні, пов'язані з організаційною функцією і спілкуванням. В наукових розвідках Г. О. Балла, обґрунтовується розуміння педагогічного спілкування як різновиду професійного спілкування, через яке відбувається соціально-психологічна взаємодія вчителя з учнем.

В узагальненні суджень учених щодо особистісного рівня готовності студента педагогічного ВНЗ до професійної діяльності, визначають, що підструктура професійно важливих властивостей особистості вчителя зводиться до інтегративних характеристик - спрямованості, знань, здібностей, умінь. Таких особистості не менш важливими для педагогічної діяльності є і теоретична підготовка, і організаторські здібності, і педагогічні уміння та навички.

Всі ці компоненти педагогічної діяльності є обов'язковими в роботі молодого вчителя, вимагають виконання усіх необхідних аспектів роботи, складають безпосередньо сам процес професійної адаптації педагога. А в умовах психологічної невідповідності формується психологічний стрес з перших же тижнів роботи.

Таким чином, необхідно розробити ефективну систему психологічної орієнтації молодого вчителя на професійну діяльність, яка практично забезпечить здійснення неперервного супроводу особистості від моменту виникнення потреби бути вчителем до моменту становлення вчителя-професіонала. Весь цей довгий шлях “старшокласник - студент - молодий вчитель” має проходити під керівництвом кваліфікованих викладачів ВНЗ, психологів, практиків, досвідчених педагогів.

Література

1. Александровский Ю. А. Состояние психологической дезадаптации и их компенсация. - М.: Наука, 1976. - 270 с.
2. Алиев Х. М. Защита от стресса. Как сохранить и реализовать себя в современных условиях. - М.: Мартин, Полина. - 1996. - 240 с.
3. Балл Г. О. Психолого-педагогические основы гуманизации заочной та професійної освіти // Вісник НТУУ "КПІ". Філософія. Психологія. Педагогіка. Випуск 1, 2001.-С.57-69.
4. Бичериков Н. Е. и др. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н.Е. Бичериков, МП. Воронцов, П.Т. Петрюк и др. - Х.: Основа, 1995. - 276 с.
5. Будякина М. П., Русалинова Г.Д. Некоторые аспекты социально-педагогической адаптации новичков на производстве // Социальная психология и социальное планирование - Л.: Изд-во ЛГУ, 1980. - С. 43-58.
6. Гаркави Ю. , Квакша Л. Х. , Уколова Е. Б. Роль адаптационных реакций в патологических процессах и простые критерии этих реакций / Регуляция энергетического обмена и устойчивость организма. - Пуццо, 1975. - С. 172-181.
7. Делор П. Стресс в условиях труда // Иностранная психология. - 1994. - Т. 2.-№1(3).-С. 44-51.
8. Зайчикова Т. В. Деякі аспекта психогігієни професійної діяльності вчителя // Менеджмент та маркетинг: досягнення та перспективи: Матер. IX Всеукр. наук.-практ. Конф. - К.: ІВЦ "Політехніка", 2002. - С. 96-97.
9. Зайчикова Т. В. Эмоциональное выгорание в педагогическом взаимодействии // Теоретические и прикладные проблемы психологии педагогического межличностного взаимодействия: Матер. Междунар. научн.-практ. конф. В 2-х ч. - Мн.: Изд-во БГПУ. Ч.1.- С. 158-160.
10. Зайчикова Т. В. "Професійне вигорання" педагогів - актуальна проблема сучасної школи // Психологія у ХХІ столітті: перспективи розвитку: Матер. VI Костюківських читань, 2003, - Т. 2. - К.: Міленіум, 2003. - С. 238-243.
11. Занковский А. Н. Психическая напряженность как свойство личности // Психическая напряженность в трудовой деятельности - М.: Наука, 1989- с.225-237.
12. Карамушка Л. М. Соціально-психологічний клімат педагогічного колективу: Психологічний довідник вчителя // Психологічна газета. - №5-6. -березень 2004 р. - С. 43-44.
13. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса - М.: Наука, 1983. - 368 с.
14. Кононенко Н. М. Особистість класного керівника і соціально-психологічний клімат в колективах старшокласників // Актуальні проблеми психології. Том.1.: - К.: Ін-т психології ім. Г. Костюка АПН України, 2002, Ч.6.-С. 154-158.
15. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви.- Л.: Медицина, 1970- С. 178-208.
16. Эмоциональный стресс / Под. ред. Л. Леви.-Л.: Медицина, 1970. -328 с.
17. Митина Л. М. Кузьменкова О. В. Психологические особенности внутриличностных противоречий учителя // Вопросы психологии.- 1998. - № 3. -С. 3-6.
18. Митина Л. М. Психология профессионального развития учителя. -М.: 1998. - 158 с.
19. Селье Г. Очерки об общем адаптационном синдроме / Пер. с англ. - М.Медицина, 1960. - 254 с.
20. Серкіс Ж. В. Технологія формування і розвитку організаційної культури закладу середньої освіти // Актуальні проблеми психології. Т. 1. - К.: Ін-т психології ім. Г. Костюка АПН України, 2002- Ч. 6. - С. 140-145.
21. Симонов П. В. Адаптационные функции эмоций // Физиология человека, 1986. - Т. 22, №2. - С. 5-9.
22. Смит Т. Дж. Профессиональный стресс // Человеческий фактор / Под ред. Г. Салвенди. - М.: Мир, 1991. - Т. 2. - С. 356-392.
23. Фролова О. Мотивационная сфера педагогов: ориентиры, потребности и способы их удовлетворения. К.: Академпрогрес. 2006 - № 2. - С. 22.
24. Хочачка П., Семеро Дж. Биохимическая адаптация: Пер. с англ. - М.: Мир, 1988. - 568 с.
25. Davey I. J., Ta/lis R. V., Hodgson Z. P. Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reactions during stress and emotion / L. Levi (Ed.). Society, Stress and Disease. (Vol.1). - 1998. - P. 205-230.

МОЛОДЫЕ УЧИТЕЛЯ В ТИСКАХ АДАПТАЦИОННОГО СТРЕССА

М. А. Голубева, А. Н. Макаренко, В. В. Гоц

В статье рассматривается проблема психологического стресса, который развивается в процессе профессионального становления молодого педагога, определяются психологические условия, необходимые для формирования и развития педагога-профессионала

Ключевые слова: адаптационный стресс, профессиональное развитие учителей, психологические условия профессионального развития учителей

YOUNG TEACHERS UNDER THE ADAPTATION PRESSURE

M.O.Golubeva, O.M. Makarenko, V.V.Gots

The article is dedicated to the psychological stress problems encountered by the young teachers. The authors determine the psychological conditions necessary for the professional teacher development

Keywords: adaptation stress, teacher's professional development, psychological conditions of teacher's professional development

УДК 616.132-007.64:616-001.18:616.89

Е.В. Рыбакова, С.С. Белостоцкая

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ
С РЕТРОГРАДНОЙ ПЕРФУЗИЕЙ В СВЯЗИ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ**ДУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии
им. Н.М. Амосова НАМН Украины», г. Киев**Ключевые слова:** краниocereбральная гипотермия, ретроградная перфузия, расслаивающая аневризма аорты, экспериментально-психологическое исследование**Актуальность проблемы**

Аневризма аорты – это мешковидное выпячивание стенок аорты, возникающее на фоне их патологического изменения. Аневризмы аорты являются одним из тяжелых заболеваний системы кровообращения, имеющих неблагоприятный прогноз при естественном течении в подавляющем большинстве случаев.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, отмечается их рост среди населения. Согласно статистическим данным аневризма аорты занимает 13-е место в структуре смертности населения: около 0,6% женщин и 1,2% мужчин ежегодно умирают от разрыва аорты. В отечественных и зарубежных исследованиях установлено, что фатальное осложнение, например, аневризмы грудной аорты, наступает в течение 3-5 лет с момента постановки диагноза. Наиболее опасные осложнения — расслоение и разрыв аорты, при которых в течение первых двух суток умирают 90% больных. [8]

Повышение уровня безопасности и результативности хирургического лечения аневризм аорты, разработка эффективных технологий, уточнение факторов риска, расширение спектра корригируемой патологии и самое главное поиск путей ранней диагностики данного заболевания - являются современными ориентирами и стимулами развития сосудистой хирургии. [8]

Чрезвычайную сложность также представляет выполнение urgentных операций в условиях искусственного кровообращения, а также с применением краниocereбральной гипотермии. Гипотермия способна снижать интенсивность метаболических процессов и потребность в энергетических субстратах не только в головном мозге, но и в других органах. Использование умеренной гипотермии (28—32°C) позволяет снизить метаболическую активность головного мозга до 60%. Поскольку угнетение метаболизма головного мозга при этом неполное и потребность в метаболитах, хотя и уменьшенная, но сохраняется, следовательно, существует «безопасный» период времени, после которого возникают ишемические изменения. При охлаждении до температуры 18°C «безопасная» продолжительность остановки кровообращения (далее ОК) составляет примерно 30—45 мин. При более глубоком охлаждении продолжительность безопасного периода

ОК увеличивается за счет большего угнетения метаболизма, однако при этом повышается вероятность развития осложнений, не связанных с ишемией мозга. Многие авторы отмечают, что снижение содержания АТФ в головном мозге менее выражено, если при гипотермической ОК используют ретроградную перфузию мозга. Это свидетельствует о развитии меньшей метаболической задолженности при использовании указанной методики. Данные клинических исследований свидетельствуют о том, что применение методики ретроградной перфузии мозга позволило в значительной мере снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений. [2;7]

Следует отметить также, что блестяще технически выполненная операция может не принести больному облегчения и выздоровления, если при этом жестоко ранена психика больного.

Это обусловлено тем, что в отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и послеоперационного). [5;6]

Цель данной работы – определить функционирование как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований – личностных качеств кардиохирургических больных до и после хирургического лечения с использованием краниocereбральной гипотермии с ретроградной перфузией.

Материал и методы

Выбор конкретных методов и способов психологической диагностики базировались на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности. [3;4]

Для подтверждения выявляемых клинических расстройств внимания использовалась методика «числовой квадрат», которая представляет собою набор цифр (от 1 до 40), расположенных в случайном порядке в клетках. Всего в ней 25 чисел, 15 остальных отсутствуют. Испытуемый должен указать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы

до двадцати пяти) отсутствующие цифры. При обработке результатов отмечаются следующие показатели: 1) превышение нормативного (80 – 90 секунд) времени, затраченного на указывание цифр; 2) количество верных ответов. [1]

Для оценки мнестических нарушений использовалась методика запоминания 10 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения. Непосредственно после зачитывания, а также через 10 минут после него предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

Основными методами исследования мышления являлись тесты на классификацию, исключение понятий, выделение существенных признаков, силлогизмы, анализ отношений понятий (анalogии), обобщение, ассоциативный эксперимент. Регистрируются: 1) латентный период; 2) качественные характеристики ответов.

Среди психологических методик, позволяющих оценивать аффективные нарушения, использовались опросник Сердюка для изучения значимости влияния болезни на ту или иную сферу социального статуса пациента; Ленинградский опросник Бехтеревского института (испытуемому предлагается выбрать из каждого из двенадцати разделов не более 3-х утверждений, которые отражают его мнение); шкала HADS (оценка депрессивного состояния и тревожности), а также шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина (состоящая из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию – реактивная или ситуативная тревожность и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности). [1;9]

Основу исследования составляет проспективный анализ данных 52 пациентов с диагнозом аневризматического расширения аорты, которые прошли обследование и хирургическое лечение в Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М.Амосова АМН Украины за период 12 месяцев (с июля 2009г. по июль 2010г. включительно). Среди них 28 пациентов – мужчины, 24 пациента – женщины. Средний возраст в группах составил $43,7 \pm 11,2$ и $46,5 \pm 13,1$ соответственно. Обследование проводилось дважды – при поступлении в стационар и после выполнения хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение

Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других – тревога. При исследовании по методике HADS при поступлении выявлен повышенный уровень тревоги у всех больных, причем у 46 (88,5%) больных обнару-

жен высокий уровень тревоги. Это связано с тяжелым психогенным стрессом, в основе которого лежит боязнь операции, наблюдается постоянное эмоциональное напряжение при учете объективных характеристик опасности. Клиническими признаками тревоги являются напряжение, беспокойство, нервозность, рассеянность, снижение мнестических функций, нарушения сна.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох, в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени.

По сравнению с этапом поступления средние значения уровня тревоги после хирургического лечения несколько снижаются. Снижение уровня послеоперационной тревоги определяется перенесенным операционным стрессом и соответствием или несоответствием ожидаемых и полученных результатов. В 67,3% (35 пациентов) уровень тревоги значительно снижался. Для пациентов была характерна трезвая оценка своего состояния, без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести заболевания.

Лица с умеренно выраженной тревогой, которые трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и возможность появления послеоперационных осложнений, психологически более адекватно реагируют на собственное состояние. [5;6]

Почти у всех больных при поступлении отмечается социальная дезадаптация, которая объясняется депрессивной симптоматикой. Депрессивное состояние различной степени выраженности обнаружено у 32 (61,5%) пациентов. Депрессивная симптоматика больных обусловлена реакцией на заболевание, осознанием опасности для жизни, неопределенностью будущего, изменением социально-активной роли. Клинически эта симптоматика проявляется в виде подавленности, угнетенности, заторможенности движений, или, наоборот, неусидчивости, гиперактивности, суетливости. У многих больных нарушается сон и аппетит, появляются функциональные нарушения различных органов и систем: одышка, чувство нехватки воздуха, боли в области сердца, тахикардия, колебания артериального давления, диспепсические или дизурические расстройства.

Депрессивная симптоматика снижается в послеоперационном периоде. После хирургического лечения депрессивное состояние различной степени выраженности выявлено у 24 (46,2%) пациентов. Снижение уровня депрессивного состояния связано со своевременным психотерапевтическим и психокоррекционным воздействием.

Выводы

1. В группе из 52 пациентов с установленным диагнозом аневризматического расширения аорты у 46 (88,5%) диагностировано различной степени выраженности тревожные состояния, а у 32 (61,5%) – депрессивная симптоматика.

2. В результате оперативного вмешательства с использованием краниocereбральной гипотермии с ретроградной перфузией в 67,3% (35 случаев) уровень тревоги значительно снижался, а 21,2% (11 случаев) характеризовались уменьшением депрессивной симптоматики.

Литература

1. Джекобсон Дж.Л. Секреты психиатрии // Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П.И.Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 2-е изд. – с.19-66, с.97-120, с.485-491.
2. Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002 с.1 с.47-48.
3. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003 – Т.1 с.39-45; с.238-241.
4. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.2 с.229-230.
5. Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая психология 1-е издание – Москва 2005 с. 253-255.
6. Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая психология 2-е издание – Москва 2005 с.249-250.
7. Локишин Л.С., Белов Ю.В., Зацепина Н.Е., Кириллов М.В. Современные методы искусственного кровообращения в хирургии аорты и сердца. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – №1. М: 2008.
8. Сітар Л.Л., Кравченко І.М., Кравченко В.І., Максименко В.Б. та ін. // Гостра розширююча аневризма аорти типу А – проблеми діагностики і організації екстреної допомоги // Серцево-судинна хірургія, випуск 17, К: 2009 с.413-416.
9. Психиатрия: Справочник практического врача / Под. ред. А.Г.Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – с.23-92.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ З РЕТРОГРАДНОЮ ПЕРФУЗІЄЮ У ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ОПЕРАТИВНИМ ЛІКУВАННЯМ РОЗШИРЮЮЧОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ

О.В.Рибаківа, С.С.Білостоцька

В статті розглядається дослідження функціонування окремих сфер психічної діяльності кардіохірургічних хворих до та після хірургічного втручання з використанням краниocereбральної гіпотермії з ретроградною перфузією. Особливу увагу приділено такому емоційному стану як тривога та депресивному синдрому

Ключові слова: краниocereбральна гіпотермія, ретроградна перфузія, розширююча аневризма аорти, експериментально-психологічне дослідження

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROBLEMS OF KRANIOCEREBRAL HYPOTHERMIA WITH RETROGRADE PERFUSION IN CONNECTION WITH THE OPERATIVE TREATMENT OF DEFECTING AORTIC ANEURYSM

O.V.Rybakova, S.S.Bilostotska

In the article is considered the investigation of functioning of the separate spheres of mental activity of cardio surgery patients before and after surgery using craniocerebral hypothermia with retrograde perfusion. Particular attention has paid to such emotional state as anxiety and depressive syndrome

Keywords: craniocerebral hypothermia, retrograde perfusion, defecting aortic aneurysm, experimental psychological research

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89-612.82

І.І. Марценковська

ПОЧУТТЯ ГНІВУ ТА ЙОГО ПОВЕДІНКОВІ ЕКВІВАЛЕНТИ У ДІТЕЙ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Ключові слова: гіперкінетичний розлад, шкільна дезадаптація, почуття гніву, агресивна поведінка, позитивне подолання почуття гніву

Протягом останнього десятиріччя ворожість, жорстокість та насильницькі дії школярів викликають серйозну занепокоєність у США, країнах Західної Європи, Росії та Україні. В одному з досліджень 54,3 % учнів зізналися у скоєнні ними в стані неконтрольованого гніву протягом поточного року щонайменше одного акту насильства [1].

Агресивна поведінка та насильницькі дії є зовнішніми проявами почуття гніву. Така поведінка є суспільно неприйнятною і передбачає покарання: підлітки можуть бути видалені з класу, виключені зі школи, в разі насильницьких дій притягнуті до кримінальної відповідальності. Почуття гніву, що супроводжується агресивною поведінкою свідчить про слабкість волевого контролю [2]. Підлітки, які погано контролюють відчуття гніву і проявляють агресію в стані афекту, демонструють нижчий від однолітків когнітивний рівень, гірші стосунки з однолітками, погану шкільну адаптацію [3].

Дитячі психіатри намагаються розрізнити дисфорії (епізоди злості з агресивною, руйнівною поведінкою), що подекуди кваліфікуються, як складні парціальні напади, імпульсивну поведінку, більш властиву для дітей з ГКР, а також дратівливість і гнівливість, що є еквівалентами грандіозності при манії у дітей з БПР [3 - 4].

На думку М. М. Заваденко і А. С. Петрухіна зі співавторами (1999), емоційна нестабільність та епізоди агресивної, руйнівної поведінки у дітей з ГКР можуть бути пояснені наявністю у них мінімальної мозкової дисфункції [5]. За даними М.М. Заваденко (2005), поширеність ГКР в популяції російських дітей становить 7,6%, тим часом, як у виборці дітей з ММД перевищує понад 46% [6]. С.К. Євтушенко [7] та Л.Р. Зенков [8] продемонстрували наявність взаємозв'язку між гіперактивністю з пароксизмами руйнівної поведінки та особливими клінічними варіантами перебігу епілептичного процесу у дітей (електричним епілептичним статусом сну).

Популяційні дослідження продемонстрували зв'язок між насильством і жорстокістю школярів та ГКР [2, 9]. Результати, отримані на підставі оцінювань вчителів поставили висновки про наявність цих зв'язків під сумнів [10, 11]. Обговорюючи протиріччя між результатами різних досліджень слід мати на увазі, що вчителі могли бути мотивованими не надавати об'ек-

тивні відомості щодо наявності у агресивних школярів симптомів із спектру ГКР. Кваліфікація під час дослідження асоціальних підлітків в якості хворих на ГКР могла стати на заваді бажанню позбутися них.

У Великобританії та США розроблені програми когнітивно - поведінкової терапії для підлітків із агресивною поведінкою та схильністю до насильницьких дій. Їх ефективність є високою. Мультисистемна терапія дозволяє знизити ризик повторних правопорушень на 50 %, проте вартість лікування - близько 20 - 30 тис. \$ за кожний випадок надмірна навіть для економічно розвинених країн [12].

Згідно з одними даними діти з ГКР частіше демонструють агресивну поведінку і мають гірші показники емоційної когніції та соціальної перцепції [9]. Не вдалося довести вплив на агресивну поведінку в школі підлітків з ГКР комп'ютерних ігор і фільмів зі сценами жорстокості та насильства [13]. Учні загальноосвітніх шкіл, які погано контролюють почуття гніву і проявляють агресію в стані афекту мають нижчий когнітивний рівень та гірші стосунки з однолітками [14].

Метою цієї роботи було дослідження ворожості, асоційованої з навчальним процесом, вміння контролювати почуття дратівливості / гніву і тяжкості руйнівної поведінки у дітей з ГКР. Крім того, проводилося вивчення впливу на тяжкість афекту гніву у дітей з ГКР коморбідних ОПЗР та СРП.

При плануванні дослідження ми мали на меті підтвердити припущення стосовно того, що діти з ГКР мають обмежені можливості позитивного подолання почуття гніву і частіше, ніж їх здорові однолітки виражають його з використанням агресивних стратегій поведінки.

Основними симптомами ГКР є імпульсивність і порушення концентраційної функції уваги, які зумовлюють академічну неуспішність, порушення соціальних взаємин з педагогами та однолітками. Діти з порушеннями активності та уваги нерідко акумулюють на собі негативне ставлення та агресію батьків, педагогів, однокласників. Природно припустити, що діти з порушеннями активності й уваги частіше, ніж їхні здорові однолітки переживають почуття гніву, більш вороже налаштовані до школи та навчального процесу, гірше контролюють свої афективні реакції і частіше виражають почуття гніву через агресію та руйнівну поведінку.

У процесі дослідження нами були обстежені 244 учнів загальноосвітньої та спеціальної (для дітей з проблемами шкільної адаптації без розумової відсталості) шкіл Києва. Основну групу склали 45 дітей та підлітків із ГКР (підгрупа А), 104 - із порушеннями активності та/або уваги (підгрупа Б), у яких не виконувалися діагностичні критерії ГКР.

Діти з ГКР (підгрупа А) становили 30,2% основної групи. У підгрупі Б розподіл дітей з різними клінічними варіантами порушень активності та/або уваги був наступним: дітей з переважанням неухважності було 60 (40,3%), гіперактивності та імпульсивності - 26 (17,5%), з порушеннями уваги та активності, що спостерігалися лише в школі чи виключно вдома - 18 (12,8%).

До контрольної групи увійшли 95 учнів без порушень активності та уваги. Підгрупи А, Б та контрольна група були аналогічні за статтю та віком рандомізованих дітей. Критеріями виключення при рандомізації були діти з вказівками в сімейному та особистому анамнезі на епізоди депресії та/чи манії, епілептичні напади.

Патерни дисоціальної, агресивної чи зухвалої поведінки у підлітків аналізували на відповідність діагностичним критеріям МКХ-10 для ОПЗР (F.91.3) та СРП (F. 91.2).

Переживання учнями почуття гніву, досвід його позитивного подолання та наявність агресивних стратегій поведінки, пов'язаних з його екстерналізацією, оцінювалися за допомогою «Багатовимірний список шкільної гнівливості (БВСШГ)» (Multidimensional School Anger Inventor) [15].

Середні показники оціночних категорій БВСШГ в основній та контрольній групах порівнювали за допомогою Т-тестів. Для порівняння показників у дітей основної групи з коморбідними поведінковими розладами та без них використовували тест Манна - Уїтні, між підтипами основної групи - тест Крускала - Уоліса.

Шкала БВСШГ містить 36 пунктів, що оцінюються за 4-бальною шкалою та згруповані в 4 оціночні категорії: індекс досвіду переживання почуття гніву в школі, індекс шкільної ворожості, індекси проявів гніву (позитивного подолання – інтерналізації та вираження через агресію та руйнівну поведінку – екстерналізації).

Для перевірки законів розподілу демографічних характеристик основної та контрольної груп використовували критерії χ^2 та значення Т-тесту.

Хлопчики становили 71,1% (32 з 45) в підгрупі А, 70,2% (73 з 104) в підгрупі Б та 73,7% (70 з 95) у контрольній групі. Не встановлено статистично значущих відмінностей розподілів хлопчиків між групами порівняння ($\chi^2 = 0,63$, $P = 0,4$).

Вік дітей основної групи коливався від 8 до 14 років, контрольної - від 9 до 15 років. Середній вік дітей у підгрупі А становив $10,6 \pm 1,4$, підгрупі Б - $11,2 \pm 1,5$ років, в контрольній групі - $11,1 \pm 1,6$ років. Не встановлено значущих відмінностей між цими трьома

групами.

Групи порівняння не розрізнялися також за рангом народження дітей ($\chi^2 = 2,7$, $P = 0,4$) і демографічними характеристиками батьків. Практично всі родини були соціально адаптивними: більшість батьків рандомізованих дітей отримали вищу чи середню освіту і мали роботу. За цим характеристиками основна та контрольна групи не мали значущих відмінностей.

Встановлено, що за середніми значеннями індексів досвіду переживання почуття гніву в школі та його екстерналізації учні з ГКР істотно не відрізнялися від здорових школярів. Показники індексів шкільної ворожості в основній групі були вищими, ніж у контрольній, а можливості вольового контролю над афектом і позитивного подолання фрустрації і гніву нижчими.

Таким чином, діти з ГКР бувають розлюченими і застосовують руйнівні стратегії вираження почуття гніву не частіше, ніж інші учні, проте, вони гірше, ніж їх здорові однолітки переносять негативний досвід фрустрації на подібні ситуації в майбутньому.

Діти з ГКР відчують більш складності при осмисленні причин і шляхів вирішення ситуацій, що викликали роздратування та гнів. Їм складніше знаходити шляхи уникання таких ситуацій. Це дозволяє говорити про наявність у дітей з ГКР певного дефіциту емоційної та соціально - перцепторної когніції.

Наше дослідження продемонструвало, що ставлення до школи дітей з ГКР зазвичай більш негативне, ніж у здорових дітей. Діти основної групи частіше інтерпретували ті чи інші ситуації в школі, як привід для гніву.

Рівень шкільної ворожості і тяжкості екстерналізації почуття гніву також залежали від віку дітей з ГКР. Учні молодших класів частіше були не спроможні зв'язати негативне ставлення до себе з шкільною неуспішністю. Невеликий досвід соціальних проблем і маленький досвід переживання почуття гніву корелює у них з невисоким рівнем шкільної ворожості.

У підлітковому віці більш тяжка академічна неуспішність і накопичені проблеми у взаєминах з однолітками, вчителями та батьками супроводжуються зростанням ворожості по відношенню до школи та збільшенням ризику вираження гніву через руйнівну поведінку. Оскільки екстерналізація гніву не є суспільно декретованою формою поведінки, більшість дітей з ГКР з віком таки набувають навички подолання спалахів гніву.

Отримані нами дані добре узгоджуються з результатами інших подібних досліджень, в яких вивчали переживання почуття гніву і пов'язану з ним агресію у молодих людей з ГКР [10].

Нами встановлено, що діти молодшого шкільного віку зовні виявляють гнів частіше з батьками, ніж з однолітками, проте не знайдено відмінностей у проявах гніву дітьми з ГКР (підгрупа А), школярами основної групи з іншими порушеннями активності й уваги і їх здоровими однолітками в різних ситуаціях, зокрема в родині та школі.

Література

Рівень ворожості за шкалою БВСШГ в основній групі був значно вищим, ніж у контрольній. Відсутність статистично значущих відмінностей між індексами шкали БВСШГ у різних підтипів ГКР не підтримує іншу гіпотезу про те, що діти з гіперактивністю і імпульсивністю проявляють більше агресії, ніж учні з переважанням неухважності [13].

Ми не виявили значущої варіативності показників вираження почуття гніву у дітей основної групи в залежності від наявності чи відсутності коморбідних розладів поведінки. Це може бути пояснено тим, що діти з ГКР зазвичай недооцінюють симптоми своєї хвороби та занижують свої емоційні, поведінкові та соціальні проблеми [15].

У нашому дослідженні не встановлено суттєвих відмінностей у значеннях індексів БВСШГ у хлопчиків і дівчат. Ці висновки не узгоджуються з результатами іншого дослідження, в якому було встановлено, що хлопчики частіше переживають почуття гніву, проте краще контролюють його зовнішні прояви [13]. Наведене протиріччя може бути зумовлене маленькою кількістю рандомізованих дівчат (помилкою II типу).

Таким чином, для дітей та підлітків із ГКР притаманне більш вороже ставлення до школи та менші можливості вольового контролю над афектом і позитивного подолання фрустрації і гніву. Академічна неуспішність і накопичені проблеми у взаєминах з однолітками, вчителями та батьками супроводжуються збільшенням шкільної ворожості та екстерналізації афекту (ваги асоційованої з ним деструктивної поведінки). Діти з ГКР відчувають більші складнощі при усвідомленні причин виникнення та шляхів вирішення ситуацій, що викликали роздратування та гнів. Їм рідше вдається знаходити шляхи уникнення таких ситуацій та запобігати багаторазовому повторенню патернів дезадаптивної поведінки.

Виявлення у підлітків з порушеннями активності та уваги ворожості по відношенню до школи та обмеженої кількості позитивних стратегій подолання гніву є підставою для віднесення їх до групи цілеспрямованої профілактики антисоціальної поведінки. Шкільні медсестри, педагогічні та клінічні психологи повинні брати участь у виявленні та роботі з дітьми та підлітками з порушеннями активності та уваги, які демонструють проблеми переживання фрустрації та гніву [16].

1. Lamb J. M., Puskar K. R., Sereika S. et al. Anger assessment in rural high school students. // *J. Sch. Nurs.* – 2003. – V. 19. – N. 1. – P. 30-40.
2. Harty S. C., Miller C. J., Newcorn J. H. et al. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger, and hostility. // *Child Psychiatry Hum. Dev.* – 2009. – V. 40. – N. 1. – P. 85 – 97.
3. Weller E. B., Calvert S. M., Weller R. A. Bipolar disorder in children and adolescents: diagnosis and treatment // *Curr. Op. Psychiatry.* – 2003. – V. 16. – P. 401 – 409.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Pediatrics.* – 2000. – V. 105. – P. 1158 – 1170.
5. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Манелис Н. Г. и др. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование //
6. Заваденко Н. Н. Школьная дезадаптация в педиатрической практике // *Лечащий врач.* – 2005. – № 1. – С. 22 – 27
7. Евтушенко С. К. Электрический эпилептический статус и эпилептические энцефалопатии у детей (клиника, диагностика, лечение). // *Международный неврологический журнал.* – 2006. – N. 1 (5). – С. 47 – 51.
8. Зенков Л. Р. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии с психиатрическими, коммуникативными и поведенческими расстройствами. // *Вестник эпилептологии.* – 2004. – N. 2 (03). – С. 7 – 11.
9. Holmberg K., Hjert A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. // *Dev. Med. Child Neurol.* – 2008. – V. 50. – N. 2. – P. 134 – 138.
10. Ghanizadeh A. Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. // *Patient Educ. Couns.* – 2007. – V. 68. – N. 1. – P. 23-28.
11. Ghanizadeh A., Bahredar M. J., Moeini S. R. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. // *Patient Educ. Couns.* – 2006. – V. 63. – N. 1 - 2. – P. 84 - 88.
12. Leibson C. L., Long K. H. Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. // *Pharmacoeconomics.* – 2003. V. 21. – P. 1239 - 1262.
13. Connor D. F., Glatt S. J., Lopez I. D. et al. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2002. – V. 41. – N. 3. – P. 253 - 261.
14. Bonekamp E., von Salisch M. Anger regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* – 2007. – V. 35. – N. 3. – P. 189 - 197.
15. Pelham W. E., Milich R., Cummings E.M. et al. Effects of background anger, provocation, and methylphenidate on emotional arousal and aggressive responding in attention-deficit hyperactivity disorder boys with and without concurrent aggressiveness. // *J. Abnorm. Child Psychol.* – 1991. – V. 19. – N. 4. – P. 407 - 426.
16. Smith D. C., Furlong M., Bates M. et al. Development of the multidimensional school anger inventory for males. // *Psychol. School.* – 1998. – V. 35. – P. 1-5.

ЧУВСТВО ГНЕВА И ЕГО ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И.И. Марценковская

Обсуждается связь агрессивного поведения и насилия в школе с расстройствами психики. Сравниваются особенности переживания чувства гнева и возможности его преодоления у детей и подростков с гиперкинетическим расстройством. Обследованы 244 учащихся общеобразовательной и специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школ Киева. Основную группу составили 45 детей и подростков с диагнозом ГКР (подгруппа А), 104 - с нарушениями активности и / или внимания (подгруппа Б). В контрольную группу вошли 95 здоровых учащихся. Скрининг чувства гнева и его проявлений проводился при помощи «Многомерного списка школьной гневливости». Показатели «школьной враждебности» и «позитивного преодоления чувства гнева» были различными в группах сравнения. Школьная враждебность увеличивалась у детей с ГКР с возрастом, и существенно не зависела от клинической типологии расстройства. Средние значения индексов переживания чувства гнева у детей с ГКР с коморбидными поведенческими расстройствами и без них значимо не различались. Делается вывод, что у детей с ГКР тяжесть чувства гнева и разрушительные поведенческие стратегии его выражения встречаются не чаще, чем в контрольной группе. Доказано также, дети с ГКР более враждебно настроены к преодолению

школьных сложностей, что является одним из предикторов формирования тяжелых форм школьной дезадаптации

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, школьная дезадаптация, чувство гнева, агрессивное поведение, позитивное преодоление чувства гнева

FEEL OF ANGER AND ITS' BEHAVIORAL EQUIVALENTS AMONG CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS

I.I. Martsenkovskaya

Connection of aggressive behavior and violence in school is discussed with mental disorders. At children and teenagers features of experience of feeling of anger and an opportunity of its overcoming are compared to hyperkinetic disorder (HD). 244 pupils general educational and special (for children with learning disabilities without mental retardation) schools of Kiev are examined. The basic group is consisting of 45 children and teenagers - with diagnosis HD (subgroup A), 104 – ADHD (subgroup B). The control group included 95 healthy pupils. Screening of feeling of anger and its displays was spent by means of «The Multidimensional School Anger Inventory». The scores of the two components of "Hostile Outlook" and "Positive Coping" were different between the groups. Hostile Outlook at children with HD increased with the years, and essentially did not depend on clinical typology of disorders. Average values of indexes of experience of feeling of anger at children with HD with comorbid behavioral disorders and without them are not differ significant. Children with HD do not report higher rates of experience of anger and they do not apply destructive strategies more than the control group. However, children with ADHD appear to have a more hostile outlook toward school and their coping strategy is weaker than that of the control group that can be one of predictor formations of heavy forms of learning disabilities

Keywords: hyperkinetic disorder (HD), learning disabilities, feeling of anger, aggressive behavior, positive coping

УДК: 616.89 - 008.447

К.А. Степанченко

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, тревога, депрессия, ЭЭГ, нелинейный анализ

Актуальность

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой головных болей, её распространённость в течение жизни в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, а у детей может находиться в пределах 28,7% - 72,8% [1;4;6].

Несмотря на разнообразные суждения, относительно природы ГБН у детей, очевидно, что ее развитие напрямую связано с эмоционально-личностными особенностями ребенка. Наряду с этим, с позиции современной патофизиологии можно утверждать, что в основе головной боли напряжения у детей, как и у взрослых, лежат определенная слабость механизмов психологической защиты, а также функциональная недостаточность антиноцицептивной системы мозга, реализующаяся в условиях действия стрессирующих факторов. Для уточнения патофизиологических механизмов и поисков эффективной терапии ГБН необходимы дальнейшие исследования.

Ключевым аспектом проблемы эмоционального стресса являются его церебральные механизмы. В то же время исследования ЭЭГ коррелятов формирования эмоционально-стрессового состояния, которое вызывает стойкие изменения системной нейродинамики немногочисленны. Что же касается центральных механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу, то

такие работы единичны [2;3].

Нормальная динамика здорового организма является хаотической, и многочисленные исследования показывают, что наблюдаемый «хаос» присущ самой природе протекающих в организме динамических процессов, причём степень «хаотичности» может меняться при патологии в ту или иную сторону. Хаотическая динамика даёт много функциональных преимуществ, так как хаотические системы способны работать в широком диапазоне условий и легко адаптируются к их изменениям. С другой стороны многие патологические состояния проявляются снижением степени сложности и хаотичности тех или иных ритмов [5].

Таким образом, решение задачи оценки степени хаотичности тех или иных, присущих живому организму временных ритмов позволит эффективно диагностировать многие патологические состояния организма.

Гипотеза

У подростков с ГБН отмечается зависимость между клиничко-психологическими нарушениями и изменениями системной нейродинамики.

Цель работы

Повысить эффективность диагностики и лечения подростков с ГБН, учитывая психологические и нейрофизиологические корреляции заболевания.

школьных сложностей, что является одним из предикторов формирования тяжелых форм школьной дезадаптации

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, школьная дезадаптация, чувство гнева, агрессивное поведение, позитивное преодоление чувства гнева

FEEL OF ANGER AND ITS' BEHAVIORAL EQUIVALENTS AMONG CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS

I.I. Martsenkovskaya

Connection of aggressive behavior and violence in school is discussed with mental disorders. At children and teenagers features of experience of feeling of anger and an opportunity of its overcoming are compared to hyperkinetic disorder (HD). 244 pupils general educational and special (for children with learning disabilities without mental retardation) schools of Kiev are examined. The basic group is consisting of 45 children and teenagers - with diagnosis HD (subgroup A), 104 – ADHD (subgroup B). The control group included 95 healthy pupils. Screening of feeling of anger and its displays was spent by means of «The Multidimensional School Anger Inventory». The scores of the two components of "Hostile Outlook" and "Positive Coping" were different between the groups. Hostile Outlook at children with HD increased with the years, and essentially did not depend on clinical typology of disorders. Average values of indexes of experience of feeling of anger at children with HD with comorbid behavioral disorders and without them are not differ significant. Children with HD do not report higher rates of experience of anger and they do not apply destructive strategies more than the control group. However, children with ADHD appear to have a more hostile outlook toward school and their coping strategy is weaker than that of the control group that can be one of predictor formations of heavy forms of learning disabilities

Keywords: hyperkinetic disorder (HD), learning disabilities, feeling of anger, aggressive behavior, positive coping

УДК: 616.89 - 008.447

К.А. Степанченко

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, тревога, депрессия, ЭЭГ, нелинейный анализ

Актуальность

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой головных болей, её распространённость в течение жизни в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, а у детей может находиться в пределах 28,7% - 72,8% [1;4;6].

Несмотря на разнообразные суждения, относительно природы ГБН у детей, очевидно, что ее развитие напрямую связано с эмоционально-личностными особенностями ребенка. Наряду с этим, с позиции современной патофизиологии можно утверждать, что в основе головной боли напряжения у детей, как и у взрослых, лежат определенная слабость механизмов психологической защиты, а также функциональная недостаточность антиноцицептивной системы мозга, реализующаяся в условиях действия стрессирующих факторов. Для уточнения патофизиологических механизмов и поисков эффективной терапии ГБН необходимы дальнейшие исследования.

Ключевым аспектом проблемы эмоционального стресса являются его церебральные механизмы. В то же время исследования ЭЭГ коррелятов формирования эмоционально-стрессового состояния, которое вызывает стойкие изменения системной нейродинамики немногочисленны. Что же касается центральных механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу, то

такие работы единичны [2;3].

Нормальная динамика здорового организма является хаотической, и многочисленные исследования показывают, что наблюдаемый «хаос» присущ самой природе протекающих в организме динамических процессов, причём степень «хаотичности» может меняться при патологии в ту или иную сторону. Хаотическая динамика даёт много функциональных преимуществ, так как хаотические системы способны работать в широком диапазоне условий и легко адаптируются к их изменениям. С другой стороны многие патологические состояния проявляются снижением степени сложности и хаотичности тех или иных ритмов [5].

Таким образом, решение задачи оценки степени хаотичности тех или иных, присущих живому организму временных ритмов позволит эффективно диагностировать многие патологические состояния организма.

Гипотеза

У подростков с ГБН отмечается зависимость между клинико-психологическими нарушениями и изменениями системной нейродинамики.

Цель работы

Повысить эффективность диагностики и лечения подростков с ГБН, учитывая психологические и нейрофизиологические корреляции заболевания.

Задачи исследования

Изучить психологические изменения и параметры нелинейной нейродинамики у подростков с эпизодической и хронической ГБН.

Испытуемые

Для формирования экспериментальных групп было обследовано 50 подростков (возраст от 13 до 18 лет). Из них были сформированы две группы: основная – пациенты с ГБН (30 человек) и контрольная – подростки без головной боли (20 человек).

Методы исследования

Изучение реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Ч. Спилберга и Ю. Ханина; определение уровня депрессии – методика В.А. Жмурова в авторской правке В.В. Бойко. Проводилась регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в состоянии покоя на 24 канальном электроэнцефалографе фирмы «DX-системы». Ввод и анализ ЭЭГ осуществляли с помощью системы компьютерной ЭЭГ NeuroResearcher® 2005 (модуль *Multi-Dimensional Non-Linear Analysis*). Проводился нелинейный многомерный анализ (детерминистского хаоса) ЭЭГ. Вычислялась энтропия Колмогорова-Синяя (эКС) [7], которая характеризует степень разбегания близких фазовых траекторий и позволяет оценить количество информации, которая необходима для прогноза поведения динамической системы мозга в будущем (чем меньше значение энтропии, тем на больший отрезок времени можно сделать прогноз).

Ход эксперимента

На первом этапе исследования были отобраны подростки с наличием головной боли напряжения, которые в зависимости от клинических данных были разделены на две группы: первая группа – пациенты с эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН) – 20 человек, вторая группа – больные с хронической головной болью напряжения (ХГБН) – 10 человек. Диагноз ГБН ставился согласно критериям международной классификации головных и лицевых болей 2003 года (*Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2003*). На втором этапе исследования испытуемые основной и контрольной групп заполняли психометрические опросники и проходили электроэнцефалографическое обследование до терапевтического вмешательства.

Для оценки достоверности различий показателей применялся непараметрический критерий “U” Вилкоксона-Манна-Уитни, для сравнения парных выборок – критерий Вилкоксона, с помощью пакета прикладных программ “Statgraphics 5.0, Plus”.

Результаты исследований

Личностная тревожность: основная группа – $43,1 \pm 5,7$, контрольная группа – $33,2 \pm 3,1$, различия между группами достоверны ($p < 0,05$); первая группа $42,2 \pm 3,8$, вторая группа – $43,1 \pm 4,9$, различия между группами не достоверны ($p > 0,05$). Ситуативная тревожность: основная группа – $28,9 \pm 3,4$, контрольная группа – $22,8 \pm 3,0$, различия между группами достовер-

ны ($p < 0,05$); первая группа – $29,4 \pm 3,4$, вторая группа – $30,2 \pm 2,7$, различия между группами не достоверны ($p > 0,05$). Уровень депрессии: основная группа – $31,3 \pm 4,5$, контрольная группа – $26,5 \pm 2,7$, различия между группами достоверны ($p < 0,05$), первая группа – $27,3 \pm 4,4$; вторая группа – $39,3 \pm 3,3$, различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Согласно результатам проведённого нелинейного многомерного анализа ЭЭГ наиболее высокие показатели эКС в контрольной группе подростков в состоянии покоя характерны для передних височных (Т3: $12,270,64$, Т4: $11,550,65$) и центральных отведений (С3: $9,420,58$, С4: $9,240,68$), а наименьшие значения отмечались в правой париетальной области (Р4: $4,690,40$).

При сравнении результатов анализа двух групп больных с контрольной группой подростков, у пациентов с ЭГБН выявлено статистически достоверно выше показатели эКС в правом заднем лобном (F8: $14,14 \pm 0,33$), передних височных (Т3: $18,22 \pm 0,61$, Т4: $16,32 \pm 0,66$), задних височных (Т5: $14,21 \pm 0,67$, Т6: $13,98 \pm 0,55$) и центральных отведениях (С4: $16,12 \pm 0,58$, Сз: $15,73 \pm 0,55$).

У подростков с ХГБН, в отличие от первой группы пациентов, изменение показателя эКС в сравнении с контрольной группой обследуемых носило разнонаправленный характер. Так, повышение показателя эКС зарегистрировано в левых височных, теменном и затылочном отведениях (Т3: $17,43 \pm 0,62$, Т5: $12,13 \pm 0,48$, Р3: $10,01 \pm 0,56$, О1: $9,21 \pm 0,59$). Наряду с этим, следует отметить достоверное снижение значений эКС, по сравнению, как с контрольной, так и с первой группой, в задних лобных отведениях (F7: $3,15 \pm 0,21$, F8: $3,24 \pm 0,23$) и правом переднем височном отведении (Т4: $4,78 \pm 0,33$).

Обсуждение результатов

У подростков с ГБН средний уровень реактивной и личностной тревожности, депрессии достоверно выше, чем в контрольной группе. При этом уровень депрессии, в отличие от уровня реактивной и личностной тревожности, коррелировал с частотой эпизодов ГБН ($r = +0,330$, $p < 0,05$).

У подростков с ЭГБН выявлена подчёркнутая асимметрия нелинейных динамических процессов головного мозга в лобно-височно-центральных отделах правого полушария. Как известно, правое полушарие участвует преимущественно в решении визуально-пространственных задач, эмоционально-образном восприятии мира, ориентации в пространстве и времени. Согласно литературным данным при поражении правого полушария в связи с голографической организацией, менее выраженной соматотопикой и большой диффузностью нейрональных функциональных связей, имеется более высокая возможность компенсации специфических функций при синдромах выпадения и раздражения. Вместе с тем более значительно нарушаются интегративные процессы, особенно такие тесно сопряжённые, как эмоциональные и вегетативные [2].

Виявлений достовірно вище рівень ЕКС у підлітків з ЕГБН, в порівнянні з контрольною групою, в стані спокою в областях полушарий, що відповідають проекції лімбіко-ретикулярного комплексу з чітким акцентом справа, можна інтерпретувати як стан ірритабії даної структури з збільшенням кількості активних паралельних функціональних процесів і залучення ряди розположених областей головного мозку, порушенням інтегративних емоціональних і вегетативних мозгових право-лівошарових процесів. Ці дані згодуються з підвищеним рівнем тривожності, виявленим у пацієнтів з ЕГБН.

Во другій групі пацієнтів помічено парадоксальне зниження показателя ЕКС в задніх лобних і право передньому височному відведеннях. Вероятно, подібні зміни свідчать про стадії вичерпання роботи лімбічної системи головного мозку хворих з ХГБН. Звертає на себе увагу, поряд з цим, підвищення рівня депресії у даної групи пацієнтів.

Можна передположити, що при підвищенні рівня хаотическої динаміки у випробуваних, в умовах емоціонального напруження збільшуються можливості самоорганізації, збільшується здатність до формуванню упорядкованих адаптивних диссипативних структур, забезпечуючи мозку «інформаційно-багате стан», «спектральний резерв» [5]. Іншими словами, забезпечує готовність мозку за рахунок здатності до самоорганізації сгенерувати нову адаптивну активність. Що, власне, і нашло відображення в зміні рівня хаосу — його підвищенні в ряді областей мозку в контрольній групі і у пацієнтів з ЕГБН. Однак в останньому випадку підвищення рівня хаотическої динаміки носить більш генералізований характер з подразненням прилеглих областей головного мозку і, по-видимому, уже не носить належної адаптивної ролі для індивіда.

Розподіл і характер показателів нелінійної динаміки у пацієнтів з ХГБН, котрі часто є наступною стадією захворювання — хронізації головних болей напруження, виражається в різкому зниженні ЕКС в лобно-височних відведеннях, вказує на уча-

стие в формуванні патологічного стану емоціональних структур лімбічної системи. Можливо, у цій категорії хворих відбувається активація механізмів самоограничення, характерних для нелінійних динамічних систем мозку, коли їх параметри досягають граничних значень. Крім того, зниження оптимального рівня хаосу, обумовлює зниження здатності до формуванню упорядкованих адаптивних диссипативних структур і, відповідно, здатності до адаптації, викликає збої механізмів регуляції, відображає «срыв» механізмів адаптації і виникнення процесів затримання.

Очевидно механізми ірритабії, з наступною декомпенсацією, зниженням резервних можливостей, а також порушення інтегративної діяльності мозку виступають як ведучі при розладах церебрального гомеостазу у пацієнтів з ГБН і відображають функціональну недостатність в межах структур, об'єднаних в лімбіко-ретикулярний комплекс.

Перспективним на наш погляд є визначення показателів нелінійної динаміки ЕЕГ у пацієнтів з ГБН в час адаптивної діяльності.

Література

1. Вейн А.М. Головна біль напруження // Журнал неврол. і псих. ім. С.С. Корсакова. - 1997. - №11. - С. 4-7.
2. Вейн А.М., Вознесенська Т.Г., Голубев В.Л. і др. Заболевания вегетативной нервной системы. / Под ред. А.М. Вейна. - М.: Медицина, 1991. - 624 с.
3. О.Ю. Майоров Нейродинамическая структура системных механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - 1988. - 486 с.
4. Рачин, А.П. Головна біль напруження у школярів / А.П. Рачин // Вестник Смоленской медицинской академии. - 2000. - № 4. - С. 61-65.
5. Хакен Г. Принципы работы головного мозга. М.: ПЕР СЭ. - 2001. - 351 с.
6. Barea L.M., Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil // Cephalgia. - 1996. - Vol. 16. - P.545-549.
7. Grassberger P., Procaccia I. Estimation of Kolmogorov Entropy from a Chaotic Signal // Phys. Rev. - 1983. - V. 28. - p. 2591.

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ У ПІДЛІТКІВ

К. А. Степанченко

Встановлено залежність психологічних характеристик з частотою епізодів головного болю й характерних діапазонів динамічної характеристики ЕЕГ - ентропії Колмогорова-Сіная у підлітків з головним болем напруження в стані спокою. Виявлені порушення інтегративної діяльності мозку віддзеркалюють функціональну недостатність у межах структур, об'єднаних у лімбіко-ретикулярний комплекс

Ключові слова: головний біль напруження, підлітки, тривога, депресія, ЕЕГ, нелінійний аналіз

SOME KLINIKO-PATHOGENETIC FEATURES OF TENSION-TYPE HEADACHE IN ADOLESCENTS

K.A. Stepanchenko

Dependence of psychological characteristics with frequency of episodes of a headache and characteristic ranges of dynamic characteristic of an EEG - Kolmogorov-Sinai entropy among adolescents with tension-type headache in a condition of quiet wakefulness has established. The taped disturbances integrative brain activity reflects functional insufficiency within the structures united in limbic-reticular complex

Keywords: tension-type headache, adolescents, anxiety, depression, EEG, nonlinear analysis

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 340.63

Л.О.Кригіна

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ БАГАТОВІСЬОВОЇ ВЕРСІЇ МКХ-10 В ПРАКТИКУ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НЕПОВНОЛІТНІХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

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

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза неповнолітніх, багатовісьові класифікаційні системи у дитячій та підлітковій психіатрії

Останнім десятиріччям спостерігається зростаюча увага психіатрів до проблем класифікації психічних розладів, що обумовлено рядом чинників: впровадженням в Україні з 1998 року діагностичних стандартів МКХ-10; інтеграцією вітчизняної психіатрії в світову наукову спільноту та пов'язаний з цим інтерес до національних класифікаційних діагностичних систем інших країн (DSM-IV TR та інші); відображенням загальномедичинської тенденції до стандартизації діагностики, розробки атрибутів «доказової медицини» [6;49] — діагностичних «стандартів», «алгоритмів», «протоколів», «основ якісної психіатричної практики», згідно яким кожне клінічне рішення лікаря повинно базуватися на достовірних наукових фактах [1;3;4].

Головною відмінністю вітчизняних діагностичних парадигм від діагностичних стандартів МКХ-10 та DSM-IV є використання типологічного підходу (як правило, психопатологічна симптоматика діагностується в межах тільки однієї класифікаційної групи), в той час як для сучасних міжнародних класифікаційних систем загальноприйнятою є концепція коморбідності — можливість встановлювання рядоположних діагнозів, які корелюють між собою, з виділенням головного та супутнього захворювання [29]. Крім того, докорінною відмінністю сучасної класифікації психічних та поведінкових розладів є «реанімація» синдромологічного підходу до діагностики, в зв'язку з чим виникає низка клініко-діагностичних проблем [26].

Українськими науковцями розроблялись проблеми психодіагностики, викликані впровадженням МКХ-10 в практику психіатричної клініки [7], написаний посібник по використанню класифікації психічних та поведінкових розладів в клінічній практиці [44] та монографія, присвячена класифікації хвороб в психіатрії та наркології [28]. О. К. Напреев та К. Н. Логановский проаналізували спроби об'єднання сучасних психіатричних класифікацій [39].

Тенденція щодо стандартизації діагностики психічних розладів особливо актуальна для підліткової психіатрії, через особливості психопатології цього віку, які диктують необхідність пошуку загальних принципів структурної організації і законів динаміки психічних розладів, специфічних для підліткового періоду

[36]. Чітка діагностична класифікаційна концепція в дитячій психіатрії знижає вірогідність невизначеності висновків [45], поліпшує прогноз психічного та поведінкового розладу, що є вкрай важливо, оскільки, згідно 5-го принципу Декларації прав дитини, неповноцінним у фізичному, психічному чи соціальному відношенні дітям повинні забезпечуватися спеціальні режим, освіта і піклування, обумовлені їх особливим станом [23].

Українськими психіатрами загальної практики проведено спеціальні дослідження щодо впровадження МКХ-10 саме в дитячу-підліткову психіатричну практику [2]. Спеціальне монографічне дослідження харківських психіатрів присвячено аналізу критеріїв діагностики та принципам лікування розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків [31]. Вчені зауважують недосконалість сучасної діагностичної класифікації МКХ-10, її «кардинальну невідповідність» вітчизняним клінічним традиціям, особливо щодо потреб дитячої та підліткової психопатології [53]. Так, термін «розлади зрілої особистості» не відповідає реаліям раннього початку та в частині випадків раннього формування психопатій у підлітків; виникають проблеми щодо діагностики резидуально-органічних станів, розладів поведінки та затримок розвитку. В практичній психіатрії склалась ситуація, коли значна частина психопатології неповнолітніх (за винятком розумової відсталості) відноситься до діагностичних підрубрик МКХ-10 «інші розлади».

В 1996 р. під егідою ВООЗ розроблено багатовісьову класифікацію психічних розладів в дитячому та підлітковому віці (у відповідності до МКХ-10). Автори відмічають, що багатовісьова діагностика надзвичайно плідна саме в дитячій психіатрії, оскільки психічні розлади, відхилення в поведінці і розвитку дітей та підлітків надзвичайно багатофакторні, тісно взаємопов'язані з порушеннями соматичної сфери, соціального функціонування [35].

Класифікація включає 5 осей, має описовий характер. Кожний основний елемент діагнозу реєструється на окремій вісі, і в кожному клінічному випадку на кожній вісі відмічається хоча б один код. На перших чотирьох осях відсутність патології відмічається кодом XX, на V — 00, на VI — 0.

Опис перших трьох осей практично повністю повторює МКХ-10, що закономірно, оскільки публікація є розвитком діючої класифікації ВООЗ: вісь I — клінічні психопатологічні синдроми; вісь II — специфічні розлади психічного розвитку; вісь III — рівень інтелекту. Вісь IV діагностує соматичний стан. На V-й осі відмічаються супутні аномальні психосоціальні ситуації. Вісь VI дає загальну оцінку порушень психосоціальної продуктивності.

На сьогоднішній день багатовісьові класифікаційні схеми розроблені в не тільки в рамках МКХ-10 для потреб дитячої та підліткової психіатрії як рекомендації ВООЗ для всесвітнього використання [35], але і як національний стандарт для потреб загальнопсихіатричної практики (DSM-IV). Ідея мультівісьової класифікації обговорюється і серед вітчизняних судових експертів [5;42], і серед загальних психіатрів [1;3].

В національній американській діагностичній системі DSM-IV різні компоненти наявного в дитини комплексу проблем реєструються роздільно, застосовуючи багатовісьовий підхід: I вісь — клінічні психопатологічні розлади; II — розлади особистості та розумове відставання; III — соматичний стан; IV — психосоціальні проблеми; V — загальна оцінка життєдіяльності.

Д. Голдберг, С. Бенджамін та Ф. Крід [12] пропонують наступну мультиаксійну діагностичну схему; I — психопатологічні синдроми; II — специфічні розлади розвитку; III — рівень інтелектуального розвитку; IV — соматичні розлади; V — несприятливі психосоціальні умови.

Українські науковці вказують, що традиційний синдромально-нозологічний підхід до клінічної ідентифікації психічного розладу не забезпечує можливості повноцінної всебічної психіатричної допомоги, і виділяють наступні типи діагностичного процесу: традиційна нозо-синдромальна діагностика; функціональна діагностика; багатовісьова діагностика; реабілітаційна діагностика, описують мету та діагностичну процедуру кожного типу [3].

Традиційна нозо-синдромальна діагностика має за мету визначення діагностичного ярлика на основі анамнеза, симптомів та синдромів. Діагностична процедура включає клініко-психопатологічний метод.

Функціональна діагностика за мету має оцінку індивідуального рівня функціональної недостатності і компенсаторних можливостей пацієнта. Діагностична процедура включає натуральний експеримент в клінічних (лікарняних) умовах; клініко-біографічний метод; психологічні методи особистісної діагностики; нейропсихологічні методи.

Багатовісьова діагностика передбачає установа повного клінічного діагнозу, який відображує системне (біопсихосоціальне) «бачення» пацієнта (поєднання діагнозу хвороби і діагнозу хворого). Діагностична процедура включає поєднання клініко-психопатологічного метода і методів функціональної діагностики.

Реабілітаційна діагностика за мету має опис та оцінку навичок пацієнта і зовнішніх ресурсів підтрим-

ки, які передбачають досягнення кінцевої реабілітаційної мети. Діагностична процедура включає стандартизовані методи оцінки, соціального функціонування і навичок пацієнта; визначення зовнішніх можливостей його підтримки; діагностичне інтерв'ю.

Б. В. Михайлов пропонує виділення «психотерапевтичного діагнозу» [34]. В. Л. Гавенко, В. М. Сінайко говорять про недосконалість та нечіткість критеріїв МКХ-10, які «не завжди з визначеністю дозволяють класифікувати стан людини як хворобливий або такий, що не досягає ступеня хвороби». Пропонують «багатовекторну динамічну модель психічного стану», «багатовекторну функціональну модель передхворобливих та хворобливих дезадаптивних психічних розладів», яка включає психічний, індивідуально-психологічний, соціально-психологічний, психофізичний та психосо-матичний вектори [11].

Питання багатовісьової діагностики розглядалися і в судово-психіатричному аспекті В. В. Гориним та Б. В. Шостакович, які розглядають судово-психіатричний діагноз як різновид функціонального діагнозу в психіатрії, аналізують багатовісьову діагностику сучасних класифікацій психічних хвороб [13].

Багатовісьовий підхід оцінки тяжкості (глибини) розладів психіки (багатовісьовий підхід), запропонований В. А. Пехтеревим для потреб судово-психіатричної практики, включає наступні осі: I — клінічний діагноз; II — повсякденна поведінка, взаємовідносини; III — професійні функції; IV — поведінка в період СНД; V — поведінка після СНД [42].

В. О. Гур'єва запроваджує наступні принципи побудови багатовісьового функціонального діагнозу [16].

I рівень — психопатологічний (клінічний): а) симптоматика, характерна для нозологічної форми; б) симптоматика, яка переважна в підлітковому віці.

II рівень — дізонтонетичний: а) пролонговані порушення психічного розвитку — патологічне підґрунтя; б) порушення психічного розвитку як результат психічних розладів; в) тимчасові порушення психічного розвитку, які обумовлюють девіантний перебіг пубертатної кризи (своєчасність початку кризи, її тривалості та віку завершення).

III рівень — особистісних розладів, змін особистості і порушень поведінки: а) вікові афективні і поведінкові реакції; б) пубертатні акцентуації характеру; в) психогенні та патохарактерологічні розвитку особистості, формування психопатій; г) формування психопатоподібних станів.

IV рівень — соціалізації: а) формування соціальних установок, соціально-вольових функцій, ціннісних напрямлень; б) формування соціальної та педагогічної занедбаності; в) формування схильності до делінквентної чи кримінальної поведінки; г) тимчасовий (пубертатний) чи пролонгований характер соціогенних порушень.

Надалі в сумісній праці з Є. В. Макушкіним [20] вчена приводить наступну систематику клініки пубер-

татних психічних розладів.

I реєстр — психопатологічний (підліткова продуктивна симптоматика особистісного і психотичного рівня).

II реєстр — девіації пубертатної кризи: темп, масивність, гармонійність кризи дозрівання; своєчасність завершення кризи; три варіанти патологічної пубертатної кризи.

III реєстр — дизонтогенетичний (асинхронний, аномальний, дисоційований, дефіцитарний розвиток).

IV реєстр — особистісних розладів та порушень поведінки.

Автори зазначають, що багаторівнева клінічна картина в підлітковому віці визначає адекватність використання «функціонального діагнозу», що дозволить співставити нозологію, структуру і зміст вікової психопатології, кількісні та якісні характеристики психологічної кризи дозрівання, особистісні розлади, типи соціалізації особистості, реагування та поведінки. Використання функціонального діагнозу передбачує систематику по рівням психічних розладів (або «вісям») [20].

Н. Б. Морозова вказує, що систематика психічних розладів у неповнолітніх будується з позицій «функціонального діагнозу», який відображає: а) нозологічну форму; б) синдромальну характеристику; в) ступінь тяжкості психічних змін; г) вікову і ситуаційну динаміку психопатологічних розладів; д) психологічну оцінку особливостей розвитку (онтогенез і дизонтогенез) і особистості; е) сексологічні дані щодо сформованості того чи іншого етапу сомато- і психосексуального дозрівання [37].

Робоча група ВООЗ видала рекомендації щодо впровадження багатовісрової версії діагностики психічних та поведінкових розладів у дітей та підлітків в світову діагностичну практику [35], що обумовлено рядом чинників, відзначених в літературних джерелах.

Насамперед це домінуванням на сучасному етапі розвитку психіатричної науки *мультифакторної теорії виникнення неспсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків* — інтегрального «біопсихосоціального» підходу, ґрунтованого на урахуванні взаємодії біологічних, психологічних і соціальних складових в етіопатогенезі будь-якого психічного захворювання [8].

З урахуванням вищезазначеного закономірною є сучасна тенденція щодо поширення «бригадного методу», «системного», «мультипрофесійного», *«міждисциплінарного» комплексного підходу до лікування психічних розладів у дітей та підлітків*, який забезпечує міжпрофесійну та міжвідомчу взаємодію [53].

Вагомим аргументом щодо розробки та впровадження багатовісрової діагностичної системи є також факт *зміщення акцентів на реабілітаційно-профілактичний напрям надання психіатричної допомоги неповнолітнім*, з комплексним підходом, «психосоціальним супровідом», посиленням ролі особистісно та соціально-орієнтованих методів діагностики, ліку-

вання та профілактики у психіатрії [17;18;24;27;40;46;52].

Своєчасність впровадження нових мультівісрових класифікаційних підходів обумовлена також *сучасним етапом розвитку судово-психіатричної експертизи*, насамперед *веденням обмеженої осудності* в практику та відповідними науковими розробками у цьому напрямі [19]. Вчені зазначають необхідність комплексних, інтегральних підходів, вказують, що при діагностиці та експертній кваліфікації щодо обмеженої осудності при неспсихотичних психопатологічних розладах неповнолітніх слід аналізувати як біологічні, так і соціальні фактори, механізми формування протиправної поведінки [33].

Слід зазначити, що наукові дослідження останніх десятиріч щодо поширеності та розповсюдження психічних розладів виявляють патоморфоз психопатології зі збільшенням кількості неспсихотичних психопатологічних розладів неповнолітніх, зростанням кількості поєднаної психопатології [18;32;43, 54;56]. Внаслідок цього особливо актуальною є мультівісрова оцінка, оскільки саме при межовій психопатології неповнолітніх мультифакторність генезу незаперечна.

Важливим чинником є також активна підготовка до *впровадження* в Україні, згідно з рекомендаціями ООН та міжнародними стандартами, *«ювенальної юстиції»*, системи правосуддя щодо неповнолітніх, ефективними складниками якої є програми з відновного правосуддя: це і виховний вплив на неповнолітнього правопорушника, і профілактика вчинення повторних правопорушень, і сприяння соціальній адаптації та реінтеграції таких неповнолітніх у суспільство [48].

Внаслідок цього виявляється тенденція до все більшої індивідуалізації покарань неповнолітніх з урахуванням ряду комплексних характеристик, з акцентом на вивчення особистості неповнолітнього, виявлення причин, що сприяли правопорушенню [14;54], з підготовкою соціально-психологічної характеристики неповнолітнього правопорушника для органів системи правосуддя; рекомендацій органам судочинства про призначення оптимального заходу впливу (виховного та профілактичного характеру) на нього; профілактика повторного правопорушення шляхом надання соціально-психологічної підтримки неповнолітньому правопорушнику; сприяння його соціальній адаптації та реінтеграції. [48].

Закон передбачає всебічне, комплексне дослідження стану підлітка з урахуванням сукупності факторів, в тому числі індивідуально-психологічних та соціально-психологічних [30;47]. Профілактиці та реабілітації неповнолітніх з психічними розладами та кримінальною активністю присвячені численні наукові статті [9;10;25;50;51]. На сьогоднішній день активно розвивається новий напрямок, який знаходиться на межі соціальної, клінічної та судової психіатрії — пенітенціарна психіатрія.

Останнім аргументом щодо необхідності перегляду класифікаційних підходів щодо психопатології непов-

нолітніх є *особливості сучасного етапу розвитку суспільства*, насамперед зростання ролі негативних соціальних чинників, входження в період пубертатності «покоління 90-х», з масивною педагогічною та соціальною занедбаністю, зростання делінквентності неповнолітніх [29;56].

Проблема стандартизації експертних досліджень на сьогоднішній день віднесена до однієї з найактуальніших для судової психіатрії в Україні [41]. В той же час, встановлення діагнозу саме в підлітковому віці, із-за вікових особливостей проявів психічної патології, є одним з найскладніших завдань, тому саме при судово-психіатричній експертизі неповнолітніх насамперед потребує введення та використання уніфікованих діагностичних критеріїв та алгоритмів обстеження, протоколів ведення хворих, стандартів надання медичної допомоги [38].

Таким чином, згідно проведеного аналізу літературних джерел, багатовісьюві діагностичні підходи щодо психічних розладів неповнолітніх відображають мультифакторну природу виникнення психопатологічних розладів в цьому віці (сомато-ендокринний фактор, психологічна криза дозрівання, спадковість, мікросоціальні та екзогенноорганічні чинники), формують підґрунтя для повноцінної комплексної психолого-педагогічної та медико-соціальної корекції неспсихотичних психопатологічних розладів підлітків.

Адаптація та впровадження багатовісьювої версії діагностики психічних та поведінкових розладів у дітей та підлітків, згідно рекомендацій робочої групи ВОЗ, є своєчасним, перспективним напрямком розвитку судово-експертної оцінки психічних розладів у неповнолітніх, вдосконалення діагностичних, експертних стандартів та надання кваліфікованої, комплексної реабілітаційно-профілактичної психіатричної допомоги неповнолітнім з неспсихотичними психічними розладами. Впровадження багаторівневої профілактично спрямованої судово-психіатричної діагностики та експертної оцінки психічних і поведінкових розладів неповнолітніх відповідає сучасному рівню розвитку теоретичних психіатричних досліджень та відображає потреби практики вітчизняної ювенальної юстиції.

Література

1. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. — Донецк, 2004. — 271 с.
2. Абрамов В. А., Вольфогель А. Л. О некоторых аспектах внедрения МКБ-10 в детско-подростковую психиатрическую практику // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». — Харків: УНДІКЕНП, 1999. — Вип. 2. — С. 12–15.
3. Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Жигулина И. В., Абрамов А. В., Денисов Е. М., Пуятин Г. Г. Реабилитационный психиатрический диагноз // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 59–64.
4. Абрамов В. А., Табачников С. И., Подкорытов В. С. Основы качественной психиатрической практики. — Донецк: Капитан, 2004. — 248 с.
5. Бабюк И. А., Табачников С. И., Седнев В. В., Маркова М. В., Зайцев А. А., Дрозд Ю. Г. К вопросу классификации сексуальных расстройств и половых преступлений // Архів психіатрії. — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 159–165.
6. Бабюк И. А., Табачников С. И., Черепков В. И. Актуальные проблемы доказательной медицины в психиатрической практике // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 80–82.
7. Батков В. И. Проблемы психодиагностики, вызванные внедрением МКБ-10 в практику психиатрической клиники // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів. — Харків: УНДІКЕНП, 1999. — Вип. 2. — С. 20–24.
8. Вострокнутов Н. В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи). — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 40 с.
9. Вострокнутов Н. В., Харитонова Н. К., Пережогин Л. О., Морозова Н. Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью: Пособие для врачей. — М.: РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2004. — 84 с.
10. Гавенко В. Л., Кожина А. М., Несен О. А. Актуальные задачи подростковой пенитенциарной психиатрии // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів. — Харків: УНДІКЕНП, 1999. — Вип. 2. — С. 66–69.
11. Гавенко В. Л., Сінайко В. М. Багатовекторна функціональна модель передхворобливих та хворобливих дезадаптивних психічних розладів у студентів // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 153–108.
12. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 1999. — 304 с.
13. Горинов В. В., Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический диагноз — частный случай функционального диагноза в психиатрии. Многоосевая диагностика современных классификаций психических расстройств и функциональный диагноз // Функциональный диагноз в психиатрии: Монография / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. — М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2001. — С. 20–39.
14. Гравина А. А., Кашепов В. П., Кошаева Т. О. и др. Уголовная ответственность несовершеннолетних. Научно-практическое пособие / Под ред. В. П. Кашепова. — М.: Юридическая литература, 1999. — 160 с.
15. Гурьева В. А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: Генезис, 2001. — 480 с.
16. Гурьева В. А. Принципы диагностики в подростковом возрасте // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: Генезис, 2001. — С. 246–292.
17. Гурьева В. А. Профилактика преступности подростков. — М., 2006. — 326 с.
18. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.: Крон-пресс, 1996. — 208 с.
19. Гурьева В. А., Дозорцева Е. Г. Дискуссионные вопросы ограниченной вменяемости несовершеннолетних // Ограниченная вменяемость / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1996. — С. 40–46.
20. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Введение в подростковую судебную психиатрию // Медицинская и судебная психология: Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафянова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — С. 183–205.
21. 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.
22. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., Гиндикин В. Я., Бадмаева В. Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — С. 281–320.
23. Декларация прав дитини 1959 р. // Права людини: Основні міжнародно-правові документи. — Київ, 1989.
24. Европейская декларация по охране психического здоровья 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.) // Архив психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 4. — С. 167–172.

25. Зайцева З. Г. Індивідуальна організаційно-виховна робота з неповнолітніми, які звільнилися з ВТК // Соціальна реабілітація неповнолітніх, які повернулися з місць позбавлення волі, у соціальних службах для молоді: Збірник науково-методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / Упорядник З. Г. Зайцева. — Київ: А. Л. Д., 1995. — С. 44–57.

26. Карчевський В. В. До питання про синдромологічний підхід у діагностиці психічних та поведінкових розладів // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 2. — С. 77–79.

27. Качмазов Т. А. Теоретико-методологические основы профилактики девиантного поведения подростков. — М.: МПА-Пресс, 2005. — 24 с.

28. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. — М.: Триада-Х, 2006. — 184 с.

29. Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. Подростки групп риска. — СПб: Питер, 2005. — 336 с.

30. Кримінальний кодекс України (від 5 квітня 2001 року): станом на 1 вересня 2002 року. — Київ: Атіка, 2002. — 160 с.

31. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник / За ред. П.В.Волошина та інш. Підкоритов В.С., Букресев В.І., Кузьмів В.М. та інш. - Харків: Фоліо, 2001. - 271 с.

32. Кузнецов В. Н. Состояние и задачи психиатрической помощи детям и подросткам в Украине // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 196–197.

33. Макушкин Е. В. Социологические и биологические факторы, влияющие на формирование агрессивного поведения несовершеннолетних // Проблемы современной подростковой психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 2001. — С. 66–69.

34. Михайлов Б. В. Проблемы психотерапевтического диагноза // Архив психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 227–230.

35. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М.: Смысл; СПб: Речь, 2003. — 407 с.

36. Можгинский Ю. Б. Особенности аффективных нарушений и их взаимосвязь с подростковыми психопатологическими расстройствами // Пограничные расстройства в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ВНИИОСП им. В. П. Сербского, 1991. — С. 3–7.

37. Морозова Н. Б. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение). — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. — М., 1999. — 48 с.

38. Мохонько А. Р., Шукина Е. Я. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации // Архив психіатрії. — 2008. — Т. 14, № 4. — С. 27–31.

39. Напреенко А. К., Логановский К. Н. Современные психиатрические классификации: попытки объединения / Український медичний часопис. — 2002. — № 2. — С. 5–12.

40. Напреенко О. К., Домбровська В. В. Сучасний стан (2002 рік) та шляхи вдосконалення психіатричної допомоги в Україні // Архив психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 6–9.

41. Первомайский В. Б. Илейко В. Р. Доказательство судебно-психиатрических выводов (первое сообщение) // Архив психіатрії. — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 37–40.

42. Пехтерев В. А. Судебно-психиатрическая оценка тяжести (глубины) расстройств психики (многоосевой подход) // Журнал психиатрии и медицинской психологии — 1999. — № 1. — С. 125–129.

43. Підкоритов В. С. Стан психічного та неврологічного здоров'я дітей, що мешкають у різних регіонах України // Український вісник психоневрології. — 1998. — Т. 6, вип. 1. — С. 53–57.

44. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике / Под ред. В. А. Абрамова. — Донецк: Китис, 2000. — 346 с.

45. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / Пер. с англ.; Под ред. К. С. Робсона. — М.: Медицина, 1999. — 488 с.

46. Теоретико-методологические основы профилактики девиантного поведения подростков. — М.: МПА-Пресс, 2005. — 24 с.

47. Уголовно-процессуальный кодекс Украины. Научно-практический комментарий / Под общ. ред. В. Т. Маляренко, Ю. П. Алёнина. — Харьков: Одиссей, 2003. — 958 с.

48. Філоненко С. Діти в конфлікті із законом: новий вимір правосуддя // . — 2008, №10.

49. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — 3-е изд. — М.: Медиасфера, 2004. — 356 с.

50. Хаустов М. М. Розлади особистості у правопорушників молодого віку (клініко-психопатологічна характеристика та підходи до профілактики декомпенсації). — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2006. — 20 с.

51. Хоффинга А. М. З. Социально-педагогическая реабилитация подростков, совершивших правонарушения. — М.: Спутник+, 2005. — 27 с.

52. Чудакова Л. Б. Лікувально-реабілітаційні заходи для дітей та підлітків з порушеними формами поведінки). — Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2000. — 20 с.

53. Шевченко Ю. С., Северный А. А., Данилова Л. Ю. Нерешённые (нерешаемые) проблемы диагностики и терапии в детской психиатрии // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 4. — С. 35–40.

54. Ювенальная юстиция: мультидисциплинарный подход. Опыт становления правосудия в отношении несовершеннолетних в Ростовской области / Под ред. Е. Л. Вороновой. — Ростов-на-Дону: Экспертное бюро, 2002. — 304 с.

55. Яцук В. Т., Несторович Я. М., Яцук В. В., Білоус С. В. Рівні невротизації і психопатизації серед підлітків // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — Вип. 4. — С. 207–221.

56. Angold A., Costello E. J. Эпидемиология расстройств поведения: проблемы нозологии и коморбидность // Розлади поведінки дитячого та підліткового віку / За заг. ред. J. Hill, B. Maughan; Пер. з англ. за заг. ред. В. Штенгелова. — Київ: Сфера, 2005. — С. 115

ПЕРСПЕКТИВИ ВНЕДРЕНИЯ МНОГООСЕВОЙ ВЕРСИИ МКБ-10 В ПРАКТИКУ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (обзор литературы) Л.А.Крыгина

Проанализированы литературные данные относительно перспектив внедрения многоосевых диагностических классификационных схем в практику судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних, многоосевые диагностические классификационные схемы

THE PERSPECTIVE OF USING THE MULTIAXIAL VARIANT OF ICD-10 IN ADOLESCENT'S FORENSIC-PSYCHIATRIC PRACTICE (LITERATURE REVIEW)

L.O.Krygina

The literature evidence on the perspective of using the multiracial variant of ICD-10 in adolescents' forensic-psychiatric practice had been analyzed

Keywords: adolescents' forensic-psychiatric evaluation, multiracial classification scales

УДК 616.89-174:61

О.А. Насинник

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ II

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция**Введение**

Основываясь на материалах собственного исследования и теоретического анализа данных отечественных и зарубежных авторов, появляется возможность изложить обобщенные характеристики действующего процесса психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП). Требования к оценке психического состояния пациента, госпитализированного в неотложном, в том числе принудительном порядке, различны. Она представляет функциональный нозологический диагноз [1,2], включает уровни риска опасности для себя или окружающих [3], степень утраты критики и компетентности, отношение к психиатрической помощи как в прошлом (если такова имела место), так и к текущей. Эти данные значимы для обсуждения с пациентом предлагаемых вариантов и альтернатив обследования, медикаментозных и психосоциальных вмешательств, рассмотрении их преимуществ и недостатков при реализации процедуры осознанного согласия [4], а затем подготовки терапевтического плана. Пациент-центрированный подход выявляет набор жалоб, а также дает уверенность, что опасения пациента понятны и он согласен на их решение – предиктор нарастающего комплаенса, а разработанный план помощи должен быть обсужден и согласован с пациентом [5]. Формирование терапевтического плана начинается сразу же после стационарирования с учетом возможностей амбулаторной службы. Семья и другие члены поддерживающей сети должны включаться в планирование помощи как можно раньше, ибо они играют ключевую роль в планировании помощи после выписки. При этом ожидается максимальная вовлеченность пациента, в ряде случаев и его близких в обсуждение и разработку плана помощи [6]. Этот план предусматривает скорее возврат пациента к адекватному здоровью и уровню функционирования, чем к лечению лежащих в основе расстройств и других состояний. Пациенту нужно указать, что дальнейшее улучшение должно протекать на фоне поддерживающего лечения, но требует дополнительной работы с его стороны [7]. Правовой статус пациента при дальнейшем оказании психиатрической помощи зависит от решения, принимаемого врачом-психиатром или комиссией врачей-психиатров (КВП). На этой стадии, по нашим данным обнаруживается ряд несоответствующих решений, то ли при переоценке тяжелого психического расстройства (ТПР) или опасности со стороны пациента, вследствие чего принимается решение о принуждении, то ли, наоборот, при наличии согласия на помощь со сто-

роны некомпетентного пациента, лечение на добровольных основаниях, что свидетельствует об отсутствии единого подхода к данной проблеме [8]. «Большая угроза для цельности процесса ПППП состоит не в неадекватности текущих стандартов принуждения, а скорее всего в результате неправильного их истолкования, понимания, использования или просто игнорирования на практике» [9]. Помощь же в добровольном порядке в ряде случаев не соответствует принципам добровольности, сохраняются элементы принуждения и ограничения прав пациентов. Терапевтические тактики в целом адекватны клинической картине заболевания, но реабилитационные и психосоциальные мероприятия ограничены и не соответствуют комплексному, интегративному подходу [10]. Выписка пациентов происходит после улучшения психического состояния и критики, исчезновения признаков опасности. В ряде случаев после достижения улучшения выписка затягивается в силу немедицинских обстоятельств. Преемственность стационарной и амбулаторной помощи не всегда соблюдается или осуществляется, что отражается и на качестве взаимного информирования – упускаются значимые данные, которые необходимы для адекватного лечебного процесса [10]. Преемственности (непрерывности) помощи уделяется особое внимание зарубежными исследователями. L.L. Bachrach (1981) обозначила непрерывность помощи как «идеал пациент-центрированной помощи» [11]. Исследователи определяют преемственность (непрерывность) помощи как комплексный, многосторонний и многоуровневый процесс координированного удовлетворения меняющихся потребностей пациента благодаря преемственности (непрерывности) информации, организации (последовательность и связанность) помощи и отношений пациента с врачом или командой врачей не только в настоящий период времени, но и установки к формированию терапевтических отношений со специалистом, который готовится принять пациента [12,13]. Кроме этого, для улучшения преемственности необходимым стало планирование прекращения определенного вида помощи, например, выписки из стационара, интегрирование помощи, а также адаптирование помощи к изменяющимся потребностям пациента. [14]. Исследователи подтверждают позитивные взаимосвязи между непрерывностью помощи и качеством жизни и функционирования в сообществе пациента, а также большую удовлетворенность помощью [12,14]. Непрерывность помощи так же связывают с адекватностью диагноза, соблюдением

лечения и уменьшением госпитализации [14].

Вышеизложенное указывает на **актуальность** затронутых проблем, необходимости упорядочить имеющиеся теоретические и клинические данные с учетом современных этических позиций и Закона о психиатрической помощи (далее – Закон).

Целью работы являлось создание концептуальной модели психиатрической помощи в принудительном порядке, в данной работе рассматривается алгоритм оценки с использованием предлагаемых нами стандар-

тов и стадий. **Материалом исследования** являлись результаты собственного исследования 253 пациентов, госпитализированных в психиатрическую больницу в неотложном, в том числе принудительном порядке, а также данные отечественной и зарубежной литературы по проблеме недобровольной помощи. **Результаты работы и их обсуждение.** Результатом явилась разработка алгоритма психиатрической помощи, который представлен в виде трех стадий с использованием системы стандартов (см. рис. 1).

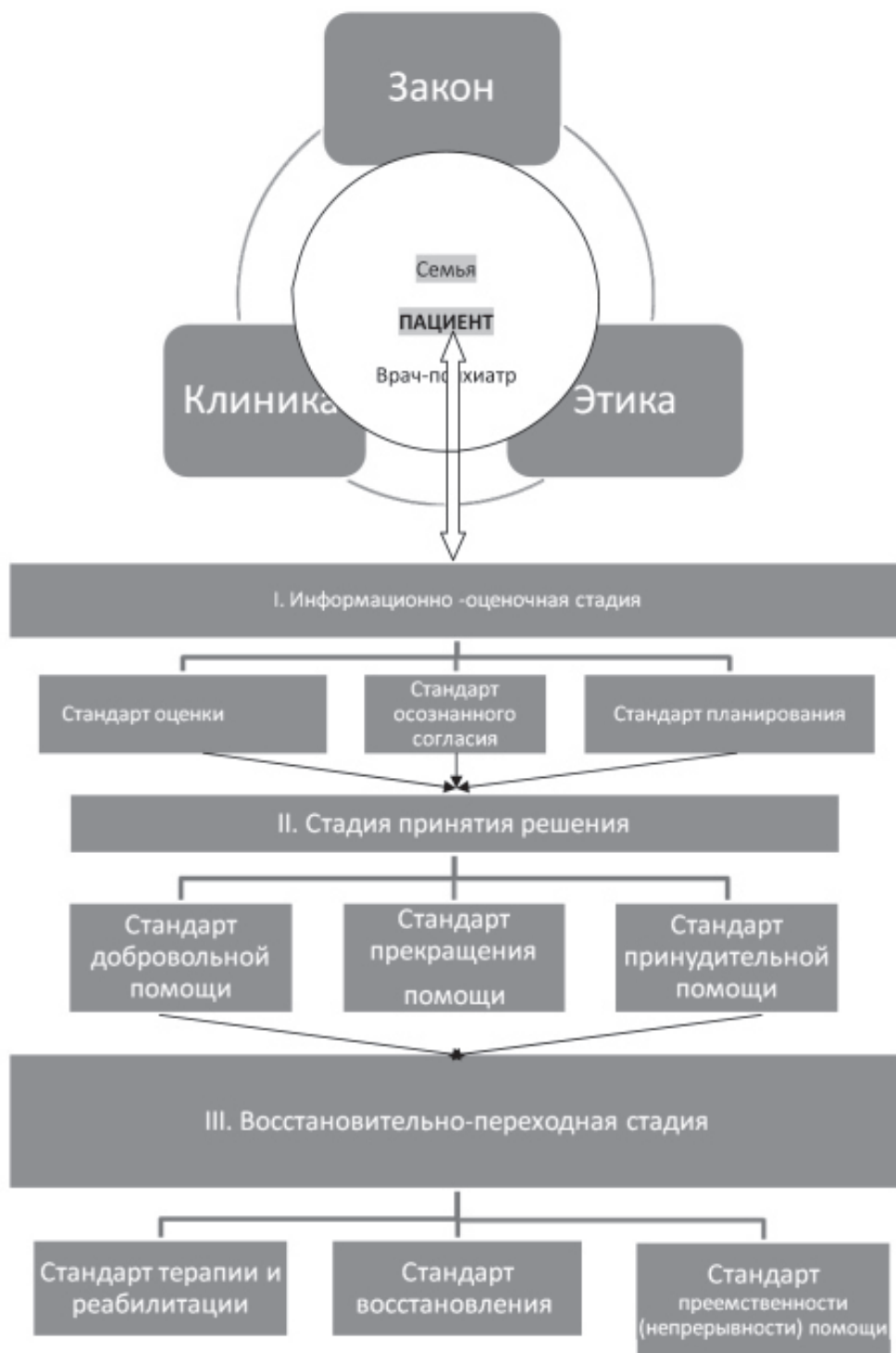


Рис. 1. Ведущие принципы, стандарты и стадии ПППП

Предлагаемый ниже алгоритм оценок содержит стадии, стандарты и предназначен для использования на любом этапе оказания ПППП, что более детально будет рассмотрено в следующей работе.

1. Информационно-оценочная стадия

На этой стадии происходит сбор необходимой информации, сопоставление ее с имеющимися объективными данными в документации, по согласию с пациентом подключение семьи (члена семьи или субъективно значимого человека, товарища) и обмен информацией между участниками процедуры ПППП, так наз. триалог (участие в оценке пациента, значимого ему человека и врача-психиатра [15]). Вовлечение семьи в процесс стационарного лечения улучшает соблюдение частоты визитов к амбулаторному врачу [16].

1.1. Стандарт оценки. Обследование и оценка проводятся с использованием доступных методов и инструментов. Используется многоосевая диагностика, и кроме этого проводится оценка безопасности пациента, его критических способностей, осознания болезни и способности к принятию решения о предлагаемой помощи. Несогласие пациента по отдельным вопросам не является признаком нарушения его критических способностей. Диагноз полнее бы отвечал своему фундаментальному предназначению в качестве информационной основы для оказания медицинской помощи, если бы имел достаточно широкие рамки для полного описания состояния здоровья человека, содержал бы информацию о нарушенном здоровье (болезни) и сохраненном здоровье, которое включает в себя такие сферы как функционирование, личностные и социальные ценности и ресурсы, качество жизни [17,18,19]. Стандарт оценки должен включать оценку диагностическую (в случае недостаточности данных на этапе амбулаторного осмотра, приемного отделения возможен синдромальный или предварительный диагноз). В соответствии с требованиями будущей МКБ желательно включать в оценку сохраненные стороны и способы защиты пациента. Кроме этого оценка должна включать определение осознания болезни, критики и способности к принятию решения о лечении (компетентности).

Оценка критики. Текущее определение критики включает: 1) осознание психического расстройства; 2) понимание социальных последствий расстройства; 3) осознание необходимости лечения; 4) осознание специфичности признаков и симптомов расстройства и 5) соотнесение симптомов с расстройством [20]. Несмотря на массу исследований и работ по проблеме критики, этот термин не до конца еще ясен. J. Dawson и R.Mullen (2008) перечисляют ряд проблемных вопросов, которые касаются определения критики. Например, насколько критичен пациент, который соглашается с врачом-психиатром, что страдает психическим заболеванием и нуждается в лечении, но не воспринимает установленный ему диагноз? [21]. Настораживает многих авторов оценка отношения пациента к лечению, являющаяся одновременно и показателем его

критики [21, 22]. А Beck-Sander (1998) считает, что «отсутствие критики» определяется часто в тех ситуациях, когда понимание пациентом своего заболевания отличается от мнения профессионала, а констатация не критичности ведет к отсутствию пониманию пациента [22]. Метаанализ работ показал, что выраженность психопатологических расстройств не имеет прямой связи с уровнем критики, которая является многофакторным образованием, где имеют значение прошлый опыт контактов со специалистами психиатрической службы, отношение пациента к своему заболеванию в целом, а также доболезненные знания относительно психического заболевания и его лечения [23].

1.2. Стандарт осознанного согласия. Стандарт осознанного согласия описан множеством авторов, детально изложен в обзорах [4, 24], но следует напомнить, что он состоит из ряда субстандартов: субстандарт информирования; субстандарт добровольности, или отсутствия принуждения; субстандарт компетентности, или точнее - способности к принятию решения о лечении (СПРОЛ). Различают простое согласие, при котором пациент понимает выбор конкретного лечения, которое предлагается; совершает выбор лечения; сообщает о своем выборе вербально или невербально. Здесь альтернативы не рассматриваются и поэтому называют простое согласие [25]. Повышение стандарта связано с информированным (осознанным) согласием, которое включает: 1) сообщение о выборе; 2) пониманием предоставляемой соответствующей информации; 3) восприятие приемлемых вариантов и последствий и 4) рациональное принятие решения [25]. Еще выше стандарт разделенного (совместного) согласия пациента и врача. Чем более сложный стандарт согласия избран, тем больше требований к способности пациента принимать решение о лечении. Однако нет единого достаточно широкого стандарта, благодаря которому стало бы ясно, что способности пациента к принятию решения значительно нарушены или сохранены. Поэтому используется набор критериев для комплексной оценки СПРОЛ. Каждый субстандарт должен быть оценен отдельно, независимо от других и общая оценка и порог стандарта будут индивидуализированы, специфически зависеть от клинических последствий принятия лечения или отказа от него, также как оценка рисков и пользы от альтернативных видов терапии [26].

1.3. Стандарт планирования (совместно с мотивированием) как будущей стадии, так и предстоящего этапа. Стандарт планирования включает схему обследования и лечения в динамике, соответствующую состоянию и прогностическим его изменениям. Сразу же после госпитализации начинаем обсуждать вопросы выписки и последующего наблюдения (при необходимости в ПНД). Терапевтический план значим в случае затребования судом при решении вопросов ПППП.

II. Стадия принятия решения

На стадии принятия решения и в зависимости от осознанного согласия происходит сортировка пациен-

тов по трем направлениям: помощь в добровольном или недобровольном порядке, прекращение помощи. Наиболее представительная группа пациентов – это лица получающие психиатрическую помощь в добровольном порядке.

II.1. Стандарт помощи в добровольном порядке.

1. Наличие показаний к данному виду (амбулаторная/стационарная) помощи.
2. Стандарт осознанного согласия.
3. Отсутствия принуждения.
4. Возможность отказа как от предлагаемых, так и от получаемых видов терапии, обследования и от помощи в целом.

II.2. Стандарт прекращения помощи. Незначительная часть доставленных в больницу пациентов, а также ряд пациентов в процессе внебольничной помощи подпадают под стандарт прекращения помощи:

1. Отсутствие показаний к конкретному виду (амбулаторному или стационарному) помощи, или
2. Отказ от предлагаемой помощи
3. Сохранная компетентность пациента
4. Отсутствие критериев опасности для себя или окружающих.

Отказ от помощи возникает как по инициативе пациента, но возможен и по инициативе врача-психиатра или КВП – раздел 6 ст. 27 Закона.

II.3. Стандарт ПППП, под который подпадает незначительная часть пациентов

1. Отсутствие осознанного согласия.
2. Отсутствие способности к принятию решения о лечении (СПРоЛ)
3. Тяжелое психическое расстройство.
4. Критерии опасности. Для стационарной помощи (принудительная госпитализация): а) критерии опасности для себя или б) окружающих, в) беспомощное состояние.

а) непосредственная опасность для себя. Здесь нужно учитывать чаще всего комплекс признаков: слова или действия, свидетельствующие о намерениях совершить самоубийство или телесное повреждение; слова или действия, обнаруживавшие значительное пренебрежение собственной безопасностью; слова или действия, обнаруживавшие специфический план суицидальных действий; наличие доступных средств для осуществления суицидального плана (например, возможность накопления или запасы отравляющих веществ, в том числе и лечебных препаратов; наличие или заготовка других средств, таких как оружие, верёвка и т.п.).

б) непосредственная опасность для других. Вытекает из слов или действий, свидетельствующих о намерениях причинить вред конкретному лицу и такие намерения скорее всего будут реализованы; слова или действия, свидетельствующие о намерениях совершения опасных акций или действий со значительным пренебрежением к безопасности других лиц; должно быть подтверждено угрозами в отношении конкретных лиц, попытками нанести травмы или ранения

отдельным индивидам, а также наличием средств, позволяющим реализовать угрозы или попытки.

в) беспомощное состояние. Должны быть четкие признаки, ибо просто неспособности к удовлетворению своих потребностей на уровне, обеспечивающем жизнедеятельность (абзац 3 ст. 14 Закона) - недостаточно. Так же отказ от лечения не является доказательством беспомощного состояния. Определение беспомощного состояния осуществляется на текущий период и не может быть связано с данными из прошлого пациента. Более того, например, в США не определяется «беспомощное состояние» в случаях, когда такое лицо может безопасно проживать с помощью члена семьи или друга, который желает и способен оказывать помощь в обеспечении жизненно важных функций, что должно быть отражено в специально оформленном письменном документе. Для констатации беспомощного состояния необходимы такие признаки: признаки истощения или дегидратации; неспособность изложить план по добыче пищи; в доме или поблизости отсутствует приемлемая пища; бредовые заявления о доступной пище (например, пища отравлена, несъедобна и т.п.); одежда непригодна или находится в недоступном месте; неспособность сформулировать разумный план достижения убежища или жилья.

Критерий АПППП – значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического в случае неокказания психиатрической помощи.

Другие недобровольные меры:

- Психиатрический осмотр без согласия пациента – все вышеперечисленные критерии
- Меры физического удержания и (или) изоляции – непосредственная опасность для себя или окружающих.

Последние две меры в Законе отражены несколько обособленно и без конкретизации места использования (распространяется на внебольничные, амбулаторные условия, процесс транспортировки, непсихиатрический стационар по решению врача-психиатра).

III. Восстановительно-переходная стадия

Включает стандарты терапии и реабилитации, восстановления и преемственности (непрерывности) помощи. После оценок на этой стадии решаются вопросы перехода на следующую стадию или продолжение помощи на данном этапе.

III.1. Стандарт терапевтически-реабилитационный:

1. Клиническая адекватность и дифференцированность в выборе терапии, соответствие стадиям течения заболевания с использованием текущего терапевтического плана в условиях наименее ограничительных и применения менее инвазивных средств, а именно психотропных препаратов нового поколения.

2. Комплексность, которая предполагает постоянное сочетание медикаментозного лечения с психотерапией и социально-трудовой реабилитацией; динамический подход с учетом происходящих изменений и тенденций развития психопатологической симптоматики

под влиянием проводимого лечения; при этом психофармакотерапия не должна носить шаблонный характер, поскольку длительное клинически необоснованное применение нейролептических средств (особенно типичных) приводит к появлению затяжных состояний и формированию признаков терапевтической резистентности [27, С. 27- 31.].

3. Психиатрическая помощь в принудительном порядке оказывается только на протяжении времени сохранения оснований, согласно которым было принято решение о помощи данного вида (абзац 1 статьи 17 Закона).

4. Использование всех разрешенных МЗ Украины средств и методов диагностики и лечения. Методы лечения и лекарственные средства, представляющие повышенный риск для здоровья пациента, применяются по назначению и под контролем КВП и по осознанному согласию пациента.

Стандарт терапии содержится в «Принципах защиты лиц, которые страдают психическими расстройствами, и улучшения здравоохранения в области психиатрии» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН ? 46/119 от 17 декабря 1991 г.). Стандарт терапии устанавливается в соответствии с клиническим опытом врача, научной литературой, руководствами и правилами, в том числе из других стран, заключением экспертов и другими соответствующими факторами, данными. [25].

III.2. Стандарт восстановления заключается:

1. В выздоровлении, улучшении состояния с возвратом критики, компетентности и автономии пациента.

2. Отсутствии признаков опасности для себя или окружающих.

3. Наличии осознанного согласия на помощь.

4. Установка на соблюдение лечения и выполнение врачебных рекомендаций.

5. Умение использовать личные и медикаментозные ресурсы для разрешения проблемы, если такая была и спровоцировала кризис.

6. Формирование установок на конструктивное и нейтральное взаимодействие с окружением, микро - и макросредой средой, а также на наличие достаточного интеллектуального и волевого самоконтроля [27, С. 27- 31.].

III.3. Стандарт преемственности (непрерывности) помощи

1. Непрерывность информации, отношений и контактов.

2. Доступность помощи и врача-психиатра для пациента, подвергающемуся ПППП, а так же для его близких.

3. Мотивирование пациента и его близких на каждом этапе с рассмотрением перспектив перехода на следующий этап, целей, задач и обязанностей будущего этапа.

4. Анализ эффективности используемых терапевтически-реабилитационных мероприятий или отсутствия их эффекта с формированием новой лечебной

тактики для повторения данного или следующего этапа.

5. Процесс планирования выписки начинается сразу же после неотложной госпитализации, задачами планирования является формирование плана восстановления для возвращения пациента в сообщество. Распознавание обстоятельств, приведших к госпитализации, является центральным в процессе планировании выписки и помогают определить направление плана. Планирование проводится совместно с пациентом, членами семьи, амбулаторной службой. Уточняется состояние компетентности и возможные ее нарушения в будущем. Обсуждаются с пациентом (его близкими) ситуации, при которых могут рассматриваться вопросы принуждения и их альтернативы. Перед выпиской доработка индивидуального плана и вынесение рекомендаций.

6. Направление в стационар или выписной эпикриз, помимо известных разделов, должны включать факторы риска, пределы восстановления, реагирование на лечение, терапевтические цели и план восстановления совместно с рекомендациями по организации помощи, ранние признаки рецидива и риска, например упущение явок в ПНД, или возврата симптоматики, медицинские и немедицинские стратегии по устранению ранних признаков обострения. Необходимо указать близкое пациенту лицо и способы связи с ним.

7. Осуществление разъяснений и мотивирование пациента к явке в психиатрическое учреждение (ПНД), сообщаются ему адрес и время работы участкового врача-психиатра. Пациенту (и при возможности – его близким) выдаются на руки терапевтические рекомендации с указанием времени явки на прием для обеспечения непрерывности помощи.

8. Подготовленность и готовность врача-психиатра планируемого этапа встретить потребности пациента и не допускать возврата на этап помощи с более ограничивающими условиями. Приоритетность лиц с психическими расстройствами в области лечения и психобразования.

9. Консолидация действий соответствующих ведомств в помощи лицу, которому оказывается ПППП и многоуровневый подход к ПППП с учетом личности пациента.

Заключение

Предложенные нами стадии и стандарты алгоритма оценок позволят улучшить качество ПППП, избежать необоснованных решений, будут служить ориентиром для всех участников процесса ПППП, подспорьем в случае необходимости контроля решений на любом этапе оказания помощи.

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Кутько И.И. Функциональная диагностика психических заболеваний: Методические рекомендации. – Донецк, 1990. – 13 с.
2. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение II // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, Вып. 4. – С. 87-89.
3. Функциональный диагноз в судебной психиатрии: Монография // Под ред. Т.Е. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича - М.: РИГ ГНЦ СисП им. В.П. Сербского, 2001. – 196 с.
4. Насинник О. Осознанное (информированное) согласие в психиатрии // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1998. – № 2. – С. 44-59.
5. Lipkin M. Medical interview//Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide/ Ed by Mitchell D. Feldman, John F. Christensen. – Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1997. – P. 1-7.
6. Насинник О. Несоблюдение режима лечения//Вісник Асоціації психіатрів України. – 1998, № 4. – С. 64-84.
7. Schreter R.K. Essential skills for managed behavioral health care//Psychiatric Services. – 1997. – Vol.48. – P.653-658.
8. Насинник О.А. Отсутствие осознанного согласия – критерий принудительной госпитализации // Архив психіатрії. – 2009. – Т.15, № 4 (59). – С. 18 – 24.
9. Keilitz I. NCSC Guidelines for Involuntary Civil Commitment: A Workable Framework for Justice in Practice // Hospital and Community Psychiatry. – 1988. – Vol. 39. – P. 398-402.
10. Насинник О.А. Оценка алгоритма, этапов, преемственности психиатрической помощи принудительном порядке: соответствие законодательству//Психічне здоров'я. – 2007. – № 4 (17). – С. 87-93.
11. Bachrach L.L. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis//Am J Psychiatry. – 1981. – Vol.138. – P.1449-1455.
12. Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G. K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review// BMJ. – 2003. – Vol. 327. – P. 1219-1221.
13. Wierdsma A., Mulder C., de Vries S., Sytema S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework// Journal of Health Services Research & Policy. – 2009. – Vol. 14. – P. 52-57.
14. Adair C. E., McDougall G. M., Mitton C. R. et al. Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness // Psychiatr Serv. – 2005. – Vol. 56. – P. 1061-1069.
15. Amering M. Trialog—an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes //International Journal of Integrated Care. – 2010. – Vol. 10. – P.35-36.
16. Adeponle A. B., Thombs B. D., Adekan M. L., Kirmayer L. J. Family participation in treatment, post-discharge appointment and medication adherence at a Nigerian psychiatric hospital// The British Journal of Psychiatry. – 2009. – Vol. 194. – P. 86-87.
17. Mezzich J.E. Positive health: conceptual place, dimensions and implications// Psychopathology. – 2005. – Vol. 38. – P. 177-179.
18. Меззич Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма//Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 11-14.
19. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз//Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 15-19.
20. Amador X.F., Kronengold H. Understanding and assessing insight// Amador X.F., David A. Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd Ed./ New York: Oxford University Press Inc., 2004. – P. 3-30.
21. Dawson J., Mullen R. Insight and use of community treatment orders// Journal of Mental Health – 2008. – Vol. 17. – P. 269-280.
22. Beck-Sander A. Is insight into psychosis meaningful? //Journal of Mental Health. – 1998. – Vol. 7. – P. 25-34.
23. Mintz A. R., Dobson K. S., Romney D. M. Insight in schizophrenia: a meta-analysis// Schizophrenia Research. – 2003. – Vol. 61. – P. 75-88.
24. Насинник О. Критерии осознанного согласия//Вісник Асоціації психіатрів України. – 1998, № 3. – С. 72-96.
25. Simom R.I. The law and Psychiatry// Focus. – 2003. – Vol. 1. – P. 349-372.
26. Grisso T., Appelbaum P.S. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions// Am J Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – P. 1033-1037.
27. Организация, критерии и порядок оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (Методические рекомендации)/ Составители А.А. Педак, С.Г. Хотина. – Николаев, 2007. – 31 с.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ II О.А. Насинник

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 II 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

УДК 616.89.614.2

В.Л. Лісовенко¹, О.Л.Кваснівський²
ДО ПИТАННЯ ПРИМУСОВОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

¹Національний Університет ДПС України;

²Київський міський психоневрологічний диспансер №4

Ключові слова: АППД, психічні захворювання, антисоціальні правопорушення, профілактичні заходи, примусове лікування

Періодичні повідомлення в засобах масової інформації про вчинення психічно хворими різних суспільних правопорушень, в тому числі, особливо небезпечних діянь з важкими наслідками, свідчать про певні недоліки в організації роботи органів та установ соціальних інститутів безпеки та психічного здоров'я.

Мова йде, насамперед, про не своєчасні виявлення, діагностику, взяття на облік, лікування і спостереження хворих, з первинними чи повторними розладами психіки або ж про їх передчасну виписку з психіатричних лікарень без належного забезпечення послідовних заходів щодо підтримуючої чи проти рецидивної терапії, відповідного соціального і трудового влаштування та здійснення необхідного психіатричного догляду і нагляду.

Особливо важливо забезпечити ці заходи хворим з так званими синдромами активного і пасивного типу суспільної небезпечності та антисоціальною поведінкою в анамнезі.

Звичайно, що кожний такий випадок протиправних, антисоціальних дій психічно хворих, повинен підлягати всебічному розгляду та аналізу як з боку медичних, так і правоохоронних органів. І як показує досвід, в більшості випадків зазначених порушень можна було б уникнути при вчасному застосуванні профілактичних заходів, одним з яких саме і є амбулаторна примусова психіатрична допомога (АППД) у вигляді примусового амбулаторного лікування за місцем мешкання хворого, надання якої передбачено статтями 12,19,26 та 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 року з відповідними змінами і доповненнями згідно з Законами №1364-IV від 09.12.2003р., ВВР, 2004, №15, ст. 221, №1033-V від 17.05.2007р ВВР, 2007, №34, ст. 445 та ст. 94 Кримінального Кодексу України.[1]

На жаль, як уже раніше нами зазначалось [2], Закон в частині призначення примусового амбулаторного лікування психічно хворих, на наш погляд, в Україні виконується в цілому незадовільно. Це підтверджується статистичними даними на прикладі одного з районів м. Києва, де в 2010р. з 312 тис. його мешканців на спеціальному психіатричному обліку перебуває 65 осіб, які за скоєні правопорушення внаслідок психічних захворювань значаться особливо соціально небезпечними, в тому числі: за насильницькі дії (розбій) – 4 особи; проти суспільного порядку – 3 особи; проти власності-3 особи; за замах на життя та здоров'я інших

людей -19 осіб; схильних до замаху на власне життя та здоров'я - 36 осіб. І лише 3 особам з 65 осіб, що перебувають на обліку, було призначено амбулаторне примусове лікування та ще 2 особи очікують відповідного судового рішення.

Приблизно аналогічна ситуація з застосуванням амбулаторного примусового психіатричного лікування спостерігається і в інших районах столиці України, що вказує на недооцінку даного методу як, психіатричного лікування хворих, та як засобу профілактики потенційних правопорушень в результаті психічних захворювань.

Подібну статистику частоти застосування амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку приводить також і один із розробників Закону України «Про психіатричну допомогу», відомий судовий психіатр та науковець О.А. Насінник [3], який, аналізуючи стан призначення судами АППД в Україні за 2006-2008р.р., наводить показники АППД на 100тис. населення в різних областях республіки в межах від 0 до 5.31, що в середньому складає 1.52 з тенденцією одначе до поступового зростання цього показника. Що ж стосується інших країн світу, то ці показники в різних країнах, де застосовується АППД, значно відрізняються один від одного, навіть в окремих регіонах однієї країни і, скажімо, в Австралії він складає від 20 до 43 чол., в Новій Зеландії -44, в окрузі Колумбія (-США)- 54, в штаті Теннесі (США) – 10, а в Онтаріо (Канада) всього лише 2 чол. на 100 тис. населення. При цьому на думку деяких авторів, що вивчали дану проблематику, застосування АППД є прямо пропорційне змісту і характеру відповідного законодавства країни. Наприклад, в США можливість амбулаторного примусового психіатричного лікування надається законодавством 48 штатів, але лише в 22 з них воно достатньо часто застосовується на практиці і є реальною альтернативою примусовій госпіталізації.[4] В США більшість прав і свобод залишається за психіатричним пацієнтом і лише обмежується можливість заперечувати свою хворобу та відмовлятися від амбулаторного чи стаціонарного лікування. Разом з тим, наголошується, що для забезпечення належного амбулаторного лікування потрібно мати ефективні методики, а також щоб медичний персонал був певним чином застрахований від можливої відповідальності.

В цьому відношенні, як відмічає Йохан Легемате [5], найбільш сміливим законом, що регламентує амбулаторне недобровільне лікування психічно хворих,

вважається закон про організацію психіатричної допомоги в Італії від 03.05.1978р., що передбачає переважно амбулаторне лікування психічно хворих і лише як виняток їх лікування в умовах стаціонару. При цьому національні законодавства більшості країн Західної Європи про недобровільну госпіталізацію в психіатричну лікарню обов'язково повинні відповідати основним правовим положенням, зафіксованим в Європейській конвенції Захисту прав людини та основних свобод (ECHR) від 1950р.

Що ж стосується оцінки показників медичної ефективності примусового амбулаторного психіатричного лікування, то вона носить дещо суперечливий характер. Все ж у більшості публікацій відмічаються позитивні результати стосовно покращення психічного стану хворих, зменшення чисельності скоєних ними правопорушень та кількості регоспіталізацій, особливо при тривалому лікуванні та при рецидивуючому перебігу психічних хвороб.

В Україні недостатня увага та низькі показники практичного застосування примусового амбулаторного психіатричного лікування хворих, ймовірно пояснюється, як ми вже повідомляли як деякими суб'єктивними, так і об'єктивними причинами.

Серед об'єктивних причин очевидно слід назвати традиції та притаманний українцям менталітет толерантного, співчутливого ставлення до психічно хворих людей ще з стародавніх часів і з боку православної церкви, і більшості членів українського суспільства, а також їх недостатня правосвідомість та безпосередня складність самої судової процедури призначення амбулаторного недобровільного лікування психічно хворих в позалікарняних умовах, що передбачає крім надання документу про попередній огляд пацієнта з аргументованими висновками щодо причин, спонукаючих до його примусового лікування, також обов'язкову участь у судовому засіданні лікаря психіатра, прокурора та самого хворого чи його законного представника, що як відомо, здійснити практично досить важко.

Зрозуміло, що важливе значення при прийнятті рішення щодо необхідності примусового амбулаторного лікування хворих з психічними порушеннями мають також їх спеціально-побутові умови перебування та завантаженість судів загальної юрисдикції іншими справами за місцем мешкання хворого.

До суб'єктивних причин повільного застосування в цілому амбулаторного примусового психіатричного

лікування необхідно віднести певну пасивність та відсутність достатнього розуміння загроз і спричинених ними наслідків при наявності у психічно хворих синдромів суспільної небезпечності як з боку медичного персоналу, так і родичів, їх законних представників і найближчого соціального оточення хворих. Крім того, не менш важливу роль відіграють факти і їх недостатньої відповідальності перед суспільством за долю і самого пацієнта, що може вчинити антисоціальні дії, і за спричинену ним шкоду іншим суб'єктам. Тому за невинуватого зволікання чи не виконання своєчасних, випереджувальних заходів по недопущенню скоєння психічно хворими антисоціальних правопорушень такі особи повинні нести більш серйозну відповідальність і перед законом і соціумом.

Разом з тим в регламентуючих АППД законодавчих і підзаконних актах потрібно усунути деякі розбіжності стосовно формулювання та інтерпретації, як окремих статей, так і розширеного трактування деяких положень.[6]

Так, на наш погляд, необхідно більш чітко сформулювати медичні та юридичні критерії призначення амбулаторного примусового психіатричного лікування, розширити перелік контингентів психічно хворих та психічних хвороб, при яких хворим надається безоплатне медикаментозне амбулаторне лікування, розробити та забезпечити психіатричні лікувальні установи основними методиками амбулаторного психіатричного примусового лікування. Забезпечити безумовне виконання ряду положень Закону «Про психіатричну допомогу» стосовно зайнятості, навчання, соціального захисту і хворих в обсязі гарантованого мінімуму державою, в тому числі, щодо відновлення особистісного і соціального статусу та дестигматизації психічно хворих.

Література

1. Закон України «Про психіатричну допомогу» (із змінами і доповненнями). Психічне здоров'я №1(22) 2009р.с 81-98;
2. Лисовенко В.Л. Проблеми організації примусового амбулаторного лікування. Арх. Психіатрії. 2002р., №3(30) с. 45-47;
3. Насинник О.А. Анализ критериев, порядка и частоты применения амбулаторной принудительной помощи в принудительном порядке. Психічне здоров'я. №2(23) 2009р., ст. 147-153;
4. Дейл Л.Джонсон. Альтернатива принудительной госпитализации. Вісник АПУ, №1, 1996р с.70-75;
5. Йохан Легемате. Недобровольная госпитализация в психиатрические больницы. Вісник АПУ №1, 1996р. с.34-50.

К ВОПРОСУ О АМБУЛАТОРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. Л. Лисовенко, А.Л. Квасневский

Исходя из современных подходов и статистических данных, анализируется состояние организации, а также практики применения амбулаторного принудительного психиатрического лечения в некоторых странах мира и в Украине

Ключевые слова: АППП, психические заболевания, антисоциальные правонарушения, профилактические мероприятия, принудительное лечение

ABOUT COMPULSORY AMBULANT MEDICAL TREATMENT OF PSYCHIC DISORDERS PATIENTS

V.L. Lisovenko, A.L. Kvasnevskiy

According to the modern methods and statistic data the state of organizing, but also practice of use of ambulant compulsory psychic treatment in certain world countries and in Ukraine is analyzing

Keywords: ACPT, psychic disorders, antisocial crimes, prophylaxis measures, compulsory medical treatment

НАРКОЛОГІЯ

УДК:616.89-008.441.13:615.851:615.814.1

И.К. Сосин, Ю.Ф.Чуев
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ИНФУЗИОННОЙ
ДЕТОКСИКАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: инфузионная терапия, острая интоксикация, синдром отмены

Актуальность и цель исследования

Реализация проблем детокс-терапии уже на этапе купирования синдрома отмены психоактивных веществ настоятельно требует включения широкого спектра инфузионных растворов нового поколения, способных стабилизировать гемодинамические показатели, деятельность сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, активировать обменные и иммунные процессы. На этапе становления внутрибольничной и внебольничной ремиссии проблемы коррекции постинтоксикационной соматоневрологической патологии становятся еще более актуальными. Присутствие в клинике постабстинентного периода значительного массива болевых расстройств различной локализации, церебральных дисфункций, явлений анорексии, длительной агрипнии, создает дополнительный негативный психоэмоциональный фон, который по своей сути представляет рецидивоопасный характер. В этой связи терапевтический алгоритм в наркологии становится все более насыщенным в плане постоянного поиска методов коррекции нарко-ассоциированных расстройств (1;2;3;4).

В последнее время на отечественном фармацевтическом рынке появился целый ряд перспективных инфузионных растворов, включение которых в программы детоксикации и стало целью настоящего исследования. Наше внимание привлекли инновационные солевые комплексные растворы антитоксического действия (латрен, ГіК, тивортин, ксилат, аминол, сода-буфер, глюксил), которые, как показала практика хорошо переносятся больными, и взаимодействуют с другими лекарственными препаратами. Целью работы стало изучение эффективности средств инфузионной терапии в комплексном лечении облигатных и факультативных симптомов наркопатологии.

Материал и методы

Обследовано 65 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, поступивших в плановом порядке на лечение в клинику кафедры наркологии ХМАПО. Всем пациентам проводился клинико-лабораторный и электрофизиологический мониторинг в процессе терапии, с применением методов клинико-психопатологического исследования. Назначение растворов осуществлялось по индивидуальным показаниям, учитывались особенности соматического и

психоневрологического статуса, курс лечения составлял, как правило, 4-6 сеансов, проводился на фоне традиционных схем симптоматической терапии, и методов внутрисосудистой лазерной гемотерапии (-длина волны 0,63 мкм, экспозиция воздействия 30-40 минут). Каждая инновационная адыювантная комбинация имела свои показания для применения.

Результаты

Рассмотрим некоторые прикладные аспекты применения современных инфузионных средств в наркологической практике, которые находят все более широкое применение в детоксикационных и лечебно-реабилитационных программах.

Ксилат. Препарат относится к группе многокомпонентных гиперосмолярных растворов, обладает гемодинамическим и осмодиуретическим действиями. В нашей практике Ксилат назначался для купирования острой интоксикации психоактивными веществами, улучшения микроциркуляции, коррекции кислотно-щелочного состояния, улучшения гемодинамики при запойных и постзапойных состояниях, синдроме отмены, а также при хронических гепатитах и абсцедирующих процессах наркогенного происхождения. Вводили внутривенно, капельно, 200-400 мл, со скоростью 50-70 капель в минуту.

Сода-буфер. Средство для восстановления щелочного состояния крови и коррекции метаболического ацидоза. Препарат увеличивает выделение из организма ионов натрия и хлора, повышает осмотический диурез, ощелачивает мочу, предупреждает образование осадка мочевой кислоты в мочевыделительной системе. Апробирован при купировании острых интоксикаций наркогенного происхождения (опиаты, амфетамины, кодеин-содержащие вещества, зопиклон, барбитураты), психофизическая постинтоксикационная астения, ожоговые поражения и отморожения, полученные в состоянии алкогольного опьянения, начальные формы алкогольного цирроза, гепатиты, токсико-аллергические состояния у наркозависимых. Назначался внутривенно капельно, в дозе 200-400 мл, скорость вливания составляла 50-70 капель в минуту.

Аминол. Раствор представляет собой сбалансированную смесь из 13 аминокислот, которые включаются в биосинтез белков, способствуют положительному азотистому балансу и устраняют белковый дефицит. В практике нарколога препарат нашел применение при

алкогольных гипопропротеинемиях в результате тяжелых, истощающих запоев, длительной алкогольной анорексии, алкогольной диареи, сопутствующих алкогольных панкреатитах, при хроническо-септических состояниях у больных опийной наркоманией. Назначался внутривенно капельно, в дозе 100 мл, со скоростью 15-25 капель в минуту, перед введением раствор подогревали до 35-37°C. Курсовое лечение составляло 2-4 дня, по показаниям.

ГіК. Инфузионный раствор, восполняющий дефицит калия. Снижает частоту сердечных сокращений, уменьшают возбудимость миокарда, является легкоусвояемым энергетическим субстратом, устраняет электролитный дисбаланс в организме, улучшает обмен веществ в миокарде и его энергообеспечение, обладает противоаритмическими свойствами. Назначался при алкогольных кардиомиопатиях, постинтоксикационных тахикардиях и аритмиях. Как правило, назначался по 200 мл, скорость введения - 20-30 капель в минуту, курсовое лечение 1-2 дня.

Латрен. Инфузионный раствор, представляет собой активный компонент препарата пентоксифиллин. Улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, расслабляет гладкую мускулатуру коронарных артерий, увеличивает доставку кислорода к миокарду, чем объясняется антиангинальный эффект препарата. Расширяя сосуды легких, препарат улучшает оксигенацию крови, приводит к возрастанию содержания АТФ в головном мозге, благоприятно влияет на биоэлектрическую деятельность центральной нервной системы, улучшает микроциркуляцию крови в зонах нарушенного кровоснабжения. Препарат оказался очень востребованным при синдроме алкогольной зависимости у пожилых, так как позволял провести коррекцию явлений церебрального атеросклероза (головокружение, головная боль, нарушения памяти, нарушения сна), посттромботического синдрома с варикозным расширением вен, трофическими язвами голени. Также назначался пациентам, имевшим в анамнезе эпилептиформные расстройства (алкогольная и трамадоловая зависимость). Режим дозирования устанавливался индивидуально, содержимое флакона 100 мл вводили в течение 90 мин, курсовое лечение составляло 4-6 инфузий.

Тивортин. Базовым активным ингредиентом является аргинин, вещество аминокислотного ряда. Препарат имеет антигипоксическое, мембраностабилизирующее, цитопротекторное, антиоксидантное и деток-

сигионное действие, является важным регулятором процессов энергообеспечения, играет существенную роль в поддержке гормонального баланса организма, осуществляет гепатопротекторное действие, позитивно влияет на процессы энергообеспечения в гепатоцитах. В наркологии препарат нашел применение при лечении алкогольных и наркотических гепатитов, цирроза печени, алкогольной кардиомиопатии, стойкой алкогольной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, алкогольной энцефалопатии. Препарат вводится со скоростью 30 капель в минуту, суточная доза 100 мл, курсовое лечение 2-4 дня.

Глюксил. Инфузионный раствор принадлежит к группе многокомпонентных гиперосмолярных препаратов. Основными действующими веществами являются глюкоза, ксилитол, натрия ацетат. Все активные ингредиенты способствуют процессам метаболизма, служат ведущим источником энергообеспечения организма, обладают антикетогенным и липотропным действием, участвуют в коррекции метаболического ацидоза, препятствуют возникновению интерстициального отека головного мозга. Применяется в наркологии при купировании делириозного синдрома, пароксизмальных статусов, сопутствующей длительной алкоголизации хроническому бронхиту, пневмонии и легочной недостаточности. Вводится капельно внутривенно со скоростью 40-60 капель в минуту, в дозе 200-400 мл, курсовое лечение 4-6 дней.

Выводы

Опыт использования современных инфузионных растворов в детоксикационных программах при купировании неотложных состояний показывает, что данные адекватные комбинации являются патогенетически обоснованными и эффективными. В то же время эффективность каждого конкретного метода требует дальнейшего изучения и обобщения в плане индивидуализации показаний к применению в наркологической практике.

Литература

1. Наркология: национальное руководство (под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Неотложные состояния в наркологии (под ред. проф. Б.Д. Цыганкова). М. Медпрактика-М. – 2002. – 168 с.
3. Сиволоп Ю.П., Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии (под ред. Н.М. Жарикова). – М.: Медицина, 2000. – 352 с.
4. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. Харьков, «Коллегиум». – 2005. – 800 с.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ ІНФУЗИОННОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ В НАРКОЛОГІЇ

І.К. Сосін, Ю.Ф. Чуєв

У статті наводяться дані про застосування в детоксикаційних та лікувально-реабілітаційних програмах сучасної наркології перспективних засобів інфузійної терапії. Застосування даних засобів дозволяє ефективно лікувати постинтоксикаційні розлади в клініці невідкладної наркопатології, що дозволяє рекомендувати їх для використання в практиці.

Ключові слова: інфузійна терапія, гостра інтоксикація, синдром відміни

PROSPECTS OF APPLICATION OF MODERN MEANS INFUSION DETOXICATION IN NARCOLOGY

I.K. Sosin, Yu.F. Chuev

In the article cited the data on application in detox and medical-rehabilitation programs of modern narcology of perspective means infusion therapies. Application of the given means allows stopping effectively postintoxication frustration in clinic urgent narkopatology that allows recommending them for use in practice.

Keywords: infusion therapy, acute intoxication, the withdrawal syndrome

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851-07

П. Г. Андрух
СЕМИОТИКА, СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКИЕ БЛОКИ И АЛГОРИТМ
СЕМЕЙНОГО ДИАГНОЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, химическая зависимость, наркомания, семейный диагноз, психотерапия, реабилитация

В последние годы в Украине и в мире наблюдается тотальное увеличение количества различных видов химической зависимости [1 — 7]. Эпидемиология демонстрирует не только абсолютные цифры — то есть носит дескриптивно-констатирующий характер,— но и обнажает несостоятельность исключительно медико-биологических подходов к терапии наркоманий. Это приводит к смещению профилактики в область медико-социальных мероприятий, что требует аппликации традиционной схемы «диагностика — терапия — профилактика» на медико-социальную плоскость трансформации диагностических подходов.

Провести подобную трансформацию возможно с позиций представлений о семейном диагнозе, поскольку отношения созависимости в семьях лиц с зависимостью от психоактивных веществ являются одними из основных мишеней психотерапевтических программ и реабилитационных мероприятий.

Целью настоящего исследования явились выявление и анализ семиотики, а также разработка структурно-логических блоков и алгоритма семейного диагноза в реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Наше исследование охватило более 500 лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ, из которых было углубленно обследовано 450 лиц, составивших три группы. Структура контингентов была представлена следующими категориями зависимых лиц:

- лица с зависимостью от алкоголя (200 больных);
- лица с зависимостью от опиоидов (150 больных);
- лица с зависимостью от психостимуляторов (100 больных).

Методическое обеспечение исследования включало следующие методы:

- клинико-психопатологический;
- клинико-психофеноменологический;
- психодиагностические;
- социально-психологические (социометрические);
- медико-социологические.

Мы базировались на представлениях о семейном диагнозе, разработанных Э. Г. Эйдемиллером и соавт. [8].

Проведённые исследования позволили установить, что семиотикой семейного диагноза являются *психопатологическая синдромология*, *клиническая психофеноменология* и *патоперсонология*, а также *отношения созависимости*.

Были разработаны следующие структурно-логические блоки семейного диагноза.

Блок первый,— психопатологическая, медико-психологическая и патоперсонологическая диагностика,— проводился в два основных и два дополнительных этапа.

На первом основном этапе проводились выявление и идентификация клинической семиотики и синдромологии эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств у обследованных контингентов.

На втором основном этапе проводились психодиагностические исследования для выявления патоперсонологических особенностей лиц с зависимостью от ПАВ.

На двух дополнительных этапах подобные исследования проводились соответственно для членов семьи пациентов и / или лиц ближайшего окружения.

PROSPECTS OF APPLICATION OF MODERN MEANS INFUSION DETOXICATION IN NARCOLOGY

I.K. Sosin, Yu.F. Chuev

In the article cited the data on application in detox and medical-rehabilitation programs of modern narcology of perspective means infusion therapies. Application of the given means allows stopping effectively postintoxication frustration in clinic urgent narkopatology that allows recommending them for use in practice.

Keywords: infusion therapy, acute intoxication, the withdrawal syndrome

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851-07

П. Г. Андрух
СЕМИОТИКА, СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКИЕ БЛОКИ И АЛГОРИТМ
СЕМЕЙНОГО ДИАГНОЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, химическая зависимость, наркомания, семейный диагноз, психотерапия, реабилитация

В последние годы в Украине и в мире наблюдается тотальное увеличение количества различных видов химической зависимости [1 — 7]. Эпидемиология демонстрирует не только абсолютные цифры — то есть носит дескриптивно-констатирующий характер,— но и обнажает несостоятельность исключительно медико-биологических подходов к терапии наркоманий. Это приводит к смещению профилактики в область медико-социальных мероприятий, что требует аппликации традиционной схемы «диагностика — терапия — профилактика» на медико-социальную плоскость трансформации диагностических подходов.

Провести подобную трансформацию возможно с позиций представлений о семейном диагнозе, поскольку отношения созависимости в семьях лиц с зависимостью от психоактивных веществ являются одними из основных мишеней психотерапевтических программ и реабилитационных мероприятий.

Целью настоящего исследования явились выявление и анализ семиотики, а также разработка структурно-логических блоков и алгоритма семейного диагноза в реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Наше исследование охватило более 500 лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ, из которых было углубленно обследовано 450 лиц, составивших три группы. Структура контингентов была представлена следующими категориями зависимых лиц:

- лица с зависимостью от алкоголя (200 больных);
- лица с зависимостью от опиоидов (150 больных);
- лица с зависимостью от психостимуляторов (100 больных).

Методическое обеспечение исследования включало следующие методы:

- клинико-психопатологический;
- клинико-психопсихологический;
- психодиагностические;
- социально-психологические (социометрические);
- медико-социологические.

Мы базировались на представлениях о семейном диагнозе, разработанных Э. Г. Эйдемиллером и соавт. [8].

Проведённые исследования позволили установить, что семиотикой семейного диагноза являются *психопатологическая синдромология*, *клиническая психопсихология* и *патоперсоналогия*, а также *отношения созависимости*.

Были разработаны следующие структурно-логические блоки семейного диагноза.

Блок первый,— психопатологическая, медико-психологическая и патоперсоналогическая диагностика,— проводился в два основных и два дополнительных этапа.

На первом основном этапе проводились выявление и идентификация клинической семиотики и синдромологии эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств у обследованных контингентов.

На втором основном этапе проводились психодиагностические исследования для выявления патоперсоналогических особенностей лиц с зависимостью от ПАВ.

На двух дополнительных этапах подобные исследования проводились соответственно для членов семьи пациентов и / или лиц ближайшего окружения.

Блок второй,— психотерапевтическая диагностика,— проводился согласно традиционным и модифицированным нами схемам психотерапевтической диагностики.

Классический подход к психотерапевтической диагностике подразумевает последовательную реализацию следующих 11 позиций [9 — 13].

I. Психотерапевтический диагноз базируется на клинко-феноменологическом (клинко-психопатологическом) подходе.

II. В процессе психотерапевтической диагностики проводится идентификация личности пациента.

III. Следование принципам пато-нозологической конгруэнтности и критериям выбора психотерапевтических методов (методик, техник).

IV. Постоянная ориентация на психотерапевтическую феноменологию.

V. Диагностика клинических эффект-синдромов.

VI. Перманентная диагностика метасиндромов.

VII. Постоянный контроль ex juvantibus.

VIII. Дискурсивная одноплановость диагностики и терапии.

IX. Этиопатогенетическая целостность психотерапевтического диагноза.

X. Психотерапевтическая диагностика сопровождается идентификацией личности психотерапевта для формирования комплиментарно-конгруэнтных взаимоотношений.

XI. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона.

Предложенная нами модификация касалась IV — VI позиций в силу специфики психофеноменологического статуса лиц с зависимостью от ПАВ.

Блок третий,— социометрия,— проводился с целью выявления отношений созависимости в семьях лиц с зависимостью от ПАВ.

Блок четвёртый,— выявление оснований для формирования модусов мотивации и протокола реабилитационных мероприятий,— проводился согласно полученным в предшествующих исследованиях данным и учитывал мотивации, возникающие у пациентов в процессе формирования химической зависимости.

Мотивации обследованных лиц с зависимостью укладывались в следующую типологию:

1) гедонистическая — приём ПАВ потенцирован жаждой удовольствия;

2) атарактическая — ПАВ употребляется с целью смягчить аффективные расстройства, снять состояние психоэмоционального напряжения, заглушить чувства тревоги, беспокойства, неуверенности;

3) подражательная — ПАВ принимается из подражания, следования негативному примеру окружающих;

4) субмиссивная — употребление ПАВ связано с повышенной подчиняемостью, неспособностью противостоять окружению при наличии активного побуждения со стороны последнего;

5) поведенческая активация — ПАВ применяется в качестве допинга, чтобы «поднять тонус», повысить активность и улучшить работоспособность;

6) псевдокультуральная — ПАВ употребляется в рамках формирования некоей особой стилистики поведения, модуса жизни, принятых стереотипов поведения в определённой микросоциальной среде, особенности, отличности от окружающих;

7) традиционалистская — ПАВ употребляется в честь санкционированных обрядовых, религиозных действий и праздников.

Блок пятый,— динамика,— выявление основных процессов и тенденций во внутрисемейных отношениях, в модусе поведения лица с зависимостью, в формировании мотивации к излечению.

Блок шестой,— прогностика,— оценка и составление прогноза в плане дальнейшей динамики по курируемому состоянию и отношений созависимости в семьях и ближайшем окружении.

Алгоритм семейного диагноза состоял в последовательной реализации вышеуказанных структурно-логических блоков с соблюдением принципа реверсивности.

Разработанный для целей настоящего исследования вариант семейного диагноза являлся четырёхкомпонентным и включал следующие части:

- клинко-психопатологическая;
- структурно-социометрическая;
- психотерапевтически-реабилитационная;
- динамически-прогностическая.

Рассмотрим содержание и клинический смысл каждой из названных частей.

1. Клинко-психопатологическая:

— клинко-психопатологическая квалификация и патоперсонологическая идентификация выявленных эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств;

— сопутствующая и сопряжённая патология у членов семьи.

2. Структурно-социометрическая:

— интраматримониальная констелляция отношений;

— характеристика отношений созависимости.

В результате проведённых исследований было установлено, что отношения созависимости в семьях лиц с зависимостью от ПАВ характеризуются следующими позициями:

- вектором (горизонтальный или вертикальный);
- формой (были выявлены такие формы, как контролирующая гиперпротекция, потакающая гиперпротекция, запрещающая гиперпротекция, интраматримониальная алиенация — отторжение при сохранении бытовых форм контакта и совместного проживания);
- уровнем (условно выделены: первый — эмоциональная вовлечённость; второй — вовлечённость с управлением; третий — модификации поведения; четвёртый — вовлечение в химическую зависимость).

3. Психотерапевтически-реабилитационная:

- создание системы психотерапии;
- формирование реабилитационной стратегии.

Система психотерапии лиц с зависимостью от ПАВ проводится на основании:

— разработанных принципов *эмотивности, стрессорности, интрузивности, конгруентности, нарастающей массивности, полифокальности, мультиобъектности, социометричности*;

— анализа выявленных клинко-психопатологических и медико-психологических характеристик эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств, специфики патоперсоналогии и особенностей эмоционального генеза;

— учёта отношений созависимости (вектора, формы и уровня);

— оценки психофеноменологического статуса пациента.

Данная система состоит из следующих компонентов:

- эмотивный (в психотехнической, клинической и

персоналогической проекциях);

- телесно-ориентированный;
- личностно-реконструктивный;
- мотивационный;
- аутогенный;
- семейный;
- конативный (во внешней и внутренней проекциях).

Система психотерапии реализуется в несколько этапов:

- *оценочно-диагностический*;
- *индивидуально-психотехнический*;
- *индивидуально-клинический*;
- *индивидуально-персоналогический*;
- *аутогенный*;
- *семейный*;
- *апробационный*;
- *катамнестический*.

В обобщённом виде этапы и содержание компонентов системы психотерапии лиц с зависимостью от различных видов ПАВ приведены в таблице 1.

Таблица 1

Этапы и содержание компонентов системы психотерапии лиц с зависимостью от ПАВ

Система психотерапии		
Этапы	Компоненты*	Содержание
оценочно-диагностический	— « » —	идентификация нормальной и клинической психотерапевтической феноменологии и оценка психофеноменологического статуса больного
индивидуально-психотехнический	эмотивный (в психотехнической проекции); телесно-ориентированный	подбор, апробация, модификация и использование психотехнического арсенала «первого выбора» императивно-суггестивно-аверсионной направленности
индивидуально-клинический	+ эмотивный (в клинической проекции)	воздействие на выявленные и идентифицированные психопатологические и патопсихологические особенности инарушения, прежде всего эмоциональной сферы
индивидуально-персоналогический	+ личностно-реконструктивный; + мотивационный; + эмотивный (в персоналогической проекции)	воздействие на патоперсоналогические особенности и формирование мотивации к лечению; позитивное восприятие состояния физиологической абстиненции
аутогенный**	аутогенный	потенцирование выраженности «аутогенизации» и «аутогенной компетентности» больного
семейный	+ семейный	воздействие на отношения созависимости в семье и ближайшем окружении
апробационный***	+ конативный (во внешней и внутренней проекциях)	формирование и закрепление абстинентного модуса поведения (во внешней и внутренней проекциях)
катамнестический	— « » —	оценка результатов и эффективности проведённой терапии

Примечание*. Речь идёт не о солитарности указанного компонента или компонентов, а о большей выраженности, поскольку введение каждого из компонентов на каком-либо этапе, как правило, подразумевает его использование и на всех последующих этапах.

Примечание**. Подразумевается скорее декларативная актуализация аутогенного модуса применяемых методик / включаемых компонентов как конечной цели воздействий, поскольку «аутогенизация» в значении «интронизации» является облигатным фактором эффективности психотерапии и различается лишь степенью выраженности.

Примечание***. Сопряжён с процессом реабилитации.

В исследовании были также разработаны принципы реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ:

- мотивированность;
- совпадение модусов амбулаторной / госпитальной терапии больного и созависимых членов семьи и / или лиц ближайшего окружения;
- интенсивность;
- партнёрство;
- взаимная ответственность;
- внешняя и внутренняя транспарентность.

Клинический смысл и содержание принципов реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ приведены в таблице 2.

4. Динамически-прогностическая:

— выявление динамики интраматримониальной констелляции отношений и отношений созависимости и тенденций к их дальнейшей модификации.

Результаты двухлетних казематических наблюдений показали, что эффективность разработанной системы реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ, базирующейся на системе их психотерапии, достигает следующих показателей: 72% — у лиц с зависимостью от алкоголя, 64% — у лиц с зависимостью от опиоидов и 51% — у лиц с зависимостью от психостимуляторов.

Вывод

В результате проведённых исследований была решена актуальная для медицинской психологии, наркологии и психотерапии проблема выявления и анализа семиотики, а также разработки структурно-логических блоков и алгоритма семейного диагноза в психотерапии и реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Литература

1. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12 — 17.
2. Линский И. В. Метод оценки предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ / И. В. Линский // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, вип. 1. — С. 60 — 63.

Таблица 2

Клинический смысл и содержание принципов реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ

Принцип реабилитации	Клинический смысл и содержание
мотивированность	постулируется, что мотивация является центральным компонентом системы реабилитации
совпадение модусов амбулаторной / госпитальной терапии больного и созависимых членов семьи и / или лиц ближайшего окружения	постулируется необходимость однонаправленности психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий в отношении лица с зависимостью от ПАВ и лиц (членов семей или близкого окружения), находящихся с ним в отношениях созависимости
интенсивность	постулируется необходимость массированных, интенсивных, плотно заполняющих график воздействий; преследуются цели активации, мотивации, контроля и пр.
партнёрство	постулируется необходимость паритетности отношений (что не исключает использования директивных, авторитарных, патерналистских и пр. элементов в психотерапевтических и реабилитационных стратегиях)
взаимная ответственность	постулируется необходимость пропорционального и конгруэнтного распределения ответственности за конечный результат терапии
внешняя и внутренняя транспарентность	постулируются открытость, «прозрачность» отношений, чёткое декларирование целей, задач и методов терапии и сотрудничества

3. Сердюк О. О. Проблема легітимації наркотизму: досвід соціологічного вивчення / О. О. Сердюк // *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць*. — Харків: Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна. — 2004. — С. 325 — 328.

4. Сердюк О. О. Наркотизм як соціальне явище: його тенденції та напрямки профілактики / О. О. Сердюк. — Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.03. — Харків, 2003. — 20 с.

5. 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. Жемчужова, А. А. Осипов // *Архив психиатрии*. — 2001. — № 4. — С. 117 — 122.

6. Марилов В. В. Частная психопатология / В. В. Марилов. — Москва: Академия, 2004. — 400 с.

7. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. — Москва: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с.

8. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. — Москва: Речь, 2006. — 352 с.

9. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III — IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 768 с.

10. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с.

11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.

12. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: Навч. посіб. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.

13. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: Учеб. пособ. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.

П. Г. Андрух

СЕМІОТИКА, СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНІ БЛОКИ Й АЛГОРИТМ СІМЕЙНОГО ДІАГНОЗУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Статтю присвячено докладному медико-психологічному дослідженню семіотики, структурно-логічних блоків й алгоритму діагнозу в родині пацієнтів, що страждають від найбільш поширених варіантів хімічної залежності, а також принципам реабілітації даних контингентів. Наведена загальна характеристика та деякі сучасні уявлення, а також клінічно адаптовані варіації психотерапії та реабілітації осіб, що зазнають хімічну залежність. Описано результати проведених досліджень, які поклали основу формування корекційних впливів на вищевказаний контингент

Ключові слова: емоційні порушення, хімічна залежність, наркоманія, сімейний діагноз, психотерапія, реабілітація

P. G. Andrukh

SEMIOTICS, STRUCTURAL LOGICAL BLOCS AND ALGORITHM OF FAMILY DIAGNOSIS IN REHABILITATION OF PERSONS WITH CHEMICAL DEPENDENCY

The article is devoted to detailed medical and psychological studies semiotics, structural logical blocs and algorithm of diagnosis of patients' families of suffering from the most common variations of chemical dependency and psychological principles of rehabilitation of these contingents. Specified general description of some modern ideas, as well as clinically adapted variations of psychotherapy and rehabilitation of persons with chemical dependency. Was described the results of the re-search, which laid the foundation to the formation of correctional effects on the above contingent

Keywords: emotional disorders, chemical dependency, drug addiction, family diagnosis, psychotherapy, rehabilitation

УДК 616.89-008.441.3

М.О. Овчаренко

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, КОМОРБІДНОЇ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: опіоїдна залежність, хронічний гепатит С, патопсихологічні порушення

Актуальність проблеми

Значна розповсюдженість опіоїдної залежності (ОЗ) в Україні, ураження осіб переважно молодого віку, соціальна контагіозність цієї патології обумовлює актуальність дослідження [1;3;6;10;15]. Оцінка патопсихологічних зсувів у хворих на ОЗ дозволяє об'єктивно визначити важкість і прогноз перебігу та розвиток рецидивів ОЗ [4;5;7;13]. Висока частота розповсюдженості коморбідного хронічного гепатиту С (ХГС) серед хворих на ОЗ є одним з факторів прогресування ОЗ [8;9;11;14]. Доцільним було б визначення патопсихологічних показників у хворих на ОЗ за тестом Яхіна-Менделевича [12] у хворих на ОЗ, в тому числі при наявності у пацієнтів коморбідного ХГС.

Метою дослідження стала оцінка патопсихологічного стану хворих на опіоїдну залежність, в тому числі із наявністю коморбідного хронічного гепатиту С, за допомогою тесту Яхіна-Менделевича.

Завданнями дослідження було:

1. Проаналізувати вираженість рівня тривоги, астенії, вегетативних порушень, невро-депресивного стану, істеричного типу реагування та obsesивно-фобічних змін за тестом Яхіна-Менделевича в залежності від статі і віку хворих на опіоїдну залежність.

2. Оцінити вплив тривалості опіоїдної залежності на показники тесту Яхіна – Менделевича у хворих на опіоїдну залежність.

3. Визначити вплив коморбідного хронічного гепа-

3. Сердюк О. О. Проблема легітимації наркотизму: досвід соціологічного вивчення / О. О. Сердюк // *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць*. — Харків: Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна. — 2004. — С. 325 — 328.

4. Сердюк О. О. Наркотизм як соціальне явище: його тенденції та напрямки профілактики / О. О. Сердюк. — Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.03. — Харків, 2003. — 20 с.

5. 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. Жемчужова, А. А. Осипов // *Архив психиатрии*. — 2001. — № 4. — С. 117 — 122.

6. Марилов В. В. Частная психопатология / В. В. Марилов. — Москва: Академия, 2004. — 400 с.

7. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. — Москва: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с.

8. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. — Москва: Речь, 2006. — 352 с.

9. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III — IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 768 с.

10. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с.

11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.

12. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: Навч. посіб. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.

13. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: Учеб. пособ. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.

П. Г. Андрух

СЕМІОТИКА, СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНІ БЛОКИ Й АЛГОРИТМ СІМЕЙНОГО ДІАГНОЗУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Статтю присвячено докладному медико-психологічному дослідженню семіотики, структурно-логічних блоків й алгоритму діагнозу в родині пацієнтів, що страждають від найбільш поширених варіантів хімічної залежності, а також принципам реабілітації даних контингентів. Наведена загальна характеристика та деякі сучасні уявлення, а також клінічно адаптовані варіації психотерапії та реабілітації осіб, що зазнають хімічну залежність. Описано результати проведених досліджень, які поклали основу формування корекційних впливів на вищевказаний контингент

Ключові слова: емоційні порушення, хімічна залежність, наркоманія, сімейний діагноз, психотерапія, реабілітація

P. G. Andrukh

SEMIOTICS, STRUCTURAL LOGICAL BLOCS AND ALGORITHM OF FAMILY DIAGNOSIS IN REHABILITATION OF PERSONS WITH CHEMICAL DEPENDENCY

The article is devoted to detailed medical and psychological studies semiotics, structural logical blocs and algorithm of diagnosis of patients' families of suffering from the most common variations of chemical dependency and psychological principles of rehabilitation of these contingents. Specified general description of some modern ideas, as well as clinically adapted variations of psychotherapy and rehabilitation of persons with chemical dependency. Was described the results of the re-search, which laid the foundation to the formation of correctional effects on the above contingent

Keywords: emotional disorders, chemical dependency, drug addiction, family diagnosis, psychotherapy, rehabilitation

УДК 616.89-008.441.3

М.О. Овчаренко

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, КОМОРБІДНОЇ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: опіоїдна залежність, хронічний гепатит С, патопсихологічні порушення

Актуальність проблеми

Значна розповсюдженість опіоїдної залежності (ОЗ) в Україні, ураження осіб переважно молодого віку, соціальна контагіозність цієї патології обумовлює актуальність дослідження [1;3;6;10;15]. Оцінка патопсихологічних зсувів у хворих на ОЗ дозволяє об'єктивно визначити важкість і прогноз перебігу та розвиток рецидивів ОЗ [4;5;7;13]. Висока частота розповсюдженості коморбідного хронічного гепатиту С (ХГС) серед хворих на ОЗ є одним з факторів прогресування ОЗ [8;9;11;14]. Доцільним було б визначення патопсихологічних показників у хворих на ОЗ за тестом Яхіна-Менделевича [12] у хворих на ОЗ, в тому числі при наявності у пацієнтів коморбідного ХГС.

Метою дослідження стала оцінка патопсихологічного стану хворих на опіоїдну залежність, в тому числі із наявністю коморбідного хронічного гепатиту С, за допомогою тесту Яхіна-Менделевича.

Завданнями дослідження було:

1. Проаналізувати вираженість рівня тривоги, астенії, вегетативних порушень, невро-депресивного стану, істеричного типу реагування та obsesивно-фобічних змін за тестом Яхіна-Менделевича в залежності від статі і віку хворих на опіоїдну залежність.

2. Оцінити вплив тривалості опіоїдної залежності на показники тесту Яхіна – Менделевича у хворих на опіоїдну залежність.

3. Визначити вплив коморбідного хронічного гепа-

титу С на патопсихологічні показники у хворих на опіоїдну залежність.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Робота виконана у відповідності до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом тем НДР «Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики» (номер держреєстрації 0109U002768), «Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів» (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології» (номер держреєстрації 0108U002113 до 2012 р.).

Матеріали і методи дослідження

Під наглядом знаходилося 142 хворих на ОЗ (131 чоловік та 11 жінок) у віці від 18 до 49 років, в тому числі 109 хворих із коморбідним ХГС (103 чоловіки та 6 жінок) у віці від 23 до 49 років, які спостерігались у Луганському обласному наркологічному диспансері та Луганському центрі з надання гепатологічної допомоги хворим із опіоїдною залежністю. Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворого діагнозу – опіоїдна залежність за критеріями МКБ.10 (F 11.30) та ХГС на підставі комплексу клініко-біохімічних показників, визначення антитіл-анти-HCV і полімеразної ланцюгової реакції – HCV-RNA.

Крім загальноприйнятого клініко - лабораторного обстеження хворим на ОЗ проводилось динамічне визначення патопсихологічних показників за методикою Яхіна – Менделевича та оцінка впливу тривалості ОЗ, статі, віку хворих та коморбідного ХГС на патопсихологічні ознаки.

Медико-статистичну обробку отриманих результатів, зокрема тест Mann-Whitney та Wilcoxon, проводили за допомогою пакету статистичних програм «STATISTICA 8.0», Microsoft Excel 2003 в середовищі Windows [2].

Результати досліджень та їх обговорення

При порівнянні показників груп хворих на ОЗ нами встановлено, що вираженість істеричного типу реагування у чоловіків був вірогідно нижче, ніж у жінок в усіх періодах хвороби. Так, в ранньому абстинентному періоді (РАП) рівень істеричного реагування у чоловіків складав $-2,15 \pm 0,41$ балів ($Q_{25} = -1,0$; $Q_{75} = 4,0$), у жінок $-3,82 \pm 1,59$ балів ($Q_{25} = -3,65$; $Q_{75} = 2,36$; $P < 0,0035$). В пізньому абстинентному періоді (ПАП) істеричний тип реагування у чоловіків був $-2,60 \pm 0,35$ балів ($Q_{25} = 0,46$; $Q_{75} = 4,65$), а жінок був $-3,71 \pm 1,63$ балів ($Q_{25} = -5,82$; $Q_{75} = 3,45$), що вірогідно відрізнялось від показників чоловіків в цьому періоді хвороби ($P < 0,080$) (табл. 1).

Примітка: В цій та інших таблицях значення патопсихологічних показників в першому рядку пред-

ставлені медіаною (Me) та її похибкою (m_{Me}) ($Me \pm m_{Me}$). В другому рядку вказані мінімальні та максимальні значення у вибірках (Min-Max), в третьому рядку – 25%-нійквартиль та 75%-нійквартиль (Q_{25} - Q_{75}).

В цій та інших таблицях: РАП – ранній абстинентний період, ПАП – пізній абстинентний період, ПР – період ремісії.

В періоді ремісії (ПР) нами також встановлені вірогідні відмінності між показниками істеричного типу реагування: у чоловіків $3,24 \pm 0,31$ балів ($Q_{25} = 1,53$; $Q_{75} = 4,95$), а жінок $-0,27 \pm 1,36$ балів ($Q_{25} = -2,23$; $Q_{75} = 3,48$; $P < 0,021$) (таблиця 1).

При співставленні показників невротичної депресії встановлено, що тільки в періоді пізньої абстиненції має місце вірогідні відмінності між показниками чоловіків та жінок. Так, цей показник в групі чоловіків при ПАП складав $-2,11 \pm 0,41$ балів ($Q_{25} = -4,53$; $Q_{75} = 0,88$), а жінок відповідно $-3,12 \pm 1,59$ балів ($Q_{25} = -7,14$; $Q_{75} = -2,76$; $P < 0,041$) (табл. 1).

При аналізі вираженості астенії в усіх періодах хвороби нами встановлено, що вірогідні відмінності між групами чоловіків і жінок мають місце лише в періоді пізньої абстиненції. Так, вираженість астенії в цій період у чоловіків складала $2,11 \pm 0,42$ балів ($Q_{25} = -1,25$; $Q_{75} = 4,13$), а у жінок відповідно $-2,36 \pm 1,79$ балів ($Q_{25} = -3,98$; $Q_{75} = 1,66$; $P < 0,019$) (табл. 1).

Аналізуючи рівень тривоги нами встановлено, що в періоді ремісії вираженість цього показника вірогідно відрізняється в групах чоловіків $1,21 \pm 0,35$ балів ($Q_{25} = -1,11$; $Q_{75} = 3,41$) і жінок $-1,48 \pm 1,09$ балів ($Q_{25} = -2,53$; $Q_{75} = -1,17$; $P < 0,0190$) (рис. 1).

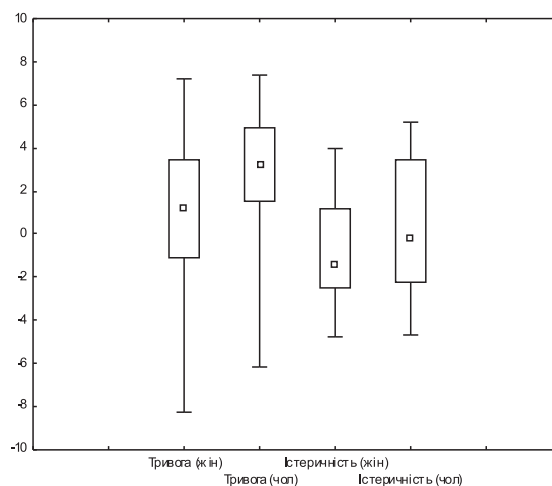


Рисунок 1. Показники тривоги та істеричності (за Яхіна-Менделевичем) в періоді ремісії у хворих на опіоїдну залежність із різною статтю

Таким чином, аналізуючи показники тесту Яхіна-Менделевича чоловіків та жінок хворих на ОЗ, нами встановлені такі вірогідні міжгрупові відмінності: в ранньому абстинентному періоді у чоловіків вірогідно нижча вираженість істеричного типу реагування ($P < 0,0035$), в пізній абстиненції – у чоловіків нижча невротична депресія ($P < 0,0409$), астенія ($P < 0,0190$) та

Таблиця 1

Залежність показників тесту Яхіна-Менделевича від статі хворих на опіїдну залежність

Групи хворих	Чоловіки (n=131)	Жінки (n=11)	Вірогідність за Mann-Whitney між групами хворих із різною статтю
Патопсихологічні ознаки			
Вік (роки)	26±0,55 (16-49) (24-30)	24±1,9 (21-37) (23-32)	>0,662
Тривалість наркотизації (міс.):	115±6,37 (1-324) (72-144)	83±17,38 (31-168) (60-132)	>0,261
Рівень тривоги в періоді РАП (бали)	-1,38±0,38 (-8-6) (-4,5-1,15)	-4,15±1,41 (-9-3) (-6,27--1,1)	>0,122
Рівень невротичної депресії в періоді РАП (бали)	-3,39±0,43 (-10-7) (-5,41-0,12)	-4,95±1,32 (-12-1) (-8,032--3,08)	>0,069
Рівень астенії в періоді РАП (бали)	0,69±0,43 (-7-10) (-2,73-3,82)	0,7±1,72 (-9-7) (-3,65-2,36)	>0,361
Рівень істеричного типу реагування в періоді РАП (бали)	2,15±0,41 (-9-7) (-1-4)	-3,82±1,59 (-10-4) (-4,06--0,16)	<0,004
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді РАП (бали)	0,97±0,34 (-8-6) (-1,92-3,12)	-2,48±1,86 (-9-5) (-4,85-2,81)	>0,247
Рівень вегетативних порушень в періоді РАП (бали)	1,55±0,6 (-15-12) (-2,21-4,91)	1±2,82 (-19-5) (-6,27-3,78)	>0,293
Рівень тривоги в періоді ПАП (бали)	-0,19±0,37 (-8-7) (-2,76-1,91)	-2,98±1,5 (-8-3) (-5,86-1,17)	>0,097
Рівень невротичної депресії в періоді ПАП (бали)	-2,11±0,41 (-9-6) (-4,53-0,88)	-3,12±1,59 (-11-6) (-7,14--2,76)	<0,041
Рівень астенії в періоді ПАП (бали)	2,11±0,42 (-13-10) (-1,25-4,13)	-2,36±1,79 (-6-11) (-3,98-1,66)	<0,019
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПАП (бали)	2,60±0,35 (-8-7) (0,46-4,65)	-3,71±1,63 (-7-5) (-5,82-3,45)	<0,008
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПАП (бали)	1,33±0,32 (-6-6) (-1,15-3,18)	-1,88±1,66 (-6-5) (-5,1-3,6)	>0,223
Рівень вегетативних порушень в періоді ПАП (бали)	3,57±0,58 (-15-14) (-0,45-6,73)	3,3±2,37 (-9-9) (-4,23-5,84)	>0,492
Рівень тривоги в періоді ПР (бали)	1,21±0,35 (-8-7) (-1,11-3,41)	-1,48±1,09 (-5-4) (-2,53-1,17)	<0,048
Рівень невротичної депресії в періоді ПР (бали)	-0,17±0,37 (-9-6) (-2,09-2,37)	0,25±1,5 (-7-6) (-3,1-1,85)	>0,800
Рівень астенії в періоді ПР (бали)	4,21±0,37 (-6-10) (2,05-6,55)	3,33±1,48 (-3-10) (2,31-5,49)	>0,544
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПР (бали)	3,24±0,31 (-6-7) (1,53-4,95)	-0,27±1,36 (-5-5) (-2,23-3,48)	<0,021
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПР (бали)	1,93±0,28 (-6-6) (0,22-3,79)	0,96±1,54 (-5-6) (-1,77-4,8)	>0,593
Рівень вегетативних порушень в періоді ПР (бали)	5,97±1,07 (-15-18) (2,83-9,08)	5,43±1,2 (2-11) (3,42-7,4)	>0,825

істеричний тип реагування ($P<0,0080$), а в періоді ремісії – нижча вираженість тривоги ($P<0,0479$) та істерії ($P<0,0210$).

При аналізі впливу віку хворих на ОЗ на показники тесту Яхіна-Менделевича, нами встановлено, що в РАП найбільша вираженість невротичної депресії - $4,48\pm 0,31$ балів ($Q_{25}=-5,86$; $Q_{75}=-2,19$) та астенії - $0,07\pm 0,68$ балів ($Q_{25}=-3,18$; $Q_{75}=2,36$) спостерігається в групі пацієнтів у віці 22 – 25 років (рисунк 2).

В періоді пізньої ремісії має місце значне збільшен-

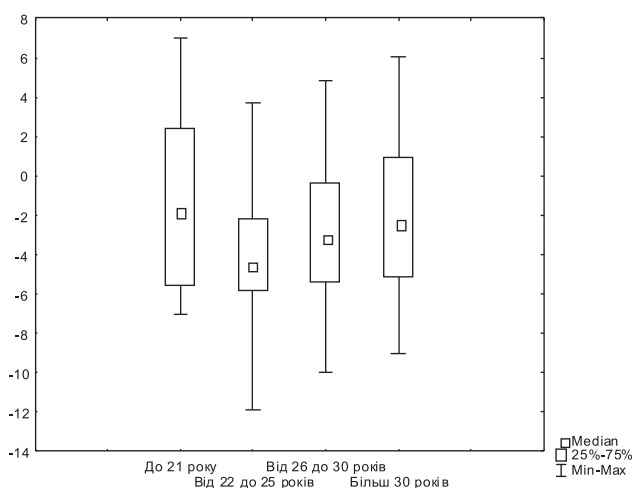


Рисунок 2. Показники невротичної депресії (за Яхіним-Менделевичем) в ранньому абстинентному періоді у хворих на опіоїдну залежність із різним віком

ня вираженості: невротичної депресії в двох вікових групах – від 22 до 25 років ($-2,98\pm 0,65$ балів ($Q_{25}=-4,94$; $Q_{75}=-0,92$) та від 26 до 30 років $-2,74\pm 0,65$ балів ($Q_{25}=-4,65$; $Q_{75}=0,67$) та астенії у віці хворих від 22 до 25 років - $0,40\pm 0,67$ балів ($Q_{25}=-2,36$; $Q_{75}=3,4$) (табл. 2).

При аналізі показників тесту Яхіна – Менделевича встановлено, що в періоді ремісії вірогідне зростання вираженості невротичної депресії має місце в групах 22-25 років $-0,9\pm 0,58$ балів ($Q_{25}=-2,61$; $Q_{75}=2,14$) та 26 – 30 років $-0,9\pm 0,6$ балів ($Q_{25}=-2,51$; $Q_{75}=1,41$), і астенії у віці хворих 22 – 25 років $3,52\pm 0,58$ балів ($Q_{25}=-1,8$; $Q_{75}=5,49$) (рисунк 3).

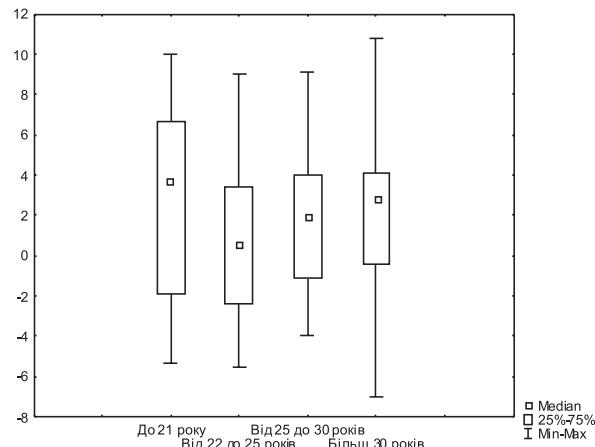


Рисунок 3. Показники астенії (за Яхіним-Менделевичем) в пізньому абстинентному періоді у хворих на опіоїдну залежність із різним віком

Таблиця 2

Показники тесту Яхіна-Менделевича в різних вікових групах хворих на опіоїдну залежність в періоді пізнього абстинентного періоду

Вік пацієнтів	Менш 21 років (1 група)	22-25 років (2 група)	26-30 років (3 група)	Більше 30 років (4 група)	Вірогідність за Mann-Whitney між 1 та 2 групами	Вірогідність за Mann-Whitney між 2 та 3 групами	Вірогідність за Mann-Whitney між 3 та 4 групами
Психологічні ознаки							
Вік (роки)	21±0,49 (18-21) (20-21)	24±0,16 (22-25) (23-24)	28±0,25 (26-30) (27-29)	33±1,06 (31-49) (32-37)	<0,001	<0,001	<0,001
Рівень тривоги в періоді ПАП (бали)	0,41±1,38 (-6-6) (-2,46-4,26)	-1,36±0,61 (-8-6) (-3,67-1,48)	0,19±0,64 (-8-7) (-2,86-2,12)	0,54±0,62 (-6-4) (-1,54-1,62)	>0,250	>0,425	>0,698
Рівень невротичної депресії в періоді ПАП (бали)	0,19±1,32 (-6-6) (-3,12-2,1)	-2,98±0,65 (-11-5) (-4,94--0,92)	-2,74±0,65 (-9-5) (-4,65-0,67)	-0,18±0,92 (-9-6) (-2,94-1,13)	<0,031	>0,381	<0,043
Рівень астенії в періоді ПАП (бали)	3,67±1,62 (-5-10) (-1,94-6,67)	0,40±0,67 (-6-9) (-2,36-3,4)	1,93±0,63 (-4-9) (-1,13-4,03)	2,8±1,02 (-7-11) (-0,43-4,12)	<0,021	<0,046	>0,587
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПАП (бали)	3,2±0,82 (-1-7) (1,17-4,9)	2,02±0,67 (-8-6) (-0,88-3,6)	2,6±0,6 (-5-7) (-0,77-4,65)	3,2±0,77 (-7-6) (1,06-4,83)	>0,145	>0,413	>0,247
Рівень obsesивно-фобічних змін в періоді ПАП (бали)	1,23±1,09 (-5-5) (-1,11-2,85)	1,3±0,62 (-6-6) (-1,86-3,28)	1,01±0,51 (-4-5) (-1,39-3,27)	2,01±0,58 (-5-5) (0,1-3,04)	>0,993	>0,735	>0,307
Рівень вегетативних порушень в періоді ПАП (бали)	4,76±2,13 (-15-11) (1,34-7,16)	3,05±1,13 (-11-13) (-2,28-6,99)	3,01±0,8 (-8-14) (-0,43-5,43)	4,65±1,06 (-4-11) (1,15-7,44)	>0,381	>0,864	>0,141

Таблиця 3

Залежність показників тесту Яхіна-Менделевича від тривалості перебігу опіоїдної залежності

Тривалість перебігу ОЗ	Менш 100 місяців	Більш 100 місяців	Вірогідність за Mann- Whitney між групами із різною тривалістю ОЗ
Клінічні ознаки			
Вік (роки)	23,5±0,52 (18-34) (22-24,5)	28±0,67 (28-49) (26-31)	<0,001
Тривалість наркотизації (міс.):	59,5±4,48 (1-96) (36-83)	132±5,54 (101-224) (119-178)	<0,001
Рівень тривоги в періоді РАП (бали)	-1,19±0,6 (-9,48-6,21) (-3,93-1,43)	-2,2±0,46 (-8,47-5,13) (-4,62-1,12)	>0,190
Рівень невротичної депресії в періоді РАП (бали)	-4,07±0,69 (-11,92-6,97) (-5,93--1,32)	-3,18±0,52 (-9,96-6,08) (-5,41-0,12)	>0,452
Рівень астенії в періоді РАП (бали)	0,99±0,68 (-8,94-9,98) (-2,19-3,48)	-0,21±0,53 (-6,94-8,05) (-2,92-3,72)	>0,280
Рівень істеричного типу реагування в періоді РАП (бали)	2,19±0,65 (-9,55-7,24) (-1,18-4,27)	1,91±0,53 (-9,36-6,34) (-1,72-3,41)	>0,354
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді РАП (бали)	1,08±0,6 (-8,72-5,83) (-2,02-3,52)	0,72±0,41 (-8,08-5,49) (-2,48-2,39)	>0,352
Рівень вегетативних порушень в періоді РАП (бали)	2,69±1,05 (-18,51-12,01) (-1,02-7,01)	0,66±0,7 (-13,39-10,91) (-2,76-3,72)	<0,013
Рівень тривоги в періоді ПАП (бали)	-0,5±0,6 (-7,06-6,44) (-3,15-2,27)	-0,23±0,45 (-7,86-6,88) (-2,86-1,62)	>0,721
Рівень невротичної депресії в періоді ПАП (бали)	-2,62±0,64 (-10,77-6,47) (-4,39-1,07)	-2,39±0,52 (-9,34-6,08) (-4,54-0,7)	>0,978
Рівень астенії в періоді ПАП (бали)	2,3±0,69 (-5,54-9,98) (-1,78-4,31)	1,75±0,52 (-13-10,8) (-1,3-3,83)	>0,745
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПАП (бали)	2,60±0,56 (-6,76-6,62) (0,26-3,94)	2,42±0,48 (-7,85-6,25) (-0,16-4,65)	>0,895
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПАП (бали)	1,4±0,57 (-6,28-5,67) (-1,23-3,35)	1,29±0,38 (-5,1-5,43) (-1,39-3,15)	>0,941
Рівень вегетативних порушень в періоді ПАП (бали)	4,88±0,97 (-15,37-13,92) (1,17-7,64)	2,85±0,67 (-10,83-11,39) (-1,15-5,27)	<0,014
Рівень тривоги в періоді ПР (бали)	1±0,54 (-5,91-7,24) (-1,11-4,03)	1,21±0,43 (-8,29-6,6) (-1,58-3,1)	>0,785
Рівень невротичної депресії в періоді ПР (бали)	-0,29±0,55 (-6,31-6,47) (-2,51-2,33)	0,07±0,47 (-9,36-5,59) (-2,13-2,38)	>0,937
Рівень астенії в періоді ПР (бали)	3,87±0,59 (-6,21-9,98) (2,11-6,75)	4,23±0,45 (-4,38-9,65) (1,94-6,32)	>0,899
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПР (бали)	3,47±0,5 (-4,66-7,24) (0,84-4,83)	2,84±0,41 (-6,2-7,41) (1,09-4,97)	>0,779
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПР (бали)	1,93±0,46 (-5,86-6,01) (0-4,07)	1,85±0,35 (-5,24-6,15) (0,04-3,58)	>0,5929
Рівень вегетативних порушень в періоді ПР (бали)	6,17±0,87 (-15,37-15,48) (3,94-9,19)	5,33±1,55 (-6,58-101) (2,27-8,6)	>0,136

Таким чином, при аналізі впливу віку хворих на ОЗ на показники тесту Яхіна – Менделевича, нами встановлено, що найбільша вираженість невротичної депресії має місце в групі хворих від 22 до 25 років в усі періоди хвороби – в ранній ($-4,48 \pm 0,31$ балів; $Q_{25} = -5,86$; $Q_{75} = -2,19$), пізній абстиненції ($-2,98 \pm 0,65$ балів; $Q_{25} = -4,94$; $Q_{75} = -0,92$) та ремісії ($-0,9 \pm 0,58$ балів; $Q_{25} = -2,61$; $Q_{75} = -2,14$), а в групі 26 – 30 років в періоді пізньої абстиненції ($-2,74 \pm 0,65$ балів; $Q_{25} = -4,65$; $Q_{75} = 0,67$) та ремісії хвороби ($-0,9 \pm 0,6$ балів; $Q_{25} = -2,51$; $Q_{75} = -1,41$).

Найбільша вираженість астенії має місце в групі хворих у віці 22 – 25 років в усі періоди спостереження: РАП = $-0,07 \pm 0,68$ балів ($Q_{25} = -3,18$; $Q_{75} = 2,36$), ПАП = $0,40 \pm 0,67$ балів ($Q_{25} = -2,36$; $Q_{75} = 3,4$), ПР = $3,52 \pm 0,58$ балів ($Q_{25} = 1,80$; $Q_{75} = 5,49$).

При аналізі показників тесту Яхіна – Менделевича в групах хворих на ОЗ із різною тривалістю хвороби (до 100 місяців та більше) нами встановлено, що вірогідні міжгрупові відмінності за тестом Mann-Whitney має вираженість вегетативних порушень в періодах РАП та ПАП. Так, в ранній абстиненції показник вегетативних порушень при тривалості ОЗ більш 100 місяців складав $0,66 \pm 0,7$ балів ($Q_{25} = -2,76$; $Q_{75} = 3,72$), а при тривалості менш 100 місяців $2,69 \pm 1,05$ балів ($Q_{25} = -1,02$; $Q_{75} = 7,01$; $P < 0,0132$) (табл. 3).

В пізній абстиненції при тривалості хвороби більш 100 місяців вегетативні порушення ($2,85 \pm 0,67$ балів ($Q_{25} = -1,15$; $Q_{75} = -5,27$)) більш виражені, ніж при менш тривалому перебізі ОЗ ($4,88 \pm 0,97$ балів; $Q_{25} = 1,17$; $Q_{75} = 7,64$; $P < 0,0143$) (таблиця 3).

При аналізі показників тесту Яхіна-Менделевича у хворих на ОЗ, коморбідну із ХГС, нами встановлено, що в ранній абстиненції при наявності ХГС має більш виражена астенія $-0,52 \pm 0,45$ балів ($Q_{25} = -3,12$; $Q_{75} = 2,7$), вегетативні порушення $1,0 \pm 0,62$ балів ($Q_{25} = -2,76$; $Q_{75} = 3,88$), ніж в групі без супутнього ХГС ($P < 0,0002$; $P < 0,0115$ відповідно) (табл. 4).

В пізній ремісії в групі хворих на ОЗ, сполучною із ХГС, вірогідною є збільшення вираженості тривоги $-1,03 \pm 0,40$ балів ($Q_{25} = -3,28$; $Q_{75} = 1,62$), невротичної депресії $-2,94 \pm 0,44$ балів ($Q_{25} = -4,72$; $Q_{75} = 0,44$), астенії $0,53 \pm 0,45$ балів ($Q_{25} = -2,07$; $Q_{75} = 3,45$) та вегетативних порушень $2,84 \pm 0,64$ балів ($Q_{25} = -1,99$; $Q_{75} = 5,44$), що вірогідно відрізняється від показників хворих на ОЗ без супутнього ХГС ($P < 0,0253$; $P < 0,0008$; $P < 0,0001$; $P < 0,0003$ відповідно) (таблиця 4).

В періоді ремісії значущі відмінності показників групи ОЗ, сполучної із ХГС, у співставленні із групою на ОЗ без ХГС мали місце у таких ознак: тривоги $1,13 \pm 0,37$ балів ($Q_{25} = -1,68$; $Q_{75} = 2,84$; $P < 0,0054$); невротичної депресії $-0,9 \pm 0,39$ балів ($Q_{25} = -2,51$; $Q_{75} = 1,65$; $P < 0,0001$), астенії $3,51 \pm 0,39$ балів ($Q_{25} = 1,64$; $Q_{75} = 4,76$; $P < 0,0001$), вегетативних порушень $4,93 \pm 0,56$ балів ($Q_{25} = 1,95$; $Q_{75} = 7,4$; $P < 0,0001$) (табл. 4, рис. 4).

Таким чином, у хворих на ОЗ, коморбідну із ХГС, у співставленні із групою пацієнтів із ОЗ без ХГС, має місце збільшення інтенсивності: астенії в ранній ($P < 0,0002$), пізній абстиненції ($P < 0,0001$) та періоді

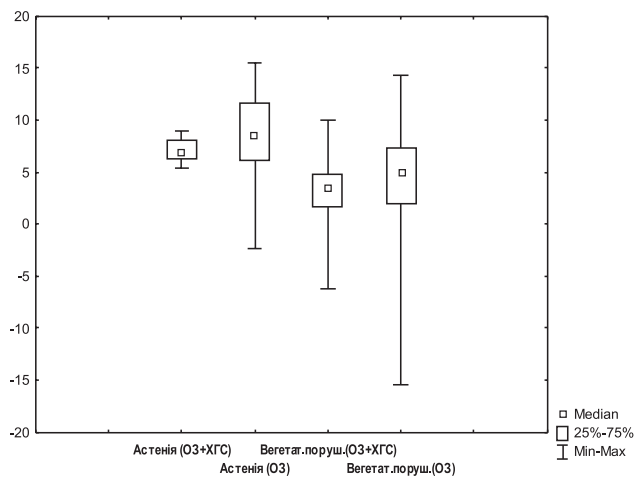


Рисунок 4. Показники астенії та вегетативних порушень (за Яхіним-Менделевичем) в періоді ремісії у хворих на опіоїдну залежність із наявністю коморбідного хронічного гепатиту С

ремісії ($P < 0,0001$); збільшення вегетативних порушень в усі періоди хвороби ($P < 0,0115$; $P < 0,0003$; $P < 0,0001$ відповідно), тривоги та невротичної депресії в періодах ранньої та пізньої абстиненції ($P < 0,0253$; $P < 0,0008$; $P < 0,0054$; $P < 0,0001$ відповідно).

Висновки

1. У хворих на ОЗ чоловіків у співставленні з показниками жінок встановлені вірогідні міжгрупові відмінності: в ранньому абстинентному періоді у чоловіків вірогідно нижча вираженість істеричного типу реагування ($P < 0,0035$), в пізній ремісії – менш виражена невротична депресія ($P < 0,0409$), астенія ($P < 0,0190$) та істеричний тип реагування ($P < 0,0080$), в періоді ремісії – нижча вираженість тривоги ($P < 0,0479$) та істерії ($P < 0,0210$).

2. При аналізі впливу віку хворих на показники тесту Яхіна – Менделевича, встановлено, що найбільша вираженість невротичної депресії має місце в групі наркозалежних від 22 до 25 років в усі періоди хвороби – в ранній ($-4,48 \pm 0,31$ балів; $Q_{25} = -5,86$; $Q_{75} = -2,19$), пізній абстиненції ($-2,98 \pm 0,65$ балів; $Q_{25} = -4,94$; $Q_{75} = -0,92$) та ремісії ($-0,9 \pm 0,58$ балів; $Q_{25} = -2,61$; $Q_{75} = -2,14$), а в групі від 26 до 30 років - в періоді пізньої абстиненції ($-2,74 \pm 0,65$ балів; $Q_{25} = -4,65$; $Q_{75} = 0,67$) і ремісії хвороби ($-0,9 \pm 0,6$ балів; $Q_{25} = -2,51$; $Q_{75} = -1,41$). Найбільша вираженість астенії має місце в групі хворих 22 – 25 років в усі періоди спостереження: ранній ($-0,07 \pm 0,68$ балів; $Q_{25} = -3,18$; $Q_{75} = 2,36$), пізній абстиненції ($0,40 \pm 0,67$ балів; $Q_{25} = -2,36$; $Q_{75} = 3,4$) та періоді ремісії ($3,52 \pm 0,58$ балів; $Q_{25} = 1,80$; $Q_{75} = 5,49$).

3. При тривалості опіоїдної залежності більш 100 місяців має місце суттєве зростання вираженості вегетативних порушень в періодах ранньої ($0,66 \pm 0,7$ балів; $Q_{25} = -2,76$; $Q_{75} = 3,72$) та пізньої абстиненції ($2,85 \pm 0,67$ балів ($Q_{25} = -1,15$; $Q_{75} = -5,27$)) у співставленні з групою із менш тривалим перебігом хвороби (до 100 місяців) ($P < 0,0132$; $P < 0,0143$ відповідно).

4. Наявність коморбідного хронічного гепатиту С у хворих на опіоїдну залежність обумовлює зростання

Таблиця 4

Вплив коморбідного хронічного гепатиту С на показники тесту Яхі-на-Менделевича у хворих на опіїдну залежність

	Група ОЗ без ХГС (n=109)	Група ОЗ із наявністю ХГС (n=33)	Вірогідність за Mann-Whitney між 1 та 2 групами
Рівень тривоги в періоді РАП	-0,15±0,96 (-9-6) (-3,95-2,31)	-2,17±0,38 (-8-5) (-4,55-1,12)	>0,125
Рівень невротичної депресії в періоді РАП	-0,93±1,14 (-10-7) (-6,43-3,29)	-3,52±0,4 (-12-7) (-5,41--1,73)	>0,086
Рівень астенії в періоді РАП	3,84±0,87 (-6-9) (-0,68-6,01)	-0,52±0,45 (-9-10) (-3,12-2,7)	<0,001
Рівень істеричного типу реагування в періоді РАП	2,7±0,74 (-9-7) (0,79-4,04)	1,62±0,48 (-10-7) (-2,01-3,65)	>0,060
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді РАП	0,98±0,69 (-8-5) (-2,11-3,06)	0,6±0,4 (-9-6) (-2,3-3,12)	>0,923
Рівень вегетативних порушень в періоді РАП	2,97±1,52 (-19-12) (-0,17-8,12)	1±0,62 (-15-11) (-2,76-3,88)	<0,012
Рівень тривоги в періоді ПАП	0,91±0,77 (-6-7) (-1,51-3,2)	-1,03±0,4 (-8-7) (-3,28-1,62)	<0,025
Рівень невротичної депресії в періоді ПАП	0,43±0,85 (-8-6) (-2,28-3,3)	-2,94±0,44 (-11-6) (-4,72-0,44)	<0,001
Рівень астенії в періоді ПАП	4,26±0,67 (-5-9) (3,32-7,01)	0,53±0,45 (-13-11) (-2,07-3,45)	<0,001
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПАП	3,41±0,62 (-7-7) (1,06-4,88)	2,45±0,43 (-8-6) (-0,81-4,06)	>0,104
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПАП	1,46±0,61 (-5-5) (-0,67-3,01)	1,3±0,37 (-6-6) (-1,47-3,18)	>0,623
Рівень вегетативних порушень в періоді ПАП	5,99±1,02 (-9-14) (3,74-8,68)	2,84±0,64 (-15-13) (-1,99-5,44)	<0,001
Рівень тривоги в періоді ПР	2,64±0,66 (-5-7) (0,72-4,66)	1,13±0,37 (-8-6) (-1,68-2,84)	<0,005
Рівень невротичної депресії в періоді ПР	2,52±0,7 (-6-6) (-0,17-4,35)	-0,9±0,39 (-9-6) (-2,51-1,65)	<0,001
Рівень астенії в періоді ПР	6,89±0,24 (5-9) (6,28-8,06)	3,51±0,39 (-6-10) (1,64-4,76)	<0,0001
Рівень істеричного типу реагування в періоді ПР	4,04±0,57 (-5-7) (2,01-5,12)	2,77±0,37 (-6-7) (0,61-4,76)	>0,064
Рівень obsесивно-фобічних змін в періоді ПР	1,72±0,46 (-2-6) (0,69-3,79)	2,1±0,34 (-6-6) (-0,47-3,83)	>0,627
Рівень вегетативних порушень в періоді ПР	8,55±0,83 (-2-15) (6,12-11,61)	4,93±0,56 (-15-14) (1,95-7,4)	<0,001

інтенсивності: астенії в ранній ($P<0,0002$) та пізній абстиненції ($P<0,0001$) і періоді ремісії ($P<0,0001$); збільшення вегетативних порушень в усі періоди хвороби ($P<0,0115$; $P<0,0003$; $P<0,0001$ відповідно), тривоги та невротичної депресії в періодах ранньої та пізньої абстиненції ($P<0,0253$; $P<0,0008$; $P<0,0054$; $P<0,0001$ відповідно).

Література

Битенский В.С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В.С. Битенский // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, №3. – С. 543-550.

1. Боровников В.П. / STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровников, И.П. Боровников.-М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1997. – 608 с.

2. Игнатов М.Ю. / Современная наркология: проблемы, достижения, и перспективы / М.Ю. Игнатов, И.В. Линский // Журнал практического врача. – 2007. - № 3. – С.6 – 11.

3. Корошниченко Д.Н. / Диференційна діагностика залежності від героїну та залежності від метадону/ Д.Н. Корошниченко, І.В. Лінський // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009.- №1(21). – С. 56-64.

4. Линский И.В. Методика оценки эффективности антинаркотических профилактических программ на примере учащихся 7-11 классов средней школы / И.В. Линский, Э.Б. Первомайский, Т.В. Савкина / Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2001. - №1. – С. 47-51.

5. Лінський І.В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І. та інші // Аналітичний огляд. Випуск IV- Харків, 2007. – 52 с.

6. Минко А.И. / Наркология / Минко А.И., Линский И.В. // М.: Изд-во ЭКСМО, 2004. - 2-издание, испр. и доп. – 736 с.

7. Сосин И.К. / Диагностическая значимость функциональных проб печени при наркозависимых токсических гепатитах / Сосин И.К., Чуев Ю.Ф., Задорожная Т.К. // Современные проблемы диагностики и терапии гепатитов. Приложение к журналу «School of Fundamental Medicine Journal» December, 1999. – Vol.5 №2. – Харьков, 2000. – С. 128 – 132.

8. Сосин И.К. Наркология: (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев / Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.

9. Сосин И.К. Новые аспекты использования препарата налтрекс в наркологии при клинически рецидивоопасных ситуациях / И.К. Сосин, И.В. Куприенко, Ю.Ф. Чуев // Мистецтво лікування.-2003.- №6.-С.77-82.

10. Сосин И.К. Реографический мониторинг функционального состояния печени при хронической интоксикации психоактивными веществами / Сосин И.К., Сема В.И. // Проблемы клин. диагностики та терапії гепатитів. Збірник праць науково-практичної конференції. – Харків, 2005. – С. 206-208.

11. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. С.545–552.

12. Arcos F.A. / Emotional response to affective stimuli in subjects addicted to opiates engaged in controlled use as part of the P.E.P.S.A / Arcos F.A., Verdejo Garcia A., Lypéz Jiménez A. // Adicciones. – 2008.- 20(1). – P. 27 – 35.

13. Gospic K. / Emotional perception modulated by an opioid and a cholecystokinin agonist / Gospic K., Gunnarsson T., Fransson P. // Psychopharmacology.- 2008.- Apr;197(2).-P.295-307.

14. Maremmi I. / Affective temperaments in heroin addiction / Maremmi I., Pacini M., Popovic D.// J. Affect Disord.- 2009.- Oct;117(3).- P.186-192.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, КОМОРБИДНОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Н.А. Овчаренко

В работе проанализированы результаты психологического тестирования по Яхину-Менделевичу 142 больных с опиоидной зависимостью (ОЗ), в том числе 103 - с коморбидным хроническим гепатитом С. Установлены следующие особенности течения ОЗ: меньшая выраженность истерического типа реагирования, невротической депрессии, астении и тревоги у мужчин, в сопоставлении с показателями женщин; наибольшая выраженность невротической депрессии и астении у больных в возрасте 22 – 25 лет; более выраженные показатели вегетативных нарушений при длительности наркотизации более 100 месяцев; увеличение интенсивности астении и вегетативных нарушений у больных с опиоидной зависимостью при наличии коморбидного хронического гепатита С

Ключевые слова: опиоидная зависимость, хронический гепатит С, патопсихологические нарушения

PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF OPIOID DEPENDENCE FLOW, COMORBID WITH CHRONIC HEPATITIS C

N.A. Ovcharenko

The results of psychological testing by Jachin-Mendeleovich of 142 patients with opioid dependence (OD), including the 103 - with comorbid chronic hepatitis C were analyzed in this work. Were determined the next flow of OD: less severe type of hysterical reaction, neurotic depression, fatigue and anxiety among men in comparative figures among women; the highest expression of a neurotic depression and asthenia among patients aged 22 - 25 years; more significant indicators of autonomic disorders in the duration of anesthesia more than 100 months, an increase in the intensity of fatigue and autonomic disturbances in patients with opioid dependence with presence of comorbid chronic hepatitis C

Keywords: opioid dependence, chronic hepatitis C, pathopsychological disorders

УДК 616.89-08-039.76

С.И. Табачников, А.Э. Гатицкая, Е.Н. Зинченко
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины
(г. Киев – г. Донецк)

Ключевые слова: алкоголизм, зависимость, психотерапия, лечение, профилактика

На сегодняшний день, несмотря на значительное количество научных разработок, а также внедрение в практику новых препаратов и схем лечения АЗ, эффективность терапии указанного заболевания продолжает оставаться недостаточной (Игонин А.Л., Никель Б., 1990; Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я., 1998; Михайлов Б.В., Мартыненко А.А., Сарвир И.М., Маркова М.В., 2000).

Так, по данным литературы, ремиссии длительно – 1-2 года у больных, с синдромом зависимости от алкоголя, наблюдаются лишь в 14,3% случаев (Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р., 1994).

Вышесказанное, по мнению различных исследователей, обусловлено рядом причин. Так, Г.М. Энтин (1990), выделяет среди них недостаточный уровень организации терапевтического процесса, в том числе отсутствие поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий. Автор подчеркивает, что “– перед началом амбулаторного или стационарного лечения больной и его родственники должны быть ориентированы на длительную поддерживающую терапию, без которой нет шансов на успех”. Другие авторы указывают на относительную изученность этиопатогенетических особенностей данного заболевания (Синицкий В.Н., 1996; Минко А.И., 1997; Табачников С.И., Зинченко Е.Н., 1999; Лебедев Д.С., 2002).

В зависимости от воззрений той или иной клинической школы, в разных странах мира многими специалистами подчеркивается необходимость создания структурированной комплексной программы терапии алкогольной зависимости с учетом биологических, психологических и социальных ее составляющих (Иванец Н.Н., 2002).

В частности, эксперты ВОЗ при лечении алкогольной зависимости рекомендуют выделять следующие основные подходы:

1. Фармакологический – предполагающий широкое применение лекарственных средств, направленных на достижение трезвости и купирование сомато-неврологических расстройств.

2. Психосоциальный или психологический, заключающийся в разработке и применении специальных методик, способствующих обучению больных навыкам межличностного общения, коррекции внутрисемейных взаимоотношений, профессиональной ориентации и социальной адаптации.

3. Поведенческий подход, при котором традицион-

но используются методы условно-рефлекторной терапии.

4. Подход, связанный с воздействием групп взаимопомощи.

В последние годы значительно расширился “арсенал” фармакологических препаратов для лечения алкогольной зависимости (Валентик Ю.В., Новиков Е.М., 2002; Марута Н.А., Минко А.И., 2003; Сосин И.К., Слабунов О.С., Сайко Д.С., Чуев Ю.Ф., 2004). Однако, появившиеся многочисленные научные публикации, касающиеся эффективности медикаментозной терапии при АЗ, являются противоречивыми и иногда взаимоисключающими. Так, одни авторы чрезвычайно оптимистично оценивают перспективы использования лекарственных препаратов, утверждая, что с их помощью можно достигнуть длительных ремиссий (Малка Р, Генри Х., Кимоуди А., 1992; Майский А.И., 1996; Зарицкий М.Г., 1998; Головки С.И., Зефилов С.Ю., Головки А.И., 2000).

Большинство клиницистов считают, что фармакологические средства, несомненно, эффективны при купировании определенных психопатологических расстройств, и применять их следует целенаправленно, дифференцировано и с учетом особенностей клиники алкогольной зависимости (Майский А.И., 1996; Валентик Ю.В., Новиков Е.М., 2002). Как отмечает А. Качаев “установление диагноза хронического алкоголизма не является достаточным для шаблонного назначения тех или иных препаратов”.

Анализируя данные литературы, можно прийти к выводу о том, что существующие сегодня методы фармакотерапии своей конечной целью имеют модуляцию функционирования дофаминергической системы (Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я., 1998).

B.R. Lawford (1995) полагает, что агонист дофамина – бромкриптин, подавляет патологическое влечение к алкоголю, стабилизирует состояние больного в ремиссии, предупреждает развитие рецидива, что совпадает и с данными И.П. Анохиной (2000).

В настоящее время в наркологии широко обсуждается вопрос (в основном на уровне клинических испытаний) об использовании антидепрессантов нового поколения: леривон, золофт, феварин, прозак и др. (Иванец Н.Н., 2000; Минко А.И., Линский И.В., 2003 и др.). Данные зарубежных исследователей подтверждают, что указанные препараты уменьшают “тягу” к алкоголю и вызывают снижение уровня употребления

спиртных напитков на 15-20%.

Ряд авторов отмечают эффективность акампросата при лечении больных с указанной выше патологией (Головко С.И., Зефилов С.Ю., Головко А.И., 2000).

Сформулировано предположение о возможности использования налтрексона в качестве дополнительного средства в комплексной программе лечения алкоголизма. Принимая во внимание этот факт J.C. Carbutt et al. (1999) провели оценку эффективности лекарственных препаратов пяти различных классов и пришли к выводу, что “по сумме доказательств” налтрексон и акампросат обладают явными преимуществами перед “плацебо”.

В настоящее время предпринимаются попытки более широкого использования антиконвульсантов в терапии АЗ (Сосин И.К., Куприенко Н.В., Куприенко Н.Ф., 2000).

В свою очередь, применение комбинированного препарата “Медихронал-Дарница” по мнению ряда авторов, “устраняет физическую зависимость и тягу к алкоголю, оказывает выраженное дезинтоксикационное действие, купирует похмельный синдром, обладает выраженным отрезвляющим действием, улучшает общее состояние и самочувствие, не имеет побочного действия и противопоказаний” (Синицкий В.Н., Ковтун Т.В., 1996).

Имеются данные об использовании препаратов “Пропротен-100” и “Анар”, новизна которых состоит в интеграции фармакотерапии и гомеопатии (Штарк М.Б., Эпштейн О.И., Воробьева Т.М., 2002).

Вместе с тем, несмотря на имеющийся и постоянно пополняющийся огромный арсенал средств и методов интенсивной фармакологической терапии, эффективность лечения АЗ остается недостаточной. Особенно ограничивают возможности успешных фармакологических интервенций побочные эффекты, осложнения, противопоказания, дополнительная лекарственная интоксикационная нагрузка (Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л., 1986). В связи с этим отсутствует единая точка зрения в отношении оптимальной фармакологической позиции, сопутствующей реабилитационной терапии, а также индивидуальных показаний для конкретных лекарственных средств (Пауков В.С., 1994). К отрицательным моментам фармакотерапии относят также “возможность актуализации патологического влечения к алкоголю”, “нарушение процессов постстрессовой адаптации”.

В ряде случаев в качестве аргументирующих доводов против расширительного применения психофармакотерапии приводятся также такие наркологические аксиомы, как поражение жизненно важных паренхиматозных органов, сердечно-сосудистой системы и центральной нервной системы вследствие хронической алкогольной интоксикации, что существенно повышает вероятность побочного действия лекарственных препаратов (Stetter F, 1995).

Все это объясняет огромную актуальность и интерес исследователей к поиску, разработке и внедрению

новых подходов к лечению АЗ. В качестве надежной альтернативы и средств выбора к настоящему времени разработаны и могут служить терапевтические подходы, предусматривающие использование немедикаментозных методов. К их достоинствам, как известно, относят “возможность комплексной эфферентной детоксикации, нефармакологической инкубации и стимуляции постинтоксикационно истощенных естественных физиологических механизмов детоксикации”. Интерес исследователей и практических врачей к этой проблеме не только не ослабевает, но с каждым годом все более актуализируется.

Так, в ходе исследований доказана эффективность метода транскраниального электрического воздействия базирующегося на активации неспецифических мозговых систем положительного эмоционального подкрепления, дистантной ксеноимплантации (-Минко А.И., 1997). Для проведения транскраниальной электростимуляции, И.Д. Даренский, А.В. Мельников предлагает использовать аппарат “Лэнар” (1996). Авторами установлены позитивный терапевтический эффект у больных алкоголизмом, проявляющийся нормализацией гормонального статуса.

В свою очередь, отмечено широкое применение в лечении алкогольной зависимости рефлексотерапии, одним из вариантов которой является микроволновая резонансная терапия (Левашов В.И., 1991).

Я.С. Песиков, А.Э. Гатицкая (2009) указывают на новый метод лечения алкогольной зависимости в амбулаторных условиях путем воздействия на зону нулевой точки ушной раковины иглами изготовленными самими авторами.

По мнению многих исследователей (Жигилев С.И., 1996; Табачников С.И., Зинченко Е.Н., 1999; Валентик Ю.В., 2000 и др.), психотерапия является методом выбора в лечении больных с алкогольной зависимостью. Кроме того, ее роль и удельный вес в комплексе терапевтических воздействий постоянно возрастает.

По определению В.Е. Рожнова (1985), психотерапия представляет собой комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Задачи психотерапии, по сути, отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению – коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов. При этом особенно важным является уточнение компонентов синдрома психической зависимости, к которым относят: систему механизмов психологической защиты, нарушения в сфере эмоционально-волевой регуляции, нарушения самооценки и самосознания, изменения в системе настоящего – будущее, нарушения в системе направленности личности и мотивации поведения (Завьялов В.Ю., 1999; Лысенко И.П., 2000).

Психотерапевтические методы, при лечении больных с АЗ, по мнению Ю.В. Валентика (2000) следует разделять на три группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия: методы манипулятивной стратегии; методы развивающие личность и синтетические.

В отечественной практике традиционно для лечения алкоголизма широко применяются различные методы суггестивной и гипносуггестивной психотерапии (Классен И.А., 1987; Miller W.A., 1991).

Концепция эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСП), разработка которой была начата В.Е. Рожновым (1985), предполагает диалектическое понимание эмоционального стресса, сформулированное еще канадским патофизиологом Гансом Селье (1979), содержащее одновременно две возможности этого процесса: влияние стресса на организм и личность может быть как патогенным, так и стимуляционно-активирующим и, тем самым, лечебным. Понимание того, что стресс не только отрицательное напряжение, но и положительное, не только разрушение, но и созидание, что он может быть как патогенным, так и сано-генным, заставляет видеть в нем не только “врага”, но и “союзника” в борьбе с болезнью, в первую очередь, когда эта борьба ведется средствами психотерапии (Рожнов В.Е., 1988).

Гипнотическому воздействию, при проведении ЭСП предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе. Последние проводятся по предложенной автором методике удлинённых сеансов гипнотерапии (не менее 1–1,5 ч). В гипнозе вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус запах и вид алкоголя.

В практике отечественной суггестивной терапии наиболее известным остается метод стрессовой терапии, разработанный А.Р. Довженко (1984), сущность которого состоит в создании психологической установки на длительное воздержание от алкоголя путем применения комплекса психотерапевтических приемов в виде физических (стрессовых) воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга. Несмотря на небольшую продолжительность лечебного процесса, в пределах 3–4 часов, методика А.Р.Довженко предусматривает определенную этапность. Каждый из этапов преследует свои цели, а психотерапевтическое воздействие различается по форме, направленности и содержанию. Обязательным условием является полное воздержание от употребления алкогольных напитков в течение 21 дня.

Некоторыми исследователями высказано мнение о том, что лечение путем «кодирования» по А.Р. Довженко эффективно для людей с тоталитарным менталитетом. При этом, недостатками метода являются разовый, однократный сеанс, отсутствие работы с проблемами пациента, его семьи (Макаров В.В., 2002). В этой связи, в последние годы предложены различные модификации указанного выше метода.

Одним из них является «блокирование» (Макаров В.В., Киселев Л.И., 1991). Данная методика разработана на основе западных методов психотерапии (трансактного анализа, нейролингвистического программирования, недирективной психотерапии по М. Эриксо-ну), а также отечественных авторских наработок, и построена на выявлении позитивных возможностей и перспектив в жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу жизни без спиртного. С помощью психотерапевтического воздействия блокируется влечение к алкоголю. Метод «блокирования», по мнению авторов, представляется эффективным и гуманным подходом к лечению алкогольной зависимости.

В свою очередь, Г.И. Григорьевым, Кузнецовым О.Н. (1991), разработан метод массовой эмоционально-эстетической психотерапии. По мнению авторов, увеличение числа пациентов до 500–600 человек на общем сеансе позволяет повысить терапевтическую результативность самого сеанса и использовать эффект взаимного эмоционально-психологического потенцирования – “храмовый эффект”.

Методы медикаментозной опосредованной терапии основаны на новизне применяемых лекарственных средств и вере пациентов в их эффективность. Так, известный метод терапии под условным названием “Торпедо” заключается во внутривенном введении 10 мл 25 % раствора сульфата магния с добавлением 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты и 0,1 г метиленовой сини, которое вызывает бурную вегетативную реакцию (Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р., 1994). Введение “Торпедо” сопровождается императивным внушением отвращения к алкоголю, суггестивной установкой на неминуемость подобной реакции в случае употребления алкоголя в течение оговоренного срока воздержания от приема спиртных напитков. Существуют и многие другие методики, в основе которых лежит выработка аверсии к алкоголю.

По-прежнему широко применяются пролонгированные формы дисульфирама: эспераль, для имплантации в подкожную клетчатку, или 25% раствор дисульфирама – “тетлонг-250” в виде инъекций с соответствующим психотерапевтическим воздействием (Минко А.И., Собетов Б.Г., Линский И.В., Шалашов В.В., 2002). По мнению Н.И. Иванца (2000), эффект эсперали чисто психотерапевтический – “эффект терапевтической новизны”, однако допускается его применение, у определенного контингента больных при должном качестве процедуры терапии. Данное обстоятельство подтверждается многочисленными сравнительными исследованиями.

А.Я. Гриненко и Е.М. Крупицким (1988) разработан метод аффективной контратрибуции, основанный на способности кетамина вызывать сильные психоделические переживания. Особенностью терапии является преимущественно негативная эмоциональная окраска психоделических переживаний, которая может быть атрибутирована тому, что пациенты в образной

символической форме переживают вытесненные в подсознание основные личностные конфликты и проблемы, которые у них во многом связаны со злоупотреблением алкоголя и негативными аспектами алкогольного образа жизни. Такие переживания обуславливают впоследствии особое катартистическое чувство разрешения личностных проблем, а также психологическое неприятие алкогольного образа жизни, твердую установку на трезвость. Авторы отмечают эффективность разработанного метода (69,8% ремиссий более 1 года). Его недостатками являются: высокий риск осложнений на введение кетамина и ухудшение психического состояния, что требует обязательного участия в процедуре врача-анестезиолога, специальной реанимационной аппаратуры, последующего наблюдения.

По мнению Б.М. Гузикова (1986), «основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе является ее эволюция от гетеро- и ауто-уггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повышение социально-психологической адаптации».

Принимая во внимание наличие у больных нарушений в сфере эмо-ционально-волевой регуляции, самооценки и самосознания, в системе направленности личности и мотивации поведения, а также учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении алкоголизма подчеркивается важность использования групповой психотерапии (Батищев В.В., Негерин Н.В., 1999 и др.), целью которой являются: изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной анозогнозии, коррекция интрапсихических и межличностных проблем. Авторы отмечают, что особенностью терапии является неэффективность применения какой-либо одной психотерапевтической техники. Те или иные психотерапевтические методики используются в зависимости от возникающих проблем и задач во время самого группового терапевтического процесса (Павлов Н.С., 2002). Как отмечает N.E. Zinberg (1982), это обусловлено способностью пациентов достаточно быстро вычислять терапевтическую тактику врача, и формировать защитное поведение, позволяющее нивелировать все усилия по формированию критики к заболеванию и установки на трезвость. Наиболее применимы следующие методики: разъяснительная и рациональная, рационально-эмотивная психотерапия, ролевые игры, элементы психодрамы, трансактный анализ и его составляющие.

Особая роль при этом отводится дискуссионной психотерапии. Главной ее целью является формирование у больных АЗ установок на полное воздержание от употребления алкоголя. Эффективность данного метода обусловлена тем, что у пациентов имеется единство опыта в развитии заболевания, сходные психологические и социальные проблемы, а также общая необходимость в постоянной поддержке и помощи на весь

период реабилитации. Следует отметить, что патологическое влечение к алкоголю вызывает в то же время известные трудности при его обсуждении в процессе дискуссионной психотерапии. Во многом это связано с недостаточной степенью осознания больными этого клинического феномена, отличиями в его проявлениях.

Определенной особенностью групповой психотерапии при алкоголизме, подчеркиваемой рядом авторов является наличие в ней выраженного компонента рациональной психотерапии (Poldrugo F., 1997). При этом, одни исследователи (Карвасарский Б.Д., 1985; Гузики Б.М., 1986) задачами индивидуальной психотерапии пациентов с АЗ считают анализ глубинных механизмов возникновения болезни, воздействие на сознательные и неосознанные установки больных посредством детальной реконструкции их анамнеза, установления причинно-следственных связей между преморбидными особенностями личности, образом жизни и злоупотреблением алкоголя. Другие указывают, что индивидуальная психотерапия должна быть личностно-ориентированной в отношении каждого больного и ее основная задача не только укрепление трезвеннической установки, но и обучение больного способам дезактуализации первичного патологического влечения к алкоголю в случае его обострения во время ремиссии (Николаенко В.Н., 1989).

Исходя из того, что групповая рациональная психотерапия имеет те же задачи, что и индивидуальная (преодоление алкогольной анозогнозии, создание установки на лечение и трезвый образ жизни) многие исследователи отмечают в числе преимуществ групповой психотерапии возможность значительно большего охвата больных при меньших затратах времени, их положительную взаимную индукцию.

Установлено, что эффективность групповой психотерапии при АЗ тесно связана с семейной психотерапией (Рыбакова Т.Г., 1987; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990; Бендлер Р., Гриндер Д., Сатир В., 1993). При этом, основными задачами ее являются выявление конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи и больного к режиму трезвости. Авторами выявлена статистическая значимость между степенью активности отношения жен к лечению и терапевтическим эффектом при алкоголизме. Одновременно установлено, что отношения значительно улучшались в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности групповой. При этом ремиссии более года отмечены у 75,3% больных (Рыбакова Т.Г., 1987).

Одной из особенностей развития мировой психотерапии в последнее десятилетие является ее интегративность. Стремление осуществить и соответственно оптимизировать объединение различных направлений, подходов, способов психотерапии, и необходимость осознанного системообусловленного управления этим процессом способствовало формированию концепции интегративности в психотерапии. По мнению Б.Д. Карвасарского (1998), интегративный подход в психо-

терапии в отличие от эклектического, использующего простое сочетание приемов, различных психотерапевтических направлений, предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных теоретических систем психотерапии.

Так, в ходе интеграции психоаналитической и поведенческой психо-терапии возникли психодинамическая психотерапия, когнитивно-аналитическая, небиохевиористские направления (нейролингвистическое программирование), гештальт-терапия и другие.

В гештальт-подходе основой терапевтического воздействия является снятие блокирования и стимулирование процесса развития, осознание и переживание контакта с самим собой и с окружением. Главным принципом гештальттерапии является важность находиться в настоящем, “здесь и теперь”. Больные алкоголизмом предпочитают вместо этого находиться в будущем или прошлом. Поэтому одной из задач психотерапии является обучение пациентов жить в настоящем, переживать то, что происходит с ними сейчас. Вторым положением является работа с самосознанием (Peris F, 1969; Эриксон М., Росси Э, 1995; Коршко И.Н., 2000).

Все более популярным методом психотерапии АЗ становится нейро-лингвистическое программирование (НЛП), которое было разработано Р.Бендлером и Д.Гриндером (1993, 1995). Авторам удалось выявить устойчивые лингвистические образования речи, невербальные приемы в общении, оказывающие положительное влияние на больных.

К традиционно применяемым техникам в психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью следует отнести и методы психоаналитической ориентации. Однако эффективность классически ориентированных психоаналитических методов подвергается серьезным сомнениям, а психодинамические техники все чаще входят лишь в виде отдельных компонентов в другие методы терапии.

На основе интеграции психоаналитически - ориентированных школ А. Адлера, В.Райха, К.Юнга и экзистенциально-гуманистической традиции А.Маслоу, К. Роджерса, а также в контексте философских учений и практик Востока, возник холотропный подход, реализовавший себя в методе холотропного дыхания (Grof С., 1980).

Холотропная терапия – система психотехнологий, ориентированная на изменение психологических установок личности, которое происходит в вызываемых особыми измененными состояниями сознания, достигающихся с помощью длительной гипервентиляции со специальным, музыкальным сопровождением. Установлено, что увеличение частоты и глубины дыхания, как правило, ослабляет психологическую защиту и ведет к освобождению и проявлению бессознательного материала.

В.Ю. Завьяловым (2002) разработана система интегративной психотерапии, сущностью которой является эффективная помощь больному путем дополнения клинического анализа состояния пациента иными способами изучения и понимания личности. В качестве

“модельных описаний” личности больного алкоголизмом в его системе используются понятия и принципы диалектики “последнего русского философа” А.Ф. Лосева и учение о мифе, которые помогают полнее раскрыть проблемы пациента. Дианалитический метод, в отличие от клиничко-психопатологического, по мнению автора, открывает возможность создавать любые интерпретации изменения поведения и душевной организации человека и, тем самым, точнее формулировать “терапевтическую идею” и выстраивать терапевтическую логику психотерапии в процессе непрерывного диалога профессионала, работающего с больным.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии алкоголизма аутогенной тренировки (Рожнов В.Е., 1974; Табачников С.И., 1974-1984; Филатов А.Т., 1987). Целью ее при этом, является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Вместе с тем, ряд авторов отмечает, недостаточную эффективность при алкоголизме обычной техники аутогенной тренировки. В этой связи сотрудниками ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского разработана методика ситуационно-психологического тренинга, целью которой является психотерапевтическая коррекция патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом. Она представляет собой методику групповой психотерапии, объединяющую групповые структурированные дискуссии, ролевое воспроизведение ситуаций и состояний, актуализирующих патологическое влечение к алкоголю и психическую саморегуляцию (Валентик Ю.В., 2000). Задачами ситуационно-психологического тренинга являются: повышение степени осознания больными у себя ПВА и выявление конкретных признаков, типичных индивидуальных факторов актуализации патологического влечения к алкоголю и обучение методам противодействия этим факторам; выработка навыков аутогенной релаксации.

В большинство психотерапевтических программ входят также методы, направленные на улучшение психической саморегуляции: аутосуггестия, самоуправление, стрессоуправление, самоинструирование.

Психокоррекционные воздействия могут быть оказаны в группах само- и взаимопомощи (Москаленко В.Д., Валентик Ю.В., 1989).

В Польше разработана стратегически – структурная модель психотерапии АЗ, основной задачей которой является воздержание от потребления алкоголя, обучение пациентов трезвой жизни, помощь в решении личных проблем и др. (Кочукова В.А., Иванов Филипов Ф.В., 1998; Богдан Т., Воронович, 2001). Психотерапия направлена на сдерживание механизмов зависимости, ликвидацию факторов, активизирующих эти механизмы, и включает пять этапов. Кроме индивидуальной работы, больные принимают участие в групповых встречах с участием психотерапевта, существенную роль, в процессе которых играют поведенческо-познавательные вмешательства и отработка прак-

тических действий, при этом им рекомендуется посещать собрания групп Анонимных Алкоголиков и клубов абстинентов.

В зарубежных исследованиях особое внимание уделяется также христианским программам реабилитации больных алкоголизмом (Демьяненко Б.Т., Штенгелов В.В., Балабаева Т.В., 1998). Авторы подчеркивают, что эффективность этих программ обусловлена комплексным анализом биологических, психологических, социальных и духовных параметров болезни, а также подходом к лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Духовно-ориентированная терапия, построенная на основах религиозности, с одной стороны, синтезирует в себе идеи самоактуализации личности, а с другой, приобщает человека к высшим ценностям, свободе (-Зыков О.В., Цетлинг М.Г., 2000). Религиозность таких психотерапевтических движений как движение Анонимных Алкоголиков, родственников больных в американской практике именуемое “Ал-Анон” очевидна. Используемая этими движениями программа “12 шагов”, служит базой лечебных программ, так называемого Миннесотского или Хейзелденского типов, основной акцент в которых делается на углубленное изучение каждого из “12 шагов”, групповой и индивидуальной психотерапии, ориентированной на духовное, эмоциональное и интеллектуальное развитие пациента. Следует отметить, что лечебные программы не признают никакой авторитарности, манипулятивности, в них отсутствует традиционное для медицины противопоставление “врач-пациент”, а основную терапевтическую роль в них играют консультанты – люди, преодолевшие путем работы собственные проблемы, связанные с алкогольной зависимостью.

По мнению отечественных исследователей (Бурцев А.К., Антонович И.А., Бурцева Т.А., 2002), это движение существенно не поможет решить проблему лечения АЗ, что связано с неконгруентностью православного менталитета, сохраняющегося в душе нашего народа. Поэтому не любая религиозная, самоактуализирующаяся, а именно православно ориентированная психотерапия представляется нам наиболее приемлемой и потенциально эффективной в нашей стране.

Касаясь вопросов профилактики алкогольной зависимости необходимо отметить, что многие специалисты едины во мнении о том, что до настоящего времени не выработано единой стратегии по данной проблеме. Так, по мнению одних авторов основным средством профилактики является санитарно-просветительная работа в школе. Другие исследователи утверждают, что эта пропаганда порождает нездоровый интерес и неэффективна (Личко А.Е., 1977).

В соответствии с терминологией ВОЗ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику АЗ. Предупреждение злоупотребления алкоголем относится к задачам первичной профилактики. В настоящее время, она осуществляется по четырем кардинальным направлениям и предполагает широкую воспитательную работу среди молодежи, санитарно-

гигиеническое воспитание населения, общественные меры борьбы с распространением алкоголизма, административно-законодательные меры.

С этой целью создан ряд международных и национальных общественных организаций, одной из которых является Интернациональная организация гуманизма и трезвости, насчитывающая несколько миллионов человек в 50 странах, в том числе и в Украине. ВОЗ стала инициатором утверждения Европейского плана действий по борьбе с алкоголем. Целью принятой общеевропейской концепции и плана действий является стремление к постепенному сокращению и уменьшению потребления алкогольных напитков. Такой перенос акцентов дал возможность ряду стран Европы существенно уменьшить уровень потребления алкоголя (Франция, Швеция, Италия, Португалия, Финляндия и др.).

В свою очередь, мировой опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективным методом профилактики является проведение программ направленных на уменьшение спроса на алкоголь.

Так, национальная политика Голландии в области здравоохранения становится все более ориентированной на раннюю профилактику пьянства и алкоголизма. Приоритетным является то, что взаимодействие административных и медицинских служб реализуется в тесном сотрудничестве с различными общественными организациями.

Во многих странах мира профилактическая работа проводится городскими и общинными центрами по профилактике, а также создаваемыми в структурах благотворительных обществ молодежными центрами, клубами.

В свою очередь, вторичная профилактика АЗ включает в себя мероприятия по раннему выявлению алкогольных заболеваний, привлечению этих больных к лечению, проведению медико-социальных воздействий, способствующих оздоровлению микросоциальной среды и профилактики рецидивов болезни. В этом плане приобретает особое значение с одной стороны, интегративная деятельность психиатров-наркологов с представителями соматической службы, в первую очередь, с участковыми терапевтами, семейными врачами, персоналом подростковых кабинетов, школьными врачами. Другой, важной задачей является работа с лицами, имеющими высокую степень риска заболевания.

С целью повышения качества лечения и реабилитации пациентов с АЗ, а также в связи с Указом Президента Украины “О дополнительных мерах по улучшению медицинской помощи населению Украины”, концепции развития охраны здоровья, необходимо проведение мероприятий, как государственного уровня, так и отраслевых мероприятий в рамках системы охраны здоровья.

В целом, указанные выше факторы свидетельствуют о том, что профилактика алкогольной зависимости должна быть активной, ориентированной на выявление нуждающихся в помощи лиц и носить системный

характер. При этом системность предполагает выполнение следующих условий:

1. Воздействие на лиц, злоупотребляющих алкоголем и так называемых “умеренно пьющих” должно осуществляться с учетом социально-психологической микросреды.

2. Влияние на социально-психологическую микросреду должно сочетаться с предупредительными мероприятиями в государственном масштабе.

3. Профилактическая работа должна представлять собой часть нравственного воспитания личности, повышения их общей культуры.

Все это обуславливает необходимость создания комплексной государственной программы, которая должна включать создание образовательной антиалкогольной инфраструктуры, привлечение средств массовой информации к проведению антиалкогольной профилактики, а также разработку финансовой основы профилактических программ.

Литература

1. Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я. Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма // *Вести. Рос. АМН*. – 1998. – №7. – С.29–37
2. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // *Лекции по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Ноллидж, 2000. – С. 16–41.
3. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – №3. – С.76–79.
4. Артемчук А.Ф. Патологическая интеграция экзо-эндоэкологических взаимодействий при алкогольной зависимости у подростков и юношей // *Архів психіатрії*. – 2002. – №4 (31). – С.94–101.
5. Батищев В.В., Негерин Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ*. – 1999. – №2. – С.6–10.
6. Битенский В.С., Мельник Э.В., Романский Н.А. Патогенетическая фармакотерапия опийной наркомании и хронического алкоголизма // *Таврический журнал психиатрии*. – 1998. – Т.2, №2 (5). – С.40–43.
7. Богдан Т. Воронович. Алкоголізм – хвороба, яку можна успішно лікувати // *Архів психіатрії*. – 2001. – №4(27). – С. 221–223.
8. Бурцев А.К., Антонович И.А., Бурцева Т.А. Опыт психологической оценки эффективности православно-ориентированной реабилитации больных с алкогольной зависимостью // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т.10, вип. 2 (31). – С. 184–185.
9. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // *Лекции по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Ноллидж, 2000. – С. 309–341.
10. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата колме при лечении больных алкоголизмом // *Наркология*. – 2002. – №3. – С. 2–4.
11. Валентик Ю.В. Характеристика основных компонентов взаимодействия между врачом и пациентом в процессе психотерапии // *Российский психиатрический журнал*. – 1999. – №1. – С.36–41.
12. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Т.9, вип.3 (28). – С.7–9.
13. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Усаинова И.Н. Алкогольные болезни печени // *Моск. мед. журнал*. – 1998. – №5. – С. 13–15.
14. Гриненко А.Я., Крупицкий Е.М., Палей А.И. Аффективная контр-атрибуция как метод наркопсихотерапии алкоголизма // *Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма: Сб. науч. тр.* – М., 1988. – С.39–44.
15. Гузиков Б.М. Психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом // *Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии*. – Ставрополь, 1986. – С.75–76.
16. Даренский И.Д., Мельников А.В. Влияние электропранквилизации на некоторые гормональные показатели у больных алкоголизмом // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1996. – Т.96, №1. – С.67–69.
17. Демьяненко Б.Т., Штенгелов В.В., Балабаева Т.В. Опыт и принципы работы христианских организаций в социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // *Архів психіатрії*. – 1998. – № 1(16). – С. 42–45.
18. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 г.г. (проект). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. – 28 с.
19. Жижильов С.І. Емоційно-стресова психотерапія патологічної тяги до алкоголю під час алкогольного абстинентного синдрому: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27/ Дон. держ. мед. ун-т. – Х., – 1996. – 24 с.
20. Жиров И.В. Алкоголь и артериальное давление // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ*. – 1998. – № 5. – С. 1–5.
21. Завьялов В.Ю. Диализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии // *Наркология*. – 2002. – №9. – С. 36–41.
22. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. – М.: Ноллидж, 2000. – 448 с.
23. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // *Наркология*. – 2002. – №6. – С. 2–7.
24. Качаев А. Современный подход к лечению алкоголизма // *Врач*. – 1995. – №8. – С.7–8.
25. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
26. Под ред. Карвасарского Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
27. Классен И.А. Психотерапия больных алкоголизмом: Лекция // *Казан. мед. журн.* – 1987. – Т.68, № 6. – С.453–457.
28. Козловский А.В., Разводовский Ю.Е., Лелевич В.В., Зиматин С.М. Алкогольная ситуация в Беларуси и ее регионах // *Мед. новости*. – 2000. – №1. – С.21–24.
29. Коршко И.Н. Лікування алкоголізму психотерапевтичними методами: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17/ Дон. держ. мед. ун-т. – Х., 2000. – 20 с.
30. Кочукова В.А., Иванов-Филипов Ф.В. Программы АРЕТА и АРЕТОН в Польше (по материалам журнала «Alkoholizm i Narkomania», 1997, №3/28) // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь. ВИНТИ*. – 1998. – №11. – С. 4–12.
31. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний // *Руководство по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: ИД Мед-практика, 2002. – С. 8–33.
32. Кошкина Е.А., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ*. – 1998. – №3. – С. 9–22.
33. Кришталь Е.В. Социальные и социально-психологические факторы развития супружеской дисгармонии при алкоголизме у мужчин // *Український вісник психоневрології*. – 1995. – Вип. 1. – С. 18–20.
34. Левашов В.И. Возможности применения иглорефлексотерапии при лечении алкоголизма // *Вопросы наркологии*. – 1991. – №3. – С.42.
35. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 528 с.
36. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте. – Л., 1977. – 286 с.
37. Майский А.И. Клинико-биологические аспекты дифференцированной фармакотерапии алкоголизма // *Мед. фарм. вестн.* – 1996. – №3. – С.44–48.
38. Макаров В.В. Психотерапия в наркологии // *Наркология*. – 2002. – №2. – С. 37–41.
39. Маколкин В.И., Махов В.М. Поражение желудочно-кишечного тракта при алкоголизме (зависимость от длительности и стадии) // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ*. – 1997. – № 12. – С. 1–2.
40. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выяв-

ление, лечение, реабилитация, профилактика) // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Т.9, вип.4 (29). – С.6–7.

41. Минко А.И., Линский И.В. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ // *Международный медицинский журнал*. – 2003. – Т.9, №3. – С.28-30.

42. Минко А.И. Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физиохимическое и клинико-нейробиологическое исследование): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.17. – Х., 1997. – 350 с.

43. Минко О.И., Собетов Б.Г., Линский И.В., Шалашов В.В. Використання пролонгу дісульфірама "Тетлонг-250" у комплексному лікуванні залежності від алкоголю // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т.10, вип.1 (30), – С.192–193.

44. Москаленко В.Д. Биологические, индивидуальные, семейные и внесемейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков // *Международ. мед. журн. (Москва)*. – 2003. – Т.6, №1. – С.81–87.

45. Москаленко В.Ф., Вівеский А.М., Табачников С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // *Архів психіатрії*. – 2000. – №3–4 (22–23). – С.5–8.

46. Під ред. Москаленко В.Ф. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990 - 1999 роках (Статистично-аналітична довідка). – К., 2000. – С. 56–67.

47. Найденова Н.Г., Гордеев М.Н. Алкоголизм и патология органов дыхания // *Наркология*. – 2002. – №4. – С. 23–26.

48. Окладников В.И. Типология и адаптационные состояния личности. – Иркутск, 2000. – 172 с.

49. Павлов И.С. Достижение адекватного осознания болезни – необходимый этап психотерапии // *Наркология*. – 2002. – №9. – С. 42–46.

50. Пауков В.С. Алкогольная болезнь // *Архив патол.* – 1994. – № 1. – С. 38–45.

51. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект // *Рос. психiatr. журнал*. – 2002. – №1. – С.35 – 42.

52. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий // *Руководство по психиатрии*. – М.: Медицина, 1974. – С. 242–258.

53. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // *Руководство по психотерапии*. – Т.: Медицина, 1985. – С. 156–188.

54. Рыбакова Т.Г. Роль семейной адаптации больных алкоголизмом в формировании устойчивых ремиссий // *Ремиссии при алкоголизме*. – Л., 1987. – С. 86–91.

55. Семке В.Я. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков // *Российский психиатрический журнал*. – 1999. – №6. – С.4-7.

56. Синицкий В.Н., Ковтун Т.В. Лечение хронического алкоголизма новым патогенетическим препаратом мидхроналом // *Архів психіатрії*. – 1996. – Вип.10-11. – С.122–123.

57. Синицкий В.Н. Комплексная терапия хронического алкоголизма // *Лікування та діагностика*. – 1996. – № 2. – С. 40–44.

58. Сосин И.К. Преформирование аксиомы классической наркологии (на модели алкогольной зависимости) // *Архів психіатрії*. – 2002. – №4(31). – С.51–59.

59. Сосин И.К., Кришталь Е.В., Андрух Г.П. Алкоголизм и нарушение сексуального здоровья. – Х: НПФ "Велест", 1996. – 272 с.

60. Сосин И.К., Куприенко И.В., Куприенко И.Ф. Влияние финлепсина на продолжительность и качество ремиссий у больных с запойной формой алкоголизма // *Архів психіатрії*. – 2000. – №3-4. – С.70–72.

61. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. – К.: Здоров'я, 1986. – 152 с.

62. Табачников С.И., Зинченко Е.Н. Обоснование и оценка краткосрочной эмоционально-стрессовой психотерапии алкогольной зависимости в учреждениях нового типа // *Український вісник психоневрології*. – 1999. – Т.7, вип. 1 (19). – С.96–98.

63. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. – К.: Здоровья, 1987. – 143 с.

64. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: «Лань», 1999. – 352 с.

65. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.

66. Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1994. – Т.4, вып.1. – С. 90–95.

67. Lawford B.R., Young R.M., Rowell J.A. Bromocriptine in the treatment of alcoholics with the D2, dopamine receptor A1 allele // *Nat. Med.* – 1995. – Vol.1, № 5. – P.337– 341.

68. Miller W. A. Using hypnotherapy in community with the recovery addicted patient // *Alcohol Treat.* – 1991. – Vol.8, №1. – P.1–18.

69. O'Malley Patrick M., Johnson Lloyd D. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students // *J. Stud. Alcohol. Suppl.* – 2002. – №14. – P.23–39.

70. Peris F. Gestalt therapy. – California: Verbatim. Lafayette, 1969. – 142 p.

71. Poldrugo F. Integration of pharmacotherapies in the existing programs for the treatment of alcoholics: an international perspective // *J. Addict. Dis.* – 1997. – Vol.16, №4. – P.65–82.

72. Riviere Claude. Alcohol situation in France // *Globe Mag.* – 2000. – №2. – P.8–10.

73. Vandongen R., Puddey I. B. Swales J.D. Textbook of hypertension. – London, 1994. – P. 567–575.

74. Zimberg N.E. Psychotherapy in the treatment of alcoholism // *New York: Gardner Press*, 1982. – P. 23–41.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ Й ПРОФІЛАКТИКИ І АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

(огляд літератури)

С.І Табачников, А.Е. Гатицька, О.М. Зінченко

В останні роки, як в Україні, так і за кордоном відзначається значне підвищення споживання алкогольних напоїв і як наслідок цього - збільшення кількості хворих з алкогольною залежністю. У свою чергу вживання психоактивних речовин (ПАР) є один з основних факторів погіршення стану психічного здоров'я населення України. Так, гострі й хронічні розлади внаслідок вживання ПАР, займають перші два місця в рейтингу захворюваності психічних розладів.

Впровадження нових інноваційних технологій в економічну й соціальну сфери суспільства, що відбуваються в останнє десятиліття, обумовили необхідність реструктуризації наркологічної служби. На даній основі, поряд з її реформуванням, у більшості регіонів країни створена широка мережа установ з позабюджетною формою фінансування, амбулаторна спрямованість яких відповідає тенденціям розвитку охорони здоров'я у світі й, крім того, сприяє підвищенню ефективності надання медичної допомоги хворим з залежністю від психоактивних речовин (ЗПАР). Однак дотепер актуальним є питання про місце й ролі зазначених установ у структурі наркологічної служби України, а також створення ефективних короткострокових модифікацій терапевтичної інтервенції, які є вкрай необхідними при лікуванні ЗПАР в амбулаторних умовах

Ключові слова: алкоголізм, залежність, психотерапія, лікування, профілактика

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

(Literature review)

S.I.Tabachnikov, A.E.Gatitskaya, E.N.Zinchenko

As in Ukraine as abroad, increase of consumption of alcoholic drinks becomes perceptible last years and as consequence of it the augmentation of quantity of patients with alcoholic dependence. In its turn using of psychoactive substances (PAS) is one of the major factors of an aggravation of symptoms of mental health of the population of Ukraine. So, acute and chronic disorders owing of using of PAS, take first two places in a rating of a case rate of psychic disorders.

Introduction of new innovative technologies in the economic and social spheres of a society occurring last decade, have caused necessity of restructuring of narcological service. On the given basis, along with its reforming, in the majority of regions of the country the wide network of establishments with the off-budget form of the financing which out-patient orientation corresponds to tendencies of development of health protection in the world is framed and, besides, promotes rising of efficiency of rendering of medical aid by the patient with psychoactive substances addiction (PSA). However till now the question on a place and a role of the specified establishments in structure of narcological service of Ukraine, and also creation of effective short-term updating of therapeutic intervention which is extremely necessary at treatment of PSA in out-patient conditions.

Keywords: alcoholism, dependence, psychotherapy, treatment, preventive maintenance

УДК 616.89-008.442

Гуркова А.В., Рыткис И.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН (обзор литературы)

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

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, распространенность

Здоровый образ жизни – основная задача сегодняшнего дня. Для этого немаловажное значение имеет борьба со всевозможными факторами риска, среди которых не последнее место занимает курение табака.

Вредное влияние никотина на здоровье человека и высокая степень распространенности курения среди населения делают данную проблему одной из наиболее актуальных как для охраны здоровья, так и для общества в целом (И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003).

Табакокурение приводит к смерти каждого десятого взрослого человека в мире, и при сохранении текущих тенденций к 2020 году курение табака ежедневно будет причиной 10 млн. случаев смерти (О.В. Татаренко, 2010). На сегодняшний день ВОЗ доказано, что табакокурение является одним из основных факторов риска развития онкологических, кардиологических, цереброваскулярных, пульмонологических и ряда других заболеваний (Н.Е. Полищук, 2010).

По данным Международной организации труда (2008), ежегодно 200 тыс. людей умирают в результате вдыхания вторичного табачного дыма дома или на работе (так называемое пассивное или насильственное курение). Около 700 млн. детей, или почти половина всех детей земного шара, дышат воздухом, загрязненным табачным дымом.

В мире из более чем 1 миллиарда курильщиков, женщины составляют 200 млн. В результате употребления табака, являющегося основной причиной смерти, ежегодно умирают более 5 млн. человек и примерно 1,5 млн. из них - женщины (О.В. Татаренко, 2010). Наибольший уровень табакокурения (27%) встречается

среди женщин в возрасте от 25 до 44 лет - в репродуктивный период (, 2009). Группу риска составляют молодые, высокообразованные, работающие женщины и разведенные (G. Saka, M. Ertem, S. Zifzi, V. Deper, C. Keskin, 2008).

Первоначально «эпидемия курения» распространилась среди мужчин - сначала в развитых странах, а затем и в государствах с низким и средним уровнем доходов населения. Благодаря эмансипации табакокурение получило широкое распространение среди женщин в Европе (21%) и Америке (23%), а постепенно и во всем мире. Не придающими оптимизма являются результаты исследований табакокурения среди молодежи в 151 стране – в половине государств курит примерно одинаковое количество девушек и юношей, а в некоторых странах курящих девушек даже больше, чем юношей (О.В. Татаренко, 2010).

Распространенность курения среди женщин Украины, по данным отдельных эпидемиологических исследований, до середины 1990-х гг. была несколько ниже, чем среди женщин других стран, и составляла 5 – 15%. А уже в 2005 – 2006 гг. Украина находилась на первом месте по числу курящих женщин среди стран бывшего СНГ (Н.Е. Полищук, 2010).

Некоторые специалисты высказывают мнение (N.Britten, 1996), что одна из причин курения женщин заключается в том, что табачные компании используют тактику маркетинга, включающую рекламу и спонсорство направленно на женский пол и производят специальные женские марки сигарет. Женщины стали одной из основных мишеней табачной промышленно-

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

(Literature review)

S.I.Tabachnikov, A.E.Gatitskaya, E.N.Zinchenko

As in Ukraine as abroad, increase of consumption of alcoholic drinks becomes perceptible last years and as consequence of it the augmentation of quantity of patients with alcoholic dependence. In its turn using of psychoactive substances (PAS) is one of the major factors of an aggravation of symptoms of mental health of the population of Ukraine. So, acute and chronic disorders owing of using of PAS, take first two places in a rating of a case rate of psychic disorders.

Introduction of new innovative technologies in the economic and social spheres of a society occurring last decade, have caused necessity of restructuring of narcological service. On the given basis, along with its reforming, in the majority of regions of the country the wide network of establishments with the off-budget form of the financing which out-patient orientation corresponds to tendencies of development of health protection in the world is framed and, besides, promotes rising of efficiency of rendering of medical aid by the patient with psychoactive substances addiction (PSA). However till now the question on a place and a role of the specified establishments in structure of narcological service of Ukraine, and also creation of effective short-term updating of therapeutic intervention which is extremely necessary at treatment of PSA in out-patient conditions.

Keywords: alcoholism, dependence, psychotherapy, treatment, preventive maintenance

УДК 616.89-008.442

Гуркова А.В., Рыткис И.С.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
У ЖЕНЩИН (обзор литературы)**

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

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, распространенность

Здоровый образ жизни – основная задача сегодняшнего дня. Для этого немаловажное значение имеет борьба со всевозможными факторами риска, среди которых не последнее место занимает курение табака.

Вредное влияние никотина на здоровье человека и высокая степень распространенности курения среди населения делают данную проблему одной из наиболее актуальных как для охраны здоровья, так и для общества в целом (И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003).

Табакокурение приводит к смерти каждого десятого взрослого человека в мире, и при сохранении текущих тенденций к 2020 году курение табака ежедневно будет причиной 10 млн. случаев смерти (О.В. Татаренко, 2010). На сегодняшний день ВОЗ доказано, что табакокурение является одним из основных факторов риска развития онкологических, кардиологических, цереброваскулярных, пульмонологических и ряда других заболеваний (Н.Е. Полищук, 2010).

По данным Международной организации труда (2008), ежегодно 200 тыс. людей умирают в результате вдыхания вторичного табачного дыма дома или на работе (так называемое пассивное или насильственное курение). Около 700 млн. детей, или почти половина всех детей земного шара, дышат воздухом, загрязненным табачным дымом.

В мире из более чем 1 миллиарда курильщиков, женщины составляют 200 млн. В результате употребления табака, являющегося основной причиной смерти, ежегодно умирают более 5 млн. человек и примерно 1,5 млн. из них - женщины (О.В. Татаренко, 2010). Наибольший уровень табакокурения (27%) встречается

среди женщин в возрасте от 25 до 44 лет - в репродуктивный период (, 2009). Группу риска составляют молодые, высокообразованные, работающие женщины и разведенные (G. Saka, M. Ertem, S. Zifzi, V. Deper, C. Keskin, 2008).

Первоначально «эпидемия курения» распространилась среди мужчин - сначала в развитых странах, а затем и в государствах с низким и средним уровнем доходов населения. Благодаря эмансипации табакокурение получило широкое распространение среди женщин в Европе (21%) и Америке (23%), а постепенно и во всем мире. Не придающими оптимизма являются результаты исследований табакокурения среди молодежи в 151 стране – в половине государств курит примерно одинаковое количество девушек и юношей, а в некоторых странах курящих девушек даже больше, чем юношей (О.В. Татаренко, 2010).

Распространенность курения среди женщин Украины, по данным отдельных эпидемиологических исследований, до середины 1990-х гг. была несколько ниже, чем среди женщин других стран, и составляла 5 – 15%. А уже в 2005 – 2006 гг. Украина находилась на первом месте по числу курящих женщин среди стран бывшего СНГ (Н.Е. Полищук, 2010).

Некоторые специалисты высказывают мнение (N.Britten, 1996), что одна из причин курения женщин заключается в том, что табачные компании используют тактику маркетинга, включающую рекламу и спонсорство направленно на женский пол и производят специальные женские марки сигарет. Женщины стали одной из основных мишеней табачной промышленно-

сти в ее стремлении заполучить новых потребителей. Дизайн табачных изделий, созданных специально для лиц женского пола, направлен на популяризацию и поддержку женского курения. Так, например, длинные и тонкие сигареты (длинной в 100 и 120 мм) подразумевают особую элегантность и утонченность (G.M. Boyd, 1989). Реклама табачных изделий, ориентированная на девушек и молодых женщин, отождествляет курение с женской красотой, роскошью и эмансипацией.

Ряд исследователей отмечают (R. Peto, 2002; В.Ф. Левшин, 1996; Р.Г. Оганов и соавт., 1998), что последствия табакокурения для женщин более пагубны, чем для мужчин. Вероятность сокращения продолжительности жизни на один год возрастает среди женщин, постоянно, выкуривающих длительный период не менее двух сигарет в день, а для мужчин, от трех до пяти сигарет (Р.Г. Оганов и соавт., 1998; Е. Delcheva, 1999). По статистике, 39% женщин умирают в результате болезней, связанных с курением, которое приводит к снижению иммунитета, ухудшению общего самочувствия, повышению утомляемости.

Одна из главных опасностей курения – возможное развитие рака легких. 90% случаев данной патологии у женщин связано с этой привычкой. Исследования показали, что курение повышает у женщин риск развития рака легких в 21 раз и вызывает серьезные нарушения со стороны органов дыхания.

Согласно исследованиям, табакокурение у женщин также может привести к развитию рака шейки матки (риск у курящих женщин увеличивается на 80 %) и рака молочной железы (с увеличением количества выкуриваемых за день сигарет возрастает риск летального исхода). Курение повышает риск развития и других видов онкопатологии – рака слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, гортани, мочевого пузыря, поджелудочной железы, почек.

У женщин, начинающих курить в подростковом возрасте, повышается риск ранней менопаузы в три раза. Менструальные проблемы, такие как патологическое кровотечение, аменорея, вагинальные инфекции, являются весьма распространенными жалобами курящих женщин. Ранняя менопауза и менструальные нарушения могут быть результатом токсического воздействия на яичники или значительно сниженного уровня эстрогенов, что наблюдается при их обследовании (, 2009).

Курение может стать причиной незапланированной беременности на фоне приема контрацептивов, так как никотин способен нейтрализовать действие гормонов, содержащихся в препаратах. Кроме того, курящие женщины чаще, чем некурящие, страдают от бесплодия.

Курение вносит расстройства в основную функцию женского организма — репродуктивную. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению числа курильщиц среди беременных. Проводятся многочисленные исследования влияния курения на организм беременной женщины и здоровье плода. Данные исследований свидетельствуют, что именно курение являет-

ся причиной таких заболеваний и расстройств, как: истончение, отслойка и предлежание плаценты; ультраструктурные изменения и нарушения плацентарного кровотока; преждевременные разрывы половых оболочек; ранние и поздние токсикозы; выкидыши; преждевременные роды. Кроме того, риск мертворожденности увеличивается на 20—30 %. Вес новорожденных у курящих матерей в среднем меньше на 10 %. Риск спонтанного аборта у женщин, курящих во время беременности, на 30-70 % выше, чем у некурящих. Уровень смертности младенца при родах у курящих матерей в среднем на 30 % выше, чем у некурящих.

Есть данные о том, что курение матери в течение беременности может привести к никотиновой зависимости у их детей. Причем, вероятность никотиновой зависимости у дочерей является более сильной, чем у сыновей. Механизм формирования этой зависимости состоит в том, что никотин оказывает воздействие на развивающийся мозг плода и способен проходить через плацентарный барьер, повышать активность холинэргических нейронов и повреждает допаминергическую систему мозга. Таким образом, подростки, начиная курить, очень быстро приобретают никотиновую зависимость (American journal of Public Health, 1994).

Ряд ученых отмечают тот факт, что воздействие никотина негативно влияет на внешний вид женщины. Так, содержащиеся в табаке вещества не только воздействуют на внутренние органы, но и на кожу, сужая поверхностные сосуды, в результате чего она получает меньше питания и гораздо быстрее стареет. Именно кожа курящей женщины выдает ее пристрастие к вредной привычке, так как она находится в состоянии постоянного стресса в связи с кислородным голоданием. Несколько лет постоянного выкуривания пяти сигарет в день вполне достаточно для того, чтобы кожа женщины изменилась, потускнела и стала сухой и серой. Морщины у курящей женщины появляются гораздо раньше, чем у некурящей. Кожный покров, не подвергающийся воздействию никотина, может находиться под прямым воздействием солнечных лучей около 20 минут, а кожа курящей женщины подвергается окислительным процессам, которые вызывают старение, уже через 5 минут пребывания на солнце.

Касаясь проблемы курения у женщин, нельзя обойти вниманием факт воздействия пассивного курения на детей, так как новорожденные и дети младшего возраста находятся на попечении матерей и, как следствие, подвергаются воздействию продуктов сгорания табака.

Среди патологий, в отношении которых доказана связь с пассивным курением, выделяются следующие:

- синдром внезапной детской смерти (K.I. McMartin, M.S. Platt et al., 2002; J. Milerad, A. Vege et al, 1999);
- бронхиальная астма (K.L. Vork, R.L. Broadwin et al., 2007);
- легочные инфекции (N. Spencer, C. Coe, 2003; J.C. de Jongste, M.D. Shields, 2003; E. Dyding, T. Sanner, 1999; J.R. DiFranza et al., 2004);
- более тяжелое течение бронхита и возрастание

вероятности осложнений (A. ChatzimiChael et al., 2007);

- повышенный риск заболевания туберкулезом (S. Den Boon et al., 2007);
- болезнь Крона (S.S. Mahid et al., 2007);
- трудности в обучении, задержка развития, нейро-бихевиоральные последствия (G.A. Richards, 1996);
- кариес зубов, увеличение риска развития которого и появления сопутствующих биомаркеров в слюне связаны с пассивным курением (A. Avsar, O. Darka, 2008);
- воспаление среднего уха (P.D. Bull, 1996);
- уменьшение содержания витамина С в организме ребенка на 20 %

Следует отметить, что в Украине впервые закон о борьбе с табакокурением был принят в сентябре 2005 года, а в сентябре 2006 года Верховной Радой была ратифицирована Рамочная конвенция ВОЗ о борьбе с табакокурением.

Таким образом проблема курения - это вопрос, который нельзя игнорировать, поскольку за негативным воздействием табака на организм женщины стоит угроза здоровью будущего поколения (О.В. Татаренко, 2010).

Литература

1. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Табачная зависимость.- Харьков: Торнадо, 2003.
2. Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение.- Москва.: Медицина, 1988.
3. Соиникова В.Г. Клиника становления и формирования терапевтической ремиссии табачной зависимости // Архив психиатрии.- 2001.- №1-2(24-25).
4. Ченская А.В. Некоторые особенности факторов риска возникновения табакокурения и табачной зависимости // Архив психиатрии.- 2002.- №2 (29).
5. Gьlay Saka, Melikcah Ertem, Sema Zifzi, Vasfiye Deper, Cumali Keskin. Smoking Prevalance in Women Aged Over 15 in Mardin City Center // .- : 141-146.
6. , Smoking: Women's Health Perspective // About.com Guide.- 2009.
7. Полищук Н.Е. Привычка, которая убивает миллионы // Здоров'я України.- 2010.- №13-14 (242-243).- С. 60.
8. Татаренко О.В. Курение среди женщин: опасность, которая угрожает нашему будущему // Здоров'я України.-2010.- № 11-12 (240-241).- С. 50.
9. Рябухин Ю.В., Новикова И.Е. Пассивное курение и его влияние на возникновение бронхиальной астмы у детей // Труды н/пр. конф. Педиатров России «Болезни органов дыхания у детей: диагностика, лечение, профилактика».- Москва.- 1999.
10. Смирнов В.К. Табачная зависимость и курение табака.- М.:ВИНИТИ,1993.
11. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе.- Европейское региональное бюро ВОЗ,2002.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК (огляд літератури)

О.В. Гуркова, І.С. Риткіс

У статті докладно викладений вплив тютюнопаління й тютюнової залежності у жінок. Вказується, які внутрішні органи, у першу чергу, вражаються у результаті активного або навіть пасивного (наслідницького) тютюнокуріння. Приводяться дані поширеності тютюнокуріння серед осіб жіночої статі в Україні й за рубежом

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість

ACTUAL PROBLEMS OF SMOKING AND TOBACCO ADDICTION AMONG WOMEN (Literature review)

O.V. Hurkova, I.S. Rytkis

The article details the impact of smoking and tobacco dependence among women. Indicates which internal organs in the first turn can be affected in a result of active and even passive (forced) smoking. The data of smoking prevalence among female in Ukraine and abroad are given in this article

Keywords: smoking, tobacco addiction, prevalence

УДК 616.89+616.08

О.С. Осуховська

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

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

Ключові слова: ігрова залежність, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, клініка

Патологічний гемблінг - одна з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії та суспільства. Розвиваючись, як правило, у соціально-активному віці, ігromанія завдає шкоди як психічному, так і соматичному здоров'ю людини, обумовлюючи, таким чином, соціальну дезадаптацію індивідуума. У 2009-2010 рр. з 1750 студентів вищих навчальних закладів м. Києва та 437 учнів ліцеїв м. Києва та Донецька у 5,7% була виявлена ігрова залежність, в той час, як ще 5 років тому в Україні з даним діагнозом зверталось значно

менше пацієнтів і навіть були відсутні будь-які статистичні дані щодо поширення лудоманії. У нашій країні неухильному зростанню кількості осіб, що страждають на патологічний гемблінг, до теперішнього часу приділяється недостатньо уваги. Це може призвести до того, що в найближчому майбутньому при відсутності профілактики розповсюдження даного захворювання кількість ігromанів буде далі рости і, відповідно, за темпами зростання поширеності лудоманія, як нехімічна адикція, вийде на одне з провідних місць поряд

вероятности осложнений (A. ChatzimiChael et al., 2007);

- повышенный риск заболевания туберкулезом (S. Den Boon et al., 2007);
- болезнь Крона (S.S. Mahid et al., 2007);
- трудности в обучении, задержка развития, нейро-бихевиоральные последствия (G.A. Richards, 1996);
- кариес зубов, увеличение риска развития которого и появления сопутствующих биомаркеров в слюне связаны с пассивным курением (A. Avsar, O. Darka, 2008);
- воспаление среднего уха (P.D. Bull, 1996);
- уменьшение содержания витамина С в организме ребенка на 20 %

Следует отметить, что в Украине впервые закон о борьбе с табакокурением был принят в сентябре 2005 года, а в сентябре 2006 года Верховной Радой была ратифицирована Рамочная конвенция ВОЗ о борьбе с табакокурением.

Таким образом проблема курения - это вопрос, который нельзя игнорировать, поскольку за негативным воздействием табака на организм женщины стоит угроза здоровью будущего поколения (О.В. Татаренко, 2010).

Литература

1. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Табачная зависимость.- Харьков: Торнадо, 2003.
2. Рабиль О.С., Комаров Ю.М. Курение.- Москва.: Медицина, 1988.
3. Соиникова В.Г. Клиника становления и формирования терапевтической ремиссии табачной зависимости // Архив психиатрии.- 2001.- №1-2(24-25).
4. Ченская А.В. Некоторые особенности факторов риска возникновения табакокурения и табачной зависимости // Архив психиатрии.- 2002.- №2 (29).
5. Gьlay Saka, Melikah Ertem, Sema Zifzi, Vasfiye Deper, Cumali Keskin. Smoking Prevalance in Women Aged Over 15 in Mardin City Center // .- : 141-146.
6. , Smoking: Women's Health Perspective // About.com Guide.- 2009.
7. Полищук Н.Е. Привычка, которая убивает миллионы // Здоров'я України.- 2010.- №13-14 (242-243).- С. 60.
8. Татаренко О.В. Курение среди женщин: опасность, которая угрожает нашему будущему // Здоров'я України.-2010.- № 11-12 (240-241).- С. 50.
9. Рябухин Ю.В., Новикова И.Е. Пассивное курение и его влияние на возникновение бронхиальной астмы у детей // Труды н/пр. конф. Педиатров России «Болезни органов дыхания у детей: диагностика, лечение, профилактика».- Москва.- 1999.
10. Смирнов В.К. Табачная зависимость и курение табака.- М.:ВИНИТИ, 1993.
11. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе.- Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК (огляд літератури)

О.В. Гуркова, І.С. Риткіс

У статті докладно викладений вплив тютюнопаління й тютюнової залежності у жінок. Вказується, які внутрішні органи, у першу чергу, вражаються у результаті активного або навіть пасивного (наслідницького) тютюнокуріння. Приводяться дані поширеності тютюнокуріння серед осіб жіночої статі в Україні й за рубежом

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість

ACTUAL PROBLEMS OF SMOKING AND TOBACCO ADDICTION AMONG WOMEN (Literature review)

O.V. Hurkova, I.S. Rytkis

The article details the impact of smoking and tobacco dependence among women. Indicates which internal organs in the first turn can be affected in a result of active and even passive (forced) smoking. The data of smoking prevalence among female in Ukraine and abroad are given in this article

Keywords: smoking, tobacco addiction, prevalence

УДК 616.89+616.08

О.С. Осуховська

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

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

Ключові слова: ігрова залежність, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, клініка

Патологічний гемблінг - одна з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії та суспільства. Розвиваючись, як правило, у соціально-активному віці, ігromанія завдає шкоди як психічному, так і соматичному здоров'ю людини, обумовлюючи, таким чином, соціальну дезадаптацію індивідуума. У 2009-2010 рр. з 1750 студентів вищих навчальних закладів м. Києва та 437 учнів ліцеїв м. Києва та Донецька у 5,7% була виявлена ігрова залежність, в той час, як ще 5 років тому в Україні з даним діагнозом зверталось значно

менше пацієнтів і навіть були відсутні будь-які статистичні дані щодо поширення лудоманії. У нашій країні неухильному зростанню кількості осіб, що страждають на патологічний гемблінг, до теперішнього часу приділяється недостатньо уваги. Це може призвести до того, що в найближчому майбутньому при відсутності профілактики розповсюдження даного захворювання кількість ігromанів буде далі рости і, відповідно, за темпами зростання поширеності лудоманії, як нехімічна адикція, вийде на одне з провідних місць поряд

з хімічними - алкоголізмом і наркоманією.

В Україні соціальні, економічні, медичні передумови, що впливають на зростаюче число гемблерів, поглиблюються значною деформацією суспільно-економічних відносин, формуванням зтяжної стресової ситуації в суспільстві в період світової фінансової кризи зокрема. Актуальність вивчення проблеми патологічного гемблінгу не викликає сумнівів. У Сполучених Штатах Америки та ряді країн світу [5;9;11;13;14;16] робляться спроби розробити ефективні методи профілактики та лікування лудоманії, проте до цих пір світова медицина не отримала відповідей на цілу низку принципових питань з цього приводу.

Custer R.L. [10;9;8] виділив 5 стадій патологічного гемблінгу, що послідовно змінюють один одного в міру прогресування хвороби.

I стадія - підготовча. Автор позначив 6 основних рис, наявність яких у потенційного гемблера робить його сприйнятливим до гемблінгу:

- 1) низька самооцінка і нетерпимість до відмов і несподіванок;
- 2) імпульсивність;
- 3) високий рівень тривожності або глибока депресія;
- 4) нетерпимість до розчарувань і потреба в негайному задоволенні;
- 5) відчуття всемогутності і схильність до магічного мислення;
- 6) активність, спрага діяльності, збудження, стимуляції і ризику.

Особи зі згаданими якостями, що виховуються в обстановці батьківської неухви, відкинення, без батьків, перебільшеного значення матеріальних цінностей, схильні звертатися до азартних ігор, як способу привернути до себе увагу і отримати визнання з боку оточуючих.

II стадія - стадія виграшу. Розвивається у потенційних гемблерів, тоді, коли в них виходить за 1 раз або в певний період (декілька місяців або років) вигравати суми грошей, що компенсують програні кошти. Для цієї стадії характерні усе більше залучення в гру, віра в успіх, невмотивований оптимізм, збудження й очікування швидкого виграшу, який повинен принести як гроші, так і значимість без будь-яких зусиль. У цей час «життя гравця здійснює зловісний поворот» (за Custer R.L.). Гемблер вже відчув «смак швидкого, вигідного виграшу», але в нього ще залишаються в житті інші інтереси, він у змозі припинити відвідування гральних закладів, гроші на оплату гральних боргів займає лише іноді. Однак гра поступово займає все більше часу і уваги лудомана, а за наявності почуття власної значимості, ігromанія розвивається значно інтенсивніше. Дана стадія, як правило, закінчується виграшем значної суми грошей (порівнянної з річним доходом), при цьому гравець відносить удачу виключно на рахунок своїх особистих якостей та навичок, правильності системи міркувань, всемогутності, думаючи, що програтися неможливо і він у змозі стати мільйонером.

III стадія - програвшів, для якої характерна все зростаюча кількість програвшів. Відчуття всемогутності стимулює впевненість у собі, і лудоман при програвшах робить все більші та більші ставки, починає брехати і все більше грати вже за рахунок роботи або навчання. Тепер лудоман залучений до циклічного процесу гри, що прискорюється: програвш - позика (грати - програти - зайняти - сховатися). При цьому гравець стає менш розважливим, а ставки постійно зростають. На III стадії ігromан вже бере численні позики, кредити в банках, які вже ніколи не повертаються, життя перетворюється на гонитву за зникаючими грошима. Гра з виду соціальної активності переходить в єдину заслугуючу уваги форму проведення часу, при якій гравець вже не контролює себе, дратується і повністю відключається від дійсності. Постійна брехня у фінансових питаннях веде до напруги в сім'ї, коли подружжя й найближчі родичі починають відчувати себе обдуреними і використаними лудоманом для отримання грошей. Брехня починає бути присутня у всіх сферах життя, навіть не пов'язаних з грою. Віддаючи собі звіт у тому, що під загрозою сімейні відносини, робота, особиста свобода, гравець в очікуванні виграшу продовжує займати гроші, переходячи до все більш незаконних засобів їх отримання. Паралельно змінюються й мотиви залучення в гру. Якщо на I стадії лудоман грав з метою «приємно поласкотати нерви», відчувати свою значимість, то на III стадії він втікає в гру, яка приносить тимчасове полегшення, від наростаючої тривоги й депресії, кредиторів та загальної негативної життєвої ситуації. Гравець може поділитися своїми переживаннями і проблемами з близькими людьми в надії отримати від них кошти в обмін на обіцянку більше не грати. Надана ж фінансова допомога в цьому випадку не тільки притуляє почуття відповідальності гравця, але й стимулює появу оптимізму, зміцнюючи відчуття всемогутності. Лудоман думає, що контролює ситуацію і робить все більш великі ставки в очікуванні виграшу. Період програвання може тривати до 15 років і закінчується, як правило, величезним боргом і запоукою з боку родичів.

IV стадія - стадія відчаю, «падіння на дно». Інтенсивність залучення в гру, подальше відчуження від друзів і сім'ї, брехня, незаконні позики, фальшиві чеки ведуть до жалю, тривожності, панічним атакам, необхідності робити ставки на все більш великі суми грошей. До кінця IV стадії лудоман досягає самого останнього, обмеженого витка спіралі своєї патології. При цьому відсутність гри схожа для гравця з відсутністю алкоголю для хворих на алкоголізм. Характерними є розлучення, арешти, почуття безвиході, емоційні зриви, думки про самогубство. Rosenthal R.J. [17] доповнив клінічну класифікацію Custer R.L. стадією під назвою безнадія. Після IV стадії відчаю багато гравців свідомі того, що вони ніколи вже не зможуть відігратися і починають ставитися до цього байдуже, отримують задоволення від самого процесу гри, грають заради гри, безцільно, до знемоги.

Дослідження З.І. Кекелідзе і Н. В. Шемчук [3] дало підставу виділити стадії формування патологічного потягу до азартних ігор згідно з медичною моделлю.

1. Доклінічна: немає чітких психопатологічних симптомів, наявні порушення психічної діяльності носять стертий характер, можливо самостійне вирішення ситуації з одужанням. «На даній стадії формування залежності можна прийняти гру за звичну дію, в той же час підключення умовно-рефлекторної складової робить звичну дію повторюваною, потім безпосередньо пов'язаною з грою і незабаром перетворюється на залежність від гри».

2. Перша стадія клінічної залежності дебютує гедоністичним ефектом внаслідок гри та формуванням стійкого умовного рефлексу на гру. Оптимістичні думки про виграш визначають 23%, потреба «зробити гроші» через фінансові проблеми або бажання відігратися - 17%, неструктурованої час, нудьга - 13% [12]. Психічна залежність від гри представлена нав'язливими думками про гру, імпульсивною пошуковою поведінкою (пошук місця і часу для гри, позики грошей, застави, дрібні крадіжки). У гемблера спотворюється ієрархія мотивів - початковий мотив розваги, азартного проведення часу змінюється мотивом нав'язливої необхідності грати в азартну гру, тобто відбувається зсув мотиву на ціль [1]. Елементами фізичної залежності, що з'являються в періоди відмови від гри і носять короткочасний і оборотний характер, є емоційна лабільність, схильність до дратівливості, невдоволення, внутрішній диском-форт.

3. Друга клінічна стадія залежності детермінована психо-патологічними розладами обсесивно-компульсивного регістра зі зміною толерантності (ставки підвищуються), втратою контролю і зниженням критики до свого стану. До 20% гемблерів (14 - 25 років) [15] мають ілюзії контролю над виграшем, думаючи, що вони здатні впливати на результат гри зі «щасливими номерами», 11% вважають потребу в грошах причиною гемблінгу, близько 2/3 впевнені, що мають раціональний контроль над своєю ігровою поведінкою і вірять в «систему виграшу». В емоційній сфері також спостерігаються порушення: афективні реакції, пов'язані з ігровою поведінкою (пошук грального закладу, процес гри, період після закінчення гри, відмова від гри). Автори вказують, що на висоті патологічного потягу в момент гри виникає афективно-звужена свідомість, при програвші змінюючись дисфорією, що іноді приводить до орієнтованого сутінкового потьмарення свідомості.

4. Третя клінічна стадія залежності визначається структурними змінами особистості, зокрема втратою тонкого диференціювання емоційних реакцій. Загальне сплюснення емоційного фону (емоції втрачають свою регулюючу функцію), інтенсивні емоційні реакції проявляються тільки по відношенню до гри. Комппульсивний гемблер відчуває емоційний комфорт тільки перебуваючи в грі, в окремих випадках з'являються ознаки алекситимії (труднощі в розрізненні почуттів і

тілесних відчуттів) [4]. Нав'язливості у вигляді психічних автоматизмів переходять у компульсивні дії, поведінка важко піддається самоконтролю, критика на свою адресу вкрай незначна, толерантність знижується (ставки зменшуються), порушення в когнітивній сфері представлені зниженням інтересу до того, що відбувається в навколишньому світі, концентрації уваги, відтворення, запам'ятовування [6, 7], порушенням антиципаційного компонента (прогностичної діяльності). Гравці або не роблять прогнозів щодо наслідків гемблінгу, або роблять їх неадекватно. Часто лудоманам властива установка, що фінанси є і причиною, і рішенням їхніх проблем [12]. Інтелект, як правило, збережений, але в силу вищезгаданих психопатологічних змін, патологічні гравці справляють враження інтелектуально знижених. Відзначається схильність до магічного, символічного або інфантильного мислення, замкнутості, інтроверсії, порушення міжособистісних, сімейних зв'язків, що призводить до соціальної дезадаптації з деструктивною і аутоагресивною поведінкою (суїцидальні спроби, самозвинувачення і т.і.). Клінічні симптоми третьої стадії обумовлюють соціальну деградацію і втрату особистісних орієнтирів, тим не менше, будучи зворотними (незалежно від тривалості розладу) за умови надання кваліфікованої психіатричної допомоги. Необхідно відзначити, що незалежно від особистісних сприяючих факторів, формування ігрової залежності проходить усі перераховані вище стадії, але швидкість їх проходження у гемблерів різна: від 1-2 до 10 і більше років. Відзначена пряма залежність прогредієнтності течії ігроманії від віку: чим молодший гравець, тим швидше розвивається захворювання і зловісний його перебіг.

В 2009 - 2010 рр. нами проведено скринінгове дослідження 1750 студентів вищих навчальних закладів та 437 учнів ліцеїв міст Києва і Донецька, в результаті якого у 5,7% респондентів виявлена ігрова залежність, у першу чергу, що стосується ігор на комп'ютері, мобільних телефонах, ігрових автоматах. Симптоматика гемблінг-патології була представлена наступним репертуаром: постійна фіксація думок на азартній грі, неможливість контролювати потяг до гри, перервати її вольовим зусиллям, часте повторення епізодів гемблінгу протягом року, повернення до гри знову і знову при наявності негативних наслідків ігрової поведінки для навчання і особистісних відносин. Ігрову залежність учнів супроводжували такі нервово-психічні дисфункції, як труднощі в засипанні, пробудженні, безсоння, гіпотімія, дратівливість поза грою, агресивність, пригніченість, туга, пітливість. Причому зазначена вище симптоматика була відсутня до початку захоплення азартними іграми. Гемблери, що страждають на тютюнопаління, відзначали збільшення кількості вкурених цигарок під час гри, а також вживання спиртних напоїв до, під час і після участі в азартних іграх. Таким чином, нехімічна аддикція - ігроманія - взаємопотенціює хімічні -нікотинову та алкогольну адикції з виникненням адаптаційних розладів. За дани-

ми дослідження наркологів спадкову обтяженість алкоголізмом і наркоманією мали 44,1% лудоманів [2]. Крім того, імовірність стати ігроманами вище в тих, хто почав грати в юнацькому віці. Це, у свою чергу, обґрунтовує медико-соціальну важливість профілактики ігрової залежності у молоді.

Література

1. Бельх А.Н. Опыт решения проблем игровой зависимости за рубежом // <http://www.unionkrc.ru/index-ea=1In=1&chp=showpage>
2. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц среднего возраста // <http://www.rarib.ru/pages.cfm?f=actions/igromania/dudko>
3. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Патологическое влечение к азартным играм (феноменология и типология формирования расстройств) // *Росс. мед. журн.* – 2007. – №5. – С.32-35.
4. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
5. Aasved M.J. *The Biology of Gambling*. – Springfield, 2003.
6. Blaszczynski A. *Pathways to pathological gambling: Identifying typologies* //

7. Chambers R.A., Potenza M.N. *Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling* // *J. Gambling Studies*. 2003. V. 19, N.1. – P.53-84.
8. Custer R.L. // *J. Clin. Psychiatry*. – 1984. – Vol. 45. – P. 35 – 38.
9. Custer R.L., Craig R.J., Baker S.L. *Gambling and Addiction*. – Springfield, 1982.
10. Custer P., Linnoil M., Loren V., Ro A. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 80, N 1. – P. 37 – 39.
11. Hardoon K.K., Derevensky J.L., Gupta R. *Report to the Ontario Problem Gambling Research Centre*. – Montreal, 2002.
12. Hodgins D.C., el-Guebaly N. *Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling* // *J.Consult. and Clin. Psychol.* 2004. V.72, N 1. – P. 72-80.
13. Hollander E., Buchalter A.J., DeCaria C.M. // *Psychiatr. Clin. N.Am.* – 2000. – Vol.23, N3. – P. 629-642.
14. Lesieur H.R. Blume S.B. // *Br.J. Addict.* – 1991. – Vol. 86 – P. 1017 – 1028.
15. Moore S., Ohtsuka K. *Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling* // *Psychol. Of Addictive Behav.* 1999. N.4. – P. 339-347.
16. Potenza M.N. // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. – 2001. – Vol. 6, N 3. – P.217 – 226.
17. Rosenthal R.J. / *The Handbook of Pathological Gambling*. – Springfield. – 1987. – P. 41 – 70.

Клинические особенности формирования игровой зависимости

Е.С. Осуховская

В статье представлен современный подход к клинической классификации игровой зависимости и данные скринингового исследования студентов высших учебных заведений и учащихся лицеев Украины. Результаты работы показали, что нехимическая аддикция – игромания – взаимопотенцирует химические (никотиновую и алкогольную) аддикции с возникновением адаптационных расстройств. Это, в свою очередь, обосновывает медико-социальную важность профилактики игровой зависимости у молодежи.

Ключевые слова: игровая зависимость, азартные игры, лудомания, гемблинг, игровая аддикция, клиника

Clinical features of formation gambling

E.S. Osukhovskaya

The article presents a modern approach to the clinical classification of gambling addiction and data screening study of university students and secondary school pupils in Ukraine. The results showed that non-chemical addiction - gamemania – mutual potentiate chemical (nicotine and alcohol) addiction with the emergence of adaptive disorders. This, in turn, justifies the medical and social importance of the prevention of gambling addiction among young people.

Keywords: game dependence, gaming, gamblers, gambling, game addiction, clinic

УДК: 616.89-008.441.13

О.А. Ревенок, К.В. Аймедов

ВІРТУАЛІЗАЦІЯ ГЕМБЛІНГАСОЦІЙОВАНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ (МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ)

Науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: лудоманія, патологічна схильність до азартної гри, нетаголізм, віртуальна реальність

Актуальність дослідження

Останнім часом в Україні ігрова залежність набуває не тільки ознак неконтрольованості, але й загрозливого масштабу [1;2]. Про це також непрямым чином свідчить надвисока активність урядових речників та правничих інституцій країни [3]. Подібні юридичні веремії навколо грального бізнесу, які носять відвертий характер заборони та намагаються врегулювати вітчизняний гральний бізнес за допомогою максималістських, безсистемних, певною мірою хаотичних та ситуативних рішень, очевидно, відповідають радше соціально-історичній потребі, аніж завданням оздоровлення нації.

Вищенаведені міркування дозволяють сформулювати такі основні пріоритети даної статті: її **метою** є обговорення природи сучасних феноменів не хімічної аддикції; **об'єктом** – є гемблінгасоційовані розлади психіки та поведінки); **предметом** – соціально-психологічні особливості проявів лудоманії за умов депривації; **задачами**, вирішення яких дозволяє досягти мети, є: (а) аналіз сучасного стану соціально-політичної активності в царині грального бізнесу в Україні; (б) систематизація та аналіз експериментальних даних; (в) формулювання проблемної ситуації; (г) розробка рекомендацій щодо лікування та профілактики не

ми дослідження наркологів спадкову обтяженість алкоголізмом і наркоманією мали 44,1% лудоманів [2]. Крім того, імовірність стати ігроманами вище в тих, хто почав грати в юнацькому віці. Це, у свою чергу, обґрунтовує медико-соціальну важливість профілактики ігрової залежності у молоді.

Література

1. Бельх А.Н. Опыт решения проблем игровой зависимости за рубежом // <http://www.unionkrc.ru/index-ea=1In=1&chp=showpage>
2. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц среднего возраста // <http://www.rarib.ru/pages.cfm?f=actions/igromania/dudko>
3. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Патологическое влечение к азартным играм (феноменология и типология формирования расстройств) // *Росс. мед. журн.* – 2007. – №5. – С.32-35.
4. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
5. Aasved M.J. *The Biology of Gambling*. – Springfield, 2003.
6. Blaszczynski A. *Pathways to pathological gambling: Identifying typologies* //

7. Chambers R.A., Potenza M.N. *Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling* // *J. Gambling Studies*. 2003. V. 19, N.1. – P.53-84.
8. Custer R.L. // *J. Clin. Psychiatry*. – 1984. – Vol. 45. – P. 35 – 38.
9. Custer R.L., Craig R.J., Baker S.L. *Gambling and Addiction*. – Springfield, 1982.
10. Custer P., Linnoil M., Loren V., Ro A. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 80, N 1. – P. 37 – 39.
11. Hardoon K.K., Derevensky J.L., Gupta R. *Report to the Ontario Problem Gambling Research Centre*. – Montreal, 2002.
12. Hodgins D.C., el-Guebaly N. *Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling* // *J.Consult. and Clin. Psychol.* 2004. V.72, N 1. – P. 72-80.
13. Hollander E., Buchalter A.J., DeCaria C.M. // *Psychiatr. Clin. N.Am.* – 2000. – Vol.23, N3. – P. 629-642.
14. Lesieur H.R. Blume S.B. // *Br.J. Addict.* – 1991. – Vol. 86 – P. 1017 – 1028.
15. Moore S., Ohtsuka K. *Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling* // *Psychol. Of Addictive Behav.* 1999. N.4. – P. 339-347.
16. Potenza M.N. // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. – 2001. – Vol. 6, N 3. – P.217 – 226.
17. Rosenthal R.J. / *The Handbook of Pathological Gambling*. – Springfield. – 1987. – P. 41 – 70.

Клинические особенности формирования игровой зависимости Е.С. Осуховская

В статье представлен современный подход к клинической классификации игровой зависимости и данные скринингового исследования студентов высших учебных заведений и учащихся лицеев Украины. Результаты работы показали, что нехимическая аддикция – игромания – взаимопотенцирует химические (никотиновую и алкогольную) аддикции с возникновением адаптационных расстройств. Это, в свою очередь, обосновывает медико-социальную важность профилактики игровой зависимости у молодежи.

Ключевые слова: игровая зависимость, азартные игры, лудомания, гемблинг, игровая аддикция, клиника

Clinical features of formation gambling E.S. Osukhovskaya

The article presents a modern approach to the clinical classification of gambling addiction and data screening study of university students and secondary school pupils in Ukraine. The results showed that non-chemical addiction - gamemania – mutual potentiate chemical (nicotine and alcohol) addiction with the emergence of adaptive disorders. This, in turn, justifies the medical and social importance of the prevention of gambling addiction among young people.

Keywords: game dependence, gaming, gamblers, gambling, game addiction, clinic

УДК: 616.89-008.441.13

О.А. Ревенок, К.В. Аймедов

ВІРТУАЛІЗАЦІЯ ГЕМБЛІНГАСОЦІЙОВАНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ (МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ)

Науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: лудоманія, патологічна схильність до азартної гри, нетаголізм, віртуальна реальність

Актуальність дослідження

Останнім часом в Україні ігрова залежність набуває не тільки ознак неконтрольованості, але й загрозливого масштабу [1;2]. Про це також непрямым чином свідчить надвисока активність урядових речників та правничих інституцій країни [3]. Подібні юридичні веремії навколо грального бізнесу, які носять відвертий характер заборони та намагаються врегулювати вітчизняний гральний бізнес за допомогою максималістських, безсистемних, певною мірою хаотичних та ситуативних рішень, очевидно, відповідають радше соціально-історичній потребі, аніж завданням оздоровлення нації.

Вищенаведені міркування дозволяють сформулювати такі основні пріоритети даної статті: її **метою** є обговорення природи сучасних феноменів не хімічної аддикції; **об'єктом** – є гемблінгасоційовані розлади психіки та поведінки); **предметом** – соціально-психологічні особливості проявів лудоманії за умов депривації; **задачами**, вирішення яких дозволяє досягти мети, є: (а) аналіз сучасного стану соціально-політичної активності в царині грального бізнесу в Україні; (б) систематизація та аналіз експериментальних даних; (в) формулювання проблемної ситуації; (г) розробка рекомендацій щодо лікування та профілактики не

хімічної аддикції.

Вже згадувана безсистемність у царині грального бізнесу демонструє, на нашу думку, відверте нехтування особливостями патогенезу нехімічних (поведінкових) аддикцій та потурання їхньому аддиктивному потенціалу [4]. Тотальна заборона гральних установ призвела до майже повної депривації гри у проблемних гемблерів й дійсно, за нашими даними, у перші півроку спостерігалось значне зменшення звернень лудоманів до лікувальних закладів. Проте, після ігрового «затишшя» спостерігався значний ріст звернень нетаголіків та стали зрозумілими прорахунки подібної соціальної інтервенції, що не врахувала клініко-патопсихологічних особливостей лудоманії, зокрема, притаманну їй аддиктивну домінанту, як стрижневого психопатологічного синдрому. Остання спростувала соціально-політичні регуляторні заходи та, за відсутності потрібної профілактики, неодмінно утворювала колатеральний шлях для своєї реалізації, що, очевидно, лише підтверджує положення відомих наукових концепцій патогенезу аддикції *per se*: аддиктивного радикалу особистості, активаційної природи розладів аддиктивного спектру, підкріплення тощо.

Справа ускладнюється й тим, що на сьогодні існують: по-перше, значна термінологічна інтерференція гемблінгасоційованих симптомів та синдромів; певні розбіжності у їхній диференціації та класифікації; по-друге, певна нозологічна невизначеність феноменів, які спостерігаються останнім часом у нашій клінічній практиці. У той же час, коливання актуальної епідеміологічної ситуації щодо ігроманії уздовж останніх трьох років лише підтверджує вже згадувану концепцію аддиктивної домінанти, звертає увагу дослідників на не релевантність існуючих лікувально-профілактичних схем та надає певного матеріалу для переоцінки існуючих поглядів на дану проблему [1;2;4].

В сучасних умовах глобальної інформатизації, «інтернетизації» та віртуалізації (від лат. *virtus* - потенційний, можливий та *realis* - дійсний, існуючий; та англ. *virtual reality*), коли клінічна картина гемблінгу (принаймні етапні та заключні епікризи хворих) збагатилась новими, певною мірою не властивими їй до нині феноменами, нехтування особливостями патогенезу нехімічних аддикцій прирікає аддиктивну особистість (за умов відсутності належних лікувально-профілактичних заходів) на руйнацію, а захворювання - на негативну динаміку (у ліпшому випадку - на спонтанні ремісії або на ротацію аддиктивних реалізацій). Аналіз доступних нам наукових досліджень свідчить, що за умов відсутності належної послідовності та системності у внутрішній політиці країни щодо азартних ігор та інтернет-середовища, усталеної моніторингової політики відповідних за стан справ у даній царині суспільних інституцій, відбувається погіршення епідеміологічної ситуації, яке ми не можемо ігнорувати. Очевидно, що на сьогодні синдромальна картина лудоманії поширилась за рахунок гемблінгподібних феноменів, що їх надали нові аддиктивні реалізації, які

пов'язані з сучасними інформаційними технологіями. Даний зв'язок викриває недвозначну афінність феноменології лудоманії (за критеріями МКХ-10) та гемблінгподібним артефактам, які відтворюють процес віртуалізації свідомості лудоманів, як наслідок патоморфозу клінічної картини. В той же час, треба зауважити, що наразі з усього континууму гемблінгподібних розладів, класифікованими за МКХ-10 є лише схильність (Z72.6) та патологічна схильність до азартних ігор (F63.0) [5].

Феномени «ігрового середовища», патоморфоз яких ми сьогодні спостерігаємо, мають властивості дещо подібні (але не тотожні) клінічній картині лудоманії, та, на думку науковців [6], стосуються не стільки особистісних, скільки поведінкових розладів. На сьогодні існують поняття т. з. нетаголізму (або інтернет-аддикції, як активної «технологічної залежності» від комп'ютерних ігор), ціла група так званих гаджет-аддикцій, які ще не мають відповідних рубрикаторів у МКХ-10. Дослідники наголошують на феноменологічній несамостійності, нозологічній відокремленості останніх, що, зрозуміло, певним чином ускладнює їхню диференційну діагностику. Треба додати, що існуючі на даний час лікувально-профілактичні моделі розладів аддиктивного спектру не завжди зважають на специфіку не хімічної аддикції та зазвичай пропонують стандартну лікувально-профілактичну схему, подібну, як відомо, до тої, яка використовується для лікування саме розладів особистості (когнітивно-поведінковий методика, фармакотерапія нейрореплетиками, антидепресантами та ін.). Подібна невизначеність наукових та клінічних підходів спонукає нас звернутись до питання патогенезу та патокінезу гемблінгасоційованої феноменології, також – до корекції відповідних існуючих стандартів лікування не хімічної аддикції та/або розробки протоколів на *Good clinical practice* (з англ. належна клінічна практика) - міжнародного наукового стандарту планування і проведення клінічних випробувань нових медичних препаратів на людині [6].

Таким чином, підсумовуючи вищенаведене, ми вбачаємо певну **проблемну ситуацію**, яка утворена розбіжністю поміж: (а) усталеними в Україні на цей час науковими поглядами (підходи, концепції) щодо не хімічної аддикції; (б) актуальною епідеміологічною ситуацією у сфері розладів психіки та поведінки, їхнього патоморфозу та патогенезу; (в) соціальними, політичними та економічними інтервенціями у сфері грального бізнесу.

Розглянемо гемблінгподібні прояви, зокрема, патологічну схильність до азартних ігор, яку віднесено до діагностичного розділу F60 - F69 (розладів особистості й поведінки в зрілому віці) та до групи F63 - розладів звичок та потягів, яким притаманний інтенсивний потяг до гри на гроші (окрім феноменів рубрик Z72.6, F30 та F60.2). Як відомо, останній є важко контрольованим, супроводжується нав'язливими ідеями й образами акту азартної гри та різноманітними обставинами, що є дотичними до неї. Наш аналіз у фокусі має

захоплення особи думками або розумовими образами акту азартної гри чи його обставинами, що, на нашу думку, концептуально наближається до феномену домінуючої ідеї; при цьому описи МКХ-10 вказують на інтенсивну та важкокеровану спонуку до азартної гри, яку не можливо припинити зусиллями волі. Тому ми погоджуємось з Л. Благовим, що у такому разі, концептуально йдеться про феномени у континуумі «домінуюча ідея – надцінна ідея – маячна ідея», а також доречно нагадати феномен домінуючої аддикції О. - Ю. Єгорова [7]. Дещо подібне відзначають і дослідники нетаголізму, вказуючи на присутність феномену telepresence (з англ. «здатність забуватися, занурюватися в «кіберпростір» та сприймати його як реальність», цит. за [8]), - який, по суті подібний до стану зміненої свідомості у гемблера та, зрозуміло, межує з відстороненістю (дереалізацією).

Цілком доречно, на наш погляд, не випадково та певною мірою змушено (можливо, через брак відповідних нозологічних таксонів) у МКХ-10 поширює предметні межі концепту азартної гри, як на гральні карти, гральні автомати, так і на комп'ютерні ігри та Інтернет. Відповідний потяг характеризується як «нездоланний, непереборний». Дане видання також уточнює клінічні діагностичні критерії дослідження патологічного гемблінгу, наведені у МКХ-10 [5]: В-критерій (потяг до гри виникає нездоланно, його важко контролювати, а участь у грі неможливо припинити зусиллям волі); С-критерій (епізоди азартної гри викликають дистрес і ускладнюють макро- та мікросоціальне становище особи); Д-критерій (у людини виникають непереборні думки та візуалізовані уявлення, пов'язані з актами азартної гри).

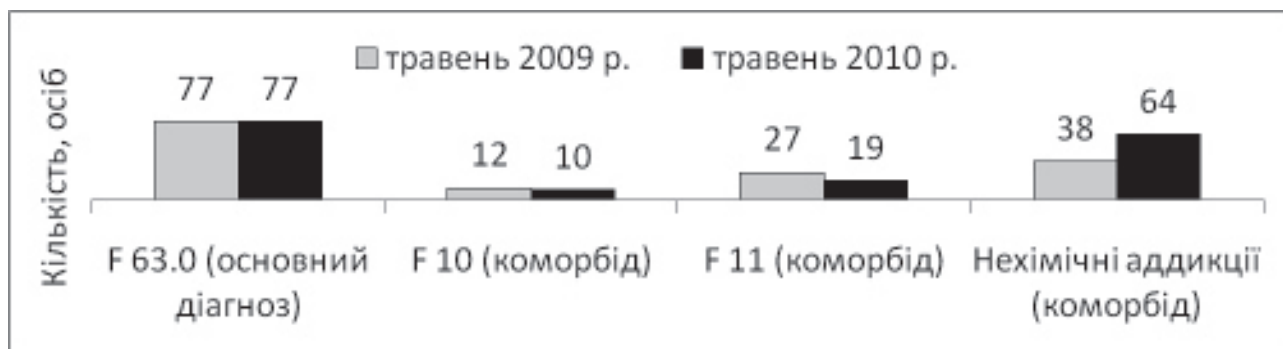
Наближеність проявів лудоманії та нетаголізму, відтак, віддзеркалює їхню властивість до патопластики та патоморфозу, як специфічне видозмінювання феноменологічної картини хвороби під впливом конституціональних, вікових, психогенних, соціальних (-окрім етіологічних) чинників основних синдромів ігрової аддикції в умовах депривації гри. З точки зору перцептивної діяльності аддикту, подібний процес модифікації свідомості індивіду відбувається, очевидно, у напрямку її віртуалізації, коли об'єктивна реальність поступово спотворюється ідеальним, через свою

штучність, та удаваним середовищем, яке є дружнім та сприятливим для суб'єктивно нестерпного (такого, що порушує психосоматичний гомеостазис, породжує потребу ситуацію (за термінологією Є. П. Ільїна), яка ще не стала, власне, потребою особистості, однак вже стала базисом для її виникнення) особистого патологічного балансу «внутрішні потреби особистості зовнішні вимоги реального світу».

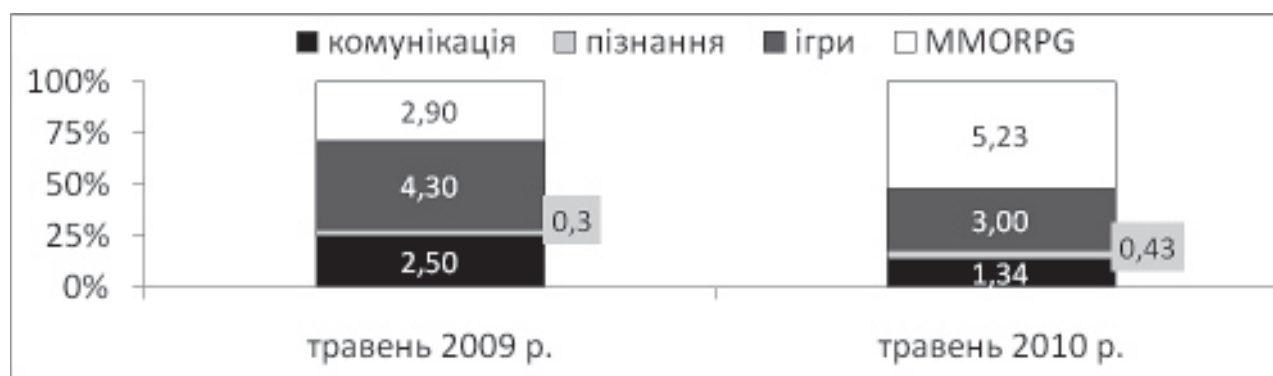
Віртуальна реальність займає чільне місце серед сучасних наукових досліджень [1;2;4;6;7] через свою апіорі доведену здатність «поглинати» свідомість аддикта через трансформацію індивідуального часопростору (або хронотопу, за термінологією М. М. Бахтіна), у якості надпривабливого, хоча й штучного створеного, «місця існування», де майже усунено (мінімізовано) стрес реального життя та уявно існують екстраординарні можливості. Останні, нам видається, суб'єктивно сприймаються гемблером як керовані, підконтрольні та вельми корисні властивості творчого гатунку, завдяки яким можна отримати новий онтологічний досвід. Але, що головне, подібні квазіможливості надають аддиктові надпривабливу, вельми «споживчу» цінність та, через ілюзію контролю, - наддоступність з усіх суб'єктивно можливих. Зрозуміло, що йдеться про патологію перцепції, спотворену уяву та інші когнітивні руїни психіки аддикта, які відтворюють відомі розлади паранойяльного спектру, що притаманні для усієї аддиктивної вісі.

Вибірка дослідження

У період 2005-2010 р.р. нами та нашими колегами [9] реалізується програма профілактики нехімічної аддикції із застосуванням технології eHealth (з англ. електронна охорона здоров'я), однією з процедур катamnестичного етапу якої є обстеження за клініко-патопсихологічним методом, що містить інтерактивне опитування на предмет наявності симптомів гемблінгу та нетаголізму. На протязі року (з травня 2009 р. по травень 2010 р.) проконсультовано в інтерактивному режимі 77 пацієнтів. Вибірка складалась з 77 осіб (71 чоловіка або 92,21% та 6 жінок або 7,79%) у віці від 18 до 60 років з проявами патологічної схильності до азартних ігор (F63.0), тривалість гри при цьому складала $5,31 \pm 3,16$ років разом із коморбідними до неї проявами алкоголізму (F10) – 12 осіб (15,58%), опіоманії (-



Малюнок 1. Типи аддиктивних реалізацій респондентів упродовж року катamnестичного дослідження



Малюнок 2. Розподіл мережевої активності респондентів (дані вагових часток подано у десятках відсотків)

F11) – 27 осіб (35,07%) та нехімічної залежності - нетаголізм, гаджет-аддикція – 38 осіб (49,35%), яких залучено до програми катанестичного дослідження за їх власною згодою (мал. 1).

Проаналізувавши протоколи опитування (n=77), ми дійшли висновку, що за період заборони грального бізнесу (з травня 2009 року) у 33,76% опитаних гемблерів змінилась клінічна-психопатологічна картина хвороби, зокрема, коморбідні прояви. Гра у казино та автомати формально «змістилась» у концептуально подібний та операціонально спільний ігровий простір онлайн-гри MMORPG (з англ. колективна ролева онлайн-гра, яка передбачає масові онлайн-сесії у штучно створеному казково-анімаційному кіберпросторі з функціями соціальної спільноти, та являє собою найбільш аддиктогенний варіант онлайн-гри), не змінюючи при цьому основні характеристики аддиктивного розладу: параметри аддиктивного циклу, темп та кількість епізодів гри тощо. Виявлено, що подібний варіант Інтернет-активності (масові онлайн-сесії) кількісно переважає, поєднуючи одразу декілька типів: спілкування, гру, розваги та пізнання, та, через це має найбільший аддиктогенний потенціал (див. мал.2). В такому разі, як зауважують науковці та наші власні спостереження, основний імператив діяльності індивіда, у порівнянні з азартною грою, по суті не змінюється: є присутніми змінений стан свідомості, спотворений процес сприйняття об'єктивної реальності, структура діяльності індивіду та характерні ідеомоторні реакції, які не відповідають соціально схваленим паттернам поведінки тощо.

Ми, погоджуючись з О. Ю. Єгоровим, вважаємо, що змінився лише засіб реалізації залежної поведінки, тобто її форма - рулеточний стіл на комп'ютер - інакше, предмет аддикції, а її об'єкт (тобто зміст, онтологічна сутність) – «накладається» на предмет. Нам видається, що радикал аддикції – феноменологічна сутність поведінки хворого, яка полягає у вимушеній зміні, модифікації (у даному випадку - віртуалізації) об'єктивної реальності за для психологічного комфорту та/або отримання гедоністичного задоволення - залишився незмінним, змінився лише посередник в реалізації поведінки. Трактуючи сутність аддикції як втечу від реальності є досить поширеним, але, на наш

погляд, другорядним, оскільки позначає лише наслідки «інтоксикації» грою (суб'єктивний спосіб угамування психосоматичного дискомфорту завдяки віртуалізації «об'єктивності») та не розкриває основні функціонально-структурні елементи патологічної діяльності (за суб'єктно-діяльнісним підходом С. - Л. Рубінштейна та теорією діяльності О. М. Леонтьєва): мотив та мету діяльності, операційні складові діяльності як процесу тощо.

Повертаючись до результатів, зазначимо, що виявився цікавим розподіл типів опосередкованої Інтернетом активності через рік катанестичного дослідження, серед яких переважають (у 1,8 рази, при $p \leq 0,01$) MMORPG-ігри (див. мал. 2), які, очевидно, обіймають принаймні 3 модальності активності користувачів інформаційних технологій (комунікація - соціальні мережі тощо, пізнання - хакерство, дистанційне навчання тощо та розваги - власне ігри, онлайн-казино тощо) та займають полімодальну позицію [10].

Підсумовуючи вищенаведене, можна зробити наступні **висновки**: (1) соціальна складова профілактики аддиктивних розладів повинна враховувати психопатологічні властивості аддиктивного радикалу особистості; (2) феноменологічні прояви нетаголізму та гемблінгу мають не диференційовану (афінну) область перетину, що дозволяє припустити подібність гемблінгасоційованих розладів особистості та розладів поведінки; (3) соціальні інтервенції у галузі грального бізнесу (або такі, що презентовані саме такими) неодмінно повинні враховувати соціально-психологічні особливості (соціальну сенситивність, економічну доступність, політичну ригідність та ін.) соціально значущих розладів поведінки (особистості), оскільки вони мають безпосередній вплив на соціальний та психологічний виміри епідеміологічної ситуації стану ігроманії, нетаголізму тощо; (4) не дивлячись на те, що причини патоморфозу та області перетину сучасних психічних розладів аддиктивного спектру недостатньо прояснені, вони є клінічною реальністю. Відтак, соціальна, політична та економічна адаптація на рівні макросоціуму передбачає лікувальні та профілактичні схеми, які мають враховувати: (а) відносну згорнутість та повільну прогресивність клінічних варіантів нехімічних аддикцій; (б) дрейф симптоматики поміж

афінними нозологічними формами аддикції; (в) особистість хворого та її дефект, як стійкий, усталений симптомомкомплекс та центральний об'єкт лікування, що має беззаперечну значущість при комплексній інтегративній реабілітації, яка дозволяє зберегти або підвищити якість життя хворого.

Література

1. Эпидемия лудомании - что это? [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://narcolog.com.ua/game/prevalence/epidemija_ludo_20.html
2. Аймедов К.В. Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор) / К.В. Аймедов // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2007. – № 2 (12). – С. 151-166.
3. Про заборону грального бізнесу в Україні [Закон від 15.05.2009 № 1334-VI] / Офіційний вісник України від 06.07.2009. – №48. – ст. 1609 / [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_2009_05_15/T091334.html
4. Мельник Е.В. Про природу хвороб залежностей (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші) / Е.В. Мельник. – Одеса:

вид-во «Чорномор'я», 1998. – 400 с.

5. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: tenth revision // WHO, Geneva, 1993, vol. 2, 2nd ed. / [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf
6. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / [Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреско, В.В. Домбровської] // *Новості харьківської психіатрії*. – Харьков, 2003. – [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/books/criteria>
7. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
8. Войскунский А.Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции / А.Е. Войскунский // 2-ая Российская конференция по экологической психологии. [Тезисы]. – (Москва, 12-14 апреля 2000 г.). – М.: Экспоцентр РОСС. – С. 251-253.
9. Аймедов К.В. Предиктори некомпласу терапевтичної співпраці схильних до азартних ігор на етапі реабілітації із використанням сучасних інтернет-технологій / К.В. Аймедов, Ю.П. Жогно, Ю.А. Довгий / подано до друку.
10. Бабаева Ю.Д. Психологические последствия информатизации / Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский // *Психологический журнал*. – 1998. – Т. 19. – С. 89-100.

ВИРТУАЛИЗАЦИЯ ГЕМБЛИНГАСОЦИИРОВАННОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ УКРАИНСКОМ ОБЩЕСТВЕ (МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

А.А. Ревенко, К.В. Аймедов

Патопластика и патоморфоз гемблингассоциированных феноменов на фоне современной социально-политической ситуации в Украине предполагает адекватные изменения в лечении и психопрофилактике нехимической аддикции. В статье с позиций социальной психиатрии исследован феномен патологической склонности к азартным играм, методы лечения и профилактики данного заболевания в Украине

Ключевые слова: лудомания, патологическая склонность к азартной игре, виртуальная реальность

VIRTUALIZATION OF GEMBLING-SIMILAR FENOMENOLOGY OF MODERN UKRAINIAN SOCIETY (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS)

O.A. Revenok, K.V. Aymedov

Patoplastics and patomorphosis of the gambling-similar phenomenon on a background a modern socio-political situation in Ukraine requires adequate changes in treatment and mental health prevention. In the article from positions of social psychiatry the phenomenon of pathological propensity is investigational to gaming, methods of treatment and prevention of this disease in Ukraine

Keywords: gambling, pathological propensity to gaming, internet-addiction, virtual reality

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, психодиагностика, психопатология, патологическое влечение, типы течения алкоголизма, комплексное лечение

По данным мировой статистики XXI век характеризуется значительной распространенностью психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами (С.И. Табачников, 2009-2010). Согласно данным статистического справочника МЗ Украины, по состоянию на 01.01.2010 г. общее количество зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью превышает более одного миллиона человек, что указывает на актуальность данной проблемы.

В основу диссертационной работы положены результаты исследования 280 лиц мужского пола с

алкогольной зависимостью, которые обратились в Донецкий центр «Медицина тонких энергий» в период 2007-2009 гг. Основную группу составили 120 пациентов. В две группы сравнения вошли пациенты по 80 человек. Все больные давали информированное согласие на лечение и предварительно проходили тщательное обследование у врача терапевта, невропатолога, нейрофизиолога (при необходимости), а также биохимические исследования (общий анализ крови, мочи, печеночные пробы и др.). В исследование были включены только больные, у которых по МКБ-10 был диагностирован синдром алкогольной зависимости (группа

афінними нозологічними формами аддикції; (в) особистість хворого та її дефект, як стійкий, усталений симптомомкомплекс та центральний об'єкт лікування, що має беззаперечну значущість при комплексній інтегративній реабілітації, яка дозволяє зберегти або підвищити якість життя хворого.

Література

1. Эпидемия лудомании - что это? [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://narcolog.com.ua/game/prevalence/epidemija_ludo_20.html
2. Аймедов К.В. Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор) / К.В. Аймедов // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2007. – № 2 (12). – С. 151-166.
3. Про заборону грального бізнесу в Україні [Закон від 15.05.2009 № 1334-VI] / Офіційний вісник України від 06.07.2009. – №48. – ст. 1609 / [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_2009_05_15/T091334.html
4. Мельник Е.В. Про природу хвороб залежностей (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші) / Е.В. Мельник. – Одеса:

вид-во «Чорномор'я», 1998. – 400 с.

5. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: tenth revision // WHO, Geneva, 1993, vol. 2, 2nd ed. / [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf

6. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / [Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреско, В.В. Домбровської] // *Новості харьківської психіатрії*. – Харків, 2003. – [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/books/criteria>

7. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.

8. Войскунский А.Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции / А.Е. Войскунский // 2-ая Российская конференция по экологической психологии. [Тезисы]. – (Москва, 12-14 апреля 2000 г.). – М.: Экспоцентр РОСС. – С. 251-253.

9. Аймедов К.В. Предиктори некомпласну терапевтичної співпраці схильних до азартних ігор на етапі реабілітації із використанням сучасних інтернет-технологій / К.В. Аймедов, Ю.П. Жогно, Ю.А. Довгий / подано до друку.

10. Бабаева Ю.Д. Психологические последствия информатизации / Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский // *Психологический журнал*. – 1998. – Т. 19. – С. 89-100.

ВИРТУАЛИЗАЦИЯ ГЕМБЛИНГАСОЦИИРОВАННОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ УКРАИНСКОМ ОБЩЕСТВЕ (МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

А.А. Ревенко, К.В. Аймедов

Патопластика и патоморфоз гемблингассоциированных феноменов на фоне современной социально-политической ситуации в Украине предполагает адекватные изменения в лечении и психопрофилактике нехимической аддикции. В статье с позиций социальной психиатрии исследован феномен патологической склонности к азартным играм, методы лечения и профилактики данного заболевания в Украине

Ключевые слова: лудомания, патологическая склонность к азартной игре, виртуальная реальность

VIRTUALIZATION OF GEMBLING-SIMILAR FENOMENOLOGY OF MODERN UKRAINIAN SOCIETY (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS)

O.A. Revenok, K.V. Aymedov

Patoplastics and patomorphosis of the gambling-similar phenomenon on a background a modern socio-political situation in Ukraine requires adequate changes in treatment and mental health prevention. In the article from positions of social psychiatry the phenomenon of pathological propensity is investigational to gaming, methods of treatment and prevention of this disease in Ukraine

Keywords: gambling, pathological propensity to gaming, internet-addiction, virtual reality

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, психодиагностика, психопатология, патологическое влечение, типы течения алкоголизма, комплексное лечение

По данным мировой статистики XXI век характеризуется значительной распространенностью психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами (С.И. Табачников, 2009-2010). Согласно данным статистического справочника МЗ Украины, по состоянию на 01.01.2010 г. общее количество зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью превышает более одного миллиона человек, что указывает на актуальность данной проблемы.

В основу диссертационной работы положены результаты исследования 280 лиц мужского пола с

алкогольной зависимостью, которые обратились в Донецкий центр «Медицина тонких энергий» в период 2007-2009 гг. Основную группу составили 120 пациентов. В две группы сравнения вошли пациенты по 80 человек. Все больные давали информированное согласие на лечение и предварительно проходили тщательное обследование у врача терапевта, невропатолога, нейрофизиолога (при необходимости), а также биохимические исследования (общий анализ крови, мочи, печеночные пробы и др.). В исследование были включены только больные, у которых по МКБ-10 был диагностирован синдром алкогольной зависимости (группа

F-10.2). Однако чаще за медицинской помощью они обращались в возрасте от 21 года до 60 лет. Анализ социальных и демографических данных показывает, что жителей крупного индустриального города, а также небольших городов, включая пгт, в основной группе было 103 человек (85,8 %), а в двух группах сравнения ($n=160$) – 140 человек (87,5 %). В селе проживали в основной группе 17 человек (14,1 %), в группах сравнения – 20 человек (12,5 %). По уровню образования в основной группе было с высшим – 45 человек (37,5 %), со средним и средним специальным – 70 человек (58,3 %), с неполным средним – только 5 человек (4,1%). В то же время в группах сравнения было с высшим образованием – 52 человека (32,5 %), со средним и средним специальным 103 человека (64,3 %) и неполным средним – 5 человек (3,1 %).

По общему трудовому стажу больные с АЗ распределились: до 10 лет – 75 человек (26,7 %); до 20 лет – 119 человек (42,5%); до 30 лет – 45 человек (16,0%); до 40 лет – 36 человек (12,8%) и свыше 45 лет – 5 человек (1,8%).

В зависимости от мотива обращения за медицинской помощью больные распределились следующим образом: в основной группе ($n=120$) – желание и надежда на излечение было только у 31 пациента (25,8 %); в связи с семейными неприятностями из-за пьянства у 44 человек (36,7%); из-за служебных конфликтов – 31 человек (25,8 %) и в связи с проблемами здоровья – 14 человек (11,6 %).

Аналогичные мотивы были и в группах сравнения ($n=160$) соответственно: 32 человека (20%); 56 человек (35 %); 50 человек (31,2 %); 20 человек (12,5 %), другие причины – 2 человека (1,2 %).

По семейному статусу: женатых было 135 (48,2 %); разведенных – 90 человек (32,1); холостых – 25 человек (8,9 %); вдовцов – 30 человек (10,7 %). Из числа обследованных ($n=280$) 150 человек (53,6 %) лечились первично, а 130 человек (46,4 %) – обращались к врачам наркологам и психотерапевтам неоднократно.

В соответствии с целью и задачами исследования нами применен комплекс методов, включающий: социально-демографический, клинко-эпидемиологический, психодиагностический, клинко-психопатологический, катанести-ческий и статистический.

Для психодиагностического и клинко-психопатологического исследований использовали традиционные методики: опросник Ч.Д. Спилбергера (Spillberger СП.Д., 1970, 1972) - Ю.Л. Ханина (1976, 1978; 2000), «Тип отношения к болезни» (2003), «САН» (2001), методику В.Д. Менделевича (2005) и др.

Анализ клинической картины алкогольной зависимости, как в основной ($n=120$), так и в группах сравнения ($n=160$) позволил нам выделить общие закономерности, характерные для развития данного заболевания. Так, большинство пациентов (94,3 %) впервые в жизни употребили алкоголь в возрасте от 12 до 25 лет. Систематически употребляли спиртные напитки исследуемые чаще в возрасте от 20 до 30 лет. Наследственный

фактор занимал ведущее место среди основных причин заболевания (до 80 %). По типу предпочитаемого спиртного напитка ($p<0,01$) на первом месте были крепкие алкогольные напитки (водка, самогон). Употребляли только одно пиво 24 человека (8,6 %).

Патологическое влечение к алкогольным напиткам являлось стержневым синдромом алкогольной зависимости и наблюдалось у всех исследуемых больных в 100 % случаев.

Из наиболее характерных клинических признаков у исследуемых, нами выделены в первую очередь: высокая толерантность к алкогольным напиткам (от 500,0 водки до 2000,0 – 3000,0 и более грамм); потеря защитного рвотного рефлекса; психологическая и физическая зависимость от алкоголя; запой, опохмеление, похмельный синдром; пониженное настроение; агрессивность, амнестические формы опьянения в виде палимпсестов, начало алкогольной деградации личности и др. ($p<0,01$).

Распределение больных с АЗ отображает преобладание среднепрогредиентного типа течения алкогольной зависимости в основной группе – 75 человек (62,5 %) и в группах сравнения соответственно: 55 человек (68,7 %) и 58 человек (72,5 %). В то же время, пациенты с малопроедентным типом течения АЗ составили: в основной группе – 28 человек (23,3 %) и в группах сравнения соответственно: 12 человек (15 %) и 10 человек (12,5 %).

Психологические факторы играют большую роль в обеспечении соматического, психического здоровья и адаптации личности. С целью объективизации данных, отражающих психологические характеристики находившихся под наблюдением больных с АЗ, мы и провели психодиагностические исследования. Так, для выявления акцентуаций характера, нами обследованы больные основной и двух групп сравнения по методике Г. Шмишека до и после лечения. Установлено, что у всех исследуемых чаще отмечались педантичный и возбудимый типы акцентуации характера. Причем, до лечения у лиц с педантичным типом акцентуации характера (основная группа) наблюдали: нерешительность; постоянные сомнения в исходе лечения; боязнь принять какое-либо решение; тревогу; опасения; беспокойство и самоанализ. Личности с возбудимым типом акцентуации характера (38 ± 3) отличались вспыльчивостью, вплоть до ярости, злопамятностью, а иногда беспричинным тоскливым настроением. Однако, в процессе психотерапии в комплексном лечении все указанные проявления у больных основной группы были нивелированы ($p<0,01$), в то время как в группах сравнения они остались практически без изменений ($p>0,05$). Значительно реже у исследуемых пациентов наблюдались демонстративный, тревожный и застревающий типы акцентуации характера ($p<0,01$).

Дезадаптации способствует не только наличие акцентуаций характера, но и дисгармоничные черты личности. При использовании методики В.Д. Менделевича (2005) нами установлено, что для больных

основной группы чаще встречались такие дисгармоничные черты личности, как трусливость, пессимизм, лживость, неверность, черствость и др. В то же время для больных из групп сравнения характерными были: злобность; агрессивность; непорядочность; бесстыдство; отсутствие определенной жизненной позиции и др. ($p < 0,01$).

Такие дезадаптивные черты личности, как нереализм восприятия действительности и нежелание адаптироваться к ней и окружающим, отмечались в первую очередь у пациентов с ситуативным согласием на противоалкогольное лечение. У больных основной группы с позитивной установкой на трезвеннический образ жизни после проведенного комплексного лечения мы наблюдали такие черты личности, как: организованность; чистоплотность; вежливость; уверенность в себе; терпеливость; бережливость и др. ($p > 0,01$).

Для исследования уровня тревоги как состояния, т.е. ситуативной или реактивной тревоги, и уровня личностной тревожности как черты личности, нами использована шкала реактивной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

Полученные данные показывают, что у всех обследованных больных (основной и двух групп сравнения) до начала лечения отмечался высокий уровень реактивной тревоги, за исключением пациентов с возбудимым типом акцентуации, которые в 38 ± 3 % случаев реагировали на сложившиеся обстоятельства состоянием умеренно выраженной тревоги. Уровень личностной тревожности был высоким почти у всех обследованных с тревожной, эмотивной, дистимической и аффективно-экзальтированной акцентуацией и более чем у половины больных с застревающей акцентуацией характера. Таким образом, показатель личностной тревоги существенно зависел от типа акцентуации характера.

Для характеристики функционального состояния больных нами использована шкала САН, которая позволяет определить субъективные показатели самочувствия, активности и настроения у обследованных. Полученные данные показывают, что до лечения они были снижены у всех больных основной группы и групп сравнения (нормы оптимального функционального состояния по параметрам САН: самочувствие – 51; активность – 50; настроение – 53 балла). После проведенного комплексного лечения (медикаментозная терапия + психотерапия + ИРТ) эти показатели были близки к норме, в то время как в группах сравнения они практически не изменились.

Для получения развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, а также целостного типа реагирования на болезнь, нами использован опросник «Тип отношения к болезни». При анализе данных полученных до лечения пациентов, в зависимости от акцентуаций характера установлено, что у обследованных основной группы чаще наблюдались обсессивно-фобический и ипохондрический типы реагирования на болезнь.

В группах сравнения мы чаще отмечали эргопатический (с возбудимым типом акцентуации характера), анозогнозический (также с возбудимым типом), эгоцентрический типы реагирования на болезнь. Значительно реже встречались у больных основной группы меланхолический, апатический и паранояльный типы реагирования на заболевание.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили нам выявить определенную зависимость функционального, эмоционального состояния и отношения к болезни у лиц с АЗ и исходя из этого правильно построить психотерапевтическую тактику и терапевтические подходы к комплексному лечению у данного контингента пациентов.

Литература

1. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – № 3. – С. 76-79.
2. Артемчук А.Ф. Патологическая интеграция экзо-эндоэкологических взаимодействий при алкогольной зависимости у подростков и юношей // *Архив психіатрії*. – 2002. – № 4 (31). – С. 94-101.
3. Битенский В.С., Мельник Э.В., Романский Н.А. Патогенетическая фармакотерапия опийной наркомании и хронического алкоголизма // *Таврический журнал психиатрии*. – 1998. – Т.2, № 2 (5). – С. 40-43.
4. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Т.9, вип. 3 (28). – С. 7-9.
5. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 г.г. (проект). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. – 28 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте. – Л., 1997. – 286 с.
7. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Т.9, вип. 4 (29). – С. 6-7.
8. Минко А.И. Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физиохимическое и клинико-нейробиологическое исследование): Дис. д-ра мед. наук: 14.01.17. – Х., 1997. – 350 с.
9. Москаленко В.Ф., Вієвський А.М., Табачников С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // *Архив психіатрії*. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 5-8.
10. Окладников В.И. Типология и адаптационные состояния личности. – Иркутск, 2000. – 172 с.
11. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект // *Рос. психиатр. журнал*. – 2002. – № 1. – С. 35-42.
12. Сосин И.К. Преформирование аксиомы классической наркологии (на модели алкогольной зависимости) // *Архив психіатрії*. – 2002. – № 4 (31). – С.51-59.
13. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. – К.: Здоров'я, 1986. – 152 с.
14. Табачников С.І. Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні. – 2010. – Т. 16, 1(60). – С. 5-8.
15. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях: Монография. – Киев-Донецк: Песиков-центр «Медицина тонких энергий», 2010. – 96 с.

Клініко-психопатологічна характеристика хворих із алкогольною залежністю**А.Е. Гатицька**

У статті наведені дані комплексного дослідження 280 хворих з алкогольною залежністю, які зверталися за лікувальною допомогою в Донецький центр «Медицина тонких енергій» в період 2007-2009 р.р.

Основну групу склали 120 хворих та дві групи порівняльні (по 80 пацієнтів). Усім хворим проведено клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження: опитувальники Ч.Д. Спілберґера- Ю.Л. Ханіна, «Тип відношення до хвороби», «САН», методику В.Д. Менделевича та інші.

У цілому по результатам дослідження було виявлено певну залежність функціонального, емоційного стану та відношення до хвороби у осіб з алкогольною залежністю і виходячи із цього вірно призначити терапевтичні підходи і тактику до комплексного лікування у даного контингенту хворих.

Ключові слова: алкогольна залежність, поширеність, психодіагностика, психопатологія, патологічний потяг, типи перебігу алкоголізму, комплексне лікування

Clinical and psychological characteristics of patients with alcohol addiction**A. Gatytska**

The article presents data of complex studies of 280 patients with alcohol addiction who asked medical help in Donetsk centre “Medicine of subtle energies” during the period 2007-2009 years.

A study group comprised 120 patients and two comparative groups (80 patients each). All patients underwent clinical-psychopathological and psychodiagnostic study: Spielberg- Hanin questionnaire “Relation to disease”, “SAN”, Mendelevich method and others.

In general the study resulted in revealing some dependence of functional, emotional state and relation to disease in individuals with alcohol addiction. On this basis it is right to appoint therapeutic approaches and tactics of combined treatment in this group of patients.

Keywords: alcohol addiction, prevalence, psycho-diagnostics, psychopathology, pathological thirst, the types of occurrence of alcoholism, combined treatment

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89

А.Е.Табачников, В.С. Табачникова
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

(ФИЛОСОФСКАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ)

Ключевые слова: гештальт-психология, гештальт-терапия, психотерапевтическая теория, феноменологический подход

Краткий исторический очерк

Родоначальником этого направления в психотерапии был немецкий (затем последовательно – голландский, южноафриканский и американский) ученый Фредерик (Фриц) Перлз. В своей модели он синтезировал идеи классического психоанализа¹ Перлз проходил психоаналитическую супервизию у К. Хорни, О.Фенихеля и Х. Дойч., неопсихоаналитической теории Вильгельма Райха² Перлз проходил у Райха личный анализ. (о мышечных зажимах, как проявлениях вытесненных влечений), гештальт-психологии и Курта Гольдштейна³ Перлз одно время работал ассистентом Гольдштейна. (идеи целостности личности, единства биологического, психологического и социального в человеке), экзистенциализма (феноменологический подход с опорой на осознанную работу пациента в настоящем и важность непосредственного эмоционального переживания) и восточных духовных практик. Необходимо отметить вклад в разработку гештальттерапии жены Перлза Лоры и Пола Гудмена, помогавшего Перлзу в написании некоторых книг.

Развивая новое направление, Ф. Перлз оппонировал, в первую очередь, психоанализу, делавшему акцент на «правиле нейтральности» и интеллектуальном анализе. Он пытался «восстановить права “изгнанного на кушетку тела”», подчеркнуть значимость телесных ощущений в бытии человека. Перлз утверждал, что необходимо переместить фокус внимания психиатрии

«...от фетиша “неизвестного”, от почитания “бессознательного”, к проблемам и феноменологии сознания (awareness): к тому, какие факторы задействованы в сознании, и каким образом способности, успешно функционирующие про наличии сознания, терпят неудачу при его отсутствии» [1],

из прошлого – в настоящее, из вербальной и интеллектуальной сферы – в сферу действия.

Философская модель

В философском подходе гештальт-психологии можно выделить несколько базовых принципов.

1. Целостность (холизм) и системность (всеобщая взаимообусловленность явлений) – человек рассматривается как целостная⁴ Такой подход противостоит дискретности в понимании человека, присутствующей в том же психоанализе., открытая психобиологическая система, т.е. являющаяся элементом других физических, биологических, социально-психологических и социальных систем.

«Мы являемся организмами, мы (т. е. некое мистическое Я) не имеем организма. Мы являемся здоровым единством, но мы можем абстрагировать множество сторон этой цельности. Абстрагировать, но не вычитать, не отделять. Мы можем абстрагировать в соответствии с нашим интересом поведение этого организма или его социальную функцию, или его физиологию, или анатомию, или то и это, но мы должны быть осторожны и не принимать абстракцию за “часть” целого организма» [2].

Каждый элемент этой системы (тело, разум, душа) влияет на остальные элементы и испытывает, в свою очередь, их влияние. Именно основоположник современного холизма Ян Сметс, вернувший в научный обиход аристотелевскую цитату «целое больше, чем сумма его частей», утверждал, что высшей формой органической целостности является человеческая личность.

2. Принцип гомеостаза – изменения в системе являются результатом нарушения равновесия в ней и направлены на его восстановление (снятие напряжения).

«человек, по-видимому, рождается с чувством социального и психологического равновесия, столь же острым, как ощущение физического равновесия. Каждое движение, которое он делает на социальном или психологическом уровне, — это движение в направлении поиска равновесия, установления баланса между личными потребностями и требованиями окружающего его общества. Трудности индивида проистекают не из желания отвергнуть такое равновесие, а из неверных движений, направленных на его поиск и поддержание» [3].

¹ Перлз проходил психоаналитическую супервизию у К. Хорни, О.Фенихеля и Х. Дойч.

² Перлз проходил у Райха личный анализ.

³ Перлз одно время работал ассистентом Гольдштейна.

⁴ Такой подход противостоит дискретности в понимании человека, присутствующей в том же психоанализе.

3. **Диалектический подход** – мир рассматривается как единство противоположностей.

«... противоположности демонстрируют в своем специфическом контексте сильное сродство между собой. Помещая внимание в центр, можно приобрести творческую способность видеть обе стороны явления и завершать незавершенную половину... Мышление противоположностями свойственно человеческому организму. Дифференциация на противоположности является сущностью нашей ментальности и самой жизни» [4]

4. **Индетерминизм психической деятельности** – отсутствие акцента на каузальных связях. Гештальт-терапевт не ищет причины симптома в прошлых психотравмах. Как и представители других феноменологических школ, Перлз рассматривал детерминизм в психотерапии, как на «пораженческий подход»⁵. Он считал важным лишить клиента возможности “списывать” свои сегодняшние проблемы на “ужасное детство” и, тем самым, побудить его проявлять большую свободу и ответственность.

5. **Феноменологический подход** – уникальное, целостное восприятие мира порождает реакции индивида. Поэтому терапевта должно интересовать не «почему?», а «как?».

Представления Ф. Перлза о человеческой природе (как часть философской модели его теории) во многом базируются на вышеуказанных принципах. Ведущей потребностью человека, наряду с сексуальной, по мнению Перлза, является пищевая [4]. Удовлетворение чувства голода не просто обеспечивает выживание, но и является прообразом взаимоотношений индивида с миром. Находя и поглощая объекты окружающей среды, индивид не усваивает их напрямую, а разрушает и перерабатывает, после чего выбрасывает из организма ненужные остатки. Точно так же человек получает необходимое для поддержания своей психики из внешнего мира («**ментальный метаболизм**»).

Следствием признания индетерминизма психической деятельности является постулирование Перлзом **субъективности** человека – несмотря на воздействие внешних и внутренних факторов, индивид сам управляет своей судьбой и ответственен за нее.

Сущность человека двойственна. С одной стороны, он является сложным организмом с врожденными физическими потребностями и соответствующими паттернами реагирования. С другой стороны, социально-культурные факторы (модели поведения, установки ценности, воспринятые от семьи и общества) оказывают на него не меньшее влияние, чем биологические. Потребность в контакте с другими, в принадлежности к группе имманентна человеку.

Постоянно изменяющиеся условия существования требуют от человека творческого приспособления к

таким изменениям. Потому ему свойственно **стремление к развитию**⁶ Такой подход противостоит пониманию цели функционирования личности как достижению стабильности. и **самоактуализации**, к постоянно-му исследованию среды, адаптации к ней и ее преобразованию, к совершенствованию своих возможностей.

«Каждый человек, каждое растение и каждое животное имеет единственную врожденную цель — реализовать себя» [3].

На этом пути человеку следует не властвовать над природой, а сотрудничать с ней, поскольку она – мудрая, мощная, саморегулирующаяся сила, и следование ее законам – лучший путь к счастью.

К сожалению, сложная, многоаспектная природа человека создает условия для его раздвоенности, отчужденности от своей целостности. Нам нелегко постоянно находить силы для творческого приспособления к неблагоприятным условиям, и многие из нас нуждаются для этого во внешней поддержке. Вот что писал об этом Перлз:

«Современный человек живет на низком уровне жизненной энергии. Хотя, в общем, он не слишком глубоко страдает, но при этом он столь же мало знает об истинно творческой жизни. Он превратился в тревожащийся автомат. Мир предлагает ему много возможностей для более богатой и счастливой жизни, он же бесцельно бродит, плохо понимая, чего он хочет, и еще хуже – как этого достичь. Он не чувствует возбуждения и пыла, отправляясь в приключение жизни.

Он, по-видимому, полагает, что время веселья, удовольствия и роста - это детство и юность, и готов отвергнуть саму жизнь, достигнув “зрелости”. Он совершает массу движений, но выражение его лица выдает отсутствие какого бы то ни было реального интереса к тому, что он делает. Он либо скучает, сохраняя каменное лицо, либо раздражается. Он, кажется, потерял всю свою спонтанность, потерял способность чувствовать и выражать себя непосредственно и творчески.

Он хорошо рассказывает о своих трудностях, но плохо с ними справляется. Он сводит свою жизнь к словесным и интеллектуальным упражнениям, он топится в море слов. Он подменяет саму жизнь психиатрическими и псевдопсихиатрическими ее объяснениями. Он тратит массу времени, чтобы восстановить прошлое или определить будущее. Его деятельность - выполнение скучных и утомительных обязанностей. Временами он даже не сознает того, что он в данный момент делает» [3].

На неспособность современных людей жить полноценной жизнью обращают внимание авторы одного из наиболее популярных учебников по гештальт-терапии:

«Подготовка к настоящей жизни, когда бы она ни ожидалась, манит человека, который “покупает фальшивые акции” на светлое будущее. Он платит за буду-

⁵ Гештальтисты любят цитировать фразу Ж.П. Сартра: “ суть не в том, что сделали из человека, а в том, что он делает из того, что сделали из него” (цит. по [6]).

⁶ Такой подход противостоит пониманию цели функционирования личности как достижению стабильности.

щее счастье, уничтожая или отвергая то, что происходит сейчас. Но даже когда он достигает “земли обетованной”, оказывается, что у этой выгодной сделки есть нежелательный побочный продукт. Он заключается в том, что человек привык занижать важность актуальных переживаний настоящего. И вот тогда, когда он может наконец начать жить, в соответствии с его социальным контрактом, он все еще оглядывается назад!» [5].

Психологическая модель

Поскольку индивид, будучи открытой системой, не самодостаточен («человек не может питаться сам собой»), его психическая деятельность направлена на удовлетворение своих потребностей путем обеспечения эффективного взаимодействия со средой. Вслед за К. Левином, гештальтисты говорят, что человек функционирует в целостном поле «организм – среда», а его поведение – функция этого поля.

При возникновении потребности, индивид должен вступить в контакт со средой, т.е. осознать потребность (выделить ее как фигуру из фона других переживаний) и начать взаимодействовать с соответствующим объектом поля через *границу контакта*.

Ф. Перлз писал:

«Исследование способа функционирования человека в своем окружении происходит на границе контакта индивида с окружением. Именно на этой границе контакта происходят психологические события. Наши мысли, действия, наше поведение, эмоции являются способом переживания и реакции на эти пограничные события» (цит. по [7]).

Некоторые гештальт-психологи делают еще более широкие обобщения:

«Психологию можно определить как изучение совокупности явлений, которые будут происходить на границе контакта “организм - окружающая среда”» [8].

Вступление в контакт со средой, т.е. осознание потребности (выделение ее как фигуры на фоне других переживаний) – первый этап цикла гештальта (цикл контакта, по П.Гудману). Гештальт здесь – целостное состояние индивида как биопсихосоциосистемы, а цикл – закономерная, постадийная динамика этого состояния, завершающаяся разрядкой, восстановлением гомеостаза.

На следующем этапе цикла гештальта индивид должен **совершить определенные действия** в поле (тем самым, удовлетворяя свою потребность). Действия по удовлетворению потребности сходны, как мы помним, с процессом питания. Они требуют агрессивности (активности) по отношению к внешним объектам, их деструкции и ассимиляции.

Наконец, после удовлетворения потребности индивид должен **прервать контакт**, чтобы могла возникнуть новая фигура (потребность, эмоция) и повторился описанный цикл. Таким образом, человек взаимо-

действует со средой в стиле «контакт – уход».

«Когда потребность удовлетворена, ее гештальт становится завершенным, он больше не оказывает влияния — организм свободен для формирования новых гештальтов» (цит. по [7]).

Разные гештальт-психологи выделяют в цикле гештальта от четырех до девяти стадий, однако во всех таких схемах постулируется вышеописанная последовательность (осознание потребности и формирование фигуры, определение способа удовлетворения потребности, вступление в контакт с объектом и последующее слияние с ним с ассимиляцией необходимого и отторжением того, что не может быть усвоено, завершение гештальта и уход). Если потребность не удовлетворена, гештальт останется незакрытым. Незакрытые гештальты не обязательно имеют патологический характер (Ж.-М.Робин пишет о «намеренных, добровольных и, следовательно, управляемых» прерываниях [8]), но они всегда оказывают особое влияние на психическую деятельность индивида. Ярким примером этому может служить эффект Зейгарник⁷ Эффект Зейгарник (назван в честь открывателя, выдающегося отечественного психолога Б.В. Зейгарник): эффективность запоминания материала зависит от степени и формы завершения действия – лучше (примерно, в два раза) запоминается информация, связанная с незаконченным действием..

Как мы видим, в этой схеме имплицитно присутствует возможность психопатологии, как нарушения осознания потребности, нарушения контакта со средой и нарушения прерывания этого контакта. Поэтому для формирования психопатологической модели гештальт-терапии необходимо в рамках ее психологической модели выделить основные типы взаимодействий (**трансакций**) на границе контакта индивида со средой. Наиболее значимыми гештальтисты считают четыре таких типа: воздействие на индивида извне, выражение или удержание индивидом чувств или энергии, определение индивидом локуса контроля событий и степень отделения индивидом себя от среды. Творческое приспособление в каждом из указанных типов контакта означает гибкое реагирование соответственно ситуации (то принятие, то отвержение; то экспрессия, то самоконтроль; то экстернальность, то интернальность; ощущение себя то частью среды, то обособленным от нее).

Для успешного (творческого) функционирования необходима совокупность функций, называемая Эго (-Селф). Вышеописанный цикл контакта можно представить как способ динамического описания Селф.

«Селф» можно также описать структурно – через его составляющие, которые выделяются как абстракции в практических и дидактических целях. Это функции «Оно», «Личность» и «Эго»:

- «Оно» проявляется в теле через ощущения

⁷ Эффект Зейгарник (назван в честь открывателя, выдающегося отечественного психолога Б.В. Зейгарник): эффективность запоминания материала зависит от степени и формы завершения действия – лучше (примерно, в два раза) запоминается информация, связанная с незаконченным действием.

потребностей, импульсов, желаний; человек не отождествляет «Оно» с собой (скорее не «я хочу есть», а «мне хочется есть») и потому не чувствует себя ответственным за него;

- «Личность» проявляется в относительно устойчивых представлениях о себе («Кто я такой?»), впрочем, не всегда вербализованных;

- «Эго» проявляется в непосредственном контакте с действительностью, в выборах индивида в цикле контакта, осуществляемых «здесь-и-сейчас».

Говоря о нормативном процессе развития личности, гештальт-терапевты обращают внимания на становление индивида как обретение способности к всё большей самостоятельности, независимости от других. В ходе развития ребенок обучается переносить фрустрацию, которая бросает ему вызов, побуждая выявить свой потенциал, научиться справляться с трудностями.

«Без фрустраций нет потребностей, нет смысла мобилизовать резервы, обнаружить, что сами вы способны что-либо сделать; для предотвращения фрустрации, которая сама по себе достаточно болезненна, ребенок учится манипулировать окружением» (цит. по [7]).

Поскольку человек является открытой системой, **психическое здоровье**, с точки зрения гештальт-терапии, не может быть внутриспсихическим феноменом. Практически любые психические явления в одной ситуации можно рассматривать как «патологические», а в другой – как «нормальные». С другой стороны, людей с потенциально дезадаптивными личностными особенностями при благоприятных условиях чувствуют себя вполне комфортно и функционируют адекватно. Однако в более сложных ситуациях у них проявляется негибкость мышления и чувствования, неспособность к творческому реагированию, стереотипность поведения. Таким образом, **психическое здоровье** – свободное, целостное функционирование, адекватное средовым условиям, с одной стороны, и потребностям, склонностям и потенциалу личности (а не внешним «долженствованиям») – с другой. Это позволяет успешно закрывать гештальты.

«Формирование полных и всесторонних гештальтов является предпосылкой психического здоровья и роста» [9].

Любой контакт является творческим приспособлением организма и окружающей среды – взаимодействия потребностей организма с возможностями окружающей среды.

«При нормальном функционировании способности к различению ее составляющие – принятие и отрицание, контакт и уход, – постоянно присутствуют и действуют... Если контакт продлевается дольше, чем необходимо, он становится неэффективным или болезненным. Если слишком длительным оказывается уход,

это препятствует осуществлению процессов жизни» [3].

Психопатологическая модель

Психические нарушения рассматриваются в гештальт-терапии, как

- утрата способности к свободному, творческому функционированию, подавление действий, направленных на удовлетворение потребности (восстановление гомеостаза),

- результат блокирования, срыва жизненного цикла гештальта, возникающие из-за дефектов границы/контакта;

- нарушения функции «Селф».

Цикл гештальта может прерываться на любой из его вышеописанных стадий. Как уже отмечалось, часто эти прерывания являются добровольными и контролируемыми, и потому они не приводят к дезадаптации. Но такие прерывания могут иметь и патогенный характер.

Причиной этого прерывания могут быть, как *внешние обстоятельства* (ситуации фрустрации), так и *внутренние факторы* – недостаток уверенности в себе или в среде, ошибочные установки индивида, его неспособность осознать свои потребности, эмоции и ощущения, а также ситуацию в целом. Гештальт-теория сосредотачивается на внутренних факторах, которые называются **сопротивлениями**. Они часто формируются, по Перлзу, под воздействием внешних обстоятельств, когда «индивид и группа испытывают в одно и то же время различные потребности, и индивид не способен решить, какая из них доминирует», т.е., невротический конфликт по своей природе является социальным («Невротик – это человек, на которого слишком сильно давит общество») [10].

Сопротивления обычно действуют бессознательно. П. Гудман называл сопротивления разными вариантами утраты функции Эго [1].

Итак, вследствие сопротивления цикл гештальта прерывается и возникает комплекс чувств, мыслей, ощущений, телесных позиций, формирующих специфический гештальт, который индивид не может завершить самостоятельно. При отсутствии внешней поддержки гештальт остается «замороженной феноменологической формулой» [11], которая продолжает спудно жить в человеке долгие годы.

Такой незавершенный гештальт (подавленные чувства, несказанные слова, невыясненные отношения и несовершенные поступки, часто – вытесненные из сознания) может впоследствии, при воспроизведении условий среды или чувств и мыслей, составлявших аспекты этого нераспавшегося гештальта, внезапно восстановиться. Если индивид не осознает причину своего состояния и не сможет завершить гештальт, он не сможет творчески отреагировать на «здесь-и-теперь» ситуацию (фигурой станет именно незакрытый гештальт)⁸ Отсюда и техники гештальт-терапии, тре-

⁸ Отсюда и техники гештальт-терапии, тренирующие такие способности. В гештальт-терапии тело рассматривается как источник жизненной мудрости и правды организма. Как говорил Фриц Перлз, «забудь о своем уме и доверься чувствам!» (цит. по [12]).

нирующие такие способности. В гештальт-терапии тело рассматривается как источник жизненной мудрости и правды организма. Как говорил Фриц Перлз, «забудь о своем уме и доверься чувствам!» (цит. по [12]). Вместо этого, он будет стремиться избежать дальнейшего вхождения в это состояние с помощью заученного адаптивного в прошлом ответа (например, конформность по отношению к сильным или употребление алкоголя) либо окажется в психологическом тупике. Личность более не реагирует экспериментально и творчески на «здесь-и-теперь» ситуацию. Поведение, мышление и чувствование станут стереотипными, адаптация к обстоятельствам реальной жизни становится все более трудной. Осознание реальных потребностей в настоящем «замутняется» незавершенными гештальтами, не пережитыми эмоциями, которые появляются в поле восприятия как фигуры.

Анализируя **четыре типа транзакций** между индивидом и средой, гештальтисты выделяют в каждом из них, как мы помним, адаптивные и дезадаптивные (неудачные) способы контакта. Дезадаптивные способы контакта, проявляющиеся как предпочтение одной из противоположностей (см. философскую модель данной теории), могут прервать построение-разрушение гештальта, и потому являются патопсихологическими механизмами.

В транзакциях первого типа (воздействие на индивида извне) два крайних способа реагирования – полное, необдуманное принятие или полное, столь же необдуманное отвержение воздействия – являются одинаково неадаптивными.

Здесь можно выделить такой *механизм сопротивления*, как **интроекция**. При интроекции индивид целиком (без переработки) усваивает убеждения и модели поведения других людей, которые не согласуются с его собственным опытом и не ассимилируются его личностью. Используя вышеупомянутую аналогию психической деятельности и процессов питания, можно сказать, что в норме усвоенное становится частью человека, а при интроекции – остается чужеродным телом внутри него.

Примерами интроектов могут быть родительские наставления, рекламные лозунги, модные веяния, мнения «авторитетных» людей – все эти «надо» и «нельзя», «хорошо» и «плохо», которые мы усваиваем без критического осмысления. Свои желания при этом заменяются желаниями другого, формируя потерю функции “Эго”.

«Я не хочу сказать, что человек должен отвергать какую-либо психологическую пищу, которая приходит из внешнего мира. Питаться собой психологически так же невозможно, как физически. Я говорю лишь, что факты и установки, на которых строится наша личность, то есть психологическая пища, которую предлагает нам внешний мир, должна быть точно так же ассимилирована, как наша физическая пища. Она должна быть дефрагментирована, проанализирована, разъята, а затем собрана вновь в такой форме, в какой она ока-

жется для нас наиболее ценной. Если она просто проглочена целиком, она ничего не дает для развития нашей личности. Напротив того, она превращает нас во что-то вроде комнаты, настолько заваленной чужими вещами, что в ней не хватает места для наших собственных. Она превращает нас в мусорную корзину, наполненную чуждой и ненужной нам информацией. Самое худшее состоит в том, что этот материал имел бы для нас огромную ценность, если бы мы обдумали его, изменили и трансформировали его в себе» [3].

Перлз видит опасность интроекции еще и в том, что она мешает развитию личности, препятствует формированию собственных оценок (чем больше интроектов, тем меньше места для взглядов самого человека), а также ведет к дезинтеграции личности (интроекты часто противоречат друг другу).

«Наше общество, например, с детства учит нас двум совершенно различным и, по-видимому, противоположным установкам. Одна соответствует так называемому “золотому правилу” – делать другим то, что хотелось бы от них получить. Другая – закон выживания наиболее приспособленных, выражаемый пословицей “собака собаку ест”. Если мы интроецируем обе эти установки как догмы, мы, в конце концов, будем пытаться быть одновременно и мягкими, добрыми, нетребовательными, и безудержно агрессивными. Мы будем любить наших соседей, но доверять им только в тех пределах, в каких мы можем с ними справиться. Мы будем являть собой мягкость, но одновременно будем жестокими и садистичными. Каждый, кто интроецирует подобные несовместимые представления, превращает собственную личность в поле их битвы. Невротический конфликт обычно доходит до мертвой точки, когда ни одна из сторон не может победить, и человек не способен ни к какому дальнейшему росту и развитию» [3].

В транзакциях второго типа (выражение или удержание чувств и энергии) адаптация нарушается, если индивид не способен ни сдерживать, ни выражать свои эмоции и желания.

Распространенным *механизмом сопротивления*, связанным с этим типом транзакций, является **проекция**. При проекции индивид отчуждает не соответствующие его Я-концепции собственные качества, за которые он не хочет или не может отвечать, и приписывает их другим людям.

Проекция, как и интроекция, не обязательно имеет патологический характер. Способность к ней обеспечивает эмпатию и идентификацию с другими людьми, а значит – возможность предсказывать их поведения, устанавливать отношения. Приписывая окружающим определенные мотивы или личностные черты, мы неизбежно в качестве отправной точки используем собственную личность. Но при здоровой проекции мы критически относимся к таким предположениям, понимая, что это лишь наша гипотеза, которая не обязательно будет соответствовать действительности. В остальных же случаях, проекция ограничивает адап-

тивные возможности индивида и приводит к конфликтам.

«В отличие от этого, скованная сексуальными запретами женщина, которая жалуется на то, что все к ней пристают, или холодный, отчужденный, высокомерный мужчина, обвиняющий людей в том, что они враждебно к нему относятся, - примеры невротической проекции. В этих случаях люди делают предположения, основанные на собственной фантазии, не сознавая, что это только лишь предположения» [3].

Место образовавшихся в результате проекции «дыр» занимают интроекты.

Другим механизмом сопротивления, связанным с транзакциями второго типа, является **ретрофлексия** – направление энергии, предназначенной для манипулирования внешней средой, на самого себя. Она обычно возникает, когда выход этой энергии блокируется из-за неприятия социальной средой связанных с ней потребностей (например, агрессии). Как и другие механизмы сопротивления, ретрофлексия может быть адаптивной и дезадаптивной. Примером «здоровой» ретрофлексии являются мышление и внутренняя речь, патологической – мышечные зажимы, аутоагрессивное поведение, психосоматические расстройства.

«Разумеется, ни один человек не может жить, постоянно давая ход каждому своему импульсу; по крайней мере, некоторые из них необходимо сдерживать. Но произвольное останавливание деструктивных импульсов при понимании их деструктивности - это нечто совершенно иное, нежели обращение их на самого себя.

Представьте себе измотанную женщину в конце тяжелого дня, в течение которого стиральная машина вышла из строя и порвала одежду, пятилетний сын в ярости изрисовал красным фломастером все обои в гостиной, мастер, который должен был починить вытяжную трубу, не появился, а муж пришел к обеду на час позже, чем она ждала. Ее настроение может быть поистине убийственным; вряд ли было бы разумно выразить это состояние, прикончив сына или мужа, но столь же глупо было бы перерезать горло себе самой»...

Ретрофлектор говорит: «Я стыжусь самого себя» - или: «Мне нужно заставить себя сделать эту работу». - Он делает почти бесконечный ряд утверждений такого рода, и все они основаны на удивительном представлении, что «сам» и «себя» - два разных человека» [3].

В контактах третьего типа (определение локуса контроля событий) два крайних типа взаимодействия – полная интернальность, либо полная экстернальность. В первом случае индивид полагает, что все его достижения и неудачи – результат его собственных усилий и, следовательно, он несет за них полную ответственность. При крайней экстернальности человек, напротив, считает, что его жизнь находится под контролем других (более сильных) людей или неконтролируемых им обстоятельств.

Наконец, в четвертом типе контактов личности со

средой (степень отделения себя от среды) хроническое склонение, независимо от реальных обстоятельств, к одному из полюсов также нарушает творческую адаптацию.

Стирание границ между индивидом и средой называют **конфлуэнцией**. Этот механизм сопротивления может иметь вполне адаптивный характер (любовь, ритуалы, искусство), но может быть и патологическим. Последнее наблюдается при психозах (потеря идентичности), наркотических состояниях, у зависимых личностей, таких как чеховская Душечка. Не сознавая границу между собой и другими, такой человек не способен ни на реальный контакт с ними, ни на отделение от них.

«Патологическое слияние имеет также серьезные социальные последствия. В слиянии человек требует сходства и отказывается терпеть какие бы то ни было различия. Мы часто видим это у родителей, которые считают детей продолжением себя. Такие родители отказываются признавать, что дети не могут не отличаться от них хотя бы в каких-то отношениях. И если дети не поддерживают слияния и не отождествляются с требованиями родителей, их ожидает отвержение и отъединение: “Я не буду любить такого отвратительно-го ребенка!”» [3].

Свое негативное отношение к конфлуэнции, Перлз выразил в тексте, получившем впоследствии название «Молитва гештальтиста»:

«Я иду моим путем, а ты идешь своим.

Я пришел в этот мир не за тем, чтобы соответствовать твоим ожиданиям,

а ты — не за тем, чтобы соответствовать моим.

Ты — это ты, а я — это я...

И если мы случайно встретимся — это прекрасно!

А если нет, то этому нельзя помочь...»

(цит. по [6]).

Избегание реальных непосредственных контактов с окружением и осознания называется **дефлексией**. Этот механизм сопротивления может также проявляться в завуалированной форме – ритуальностью и условностью поведения (болтливостью, склонностью к общим фразам, избеганием смотреть в глаза собеседнику, уходом от конфликтов и т.д.). Как и другие формы сопротивления, осознанная и контролируемая дефлексия может быть полезной, когда ситуация требует от индивида держать дистанцию.

Как мы помним, П. Гудман называл сопротивления формами утраты функции Эго. Наряду с этим, он ввел термин «**эгоизм**» для обозначения усиления функции Эго и утраты спонтанности до такой степени, что становится невозможен финальный контакт, слияние. Индивид как бы все время наблюдает за собой и своими реакциями со стороны.

По Гудману, формирование патологических механизмов связано с тем, на какой стадии цикла гештальта происходит его прерывание: до возбуждения, скорее всего, возникает конфлуэнция, во время возбуждения — интроекция, в момент столкновения с окружаю-

щей средой — проекция, во время конфликта и разрушения — ретрофлексия, во время полного контакта (-final contact) — эгоизм [6].

Патопсихологические механизмы могут быть рассмотрены не только как срывы цикла гештальта или нарушения транзакций между индивидом и средой, но и как нарушения функций «Селф», описанных в психологической модели. **Нарушения «Оно»** проявляются в неспособности осознавать и дифференцировать сигналы собственного тела (например, булимия может возникнуть в результате трактовки любых ощущений в животе, как чувства голода). В основе **нарушений «Личности»** лежат либо неверные представления о себе, либо актуализация неадекватных ситуаций правильных представлений о себе. Любое нарушение функций Оно или Личности отражается на выборах, осуществляемых человеком посредством функции «-Эго», т.е. приводит к временной **потере функции Эго**.

Основным механизмом поддержания нарушений, с точки зрения гештальт-психологии, является самовыполняющееся пророчество — дезадаптивное поведение, обусловленное нарушениями контакта и незакрытыми гештальтами, вызывает соответствующую реакцию окружающих, что, в свою очередь, усугубляет тяжесть нарушений. В результате индивид становится

все труднее действовать спонтанно, он перестает различать собственные потребности и то, что навязано ему ожиданиями других или прошлым травматическим опытом.

Литература

1. Перлз Ф., Гудмен П. *Теория гештальт-терапии*. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 379с.
2. Перлз Ф.С. *Внутри и вне помойного ведра*. — СПб.: "Петербург-XXI век", 1995. — 448 с.
3. Перлз Ф. *Гештальт подход и свидетель терапии*. — М.: Издательство Института Психотерапии, 2001. — 217 с.
4. Перлз Ф. *Эго, голод и агрессия*. — М.: Смысл, 2000. — 358 с.
5. Польстер И., Польстер М. *Интегрированная гештальт-терапия. Контуры теории и практики*. — М.: Независимая фирма "Класс", 2004. — 272 с.
6. Гингер С., Гингер А. *Гештальт-терапия контакта*. — СПб.: "СпецЛит", 2001. — 287 с.
7. Паттерсон С.Х., Уоткинс С.Э. *Теории психотерапии*. — СПб.: Питер, 2004. — 544 стр.
8. Робин Ж.-М. *Гештальт-терапия*. — М.: Эйдос, 1996. — 64 с.
9. Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. — New York: Dell, 1951.
10. Перлз Ф. *Практика гештальттерапии*. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. — 480 с.
11. Resnick R., Parlett M. *Gestalt therapy, principles, prisms, and perspectives* // *British Gestalt Journal*. — 1995, № 4(1). — P.3-13.
12. Рудестам К. *Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика* — М.: Прогресс, 1993. — 386 с.

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В.В. Чугунов

ОСНОВНІ ПОЗИЦІЇ АУТОДИСЦИПЛІНАРНО - ІДЕНТИФІКАЦІЙНОЇ (ІНТРАДИСЦИПЛІНАРНОЇ) КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Ключові слова: психотерапія, аутодисциплінарно-ідентифікаційна (інтрадисциплінарна) концепція

Аутодисциплінарно-ідентифікаційну (інтрадисциплінарну) концепцію психотерапії було сформульовано відповідно до методології клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу [1 — 3].

Інтрадисциплінарна концепція медичної науки-дисципліни — утворення зовсім не штучне, оскільки саме в рамках такої концепції декларується принцип, згідно з яким теорія-концепція дисципліни мала бути б вибудована, виходячи з особливостей — в усій їхній різноманітності — даної науки-спеціальності: сфери її клінічної компетенції, допоміжних соцієтальних практик, історії-генеалогії, дискурсивних полів, протокольної мови та концептуального базису, особливостей сполучення діагностичних та корекційно-терапевтичних процедур, схильності до етно-культуральних та інших впливів, форм реалізації тощо.

Виклад основних положень інтрадисциплінарної концепції психотерапії фактично є систематизацією її дефінітивних і денотативно-сутнісних постулатів; до них належать такі.

I. Психотерапія є самостійною медико-орієнтованою (клінічною) дисципліною, зі своєю нативною генеалогією, дисциплінарною історією, сферою патонозологічної компетенції, діагностичним апаратом та колосальним терапевтичним арсеналом.

Коментар: *декларується незалежність психотерапії та називаються її основні атрибутивні ознаки як окремої — і самостійної! — медичної дисципліни.*

II. До сфери дисциплінарної психотерапії належать: розробка й відправлення теорії та практики нативної клініки, психотехнічного арсеналу, теорії [денотата] [здорової / патологічної] психіки, теорії особистості й аутодисциплінарно-ідентифікаційної теорії.

Коментар: *як кожна самодостатня дисципліна, психотерапія здатна формувати основні концептуальні рівні, тобто клініку, що їй належить первісно, методи, методики й психотехніки, денотувати поняття психічної хвороби і здоров'я, створювати власну теорію особистості, виходячи із власних спостережень, а також стежити за розробкою (появою)*

щей средой — проекция, во время конфликта и разрушения — ретрофлексия, во время полного контакта (-final contact) — эгоизм [6].

Патопсихологические механизмы могут быть рассмотрены не только как срывы цикла гештальта или нарушения транзакций между индивидом и средой, но и как нарушения функций «Селф», описанных в психологической модели. **Нарушения «Оно»** проявляются в неспособности осознавать и дифференцировать сигналы собственного тела (например, булимия может возникнуть в результате трактовки любых ощущений в животе, как чувства голода). В основе **нарушений «Личности»** лежат либо неверные представления о себе, либо актуализация неадекватных ситуаций правильных представлений о себе. Любое нарушение функций Оно или Личности отражается на выборах, осуществляемых человеком посредством функции «-Эго», т.е. приводит к временной **потере функции Эго**.

Основным механизмом поддержания нарушений, с точки зрения гештальт-психологии, является самовыполняющееся пророчество — дезадаптивное поведение, обусловленное нарушениями контакта и незакрытыми гештальтами, вызывает соответствующую реакцию окружающих, что, в свою очередь, усугубляет тяжесть нарушений. В результате индивид становится

все труднее действовать спонтанно, он перестает различать собственные потребности и то, что навязано ему ожиданиями других или прошлым травматическим опытом.

Литература

1. Перлз Ф., Гудмен П. *Теория гештальт-терапии*. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 379с.
2. Перлз Ф.С. *Внутри и вне помойного ведра*. — СПб.: "Петербург-XXI век", 1995. — 448 с.
3. Перлз Ф. *Гештальт подход и свидетель терапии*. — М.: Издательство Института Психотерапии, 2001. — 217 с.
4. Перлз Ф. *Эго, голод и агрессия*. — М.: Смысл, 2000. — 358 с.
5. Польстер И., Польстер М. *Интегрированная гештальт-терапия. Контуры теории и практики*. — М.: Независимая фирма "Класс", 2004. — 272 с.
6. Гингер С., Гингер А. *Гештальт-терапия контакта*. — СПб.: "СпецЛит", 2001. — 287 с.
7. Паттерсон С.Х., Уоткинс С.Э. *Теории психотерапии*. — СПб.: Питер, 2004. — 544 стр.
8. Робин Ж.-М. *Гештальт-терапия*. — М.: Эйдос, 1996. — 64 с.
9. Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. — New York: Dell, 1951.
10. Перлз Ф. *Практика гештальттерапии*. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. — 480 с.
11. Resnick R., Parlett M. *Gestalt therapy, principles, prisms, and perspectives* // *British Gestalt Journal*. — 1995, № 4(1). — P.3-13.
12. Рудестам К. *Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика* — М.: Прогресс, 1993. — 386 с.

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В.В. Чугунов

ОСНОВНІ ПОЗИЦІЇ АУТОДИСЦИПЛІНАРНО - ІДЕНТИФІКАЦІЙНОЇ (ІНТРАДИСЦИПЛІНАРНОЇ) КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Ключові слова: психотерапія, аутодисциплінарно-ідентифікаційна (інтрадисциплінарна) концепція

Аутодисциплінарно-ідентифікаційну (інтрадисциплінарну) концепцію психотерапії було сформульовано відповідно до методології клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу [1 — 3].

Інтрадисциплінарна концепція медичної науки-дисципліни — утворення зовсім не штучне, оскільки саме в рамках такої концепції декларується принцип, згідно з яким теорія-концепція дисципліни мала бути б вибудована, виходячи з особливостей — в усій їхній різноманітності — даної науки-спеціальності: сфери її клінічної компетенції, допоміжних соцієтальних практик, історії-генеалогії, дискурсивних полів, протокольної мови та концептуального базису, особливостей сполучення діагностичних та корекційно-терапевтичних процедур, схильності до етно-культуральних та інших впливів, форм реалізації тощо.

Виклад основних положень інтрадисциплінарної концепції психотерапії фактично є систематизацією її дефінітивних і денотативно-сутнісних постулатів; до них належать такі.

I. Психотерапія є самостійною медико-орієнтованою (клінічною) дисципліною, зі своєю нативною генеалогією, дисциплінарною історією, сферою патонозологічної компетенції, діагностичним апаратом та колосальним терапевтичним арсеналом.

Коментар: *декларується незалежність психотерапії та називаються її основні атрибутивні ознаки як окремої — і самостійної! — медичної дисципліни.*

II. До сфери дисциплінарної психотерапії належать: розробка й відправлення теорії та практики нативної клініки, психотехнічного арсеналу, теорії [денотата] [здорової / патологічної] психіки, теорії особистості й аутодисциплінарно-ідентифікаційної теорії.

Коментар: *як кожна самодостатня дисципліна, психотерапія здатна формувати основні концептуальні рівні, тобто клініку, що їй належить первісно, методи, методики й психотехніки, денотувати поняття психічної хвороби і здоров'я, створювати власну теорію особистості, виходячи із власних спостережень, а також стежити за розробкою (появою)*

та відтворенням аутодисциплінарно-ідентифікаційних конструктів (останнє означає можливість мета-теоретичної рефлексії).

III. Предмет психотерапії має складнокомпонентну структуру: «нормальна» психотерапевтична феноменологія (насамперед асоційовані з методами-методиками психотерапії саногенні феномени), клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми з корелят-механізмами (корелят-патернами) й психотехнічні шляхи їх досягнення (загальна психотерапія), пато-нозологічні форми і взагалі патологія психічної сфери (-і поведінки), що підлягають переважно психотерапевтичному лікуванню й кваліфіковані як специфічний психотерапевтичний діагноз (клінічна психотерапія), вторинні нозо-синдромальні психопатологічні форми за не-психічних захворювань, що потребують психотерапевтичної curaції (психотерапія в клініці), та низка спеціальних і соціальних додатків (спеціальна й соціальна психотерапія).

Коментар: *утверджується структурна організація дисципліни-психотерапії; вона містить традиційні «загальну» й «клінічну» частини, а також характерну й для деяких інших психо(нейро)наук частину «соціальну», проте має й певні специфічні розділи: «психотерапія в клініці» та «спеціальна психотерапія».*

IV. Психотерапія нерозривно пов'язана з [пато]персонологією, психіатрією, психоневрологією і [медичною] психологією, а також із психофізіологією та психофармакологією.

Коментар: *за існуючої дисоціації організаційних форм надання психотерапевтичної допомоги (на тлі відносного одноманіття порядку й інституцій допомоги психіатричної) і, головним чином, невизначеності в організаційно-дисциплінарній curaції не-психотичних психопатологічних розладів, найтісніший зв'язок психотерапії з патоперсонологією, психіатрією, [психо]неврологією, клінічною психологією, психофізіологією, а також психофармакологією не тільки очевидний, а й [вимушено] необхідний.*

V. Теорія особистості розглядається з позицій мнестологічної парадигми психотерапії — й, таким чином, носить хроно-мнестичний характер.

Коментар:

1) перебуваюча в часі, особистість є варіативною динамікою мнестичних процесів і визначуваних ними модусів реагування (зовнішніх патернів і внутрішнього переживання);

2) особистість не може бути структурою (чи то ієрархічно, чи топологічно організованою), оскільки є функцією;

3) персональний час справляє неухильно зростаючий ідентифікуючий вплив;

4) для особистості характерне різноманіття видів соматичної пам'яті та [досвіду] пам'яті про усвідомлення.

VI. Діагностика в психотерапії, яка базується, зокрема, на уявленнях про «нормальну» психотерапевтичну феноменологію та клінічні психотерапевтичні

ефект-синдроми, відзначається вираженою специфікою і потребує формулювання спеціального психотерапевтичного діагнозу.

Коментар: *специфічний полідименсійний [психо]діагностичний апарат, який дає змогу побудувати (сформулювати) специфічно психотерапевтичний діагноз, із його логікою-методологією, семіотикою і феноменологією, структурою, сполученістю та прогностикою, — не тільки важлива атрибутивна ознака дисципліни, а й неодмінна умова адекватної і успішної реалізації терапевтичних технологій.*

VII. Клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз психотерапії дає можливість розробити — в рамках її інтрадисциплінарної концепції — специфічний, що базується на клінічній [психо]феноменології, сано(пато)генетичних механізмах і принципах пато-нозологічної конгруентності, метод психотерапії — симультанно-мнестичну психотерапію (психометодологію).

Коментар: *відомо, що психотерапія — як дисципліна — досягла того рівня розвитку, за якого вона здатна до формування свого терапевтичного арсеналу, проте не тільки і не стільки [в напрямі] інтегративних, еkleктичних та комбінаторних тенденцій, практики адаптації-модифікації, а й шляхом розробки принципово нових методів у нерозривному зв'язку з власними клінічною теорією та діагностичною практикою.*

VIII. Психотерапія має стати дискурсивно-гомогенною; використання аргументованого, стилістично-коректного, загальноприйнятого професійного дискурсу є базисною вимогою аутодисциплінарної ідентифікації, умовою нормального функціонування й розвитку протокольної мови, клінічної результативності й терапевтичної ефективності дисципліни-спеціальності в цілому.

Коментар: *одна з базових проблем сучасної психотерапії — дискурсивне різноголосся; воно настільки виражене, що представники різних психотерапевтичних парадигм просто не розуміють один одного. Але справа в тому, що немає і не може бути якихось нових, утворених психотехнік, — у всякому разі, з тих, які можуть отримати валідне наукове обґрунтування. Все вже давно проявлене в картині світу. Подолання цієї зростаючої тенденції до стилістичної поліфонії — один із першочергових кроків на шляху до аутодисциплінарної ідентифікації психотерапії.*

IX. Наукові дослідження в галузі психотерапії, все одно як і відправлення її клінічної, а також соціальної, практик, мають проводитися з урахуванням особливостей психоїчного дискурсу, в просторі якого розташована психотерапія.

Коментар: *визначено необхідність обліку дискурсивно-генеалогічних елементів для виявлення не [цілком] відповідних специфіці психотерапії дискурсивних стилів — з метою подальшої їх елімінації, що сприятиме очищенню й підвищенню однорідності, навіть своєрідній ергономічності, тезаурусу та протокольної мови психотерапії.*

Х. Психотерапія облігатно незалежна ідеологічно, так само як і позаконфесійна. У разі інтеграції в психотерапію фрагментів певних духовних традицій та практик їх слід сано(пато)генетично обґрунтовувати і клінічно люструвати від всіляких релігійних чи езотеричних рис, із відповідною семантичною, антуражною та перцептивною транскрипцією.

Коментар: *мається на увазі імперативна заборона будь-яких конфесійних потуг, оскільки вони становлять один з найважливіших шляхів появи психічних епідемій та патологічних сект; психотерапія ідеологічно і віросповідально інтактна.*

ХІ. Психотерапія захищає права на клініко-медичне використання розроблених методик, і особливо психотехнік, обмежуючи їхнє розповсюдження та інформацію про них.

Коментар: *мається на увазі необхідність припинення згубного процесу безконтрольного відщеплення психотехнік, насамперед володіючих пороговим рівнем сугестуючої здатності, але також — маючих високий індекс гедонізму.*

Література

1. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2002. — 768 с.
2. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів / В. В. Чугунов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Х.: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.
3. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.

ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ АУТОДИСЦИПЛИНАРНО-ИДЕНТИФИКАЦИОННОЙ (ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНОЙ) КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

В.В. Чугунов

В статье изложены основные позиции разработанной автором аутодисциплинарно-идентификационной — интрадисциплинарной — концепции психотерапии

Ключевые слова: психотерапия, аутодисциплинарно-идентификационная (интрадисциплинарная) концепция

MAIN ITEMS OF THE AUTODISCIPLINARY-IDENTIFICATION (INTRA-DISCIPLINARY) CONCEPT OF PSYCHOTHERAPY

V. V. Chugunov

In the article the main provisions of the autodisciplinary-identification — intradisciplinary — concept of psychotherapy were set forth

Keywords: psychotherapy, autodisciplinary-identification (intradisciplinary) concept

УДК 616.89

Е.Г. Никифорова, М.П. Боро

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЯХ НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Областная клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация; шахтеры, пострадавшие при техногенных авариях; психотерапевтические бригады быстрого реагирования

Наиболее сложными и опасными из техногенных аварий являются катастрофы на угольных шахтах, вызванные взрывом метана и угольной пыли. В результате таких катастроф часто возникают подземные пожары, происходят обрушения горных пород, завалы в горных выработках, отмечаются массовые отравления производственного персонала и другие не менее тяжелые последствия. Как свидетельствует статистика, техногенные аварии такого характера чаще всего встречаются в тех горных выработках, которые расположены на большой глубине (свыше 150 м) среди угольных пластов, загазованных метаном.

В современной Украине такие шахты сосредоточены главным образом в Донецком угольном бассейне. Предсказать взрыв метана или угольной пыли не всегда возможно, поэтому опасность периодического пов-

торения названных катастроф очень высока. Сложные горно-геологические и санитарно-гигиенические условия донецких угольных шахт характеризуются наличием таких вредных и опасных для здоровья факторов, как большая глубина горных выработок, высокая температура, высокая опасность самовозгорания. Все это приводит к увеличению количества техногенных аварий на угледобывающих предприятиях, а соответственно и увеличению числа пострадавших шахтеров. В ходе техногенных аварий организм шахтеров подвергается воздействию ряд негативных факторов, доминирующими из которых являются токсическое поражение продуктами горения и гипоксия, черепно-мозговые травмы, однако роль психоэмоционального стресса в патогенезе формирования отдаленных последствий интоксикаций также нельзя недооценивать.

Х. Психотерапія облігатно незалежна ідеологічно, так само як і позаконфесійна. У разі інтеграції в психотерапію фрагментів певних духовних традицій та практик їх слід сано(пато)генетично обґрунтовувати і клінічно люструвати від всіляких релігійних чи езотеричних рис, із відповідною семантичною, антуражною та перцептивною транскрипцією.

Коментар: *мається на увазі імперативна заборона будь-яких конфесійних потуг, оскільки вони становлять один з найважливіших шляхів появи психічних епідемій та патологічних сект; психотерапія ідеологічно і віросповідально інтактна.*

ХІ. Психотерапія захищає права на клініко-медичне використання розроблених методик, і особливо психотехнік, обмежуючи їхнє розповсюдження та інформацію про них.

Коментар: *мається на увазі необхідність припинення згубного процесу безконтрольного відщеплення психотехнік, насамперед володіючих пороговим рівнем сугестуючої здатності, але також — маючих високий індекс гедонізму.*

Література

1. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2002. — 768 с.
2. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів / В. В. Чугунов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Х.: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.
3. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.

ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ АУТОДИСЦИПЛИНАРНО-ИДЕНТИФИКАЦИОННОЙ (ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНОЙ) КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

В.В. Чугунов

В статье изложены основные позиции разработанной автором аутодисциплинарно-идентификационной — интрадисциплинарной — концепции психотерапии

Ключевые слова: психотерапия, аутодисциплинарно-идентификационная (интрадисциплинарная) концепция

MAIN ITEMS OF THE AUTODISCIPLINARY-IDENTIFICATION (INTRA-DISCIPLINARY) CONCEPT OF PSYCHOTHERAPY

V. V. Chugunov

In the article the main provisions of the autodisciplinary-identification — intradisciplinary — concept of psychotherapy were set forth

Keywords: psychotherapy, autodisciplinary-identification (intradisciplinary) concept

УДК 616.89

Е.Г. Никифорова, М.П. Боро

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЯХ НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Областная клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация; шахтеры, пострадавшие при техногенных авариях; психотерапевтические бригады быстрого реагирования

Наиболее сложными и опасными из техногенных аварий являются катастрофы на угольных шахтах, вызванные взрывом метана и угольной пыли. В результате таких катастроф часто возникают подземные пожары, происходят обрушения горных пород, завалы в горных выработках, отмечаются массовые отравления производственного персонала и другие не менее тяжелые последствия. Как свидетельствует статистика, техногенные аварии такого характера чаще всего встречаются в тех горных выработках, которые расположены на большой глубине (свыше 150 м) среди угольных пластов, загазованных метаном.

В современной Украине такие шахты сосредоточены главным образом в Донецком угольном бассейне. Предсказать взрыв метана или угольной пыли не всегда возможно, поэтому опасность периодического пов-

торения названных катастроф очень высока. Сложные горно-геологические и санитарно-гигиенические условия донецких угольных шахт характеризуются наличием таких вредных и опасных для здоровья факторов, как большая глубина горных выработок, высокая температура, высокая опасность самовозгорания. Все это приводит к увеличению количества техногенных аварий на угледобывающих предприятиях, а соответственно и увеличению числа пострадавших шахтеров. В ходе техногенных аварий организм шахтеров подвергается воздействию ряд негативных факторов, доминирующими из которых являются токсическое поражение продуктами горения и гипоксия, черепно-мозговые травмы, однако роль психоэмоционального стресса в патогенезе формирования отдаленных последствий интоксикаций также нельзя недооценивать.

Анализ характера заболеваний у шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, показывает, что психологические факторы играют большую роль в их возникновении и протекании. Установлено, в частности, что следствием техногенных аварий, помимо нарушений соматического здоровья пострадавших шахтеров, являются выраженные изменения их психического состояния. Такие изменения обусловлены комплексом факторов в диапазоне от физического воздействия до психологического восприятия сложившейся ситуации. Практика показывает, что часто врачами недооценивается роль психологического состояния пациента при лечении соматических нарушений у шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий на производстве, что приводит к недостаточной эффективности лечения.

Изучая опыт ликвидации медико-санитарных последствий техногенных аварий, мы пришли к выводу, согласно которому основными принципами организации эффективной психолого-психотерапевтической помощи являются приближенность, неотложность, адекватность, этапность наряду с общепринятыми в медицинской практике принципами организации специализированной помощи населению [3].

В связи с этим нами в ОКПНБ – МПЦ созданы психотерапевтические бригады быстрого реагирования, которые действуют согласно выработанным этапам и задачам психокоррекционной интервенции и во взаимодействии с профильными подразделениями ГУ МЧС Украины в Донецкой области:

1. Начальный этап (на догоспитальном уровне). Основной задачей, решаемой в его рамках, является оказание пострадавшему психотерапевтической поддержки, что в свою очередь приводит к устранению у него симптомов выраженных психических проявлений, повышению адаптационных возможностей, улучшению восприятия стрессовой ситуации и усилению когнитивных процессов.

2. Средний этап (в условиях психотерапевтического стационара) включает обследование, разработку индивидуальных реабилитационных программ, психотерапевтическое вмешательство, направленное на изучение и решение эмоционально-когнитивных проблем пострадавшего, выявление и коррекцию его неадаптивных когнитивных механизмов.

3. Конечный этап («Клуб бывших пациентов», в амбулаторных условиях) направлен на поддержку оптимальных адаптационных возможностей пострадавшего, восстановление его когнитивных процессов.

Отметим, что горнорабочие, пострадавшие в результате техногенных аварий на угольном производстве, нуждаются не только в экстренном лечении, но и в дальнейшей реабилитации и диспансерном наблюдении как у невропатологов, так и у психиатров и психотерапевтов. Исходя из этого, можно сделать вывод, что пациенты, перенесшие техногенные аварии, нуждаются в тщательном всестороннем обследовании - и не только с применением методов, выявляющих патологию

мозга и соматической сферы, но и патопсихологическом [3].

Психическая дезадаптация пострадавшего выражается в развитии у него того или иного психопатологического синдрома или синдромов, содержание и динамика развертывания которых определяет нозологическую принадлежность выявляемых расстройств. В нозологическом плане последствия техногенных аварий, достигающие уровня психических расстройств, обычно относятся к: невротическим состояниям и психоорганическим нарушениям (при сочетании с черепно-мозговыми травмами). Многолетние наблюдения и обследования шахтеров, переживших техногенные аварии, убедительно свидетельствуют о достаточно высоком проценте пострадавших, состояние которых переходит в психоорганические расстройства, что в свою очередь требует прохождения ими своевременной и поэтапной медико-психологической реабилитации (МПР) [1;3;5;7].

Это вызвало необходимость разработки специальных мероприятий по оказанию МПР [20]. Каждое из таких реабилитационных мероприятий должно быть нацелено на вовлечение самого пострадавшего в лечебно-восстановительный процесс. Врачебная практика свидетельствует, что реабилитировать пациента без его активного участия в этом процессе невозможно. Другими словами, принцип партнерства психотерапевта и пострадавшего является безальтернативным. В процессе лечения пострадавших врачу необходимо вызвать у них взаимопонимание, доверие и стремление к сотрудничеству. МПР объединяет усилия врача, среднего медицинского персонала и пострадавшего, направленные на восстановление его социально-психологического статуса.

Основные принципы МПР наиболее полно изложены одним из ее основоположников К Ренкером (1980), и впоследствии уточнены и адаптированы рядом отечественных авторов (М.П. Боро и др., 2010). Они сводятся к следующему:

- МПР должна осуществляться с момента возникновения заболевания или появления травмы и продолжаться вплоть до полного возвращения пострадавшего в общество (непрерывность и основательность);
- проблема МПР должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность);
- МПР должна быть доступной для всех, кто в ней нуждается (доступность);
- МПР должна своевременно адаптироваться к постоянно меняющейся структуре заболеваний, а также учитывать достижения технического прогресса и изменения, происходящие в социальных структурах (гибкость).

С учётом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а иногда ещё и санаторный этапы медико-психологической реабилитации.

Основными принципами организации МПР являются:

- доступность. Возможность получить квалифици-

рованную консультацию у психолога, психотерапевта или психиатра;

- компетентность;

- многоступенчатость медико-психологической помощи, наличие в ее структуре разного типа учреждений, от психотерапевтических отделений в стационарах до специализированных Центров МПР включительно.

Одним из таких специализированных учреждений является областная клиническая психоневрологическая больница - медико-психологический центр (-ОКПНБ-МПЦ, г.Донецк), в структуре которой интегративно объединены такие виды медицинской помощи, как психологическая, психотерапевтическая, психиатрическая.

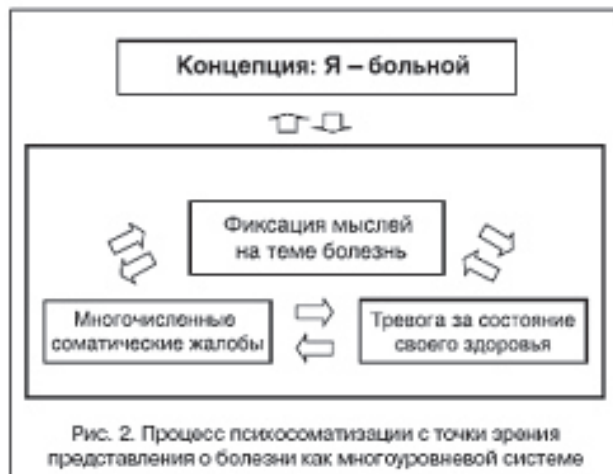
Процесс реабилитации шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, включает развитие у них умения справляться с изменившимися условиями жизни и труда, принятия на себя ответственности, поддержку самооценки. На базе ОКПНБ-МПЦ пострадавшим предоставляется комплексное лечение, включающее в себя индивидуально ориентированную психологическую, психотерапевтическую и медикаментозную помощь. Как правило, все применяемые здесь лечебные и реабилитационные программы имеют психологическое сопровождение. Наиболее распространенными методами психолого-психотерапевтической помощи являются психологическая коррекция, православная и семейная психотерапии, спелеотерапия [4]. Однако ведущим и наиболее эффективным психотерапевтическим методом купирования тревожного напряжения и страха, приспособления человека к жизни и деятельности в условиях изменившегося положения, является когнитивная психотерапия, при которой основное внимание уделяется познавательным структурам психики и основной упор делается на личность, личностные конструкты и на ее логические способности в целом. Эти познавательные структуры основываются на формулируемых каждым человеком схемах мышления или базальных убеждениях. Они могут быть адаптивными и дисфункциональными. Если вместо процессов мышления действуют жесткие схемы мышления, не адекватные изменившимся жизненным ситуациям, то адаптационные способности индивида ухудшаются. Часто такие схемы мышления бывают не вполне осознаваемыми индивидом или же он их просто не замечает. Они как бы автоматически появляются в одинаковом образе, переживаемых индивидом ситуациях. Автоматические мысли возникают между каким-то внешним воздействием, стимулом и последующими эмоциональной и поведенческой реакциями (Бек. А., 1976). Они всегда конкретны, не вполне поддаются контролю, свернуты в “стенографическом” виде. Такие автоматические мысли становятся “самосбывающимися пророчествами” и тем самым мешают успешным действиям. Целью когнитивной психотерапии является исправление ошибочной переработки информации и помощь такому

пациенту в модификации убеждений, которые поддерживают его неадекватное поведение и эмоции.

Другими словами, МПР - это, прежде всего, психолого-психотерапевтическое взаимодействие психотерапевта с пациентом, в результате которого происходят редукция симптоматики, конструктивные изменения и личностный рост пациента. В процессе этого взаимодействия психотерапевт проявляет эмпатию, готовность выслушать и понять пациента, а тот - раскрывает психотерапевту свои страхи, тревоги, эмоциональные и межличностные проблемы, а также проявляет веру и надежду на то, что психотерапевт ему поможет.

Немаловажную роль в оказании специализированной медицинской помощи шахтерам, пострадавшим при техногенных авариях, играет медикаментозное лечение [6;9], представленное прежде всего средствами, эффективными при расстройствах органического полюса: ноотропами – церебропротекторами, сосудистыми препаратами, а также купирующими тревожно-фобическую, депрессивную, ипохондрическую симптоматику – нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами.

В структуре психических расстройств у горняков названной категории обычно преобладают аффективные синдромы (астенодепрессивный, тревожной субдепрессии, дисфорический). Довольно часто встречаются астенический и астеновегетативный синдромы.



Такой синдромальный полиморфизм изменений, связанных с техногенными авариями, обуславливается, по всей вероятности, исходными индивидуально-личностными различиями пострадавших [8].

В процессе проведения МПР необходимо учитывать все разнообразие проявлений заболевания, а именно то, какие чувства и эмоции оно вызывает (эмоциональный уровень), что думает пациент о своем заболевании (когнитивный уровень), как он оценивает свое состояние в этой ситуации и как ведет себя, имея определенное представление о себе и своем состоянии (интегративный уровень) (рис. 1). На основании этого процесс психосамотизации можно представить следующим образом (рис.2).

Следует отметить, что на социально-трудовое приспособление пострадавших шахтеров в значительной мере влияет внутренняя картина болезни (ВКБ) и особенности психологической компенсации. Рассмотрим прицельно структуру ВКБ [2].

При оценке ВКБ и механизмов психологической компенсации имеет значение анализ переживаний пациента, их инкапсуляция, изоляция, вытеснение, диссимуляция, переработка, рационализация, снижение эмоциональной значимости фрустрирующих переживаний.

В проведенном нами исследовании ВКБ в обобщенном виде, не учитывая нозологическую специфичность заболевания, приняло участие 65 горнорабочих, пострадавших в результате техногенной аварии на шахте, имеющих различную степень и этиологию соматических повреждений. Для исследования применялся опросник ЛОБИ (Определение психологического типа отношения к болезни). Результаты данного исследования представлены в таблице 1.

Тревожный тип ВКБ характеризовался непрерывным беспокойством и мнительностью пациента в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Таких пациентов в большей степени интересовали собственные ощущения, а не объективные данные о болезни.

Ипохондрический тип ВКБ определялся сосредоточенностью пациентов на собственных болезненных переживаниях, субъективных неприятных ощущениях. Пациенты данного типа стремились постоянно рассказывать окружающим о тяжести и неизлечимости своего состояния, о не эффективности и даже пагубности

принимаемых ими лекарственных препаратов.

Пережившие техногенные аварии на шахтах горняки с меланхолическим типом ВКБ в большей степени были удручены болезнью, не верили в положительных исход лечения, были пессимистичны в оценке своего будущего.

При неврастеническом типе ВКБ у пациентов отмечалось поведение по типу раздражительной слабости. Они были нетерпеливы, несдержанны, не способными ожидать положительных исходов лечения.

Для пациентов с обсессивно-фобическим типом ВКБ была характерна тревожная мнительность. Они верили в силу различных ритуалов и примет, т.к. данные ритуалы и приметы становились для них защитой от тревоги. Воображаемые опасности волновали их больше, чем опасности реальные.

Однако следует отметить, что более чем у половины исследуемых шахтеров ($61,2 \pm 1,2\%$) были выявлены смешанные типы ВКБ, а именно: тревожно-ипохондрический, обсессивно-ипохондрический, тревожно-фобический, что в свою очередь сочетало в пациенте черты, характерные для каждого из указанных типов ВКБ. Благодаря данным этого исследования психотерапевт получал более целостную картину течения заболевания, что в свою очередь позволяло ему назначить пациенту адекватную психотерапию, в зависимости от типа ВКБ.

Каждый пациент, пострадавший в результате техногенной аварии, прошел комплексное сомато-неврологическое и патопсихологическое обследование, включающее в себя общеклинические анализы, ЭЭГ, консультации невролога, терапевта, физиотерапевта, психолога, сбор психологического анамнеза, применение шкал депрессивности Гамильтона, самооценки уровня тревожности Спилберга Ч.Д., Ханина Ю.Л., опросник ЛОБИ (определение психологического типа отношения к болезни), Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРІ), методики диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (в модификации Бойко), исследование памяти, внимания, мышления. На основании полученных данных для каждого пациента была разработана индивидуальная медико-психологическая реабилитационная программа.

В настоящее время специалисты выделяют следующие аспекты подобных программ (Роговой М. А. 1982):

Частота разных типов ВКБ у исследуемых шахтеров

Таблица 1

Типы внутренней картины болезни									
Тревожный		Ипохондрический		Меланхолический		Неврастенический		Обсессивно-фобический	
Абс.ч.	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
16	24,6	19	29,2	7	10,8	12	18,5	11	16,9

- медицинский, включающий вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана;

- физический, охватывающий все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК) и повышением физической работоспособности;

- психологический аспект, т.е. ускорение процесса психологической адаптации пациента к жизненной ситуации, изменившейся в результате его болезни, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений;

- профессиональный аспект (у работающих лиц), включающий профилактику и возможное снижение или ликвидацию потери ими трудоспособности (у инвалидов - восстановление трудоспособности в рамках возможного); к данному аспекту также относятся вопросы, связанные с определением степени трудоспособности пациента, его последующего трудоустройства; профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения и переквалификации;

- социальный аспект, охватывающий вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, взаимоотношение пациента и семьи, общества и производства.

Представленные подходы, основанные на многостороннем исследовании данных нарушений у шахтеров, перенесших техногенные аварии, облегчают разработку индивидуальных медико-психологических программ реабилитации.

Рассмотрим клинический случай обследования и лечения одного из шахтеров названной категории.

Пострадавший Т., 39 лет, считает себя больным с 18.11.2007 г., после техногенной аварии на шахте им. А.Ф. Засядько в г. Донецке (имеется акт от 18.11.2007 г. о несчастном случае на производстве; последствия несчастного случая определены как острое отравление угарным газом). Наблюдается и лечится у невропатологов с диагнозом «Последствия перенесенного острого отравления угарным газом легкой степени тяжести (17.11.2007 г.), токсико-гипоксическая энцефалопатия с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вестибулопатией, паркинсоническим синдромом». Через неделю после аварии Т. был осмотрен психиатром, ему был проведен первый этап оказания медико-психологической помощи, в последующем рекомендовано стационарное обследование и лечение. С 2008 г. наблюдается у психиатра с диагнозом «Органическое астеническое расстройство с тревожно-фобическим радикалом вследствие перенесенного острого отравления угарным газом на производстве (18.11.2007 г.), со снижением адаптивных ресурсов личности, дезадаптивным типом приспособительного поведения, ст. декомпенсации». В условиях пребывания в стационаре Т. был обследован - ЭЭГ вне пределов нормы. У него регистрируются выраженные диффузные изменения с очагом, проявляющимся справа, в лобно-височных - теменных отведениях; единичные островолновые комплексы без

четко локализованного очага. Ирритативные изменения не зарегистрированы. Зарегистрированы признаки дисфункции стволовых структур. Консультирован психологом. По данным СМИЛ выявлены акцентуированные ипохондрические личностные черты с фиксацией на болезни, своеобразием восприятия и поведения, пассивностью позиции. Непосредственное запоминание и воспроизведение снижены. Активное внимание концентрируется недостаточно. Психические процессы инертны. Несколько ослаблены процессы непроизвольного воспроизведения и распределения внимания. Мышление инертно, характеризуется поверхностностью суждений. Клинически выражена тревога, субклинически - депрессия. По данным опросника ЛОБИ (Определение психологического типа отношения к болезни) у Т. наблюдается ипохондрический тип ВКБ. Также проведен сбор психологического анамнеза, согласно которому Т. в настоящее время испытывает трудности социальной адаптации, выраженную неудовлетворенность, которая вызвана чувством приниженности и проявляется ограничительным поведением, конфликтность и раздражительность во внутрисемейных отношениях. Актуальна надежда на повышение социального статуса и материальной обеспеченности. Эмоциональность и субъективность пристрастий превалирует над рассудочностью.

На основании полученных данных была разработана индивидуальная программа реабилитации: Т. было назначено комплексное медикаментозное лечение, включающее в себя ноотропы: мексидол 5%-2,0 в/м №10, витаминотерапия - витамины группы В, курсами по 10 дней, нейролептики - труксал, 25 мг по 1 таб. 3 раза в сут., и антидепрессанты с выраженным противотревожным эффектом, т.золофт, 50 мг 1 табл. утром; посещение физиопроцедур - дарсанваль, электросон; психологическую помощь - психокоррекционные методы (аутогенная тренировка) и психотерапевтическую помощь, заключающуюся в ряде психотерапевтических техник, направленных на коррекцию познавательной сферы, аффективно-волевой, внутрисемейных супружеских и детско-родительских отношений.

В ходе комплексного лечения были использованы следующие виды психотерапии:

- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая), целью которой являлось исправление ошибочной переработки информации и помощь в модификации убеждений, поддерживавших неадекватность поведения и эмоций Т. В групповой психотерапии делался акцент на взаимной эмоциональной поддержке, сплоченности, универсальности, идентификации;

- православная психотерапия, которая была направлена на решение экзистенциальных вопросов Т., актуализацию его духовных потребностей.

- семейная системная психотерапия была направлена на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи;

- спелеотерапия с аутогенной тренировкой была направлена на устранение тревожно-фобической симптоматики.

После прохождения Т. комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения его состояние значительно улучшилось, редуцировались жалобы, он приступил к работе на поверхности шахты, а не в горных выработках. Последующие госпитализации Т. происходили каждые восемь-девять месяцев, во время которых ему проводился в полном объеме курс реабилитационно-восстановительного лечения. В межгоспитальный период он наблюдался у невропатолога.

В настоящее время продолжает проследиваться катамнез данной группы пациентов.

Следует указать и на ту немаловажную роль, которую играет приемственность в работе районных психиатров и психотерапевтов, а также врачей-интернистов, и применение программ реабилитации (бригадных или разработанных на этапе стационарной помощи пострадавшим). В связи с этим важно понимать, что правильное формулирование диагноза является залогом эффективного лечения на амбулаторном уровне. В нем должны найти отражение коморбидность, все заболевания, которыми страдает пациент; должны устанавливаться причинно-следственные связи между ними, общая тяжесть патологии. К сожалению, врачи-интернисты (да и психиатры) практически не пользуются при формулировании диагноза содержащейся в 5-ом разделе ("Классификация психических и поведенческих расстройств") МКБ-10 диагностической категорией F54 "Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах". Коморбидный диагноз, совместная работа врачей различных специальностей – неперемное условие для более объективного решения не только таких собственно клинических вопросов, как обследование и лечение, но и вопросов экспертных, социально-правовых.

На данном этапе исследования продолжает разрабатываться необходимый перечень диагностических критериев, показаний для стационарного или амбулаторного лечения, индивидуальной программы психотерапевтического и медикаментозного лечения. Критериями эффективности при этом являются длительность и кратность госпитализаций, а также стойкость ремиссий, трудоспособность пациента, необходимость инвалидизации по психическому заболеванию. Однако уже сейчас, на начальном этапе разработки индивидуальных программ МПР, можно сказать, что достаточно высокая результативность их применения была достигнута у пациентов с органическими психическими расстройствами, проходившими МПР с применением комплексного лечения, включающего в себя как медикаментозное, так и психотерапевтическое лечение. Комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения [5]. Практически МПР начинается с первого контакта пострадавшего

го шахтера с представителем медицинской службы и продолжается до тех, пор пока по-возможности не будет восстановлен его социальный и профессиональный статус. Важна преемственность врачей разных специальностей, так как от этого зависит успешность выполнения комплексной МПР [10].

Обобщая все вышесказанное, можно выделить основные этапы МПР шахтеров, пострадавших при техногенных авариях на шахтах:

- полноценное оказание медико-психологической (психотерапевтической) помощи на догоспитальном этапе;
- ранняя госпитализация в профильное клиническое учреждение, тщательное всестороннее обследование – на наличие и тяжесть соматической и неврологической патологии, необходимое лечение сопутствующих неврологических заболеваний;
- своевременная консультация и госпитализация в специализированный центр медико-психологической помощи;
- комплексное обследование, включающее в себя консультации психологов и врачей смежных специальностей, психопсихологическое обследование;
- разработка и использование индивидуальных программ реабилитации;
- структурирование психотерапевтического процесса, последовательное соблюдение основных правил и условий психотерапевтической работы в зависимости от стадии и тяжести психического расстройства;
- преемственность как психиатров, так и врачей смежных специальностей;
- поддержка оптимальных адаптационных возможностей пациентов;
- организация реабилитации на амбулаторном этапе.

Предложенная нами система МПР требует оценки эффективности, но несомненно, что лечение шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, должно быть всесторонним. Необходимо учитывать важность психологического фактора в их самочувствии и обеспечении качества их жизни. Не подлежит сомнению, что комплекс мер, направленных на лечение и реабилитацию пациентов из названного контингента, должен включать в себя и психолого-психиатрическую составляющую.

Литература

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Рябополова Т. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников. - Донецк: Каштан, 2006. - 268 с.
2. Боро М.П. Нарушение и коррекция здоровья семьи ликвидаторов Чернобыльской аварии. - Харьков: «Основа», 1999. - 240с.
3. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева 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. Боро. - Донецк: Каштан, 2010. - 360 с.

4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд-е, перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

5. Табачников С. І., Горбань С. М., Михайлов Б. В., Влох І. Й., Маркова М. В., Чугунов В. В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медичинські дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 6–8.

6. Angst J., Stable M. The efficacy of moclobemide in different patient groups: a metaanalysis of studies // Psychopharmacology. - 1992. - Vol. 106 (suppl). - S. 109. - S. 113.

7. De Girolano G., Reich J.H. Расстройства личности. - ВОЗ,

Женева. - 1995. - 87 с.

8. Kaplan H.J., Sadock B.J. Клиническая психиатрия. - М.: Гэотар медицина, 1998. - 505 с.

9. Leinard B. Fundamentals of Psychopharmacology. - New York, 1998. - 391 p.

10. Javed M. A., Bond I. R., van Wijngaarden B., Henkelman L. C. M. The clubhouse model of psychiatric rehabilitation // V World Congress. World Association for Psychosocial Rehabilitation: Abstract book. - Rotterdam, 1996. - P. 193–194.

ОБґРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ І КЛІНІЧНИХ ПІДХОДІВ В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ШАХТАРІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЙ НА ВУГІЛЬНИХ ШАХТАХ

О.Г. Нікіфорова, М.П. Бєро

У публікації розглядаються підсумки аналізу характеру захворювань у шахтарів, які постраждали внаслідок техногенних аварій на вуглевидобувних підприємствах; організаційні основи медико-психологічної реабілітації таких пацієнтів; досліджується вплив внутрішньої картини хвороби на їх соціально-трудове пристосування

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація; шахтери, які постраждали при техногенних аваріях; психотерапевтичні бригади швидкого реагування

MOTIVATION OF ORGANIZATION AND CLINICAL APPROACH IN PHYSICIAN-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF MINERS, WHO WERE SUFFERED IN ACCIDENTS ON COAL MINE

E.G. Nikiforova, M.P. Bero

Totals of the analysis of diseases among miners, who were suffered in accidents on coal mine are considered in the article; the organizational bases of physician-psychological rehabilitation of such patients; the influence of the internal picture of disease on their social labor adjustment is researched

Keywords: medical-psychological rehabilitation; miners who were suffered during anthropogenic accidents; psychotherapeutic fast response crews

УДК 616.89

В.В. Сорока, С.Я. Бєро

ПРИМЕНЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: кризисные состояния у женщин, насилие в семье, проблемно-ориентированная психотерапия

Кризисные состояния у женщин, связанные с пережитым ими насилием в семье, сегодня встречаются в психотерапевтической практике гораздо чаще, чем в предыдущие годы. При этом современная психотерапевтическая наука трактует насилие в семье как любые умышленные действия физической, сексуальной, психологической или экономической направленности одного члена семьи по отношению к другому, нарушающие его конституционные права и свободы как человека и гражданина и наносящие ему моральный ущерб, ущерб его физическому и психологическому здоровью. Здесь на первое место выдвигается установление контроля одного члена семьи над поведением другого или других.

Наиболее значимыми для женщин психогениями многие авторы считают неблагоприятную семейную обстановку, тяжелые социально-бытовые условия, изоляцию от семьи и друзей, запреты на получение информации и помощи, запрет на самовыражение; психологическое воздействие, вызывающее страх и унижение [1;2; 3].

В работах последних лет женский пол причислен к ряду предрасполагающих факторов развития пост-

травматической симптоматики (North C.S., 1999; Udwin O. et al., 2000; Maes M. et al., 2000; Uemoto M. et al., 2000). Многие западные исследователи (van der Kolk B., 1995; Thompson M.P. et al., 1999; Seedat S., 2000) объясняют этот феномен наличием в анамнезе женщин скрываемого ими насилия, “исходящего зачастую от лиц ближайшего окружения и длящегося порой годами”.

Степень проявления насилия в семье может колебаться от незначительной, такой, к примеру, как шлепки или толчки, используемые более для запугивания, чем для нанесения увечья, до наивысшей, то есть убийства. Повседневная жизнь показывает, что большинство случаев насилия в семье связано с психологическим давлением и закрепощением. Любой агрессивной физической акции обычно предшествует словесное оскорбление в виде брани, унижающей человеческое достоинство. Жертве буквально внушаются чувство ее бесполезности, никчемности, некомпетентности, непривлекательности, неполноценности. Каждый, кто живет в доме, где господствует тиран, не чувствует себя психологически безопасно, комфортно.

Поводом для реализации мужчиной агрессивных

4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд-е, перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

5. Табачников С. І., Горбань С. М., Михайлов Б. В., Влох І. Й., Маркова М. В., Чугунов В. В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медичинські дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 6–8.

6. Angst J., Stable M. The efficacy of moclobemide in different patient groups: a metaanalysis of studies // Psychopharmacology. - 1992. - Vol. 106 (suppl). - S. 109. - S. 113.

7. De Girolano G., Reich J.H. Расстройства личности. - ВОЗ,

Женева. - 1995. - 87 с.

8. Kaplan H.J., Sadock B.J. Клиническая психиатрия. - М.: Гэотар медицина, 1998. - 505 с.

9. Leinard B. Fundamentals of Psychopharmacology. - New York, 1998. - 391 p.

10. Javed M. A., Bond I. R., van Wijngaarden B., Henkelman L. C. M. The clubhouse model of psychiatric rehabilitation // V World Congress. World Association for Psychosocial Rehabilitation: Abstract book. - Rotterdam, 1996. - P. 193–194.

ОБґРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ І КЛІНІЧНИХ ПІДХОДІВ В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ШАХТАРІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЙ НА ВУГІЛЬНИХ ШАХТАХ

О.Г. Нікіфорова, М.П. Бєро

У публікації розглядаються підсумки аналізу характеру захворювань у шахтарів, які постраждали внаслідок техногенних аварій на вуглевидобувних підприємствах; організаційні основи медико-психологічної реабілітації таких пацієнтів; досліджується вплив внутрішньої картини хвороби на їх соціально-трудове пристосування

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація; шахтери, які постраждали при техногенних аваріях; психотерапевтичні бригади швидкого реагування

MOTIVATION OF ORGANIZATION AND CLINICAL APPROACH IN PHYSICIAN-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF MINERS, WHO WERE SUFFERED IN ACCIDENTS ON COAL MINE

E.G. Nikiforova, M.P. Bero

Totals of the analysis of diseases among miners, who were suffered in accidents on coal mine are considered in the article; the organizational bases of physician-psychological rehabilitation of such patients; the influence of the internal picture of disease on their social labor adjustment is researched

Keywords: medical-psychological rehabilitation; miners who were suffered during anthropogenic accidents; psychotherapeutic fast response crews

УДК 616.89

В.В. Сорока, С.Я. Бєро

ПРИМЕНЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: кризисные состояния у женщин, насилие в семье, проблемно-ориентированная психотерапия

Кризисные состояния у женщин, связанные с пережитым ими насилием в семье, сегодня встречаются в психотерапевтической практике гораздо чаще, чем в предыдущие годы. При этом современная психотерапевтическая наука трактует насилие в семье как любые умышленные действия физической, сексуальной, психологической или экономической направленности одного члена семьи по отношению к другому, нарушающие его конституционные права и свободы как человека и гражданина и наносящие ему моральный ущерб, ущерб его физическому и психологическому здоровью. Здесь на первое место выдвигается установление контроля одного члена семьи над поведением другого или других.

Наиболее значимыми для женщин психогениями многие авторы считают неблагоприятную семейную обстановку, тяжелые социально-бытовые условия, изоляцию от семьи и друзей, запреты на получение информации и помощи, запрет на самовыражение; психологическое воздействие, вызывающее страх и унижение [1;2; 3].

В работах последних лет женский пол причислен к ряду предрасполагающих факторов развития пост-

травматической симптоматики (North C.S., 1999; Udwin O. et al., 2000; Maes M. et al., 2000; Uemoto M. et al., 2000). Многие западные исследователи (van der Kolk B., 1995; Thompson M.P. et al., 1999; Seedat S., 2000) объясняют этот феномен наличием в анамнезе женщин скрываемого ими насилия, “исходящего зачастую от лиц ближайшего окружения и длящегося порой годами”.

Степень проявления насилия в семье может колебаться от незначительной, такой, к примеру, как шлепки или толчки, используемые более для запугивания, чем для нанесения увечья, до наивысшей, то есть убийства. Повседневная жизнь показывает, что большинство случаев насилия в семье связано с психологическим давлением и закрепощением. Любой агрессивной физической акции обычно предшествует словесное оскорбление в виде брани, унижающей человеческое достоинство. Жертве буквально внушаются чувство ее бесполезности, никчемности, некомпетентности, непривлекательности, неполноценности. Каждый, кто живет в доме, где господствует тиран, не чувствует себя психологически безопасно, комфортно.

Поводом для реализации мужчиной агрессивных

действий в отношении партнерши может быть непочинение с ее стороны, споры с ним, просьбы денег, неприготовленная вовремя пища, отсутствие надлежащей заботы о детях и доме, отказ от половых отношений, со стороны мужчины - ревность и месть ей за действительные или мнимые обиды, связанные с сексуальной неудовлетворенностью [2;6]. При этом, как правило, женщины не склонны афишировать жестокие внутрисемейные инциденты: 18-68% из их числа вообще никому об этом не говорят, 22-53% делятся с родственниками и лишь 1-26% женщин склонны заявлять об акте физической агрессии со стороны супруга в правоохранительные органы [4].

Многие из женщин - жертв семейного насилия считают, что обязаны терпеть оскорбления, лишь бы не разрушать семью. Это преимущественно женщины с низкой самооценкой, лишенные чувства собственного достоинства, ощущения ценности своей жизни, полагающие, что вполне заслуживают такое отношение к себе.

Нередко женщина, пострадавшая от насилия в семье, не понимая действительных причин проявленной по отношению к ней жестокости, начинает обвинять или осуждать себя, искать причины насилия в себе самой.

Пострадавшие должны знать, что они не виноваты в случившемся, поэтому при работе врача любой специальности с пациентками данной категории на первый план выдвигается их психологическая поддержка [5].

Повышенное внимание следует также уделять техникам уменьшения эмоционального стресса, навыкам разработки и осуществления планов действий, а также других насущных проблем и вопросов, которые могут возникнуть в процессе лечения.

Многие авторы подчеркивают, что при выборе того или иного вида психотерапевтической помощи женщинам - жертвам насилия в семье следует руководствоваться такими критериями, как их краткосрочность, быстрая результативность вследствие фокальной направленности на определяемые цели, доступность и возможность адаптации ее для пациенток, имеющих изначально слабую мотивацию.

Эффективной и относительно краткосрочной является проблемно-ориентированная психотерапия, разработанная швейцарскими психотерапевтами из Бернского университета Блазером, Хаймом, Рингером, Томменом (Blaser A., Heim E., Ringer Ch., Thommen M.), использующая интегративно-эклетикий подход с учетом возрастных и личностных особенностей лиц, переживших насилие.

Данный метод получил свое развитие на основе краткосрочной психодинамической психотерапии Малана (Malan D. H.) и Манна (Mann J.) в связи с возросшими со стороны общества требованиями в активной, структурированной и недорогой по стоимости психотерапии, способной помочь наибольшему количеству пациентов. Его авторы сосредоточили внимание на основных составляющих элементах психотера-

певтической практики и возможностях прагматического и нешаблонного решения возникающих при этом проблем. Обращает на себя внимание важность такого неспецифического фактора, как выраженная направленность психотерапии на решение конкретной проблемы. Поэтому главной целью данного психотерапевтического метода является улучшение способности пациента самостоятельно решать стоящие перед ним проблемы.

Цель проведенного нами исследования заключалась в оценке эффективности проблемно-ориентированной групповой психотерапии, использующей интегративно-эклетикий подход, в лечении невротических расстройств у женщин, переживших насилие в семье.

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 30 женщин, переживших насилие в семье, с различными клиническими формами пограничных психических расстройств. Они были распределены на две группы: основную, в состав которой входили пациентки, получавшие лечение только курсом групповой психотерапии, и контрольную, объединявшую больных, получавших специализированную помощь в соответствии с протоколами терапии МОЗ Украины без использования групповой психотерапии.

По клиническим признакам состав названных групп был представлен приблизительно равными категориями больных:

- с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами (F40-F41);
- с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (F43);
- с соматоформными расстройствами (F45).

Для оценки психического статуса пациенток и эффективности проводимого психотерапевтического лечения применялись следующие методы:

Клинико-психопатологический и клинико-катамнестический с использованием "Шкалы оценки влияния травматического события" (Impact of Event Scale-R – IES-R), которая позволила оценить категории переживаний, возникающих в ответ на воздействие психотравмирующих событий. При этом нами оценивались следующие категории:

- симптомы вторжения, включающие ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли;
- симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности;
- симптомы гипервозбуждения, описывающие такие области, как злость и раздражительность, гипертрофированные реакции испуга, трудности с концентрацией внимания, психофизиологические показатели возбуждения, обусловленные воспоминаниями, бессонница.

Психологический метод с применением "Опросника депрессивности Бека" (Beck Depression Inventory - BDI). Данная методика использовалась для оценки

выраженности депрессивных симптомов у пациенток на момент проведения исследования.

“Шкала тревожности Тейлора” (Taylor Manifest Anxiety Scale) использовалась нами для диагностики уровня тревоги пациенток.

Статистический метод с компьютерной обработкой данных.

Собственно исследование было проведено в четыре этапа:

Информационно-методический этап включал сбор информации об объектах исследования (женщинах, переживших насилие в семье), а также подбор психодиагностических и психотерапевтических методов.

Диагностический этап предусматривал проведение нескольких психодиагностических срезов, а именно:

- до начала групповой психотерапевтической работы, во время первичных индивидуальных консультаций или интервью с женщинами - жертвами насилия в семье;

- во время психотерапевтической работы (как правило, на 4-5 занятия);

- после окончания психотерапевтической работы (диагностическая процедура проводилась через две недели после завершения индивидуальных консультаций).

Психотерапевтический этап заключался в реализации программы проблемно-ориентированной групповой психотерапии, использующей интегративно-эклетический подход, состоящей из 10 тематических занятий. При этом сохранялись определяющие признаки проблемно-ориентированной терапии: ориентированность на проблему, на пациента, структурированность и разнообразие методов; изменение привычных для пациента схем мышления и поведения; возможность выражения им эмоций с последующей целью реагирования; релаксации; поддержки пациента; активизации внутренних ресурсов его личности, а также способность потенцировать действие других видов психотерапии и фармакотерапии.

Аналитический этап представлял собой процесс анализа полученных данных, составление рекомендаций для дальнейшего психологического и психотерапевтического сопровождения пациенток.

Тематический план сеансов психотерапевтической группы для женщин, переживших насилие в семье, был следующим:

№	Тема занятия	Приемы и техники	Количество часов
1.	Знакомство. Выявление особенностей пациентки. Исследование состояния семьи до насилия. Диагностика травмы и оценка ее тяжести	Когнитивно-поведенческая	3
2.	Травма в контексте семейной истории	Психодрама	3
3.	Экстернализация проблемы. Разделение проблемы от личности или характера пациентки.	Когнитивно-поведенческая	5
4.	Осознание индивидуальных чувств и ощущений (страх, боль, гнев и т.д.)	Гештальт-терапия	6
5.	Работа с травматической историей. Травма как незавершенное действие. Деконструкция травмы.	Гештальт-терапия	6
6.	Трансформация травмы. Терапевтическая метафора проблемы	Суггестивные техники	6
7.	Работа с чувством вины	Когнитивно-поведенческая	6
8.	Формирование внутреннего ресурса пациенток	Телесно-ориентированные техники; арт-терапия.	5
9.	Терапевтические метафоры ресурсных состояний	Суггестивные техники	4
10.	Ритуал завершения группы	Когнитивно-поведенческая	3

Лечебный психотерапевтический сеанс имел следующую структуру:

- ритуал входа в психотерапевтическое пространство;
- самооценка пациентками своего психологического состояния;
- основной блок работы, содержание которого определялось тематикой занятия (иногда он заменялся работой психотерапевта с экстремальным состоянием участницы группы);
- индивидуальная работа пациенток по самоанализу, рефлексия;
- ритуал выхода из психотерапевтического пространства.

В процессе проведения групповой психотерапии различные психотерапевтические методики применялись в зависимости от возраста пациенток; ситуации насилия; их личностных особенностей; отмеченной у них невротической симптоматики, а также фабулы переживаний. Делалось это для построения эффективной стратегии решения пациентками беспокоивших их проблем и определения путей достижения тех целей, которые они ставили перед собой.

Основными задачами групповой психотерапии считались:

- достижение отреагирования пациентками значимых для них психологических переживаний, связанных с пережитой ситуацией насилия в семье, т.е. воздействие на «фокус» болезни;
- уменьшение интенсивности невротической симптоматики;
- повышение уровня адаптации.

Результаты и обсуждение

Проведенным исследованием установлено, что у пациенток с соматоформными расстройствами редуция показателей по субшкале избегания и субшкале гипервозбуждения (IES-R) снизилась до среднего уровня. Усилению соматоформных проявлений способствовало подавление мыслей и воспоминаний о травматических переживаниях, что клинически проявлялось симптоматикой психогенной амнезии и блокировкой эмоциональных реакций.

В то же время опросник депрессивности Бека и шкала тревоги Тейлора показали снижение интенсивности переживаемой пациентками депрессии и тревоги, клинически сопровождающихся снижением у них страха перед будущим и уменьшением чувства вины.

У пациенток с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами редуция показателей субшкалы избегания и субшкалы вторжения (IES-R) достигала высокой степени (70%) к окончанию курса групповой психотерапии. По нашему мнению, уменьшение стратегии избегания замещается более конструктивными стратегиями преодоления, такими, в частности, как планирование решения проблем, активный поиск социальной поддержки. Также отмечены снижение баллов депрессии и тревоги по шкалам Бека и Тейлора.

У пациенток с расстройствами адаптации в виде указанных в предыдущих абзацах психопатологических феноменов степень редуции показателей по шкалам (IES-R) достигает высокой степени (80%). Повысилась доля конструктивных стратегий преодоления в виде принятия ими ответственности, планирования решения проблем, самоконтроля и переоценки. Отмечены существенные положительные сдвиги по шкалам Бека и Тейлора.

Выводы

Сравнительный анализ результатов применения курса групповой психотерапии на стационарном этапе лечения показал наибольшую клиническую эффективность в отношении расстройств адаптации, несколько меньшую - в отношении тревожных и тревожно-фобических расстройств и невысокую - в отношении соматоформных расстройств.

Это может свидетельствовать об избирательном влиянии групповой психотерапии на различные уровни саморегуляции и функционирования. В первую очередь, воздействие осуществляется на нарушенные болезненным процессом формы реагирования, специфические для той или иной патологии. Описанные изменения представляются важными для профилактики рецидива психического расстройства за счет мобилизации конструктивных стратегий преодоления психотравмирующих ситуаций.

В развитии и психотерапевтической проработке симптоматики у женщин - жертв насилия в семье значительную роль играют семейные факторы и наличие социальной сети жертвы (семейная динамика, функциональность семьи, семейная поддержка, ближайшее окружение, наличие опыта насилия, имевшего место ранее, и т.д.), большинство из которых можно рассматривать в качестве ресурсов для проведения психотерапевтической коррекции и реабилитации. Итоги проделанной нами работы указывают на необходимость детализации оказания групповой психотерапевтической помощи и ее результативность.

Литература

1. Беро М.П., Краузе Р., Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. *Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии*. Д., «Капитан», 2010. - 360 с.
2. Антонян Ю.М., Бородин С.В. *Преступное поведение и психические аномалии*. - М., 1988. - 215 с.
3. Берковиц Л. *Агрессия: Причины, последствия и контроль*. - СПб., 2001. - 512 с.
4. Горшков И.В., Зулкарнеев Р.М. *Тяжкие преступления в семье*. - М., 1997. - 72 с.
5. *Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире: Обзор* /ВОЗ. - М., 2002. - 48 с.
6. Robinson E.G. *Violence against women in North America* // Arch. Women Ment. Health. 2003. Vol. 6, №3. P. 185-191.
7. Van der Kolk B.A., Finkelhor R. *Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study*. Journal Trauma Stress. №9, 1995, P 505-525.
8. Blaser A., Heim E., Ringer Ch., Thommen M. *Problemorientierte Psychotherapie: Ein integratives Konzept*. - Bern, etc.: Huber, 1992. - 226 s.

**ЗАСТОСУВАННЯ ГРУПОВОЇ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК,
ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'І**

В.В. Сорока, С.Я. Бєро

У публікації висвітлюються підсумки проведеного авторами дослідження, метою якого було оцінювання ефективності проблемно-орієнтованої психотерапії, що використовує інтегративно-еклектичний підхід в лікуванні невротичних розладів у жінок, які пережили насильство в сім'ї

Ключові слова: кризові стани у жінок, насилля в сім'ї, проблемно-орієнтована психотерапія

**USING OF GROUP PROBLEM-ORIENTED PSYCHOTHERAPY DURING NEUROTIC FRUSTRATION AMONG WOMEN, WHO
HAVE OUTLIVED VIOLENCE IN FAMILY**

V.V. Soroka, S.YA. Bero

In publications are considered totals called on author of the study, which purpose was an estimation to efficiency to problem-oriented psychotherapy, which uses integrative-eclective approach in treatment of neurotic frustration among women, who have outlived the violence in family

Keywords: critical state in women, violence in family, problem-orientated psychotherapy

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Артюх А.Г., Макаренко А.Н.</i> ПРИЧИНЫ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО РОСТА ВОЗРАСТАССОЦИИРОВАННЫХ ДЕМЕНЦИЙ В УКРАИНЕ	5
<i>К.І.Тарновецька, А.Ю.Лагутін</i> ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З РОЗШАРОВОЮЮЧОЮ АНЕВРИЗМОЮ АОРТИ ДО ТА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ (огляд літератури)	10
<i>О.О. Хаустова, Н.М.Орлова</i> СТРУКТУРНО-НОЗОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ АНГЕДОНІЇ	13
<i>А.А. Двирский, А.Е. Двирский, Т.С. Яновский, Ю.В. Иваников, Я.В. Сириков</i> МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕГО АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЙ	17
<i>В. В. Сотніченко</i> КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ	22

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В. Б. Первомайский</i> КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: СООБЩЕНИЕ	26
<i>Насинник О.А.</i> КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ III.	30

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>O. Artyukh, O. Makarenko</i> THE REASONS, THE COMPARATIVE ANALYSIS AND FEATURES OF QUANTITATIVE GROWTH AGEASSOCIATED DEMENTIAS IN UKRAINE	5
<i>K.I. Tarnovetska, A.Yu. Lagytin</i> PSYHOPATHOLOGIC STATE AND EXPEREMENTAL PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION IN PATIENTS WITH DEFFECTING AORTIC ANEURISM FOLLOWING CARDIOSURGICAL INTERVENTIONS (Literature review)	10
<i>E. Khaustova, N. Orlova</i> THE STRUCTURAL AND NOSOLOGICAL ANALYSIS OF ANHEDONIA	13
<i>A.A. Dvirsky, A.E. Dvirsky, T.S. Yanovsky, Y.V. Ivanikov, Y.V. Sirikov</i> MODIFYING INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE CLINICAL DISPLAYS AND SOCIAL DESCRIPTIONS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITHOUT CONCOMITANT ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS	17
<i>V.V. Sotnichenko</i> CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA FOR QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	22

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V. B. Pervomayskiy</i> CONCEPTUAL APPROACHES TO FORENSIC - PSYCHIATRIC ESTIMATION OF DISORDER OF THE PERSON: REPORT	26
<i>O.A. Nasinnyk</i> CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT III	30

НАРКОЛОГІЯ

<i>П. Г. Андрух</i> ФАКТОРЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ В СЕМЬЯХ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (НА ОСНОВАНИИ МЕТОДА ГЕНОЭМОЦИОГРАММЫ)	34
<i>А.В. Погосов, К.А. Куржупов</i> СОМАТИЧЕСКАЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В РЕГИОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ	38
<i>С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Г.А. Приб, Т.В. Синицька, Г.Е. Трофімчук</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР (огляд літератури)	39
<i>И. А. Бабюк, А. Е. Табачников, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова, Л. А. Гашкова, И. Б. Рымарь, С. И. Найдено</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАСТАДИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	43
<i>Е.Н. Харченко, Е.В. Харчук, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая, Е.С. Осуховская</i> СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИГРОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)	45
<i>И.А. Бабюк, Н.В.Побережная, А.Е. Табачников</i> МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВОМ ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)	53
<i>С.О.Лобанов</i> РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ХВОРИМ З УРАХУВАННЯМ ОБТЯЖЕННЯ НАРКОМАНІЯМИ	58
<i>К.В. Аймедов</i> ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛУДОМАНИИ – ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ	61
<i>Е.С.Осуховская</i> МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ	64
<i>А.Э. Гатицкая</i> ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	69

NARCOLOGY

<i>P. G. Andrukh</i> FACTORS AND DETERMINANTS OF THE FORMATION OF THE CO-DEPENDENCY IN THE FAMILIES OF PERSONS WITH CHEMICAL DEPENDENCY (ON THE BASIS OF GENOEMOTIOGRAM METHOD)	34
<i>A.V. Pogosov, K.A. Kurzhupov</i> SOMATIC AND NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC PSYCHOSES IN THE REGION OF ECOLOGICAL TROUBLE	38
<i>S.I. Tabachnikov, E.N. Kharchenko, T.V. Synytska, E.V. Kharchyk</i> PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PERSONS WITH GAMBLING DEPENDENCE (Literature review)	39
<i>I. A. Babyuk, A. E. Tabachnikov, O. E. Shults, Ts. B. Abdryachimova, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, S. I. Naidenko</i> TREATMENT OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE BY USED OF MIRTASTADIN	43
<i>E.M. Harchenko, E.V. Harchuk, O.S. Osuhovska, G.E. Trofimchuk, T.V. Synytska</i> STATE OF PROBLEM OF PLAYING AND ALCOHOLIC DEPENDENCE AT THE PRESENT STAGE (Literature review)	45
<i>N.V.Poberezhnaya, A.Y.Tabachnicov, I.A.Babiyk</i> SOCIAL AND MEDICAL PROBLEM OF BEER ABUSE AMONG YOUNG PEOPLE (Literature review)	53
<i>S.O.Lobanov</i> PRODUCTIVITY OF THE COMPLEX HELP FOR HIV- INFECTED PATIENTS IN VIEW OF ADDICTION BURDENING	58
<i>K. Aymedov</i> PSYCHOPHARMACOTHERAPY PATHOLOGICAL GAMBLING - THE DIFFERENTIATED APPROACH ...	61
<i>E. Osukhovskaya</i> RESEARCHING METHODS OF CRAVING TO GAMBLING	64
<i>A. Gatytska</i> THERAPEUTIC APPROACHES AND PSYCHOTHERAPY TACTICS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN AMBULATORY TERMS	69

ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>О. О. Фильм, О. Л. Лизак</i> МЕТОД ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНОГО СТОСУНКУ ЯК МЕТОД ДОКАЗОВОГО ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ	73
<i>А.Е. Табачников, В.С. Табачникова</i> ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ А. АДЛЕРА (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)	76
<i>Михайлов Б.В., Даценко И.Б.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	82
<i>М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока</i> СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ КРИЗИСНУЮ СИТУАЦИЮ	86
<i>А.Е. Табачников, В.С. Табачникова</i> БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)	90

PSYCHOTHERAPY

<i>A.O. Filtz, O.L. Lyzak</i> METHOD OF CENTRAL THEME OF CONFLICT ATTITUDE AS APPROVAL RESEARCH OF PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS	73
<i>A.Ye. Tabachnikov, V.S. Tabachnikova</i> INDIVIDUAL PSYCHOLOGY OF A. ADLER (Psychopatological and Psychotherapeutic models)	76
<i>B. Mychylov, I. Datsenko</i> PATHOGENICALLY MECHANISMS AND PSYCHOCORRECTION FOUNDATIONS OF PERSONALITY FORMATION DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH BRAIN DISFUNCTION	82
<i>M.P. Bero, R. Krause, S.Ya. Bero, E.G. Nikiforova, V.V. Soroka</i> MODERN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AMONG PERSONS OUTLIVED HEAVY CRISIS SITUATION	86
<i>A.Ye. Tabachnikov, V.S. Tabachnikova</i> BEHAVIORISM AND BEHAVIORAL THERAPY (Psychopatological and Psychotherapeutic models)	90

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.899-053.9-036.22(477)

Артюх А.Г., Макаренко А.Н.

ПРИЧИНЫ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОСОБЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО РОСТА ВОЗРАСТАСОЦИИРОВАННЫХ ДЕМЕНЦИЙ В УКРАИНЕ

Украинский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: возрастассоциированные деменции, болезнь Альцгеймера, распространенность, заболеваемость**Вступление**

С неуклонным ростом научно-технического прогресса в жизни людей стремительно возрастают темпы получения, обработки и хранения информации, растет экономическое и социальное благосостояние человека, каждый день совершается тысячи новых открытий и достижений. Вместе с тем человек постепенно все дальше и дальше удаляется от биологических основ своего существования.

Ускоренный темп жизни, колоссальные интеллектуальные, эмоциональные и физические нагрузки, стрессы, социальные и техногенные, экономические и духовные кризисы, загрязнение окружающей среды отходами жизнедеятельности, нерациональное использование природных ресурсов - далеко не полный перечень факторов, ведущих к износу и разрушению органов и систем человеческого организма, в первых рядах которых стоят нервная, сердечнососудистая, костная, эндокринная и другие системы. В результате человек расплачивается резким ухудшением здоровья, хронизацией течения заболеваний, в особенности невротического и психосоматического планов, появлением новых, а также изменением симптомов и синдромов давно изученных болезней.

Непрерывно увеличивается число так называемых «ранних» инсультов и инфарктов мозга, возрастает удельный вес демиелинизирующих заболеваний, других заболеваний, сопровождающихся органическими изменениями нервной системы (атрофического, интоксикационного, сосудистого характера), что в свою очередь может приводить к выраженной деменции. Одним из группы тяжелых недугов, в рамках возрастассоциированных деменций, является болезнь Альцгеймера [3]. Это заболевание представляет собой наиболее распространенную форму первичных дегенеративных деменций позднего возраста, которая характеризуется малозаметным постепенным началом в пресенильном или старческом возрасте. При этом отмечалось неуклонное прогрессирование расстройств памяти и высших корковых функций, вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом, а также определенный набор нейropатологических признаков:

- потеря нейронов, а также систем синаптических связей в коре головного мозга и некоторых субкор-

тикальных областях;

- выраженная атрофия пораженных участков, дегенерация височных и теменных долей, участков фронтальной коры и поясной извилины [14] – вследствие гибели клеток;
- появление и накопление амилоидных бляшек (плотных, в большинстве случаев нерастворимых отложений бета-амилоида и клеточного материала внутри и снаружи нейронов), а также нейрофибриллярных клубков (нерастворимых закрученных сплетений волокон) [13], особенно в височных долях мозга [11];

В связи с малоизученностью данной проблемы в Украине в целом и отдельных ее аспектов в частности, **целью данного исследования** стало проведение сравнительного анализа развития возрастассоциированных деменций (в том числе - болезни Альцгеймера) в Украине и экономически развитых странах мира, распространенность и заболеваемость данным недугом. Одновременно оценивались темпы роста, прогноз развития данного заболевания на ближайшие годы и связанные с этим возможные экономические затраты, а также зависимость роста данной группы заболеваний от демографических факторов в Украине [6].

Материалы и методы исследования

Первичными материалами данного исследования служили статистические показатели, относящиеся к распространенности, заболеваемости, амбулаторному наблюдению и стационарному лечению пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера и сосудистыми деменциями на Украине [7][8], а также в городе Киеве [5], анализ заболеваемости и её распространенности по данным мировых статистических показателей. Изучались демографические показатели Украины с 1940 года по 2008 год, а также прогнозы на период роста числа лиц пожилого и старческого возраста до 2050 года.

Для решения поставленных нами задач, использовались следующие основные методы – статистический, сравнительный, аналитический, а также традиционный метод статистической обработки полученных данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Одной из основных современных проблем населе-

ния социально развитых стран является изменение демографической структуры (снижение рождаемости, увеличение числа людей пожилого и старческого возраста [4], уменьшение количества лиц трудоспособного возраста). Это, в свою очередь, приводит к закономерным изменениям структуры распространенности и заболеваемости сердечнососудистых, онкологических, нервных, психических и других заболеваний.

В последние десятилетия прошлого и начало нынешнего века наиболее интенсивные темпы старения населения отмечаются в Японии, Дании, Норвегии, Бельгии, Венгрии, Австрии, Великобритании, Германии, Франции, в которых приблизительно пятую часть населения составляют пожилые люди [4].

По данным ООН в 1950 г. в мире насчитывалось 214 млн. человек в возрасте 60 лет и старше. В 1975 г. их количество возросло до 350 млн., а в 2000 г. - до 590 млн. По прогнозам ООН в 2025 г. их численность достигнет 1 млрд. 121 млн. человек, т.е. увеличится в 5 раз по сравнению с 1950 г. За этот период общая численность населения мира возрастет в 3 раза. Предполагается, что процент пожилых людей в населении мира увеличится с 8,5% в 1950 г. до 13,7% в 2025 г., лиц в возрасте 65 лет и старше - удвоится, а количество людей старше 80 лет в тот же период увеличится в более чем в 10 раз (с 13 до 135 млн. человек).

Для Европы в целом часть лиц в возрасте 65 лет и старше увеличилась с 8,7% в 1950 г. до 13,4% в 1990 г., и в дальнейшем этот показатель будет иметь четко определенную тенденцию роста.

Демографический анализ, проведенный Всемирной организацией здравоохранения, показал, что только с 1960 по 1990 г. средняя продолжительность жизни человека повысилась на 13,5 года, а у тех лиц, которые родились в 1985-1990 годах, средняя (ожидаемая) продолжительность жизни в экономически развитых странах достигнет 74 года, в менее развитых – только 61,5 года [4].

Характерной особенностью возрастной структуры населения Украины так же является постоянное увеличение количества лиц старшего возраста. За 1989-2004 гг. часть людей пенсионного возраста увеличилась на 5.3%, (если) в городах часть людей в возрасте свыше 60 лет в настоящее время составляет 18.6%, то в селах она значительно выше - 25.2%.

Одновременно с высокими темпами старения популяции, в Украине отмечается достаточно высокий уровень старения женского населения. На начало 2005 г. 15.4% украинских мужчин и 24.1% женщин были старше 60 лет, при этом зарегистрированы значительные отличия темпов старения людей в сельской и городской местностях.

Однако наряду с этим женщины отличаются более высоким, чем мужчины показателем долголетия (отношение населения в возрасте свыше 80 лет к количеству населения в возрасте свыше 60 лет). В 2005 г. этот показатель представлял среди женщин сельской местности 15.2%, городах - 11.7% (среди мужчин соответственно 8.1% и 6.8%). Вследствие непрерывного старения населения Украины постоянно уменьшается доля трудоспособных людей, составившая в 2004 г. - 58.8%. Особенно остро этот процесс отмечается в сельской местности Украины, где он составляет 49.5%.

Демографические процессы, происходящие в Украине, привели к тому, что наиболее интенсивно сокращается наиболее продуктивная группа населения 20-ти – 30-ти летнего возраста. Это не эпизодичное явление, а постоянный процесс, который наблюдается специалистами вторую половину XX столетия. Так, при общем увеличении численности населения в 1959-1970 гг. количество лиц трудоспособного возраста уменьшилось на 19.8%, а за декаду (1979-1989 гг.) - на 10.5%. Теперь в Украине она интенсивно уменьшается вследствие мощных миграционных процессов, что в свою очередь еще больше приведет к возрастной деформации демографической структуры населения

График 1



страны.

Вследствие постарения населения увеличивается демографическая нагрузка лиц пожилого и старческого возраста на население трудоспособного возраста. На каждую 1000 трудоспособных в стране приходится 365 детей и 412 пенсионеров (людей пожилого возраста - могут быть и молодые работающие пенсионеры), т.е. 768 нетрудоспособных людей. Эти показатели несколько ниже в городах (695 человек), что вызвано миграцией людей из сельской местности, а в селах количество нетрудоспособных больше, чем трудоспособных (по некоторым данным демографическая нагрузка в сельской местности в 1.5 раза, выше чем в городах).

Согласно данным Госкомстата в 1989 году было

зарегистрировано 23% населения в возрасте до 15 лет, 60% в возрасте 16-60 лет и 17% в возрасте свыше 60 лет. В 2006 году эти показатели составили соответственно – 16% населения в возрасте до 15 лет, 64% в возрасте 16-60 лет и 20% в возрасте свыше 60 лет.

На данном графике (график 1) представлен «демографический перекрест», то есть снижение уровня рождаемости и увеличение числа людей старше 60 лет. Одновременно отмечается рост числа людей работоспособного возраста, что образует в демографическом плане так называемое «окно возможностей», благоприятную ситуацию, когда имеется возможность эффективно использовать демографический потенциал. Но данная ситуация не долговременна, так как верхняя часть возрастного промежутка 16-60 лет, на

График 2



Таблица 1. Заболеваемость [10] у лиц старше 65 лет

Возраст	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-
Заболеваемость (новые случаи) на тысячу человек	3	6	9	23	40	69

График 3



График 4

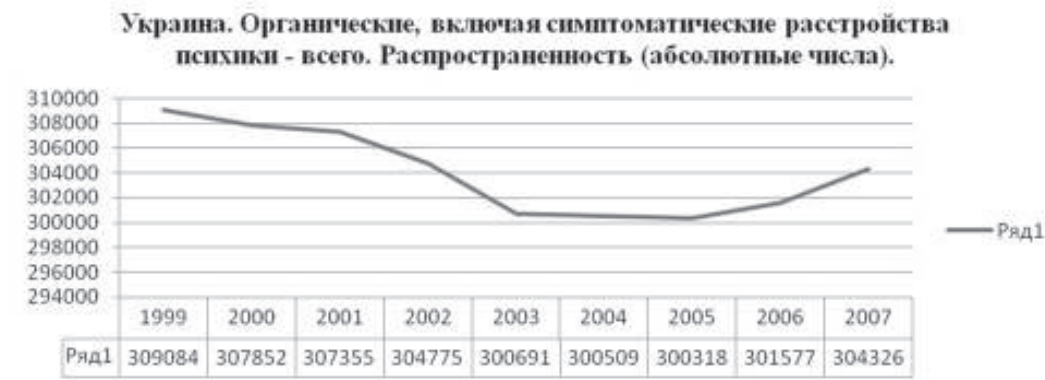
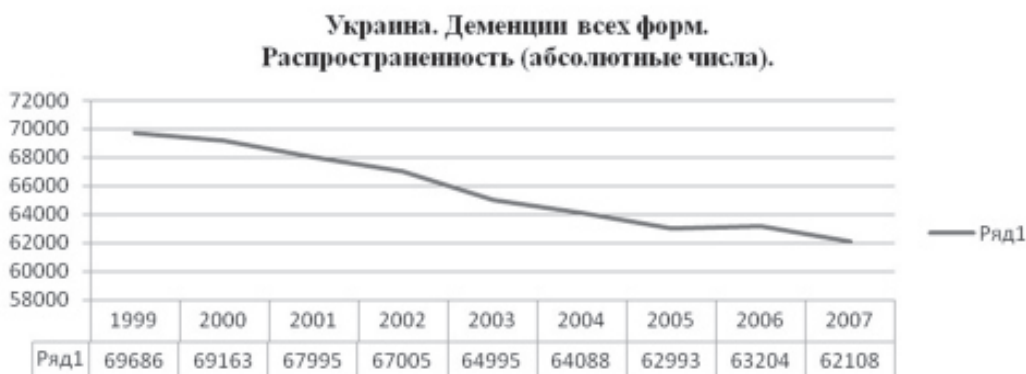


График 5



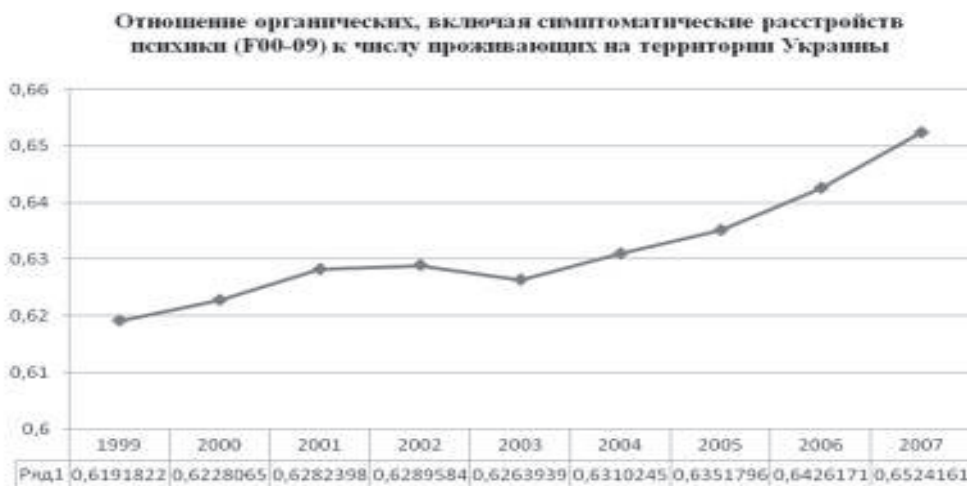
протяжении следующего десятилетия перейдет в возрастную категорию старше 60 лет, а снижение уровня рождаемости не позволит в полной мере компенсировать данную ситуацию. Таким образом «окно возможностей» в Украине закроется примерно в 2011-2012 гг.

Вышеперечисленные и ранее приведенные факторы существенно повлияли на количество постоянно проживающего населения в Украине. Согласно аналитическим исследованиям, из-за высокого уровня смертности и одного из наиболее низких уровней рождаемости в мире – менее чем через полвека (к 2050 году) население Украины может сократиться до 29 миллионов человек [международный центр перспективных исследований], что особенно неблагоприятно в связи с непрерывным постарением населения Украи-

ны, социально-экономическими проблемами, экологической обстановкой, демографическими факторами. Отмечается изменение структуры распространенности и заболеваемости населения, ростом органических, включительно с симптоматическими, расстройств психики.

Согласно данным мировой статистики, при проведении когортных говорят о заболеваемости на уровне 10-15 новых случаев на тысячу человеко-лет для всех типов деменции и 5-8 случаев для болезни Альцгеймера [10] [12]. Это составляет приблизительно половину от общего числа ежегодных диагнозов. Пожилой возраст является главным фактором риска, что отражается в статистике: на каждые пять лет после 65-летнего возраста показатель риска увеличивается примерно

График 6



вдвое (таблица 1), вырастая от 3 случаев в 65 лет до 69 случаев на тысячу человеко-лет к 95 годам [10] [12]. Существуют и половые различия, т.к. женщины заболевают болезнью Альцгеймера чаще, чем мужчины, в особенности после 85 лет [9] [12].

Проанализировав вышеперечисленные факторы (снижение численности населения, высокий уровень смертности, низкая рождаемость, демографические изменения), а также на фоне проводимых профилактических и лечебных мероприятий, снижение показателей заболеваемости и распространенности возрастассоциированных деменций в Украине [7] [8], можно считать благоприятной тенденцией (графики 3,4,5).

Однако эта тенденция представляется обманчивой в свете новых данных. При пересчете отношения числа болеющих данными нозологиями [5] [7] [8] к числу проживающих жителей Украины, была получена совершенно иная тенденция свидетельствующая о скрытых при первом рассмотрении и набирающих рост, показателях возрастассоциированных деменций в Украине (график 6).

Отмечается стремительное увеличение отношения числа болеющих данными нозологиями к числу проживающих жителей Украины. Так если в 1999 году этот показатель составлял 0,6192, то уже в 2007 году он достиг 0,6524 и имеет тенденцию к дальнейшему росту.

Таким образом, проанализировав вышеперечисленные данные, и тенденции мы можем прийти к следующим выводам:

- рост заболеваемости возрастассоциированными деменциями и Болезнью Альцгеймера усугубляется в Украине отсутствием специализированных клиник предназначенных для лечения, ухода и постоянного проживания пациентов с данными нозологиями;
- отмечается стремительное увеличение отношения числа болеющих данными нозологиями к числу проживающих жителей Украины;
- тенденции развития данной проблемы усугубляются демографическими, социальными, медицинскими проблемами в стране;
- отсутствует специально обученный персонал, осуществляющий квалифицированный патронаж таких пациентов на дому (работа по обучению пациентов и их родственников методам адаптации пациентов к новому режиму жизни, обучение бытовым навыкам, проведение тренингов памяти, упражнений лечебной физкультуры и др.) на начальных и средних стадиях развития данных заболеваний;
- в основном лечение и уход в отношении таких пациентов осуществляют родственники в домашних (за частую совершенно не приспособленных для этих целей) условиях, что приводит к ряду медицинских и социальных проблем самих пациентов, так и их родственников (синдром «выгорания», уход с работы в работоспособном возрасте для осуществления ухода и надзора за близким человеком и др.);

- лечение и проживание пациентов в данное время в основном проходит в медицинских учреждениях, не предназначенных для данной группы пациентов (дома интернаты для психохроников, отделения психиатрических больниц, терапевтические и неврологические отделения районных и областных клинических больниц);
- отсутствует специально обученный медицинский персонал;
- отсутствуют государственные программы направленные на изучение, профилактику и борьбу с данными недугами;
- отсутствует специализированный научно-исследовательский центр с систематизированной базой данных учета и лечения данных пациентов;
- выделение Болезни Альцгеймера в статистических материалах Украины в отдельную рубрику – F00, только в 2008 году (ранее он входил в рубрику F00-F03 – деменции всех форм и как проблема не выделялся).

Возможные методы и пути решения вышеуказанных проблем, мы представим в следующих статьях.

Литература

1. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. – Л., 1974.
2. Бедный М.С. Демографические процессы и прогнозы здоровья населения. – М., 1972.
3. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. – М.: Медицина, 1966. – 304 с.
4. Яценюкская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. Заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 224 с.
5. Василенко А.О., Карлова А.Л., Швачко А.С. Основні показники діяльності психоневрологічних закладів м. Києва за 2008 рік: статистичні матеріали. ГУОЗ та МЗ м. Києва. КМКПЛ №1. Київський міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги. – К.: 2009.
6. Медична і соціальна допомога людям похилого віку з психічними розладами в Україні: Збірка статей учасників семінару «Актуальні питання психіатрії похилого віку», 10-15 лютого, м. Донецьк / Під ред. І.Я. Пінчук. – К.: Сфера, 2003. – 160 с.
7. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990-2005 рр. – К.: Сфера, 2006. – 52 с.
8. Психічне здоров'я населення України: Аналітично-статистичний довідник 1990-2007 рр. Центр медичної статистики МОЗ України. Харківський інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. – К.: 2008.
9. Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, et al (December 1999). "Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group". *Neurology* 53 (9): 1992–7. PMID 10599770.
10. Bermejo-Pareja F, Benito-Leyn J, Vega S, Medrano MJ, Román GC (January 2008). "Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain". *J. Neurol. Sci.* 264 (1–2): 63–72. DOI:10.1016/j.jns.2007.07.021. PMID 17727890.
11. Bouras C, Hof PR, Giannakopoulos P, Michel JP, Morrison JH (1994). "Regional distribution of neurofibrillary tangles and senile plaques in the cerebral cortex of elderly patients: a quantitative evaluation of a one-year autopsy population from a geriatric hospital". *Cereb. Cortex* 4 (2): 138–50. PMID 8038565.
12. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, et al (January 2002). "Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study". *J Am Geriatr Soc* 50 (1): 41–8. PMID 12028245.
13. Tiraboschi P, Hansen LA, Thal LJ, Corey-Bloom J (June 2004). "–

The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD". Neurology 62 (11): 1984–9. PMID 15184601.

14. Wenk GL (2003). "Neuropathologic changes in Alzheimer's disease". J Clin Psychiatry 64 Suppl 9: 7–10. PMID 12934968

ПРИЧИНИ, ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ І ОСОБЛИВОСТІ КІЛЬКІСНОГО ЗРОСТАННЯ ВІКАСОЦІЙОВАНИХ ДЕМЕНЦІЙ В УКРАЇНІ

Артюх О.Г., Макаренко О.М.

У статті проаналізовані причини й тенденції зростання вікасоційованих деменцій в Україні, проведений порівняльний аналіз статистичних (захворюваність і поширеність) і демографічних показників України, Європи, США. Розглянуто зростання вікасоційованих деменцій, як світової проблеми всього людства.

Ключові слова: вікасоційовані деменції, хвороба Альцгеймера, поширеність, захворюваність

THE REASONS, THE COMPARATIVE ANALYSIS AND FEATURES OF QUANTITATIVE GROWTH AGEASSOCIATED DEMENTIAS IN UKRAINE

O. Artyukh, O. Makarenko

In article the reasons and growth the tendencies of ageassociated dementias in Ukraine are analysed. The comparative analysis statistical (disease and prevalence) and demographic indicators of Ukraine, Europe, the USA is carried out. Growth ageassociated dementias, as a world problem of all mankind are considered.

Keywords: ageassociated dementias, Alzheimer's disease, prevalence, disease

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

К.І.Тарновецька, А.Ю.Лагутін

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ
ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З РОЗШАРОВОЮЧОЮ АНЕВРИЗМОЮ АОРТИ ДО ТА ПІСЛЯ
ОПЕРАЦІЇ (огляд літератури)**

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

Ключові слова: психопатологічний статус, розширюючи аневризми аорти, експериментально-психологічне дослідження

XXI століття – це століття яке протікає у інтенсивному темпі життя. Це час ненормованого темпу та режиму дня, стресів, надмірних перенапружень організму людини. Стреси переважно психологічного плану, наслідком чого є висока поширеність психічних розладів, зокрема неспокійного реєстру. Натомість психічні розлади, призводять до кардіологічних захворювань, серед яких однією з перших є розширююча аневризма аорти (РАА).

Аневризмою аорти називають локальне мішкоподібне вибухання стінки або дифузне розширення всієї аорти більш ніж у два рази порівняно з нормою.

За етіологією:

1) Вродженні захворювання стінки аорти (хвороба Марфана, синдром Елерса-Данлоса, фіброзна дисплазія).

2) Набуті захворювання

- запальні: специфічні та не специфічні, післяопераційні;
- неzapальні: дегенеративні (атеросклеротична, аневризми трансплантатів);
- механічні;
- ідіоматичні (медіонекроз Ердгеймера, медіонекроз під час вагітності). Клінічний перебіг аневризми

аорти буває безсимптомним, неускладненим, розширюючим.

Розширююча аневризма аорти – раптовий дефект внутрішньої оболонки стінки аорти з подальшим проникненням потоку крові в дегенеративно змінений середній прошарок, утворенням внутрішньостінної гематоми та прокольним розширенням стінки аорти.

Класифікують:

I тип – розрив внутрішньої оболонки локалізується у висхідній частині аорти, розширення стінок до черевної частини аорти:

а) розширення закінчується сліпим мішком у дистальних відділах аорти;

б) є другий дистальний розрив аорти.

II тип – розрив внутрішньої оболонки знаходиться в висхідній частині аорти, розширення закінчується сліпим мішком проксимально плечового стовбура.

III тип – розрив внутрішньої оболонки аорти локалізується в початковому відділі низхідної частини грудної аорти дистальніше вустя лівої підключичної артерії. Хибний просвіт аорти повністю закривається тромбом; за відсутності симптомів компресії сусідніх органів може наступити «самовиліковування» [5;15;16;17].

Клінічна картина РАА дуже різноманітна, діагностувати її найімовірніше важко, вірний діагноз ставлять лише у третині всіх випадків захворювання. За даними інституту серцево-судинної хірургії АМН України ризик смерті хворих з РАА складає 50-60%, післяопераційна смертність 12,4% (Л. Л. Ситар, 2000), а кількість випадків РАА невинно росте.[9] За десять років (1991–2000 рр.) на базі Львівського обласного патологоанатомічного бюро Інституту клінічної патології та патологоанатомічного відділення клінічної лікарні Львівської залізниці проведений ретроспективний аналіз 101 спостереження смерті від РАА. З них у 54 (53,5%) хворих РАА мала інфарктоподібний перебіг. При цьому у 36 – ІМ лишився заключним (посмертним) клінічним діагнозом. “Кардіальна” маска РАА відзначена у 38 (70,4%) чоловіків і 16 (29,6%) жінок віком від 25 до 80 років. Найчастіше анеризми і розрив аорти виявляли у хворих віком від 50 до 70 років, 12 (22,2%) хворих померли в більш молодому віці – до 50 років. [5] Треба зазначити, що лише своєчасне хірургічне втручання дозволяє врятувати значну частину хворих. Вірний діагноз РАА найчастіше встановлюють під час проведення ехокардіографії, але внаслідок недостатньої візуалізації надклапанної частини висхідної частини аорти ехокардіографія часто буває малоінформативна. Операції на РАА, як правило, проводять в умовах довготривалої перфузії. [10] Використання штучного кровообігу при кардіохірургічних втручаннях досить часто (від 5,6 до 90% випадків) є причиною нейропсихологічних ускладнень (гострі психози, психоз 5-ого дня, делірії, розлади когнітивної сфери, депресії і т. і). [8;4]

Для характеристики когнітивних порушень (КП) визначимо когнітивні функції: під цим терміном прийнято розуміти найбільш складні функції головного мозку (ГМ), за допомогою яких здійснюються процеси пізнання світу. До когнітивних функцій відносяться: пам'ять, гнозис, мова, праксис та інтелект.

- Пам'ять – здатність ГМ запам'ятовувати, зберігати та відтворювати необхідну інформацію, для повсякденної діяльності.

- Гнозис – функція сприймання інформації, її обробка та синтез елементарних сенсорних відчуттів в загальні образи. Порушення гнозису – агнозія.

- Мова – здатність обмінюватись інформацією за допомогою висловів, слів. Порушення мови – афазія.

- Праксис – здатність набувати, зберігати, і використовувати різноманітні рухові навички.

- Інтелект — здатність виконувати свідомі розумові дії, такі як: систематизація, зіставлення, виокремлення, формування поняття, порівняння, поєднання, категоризація, організація, кількісний розрахунок, з'ясування причин і наслідків, характеристика, моделювання, пошук зв'язків, перебір варіантів, візуалізація, вербалізація, узагальнення, структурування, розбір, осмислення, позбавлення, регуляція і т.д. [2].

При цьому порушення когнітивних функцій включають в себе патологію короткотривалої та довготрива-

лої пам'яті, зниження уваги та її концентрації, уповільнення психомоторної реакції [4]. На даний час не достатньо вивчено типи когнітивних розладів, що зустрічаються і характер їх перебігу у кардіохірургічних хворих з РАА до і після операції.

За даними Наукового центра серцево-судинної хірургії ім. А.Н. Бакулева, у оперованих пацієнтів найбільш часто зустрічаються наступні типи особистісних реакцій

- 1) Адекватні (нормальні);

- 2) Патологічні (невротичні, кардіофобічні, тривого-депресивні, іпохондричні, істеричні).

Реакція на кардіохірургічні втручання розцінюється як адекватна, якщо пацієнт дотримується всіх рекомендацій лікаря. Для кардіофобічної реакції найбільш характерний страх смерті. При депресивних реакціях – зниження настрою, песимістична оцінка прогнозу. [18;13]

У багатьох народів світу серце пов'язують із станом емоцій. Емоційні переживання відповідають тим чи іншим різним відчуттям у ділянці серця. В. Кеннон, доктор медичних наук, американський психофізіолог, вивчав вплив емоцій на фізіологічні функції. Він показав, що під впливом емоцій може проходити збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи і посилення симпатико-тонічного дії, результатом чого є перерозподіл крові: посилений приток до серця, легень, центральної нервової системи, кінцівок і відтік до брюшної частини. Такі зміни периферичного кровообігу слугують основою для появи різних відчуттів, таких як: напруга в голові, пульсування у скронях, шум у вухах, перед запаморочна «пустота у голові» та інші. [11]

В психосоматичній медицині виділяють «Коронарний тип особистості» (Ф. Донбар, 1948) або тип особистості А, який входить в групу ризику по коронарній хворобі що включає РАА. Для людей такого типу характерно: амбіційність, велика жага до успіху, одержимість роботою, нетерпимість, запальність, агресивність, що поєднуються з підвищеним відчуттям відповідальності та пригніченням внутрішніх потягів шляхом контролю за своїми емоціями, що призводить до постійного ефекту напруги. Специфічних маркерів для визначення коронарного типу особистості поки що не існує, тому все визначає експериментально-психологічне дослідження.[11;12]

Підхід до експериментально-психологічного дослідження проводиться комплексно, до та після операції. Метою дослідження є: виявлення порушення психічних функцій і психологічних особливостей людини. Важливо оцінити стан пацієнта під час проведення дослідження, до і після операції. Як правило, ті чи інші психопатологічні розлади присутні в стані пацієнта, у вигляді суб'єктивних розладів. Під час дослідження – психіатр (клініцист, психотерапевт) повинен зрозуміти про які саме розлади йде мова, і які їхні особливості, з яким психопатологічним статусом вони пов'язані. [14] Психологічне дослідження дозволяє якісно та кількіс-

но оцінити зміни в стані пацієнта, в тому числі тільки ті що починаються і не є різко вираженими. Дослідження може виявити зміни які ще не помітні зовні, та не усвідомлюються самим хворим. Оцінка особистісних особливостей соціального (в тому числі сімейного) функціонування, таку інформацію важливо отримати для подальшого плану побудови психокорекційних та психопрофілактичних програм. При дослідженні важливо також оцінити наявність мозкових уражень. Для цього проводяться такі дослідження як: електроенцефалографія із картуванням спектральної потужності біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ), кардіоінтервалографія (КІГ), доплерографія інтракраніальних судин. Невід'ємною частиною є біохімічні дослідження.[3]

При проведенні експериментально – психологічного дослідження пацієнту обов'язково сповіщається ціль дослідження, а також при бажанні він може дізнатись і результати дослідження.

Для проведення дослідження ми підібрали ряд методик які представлені у таблиці нижче. [6; 7; 1]

Попередній підбір методик для експериментального дослідження

Назва методики	Ціль дослідження
Методика А.Лурія на запам'ятовування 10 слів	Допомагає визначити рівень мнестичних функцій – короткочасну та довготривалу пам'ять
Модифіковані таблиці Шульте	Об'єм і стійкість уваги, сенсомоторні реакції
Коректурна проба	Визначає концентрацію уваги.
Шкали тривоги та депресій Бека	Визначення рівня депресивного стану
САН тест диференціальної самооцінки функціонального стану	Визначення рівня активності, настрою, самопочуття
Опитувальник Сердюка	Для вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби
Методика оцінки рівня тривоги Ч.Д. Спилберга адаптована Ю.Л. Ханін	Особистісна та реактивна тривожність
Психогеоетричний тест	Для визначення аналізу особистості

Таким чином, дотримання принципу комплексного обстеження та інтерпретації отриманих даних, дає можливість настроїти пацієнта на хороший перебіг операції, а також запобігти післяопераційним ускладненням, психічним порушенням непсихотичного регістру після операцій на серці.

Психічні порушення у після операційному періоді проходять в три етапи:

адинамічний – 2-4 доба після проведення операції; невротичний – 4-15 доба після проведення операції;

період зворотнього розвитку астенічних явищ – 1-3 місяці після операції (Ковальов В.В., 1947).

На першому етапі (після операцій на серці) хворий виснажений, дещо в приглушеному стані, байдужий до навколишнього середовища і свого стану. Вони з великим зусиллям відповідають на питання тихим голосом, швидко втомлюються. У другому етапі, невротичному, вони стають більш активними, чітко виступають іпохондричність та подразлива слабкість. Можливі також рухова збудженість, тривога за стан здоров'я. Іноді виникає підняття настрою з балакучістю, безтурботним відношенням до хвороби; такий стан може становити ризик для фізичного стану хворого, тому що вони починають робити різкі рухи і пориви встати; погіршення сну, з'являється галюцинаторне сприймання навколишнього середовища, що натовість ускладнює картину хвороби. В такому стані пацієнти потребують допомоги психотерапевта, який буде враховувати втому та виснаження хворого. З кінця другого тижня після операції стан поступово покращується [12;18].

Основними задачами реабілітації на цих етапах є: формування у пацієнта адекватного відношення до свого стану, зняття психоемоційної напруги обумовленої операцією, формування оптимістичних настанов. Проведення психологічної реабілітації потребує від психолога постійно формувати хворому оптимістичний погляд в майбутнє, та повернення до повноцінного життя [13].

У зв'язку з цим, вивчення реакцій когнітивних функцій (до і після операції) хворим, яким проводиться кардіохірургічне втручання в умовах довготривалої перфузії, залишається недостатньо вивченим та актуальним. Не уточнено психопатологічний статус хворих з розширювальною аневризмою аорти до операційного втручання з ретроградною перфузією та у післяопераційному періоді.

Література

- Бурлачук Л.Ф. // Словарь – справочник по психодиагностике. 3-е изд. – СПб: Питер 2008 с.350-351
- Васильева Н.Ю., Жаринов О.И., Кузь В.А., Епачинцева О.А. / Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Украинський кардіологічний журнал 5/2009 с.91
- Гофмана А.Г. / Психиатрия справочник практического врача : МЕД Пресс – информ, 2006 с.22-23.
- Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002 с.1 с.47-48
- “Кардіальні” маски при розширювальної аневризмі аорти Зербіно Д.Д., Кияк Ю.Г., Кузик Ю.І. / Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького с. 4-7
- Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.1 с.39-45; с.238- 241
- Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.2 с.229-230;

8. Князькова Л.Г., Могутнова Т.А., Захарова С.Л., Сидельников С.Г., Ломиворотова В.В. Анестезиология, реаниматология и перфузиология // Специфические Белки нервной ткани в оценке повреждения мозга при операциях на дуге аорты в условиях длительных гипотермических перфузий №2- 2008 с.1

9. Кузик Ю.І. Медіанекроз аорти – розширююча аневризма аорти: етіологія та морфогенез: Дис. канд. мед. наук: 14.03.02 / Львівський держ. медичний ун-т ім. Данила Галицького с. 149-155

10. Кузик Ю.І. Український кардіологічний журнал // Розширююча аневризма аорти та гостра коронарна недостатність особливості диференціальної діагностики 4/2008 с.1

11. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая Психология 1-е издание – Москва 2005 с. 253-255.

12. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая Психология 2-е издание – Москва 2005 с.249-250.

13. Лядова К.В., Преображенский Н.В. и др. / Реабилитация

кардиологических больных – М: ГЭОТАР-Медия, 2005, с.288

14. Психиатрия. Национальное руководство / Глав. Ред. акад. РАМН Дмитриева Т.Б., проф. Краснов В.Н., проф. Незнанов Н.Г. и т.д., Редактор Александровский Ю.А. – Москва «ГЭОТАР-Медия» 2009г. с.23-27

15. Середюк Н.Н., Вольвин В.М., Якимчук В.Н. и др. Особенности течения расслаивающей аневризмы аорты // Врачебное дело. – 1990. – № 3. – С. 55-57.

16. Ситар Л.Л., Кравченко И.Н. Аневризмы грудной аорты // Лікування та діагностика. – 1999–2000. – № 4–1. – с. 44-46.

17. Султанамиев Т.А. Трудности в диагностике аневризм грудной аорты // Здоровоохранение Казахстана. – 1989. – № 6. – С. 60-61.

18. Фухтей И.М. / Особенности введения пациентов перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем эпизоде послеоперационном периоде / Ліки України 2008 №9(125-0126) листопад- грудень с.31-35

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (обзор литературы)

К.И. Тарновецкая, А.Ю. Лагутин

В статье рассматриваются этапы диагностического процесса по выявлению психических расстройств непсихотического регистра у кардиохирургических больных с расслаивающей аневризмой аорты. Показан приоритет исследования когнитивной и эмоционально-волевой сферы.

Ключевые слова: психопатологический статус, расслаивающаяся аневризма аорты, экспериментально - психологическое исследование

PSYNOPATHOLOGIC STATE AND EXPEREMENTAL PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION IN PATIENTS WITH DEFFECTING AORTIC ANEURISM FOLLOWING CARDIOSURGICAL INTERVENTIONS (Literature review)

К.І. Тарновецька, А.Ю. Лагутин

In the article were investigated the stages of the process of the diagnostic of psychic disorders non psychotic registry in cardio surgical patients with defecting aortic aneurism. Priority of the investigations of the cognitive and emotional-will sphere was showing.

Keywords: psychopathologic state, defecting aortic aneurism, experimental psychological investigation

УДК 616.89-008.484+005

О.О. Хаустова, Н.М. Орлова

СТРУКТУРНО-НОЗОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ АНГЕДОНІЇ

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

Ключові слова: ангедонія, параноїдна шизофренія, негативна симптоматика, постшизофренічна депресія, депресивний розлад

Ангедонія визначається як нездатність отримувати задоволення від справ і обставин, що раніше зазвичай приносили задоволення [1]. Як поняття, «ангедонія» вперше була визначена наприкінці XIX сторіччя Т. Рибо [4]. В часи Е. Bleuler [9] та Е. Kraepelin [17] ангедонія вважалась клінічною ознакою синдрому дефіциту при шизофренії та була одним з основних симптомів депресії [17;11;13;14]. Прояви ангедонії також спостерігалися і при низці інших психічних і соматичних розладах, і суттєво впливають на якість життя людини [22;3;2].

Багатьма авторами [6;7;21;12] ангедонія розглядалася як один з негативних симптомів в структурі дефіцитарної симптоматики при шизофренії, іншими ж [5;24] відносилася до депресивних розладів різної нозологічної приналежності. В англomовній науковій літературі ангедонію поділяють на «природну» і «соціальну» [10]. «Природна» ангедонія зазвичай передуює початку хвороби та являє собою зниження або

зовсім відсутність здатності відчувати природне задоволення (їжа, дотик, звуки та інше). «Соціальна» ангедонія є дефіцитом здатності відчувати внутрішньопersonальне задоволення (задоволення від існування серед людей, спілкування, сексуальне задоволення і таке інше) [20;23;8;15]. Але, попри існування численних іноземних досліджень в цієї області, не достатньо вивчені ангедонічні прояви при різній психічній патології. Метою дослідження було вивчення ангедонічних проявів при параноїчній шизофренії з переважанням негативного афекту, пост шизофренічній депресії та депресивному синдромі різної нозологічної приналежності для подальшої корекції цього стану.

Матеріал і методи

Було обстежено 272 пацієнта на базі київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Для дослідження рівня ангедонії у психічнохворих застосовували шкалу для визначення рівня ангедонії, згідно якої сум а балів від 14 до 39 балів вказує на наявність анге-

донії та більше 40 балів – вказує на відсутність ангедонії, а також клініко-анамнестичні методи і методи математичної статистики. Результати оброблялись за допомогою комп'ютерної програми Exell та SPSS for Windows.

Завданням дослідження було прослідити закономірність та виявити найбільш виражену ангедонію в різних блоках у пацієнтів різних груп.

В дослідженні приймали участь 272 пацієнтів, з яких на скринінгу у 157 (57,72%) був виявлений феномен ангедонії. Опитування проводилося після отримання інформованої згоди.

Серед пацієнтів з ангедонією було сформовано 3 групи. 1-а група - 60 пацієнтів з параноїдною шизофренією з переважанням негативної симптоматики (F 20.00). 2-а група - 60 пацієнтів з постпшизофренічною депресією (F 20.40). 3-я група - 37 пацієнтів з депресивними розладами різної нозологічної приналежності, яку склали 14 (37,84%) пацієнтів з діагнозом ВАР, поточний епізод помірної або тяжкої депресії без психотичних симптомів з або без соматичних симптомів (F 31.3, F 31.4), 10 (27,03%) пацієнтів з депресивним епізодом помірної і тяжкого ступеню тяжкості з соматичними та без соматичних симптомів (F 32.1; F 32.2), 13 (35,13%) пацієнтів з рекурентним депресивним розладом, поточним епізодом помірним або тяжким без і з психотичними симптомами, а також з соматичними і без соматичних симптомів (F 33.1; F 33.2; F 33.3).

Загальний рівень ангедонії в цих групах при первинному огляді коливався від 14 до 38 балів (середній рівень $21,08 \pm 0,42$), що відповідає ангедонії вираженого ступеню.

Критерії включення пацієнтів в дослідження

Позитивні результати скринінга, що потребують клініко – психопатологічної діагностики ангедонії. Вік від 18 до 70 років. Наявність психічного захворювання

(параноїдна шизофренія з переважанням негативної симптоматики, постпшизофренічна депресія, депресивні розлади різної нозологічної приналежності). Стандартна терапія психічного захворювання.

Критерії виключення

Ознаки тяжкого органічного ураження головного мозку, виражені розлади особистості. Тяжкі супутні соматичні захворювання.

Результати дослідження

Для кращого пояснення ми сформували 4 блоки, що включають пункти шкали ангедонії.

1. Блок «Інтереси»-1,4,8,9 пункти шкали - відношення пацієнта до якоїсь діяльності (робота, перегляд телевізору, читання і т.т.к інше) та своєму зовнішньому вигляду;

2. Блок «Задоволення від їжі» - 3,10 пункти шкали - відношення пацієнта до їжі і напоїв;

3. Блок «Соціальні взаємодії, взаємодопомога» - 2,7,13,14 пункти шкали - відношення пацієнта з близькими і оточуючими його людьми;

4. Блок «Відчуття, естетика» - 5,6,11,12 пункти шкали - відношення пацієнта до оточуючого середовища, природі.

Блок «Інтереси» і блок «Соціальні взаємодії, взаємодопомога» складають «соціальну» ангедонію. В той час як блок «Задоволення від їжі» і блок «Відчуття, естетика» складають «природну» ангедонію.

Найбільш часто в нашому дослідженні ангедонія спостерігалась у пацієнтів з постпшизофренічною депресією (66,66%). На рисунку 1 показані загальні тенденції розподілення ангедонії серед пацієнтів з постпшизофренічною депресією (ПШД) та її зміни під час лікування.

В групі пацієнтів з постпшизофренічною депресією на початку лікування спостерігались виражені ангедонічні прояви ($21,85 \pm 0,66$ балів) головним чином в

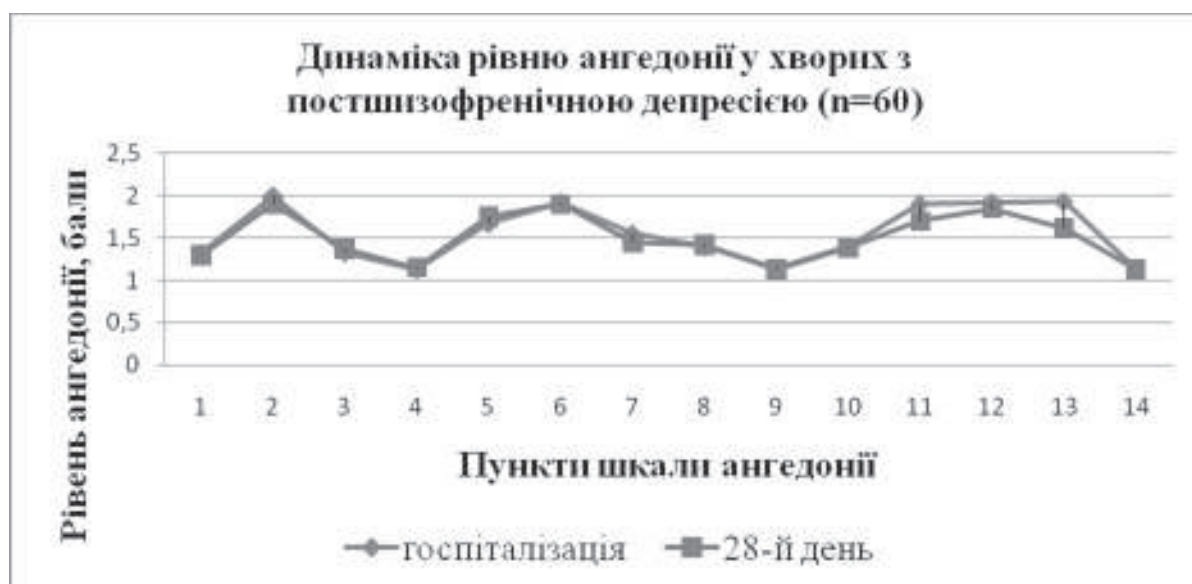


Рис. 1. Динаміка рівню ангедонії в групі пацієнтів з постпшизофренічною депресією при госпіталізації та через 28 днів лікування

блоці «інтереси» (пункти 1,4,8,9), потім в блоці «задоволення від їжі» (пункти 3,10) і в блоці «соціальні взаємодії і взаємодопомога» (пункт 14). Через 28 днів лікування вираженості ангедонічних проявів залишилась на попередньому рівні ($21,10 \pm 0,56$ балів) в блоці «соціальні взаємодії і взаємодопомога» (пункти 2,7) та блоці «відчуття, естетика» (пункти 11,13). Таким чином при постшизофренічній депресії спостерігається «змішана» - «природно-соціальна» ангедонія з достовірною негативною динамікою ($r=0,956$; $p \leq 0,01$).

Наступною по значущості була група пацієнтів з ангедонією при параноїдній шизофренії з переважанням негативної симптоматики (52,17%). На рисунку 2 показані загальні тенденції розподілення ангедонії серед пацієнтів з параноїдною шизофренією з переважанням негативної симптоматики (група НШ) та її зміни через 28 днів лікування.

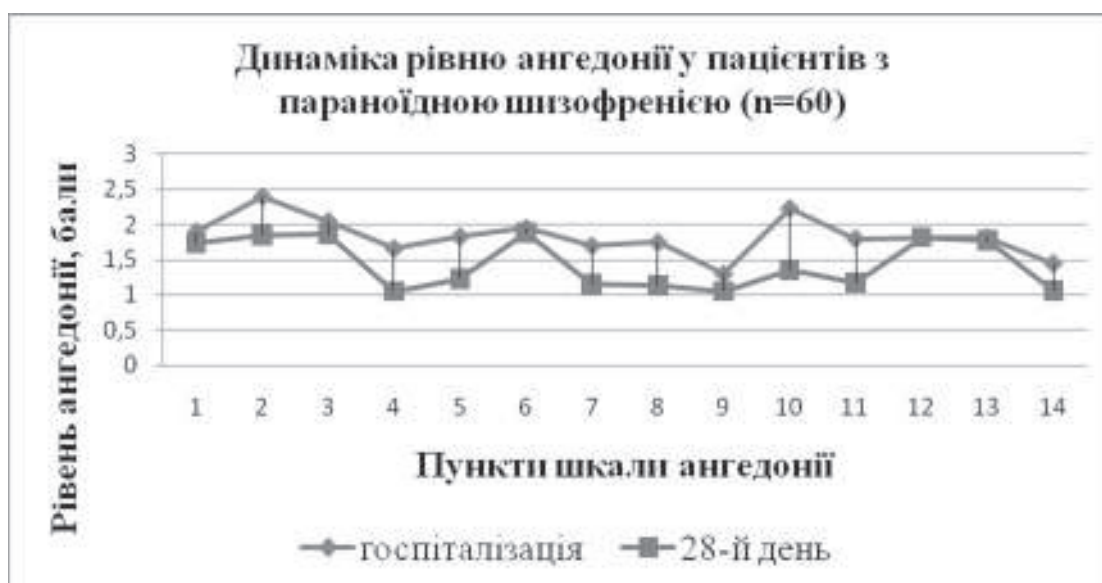


Рис. 2. Динаміка рівню ангедонії серед пацієнтів з параноїдною шизофренією при госпіталізації та через 28 днів лікування

В групі пацієнтів з параноїдною шизофренією з переважанням негативної симптоматики при госпіталізації спостерігалась ангедонія середнього ступеню виразності ($22,48 \pm 0,71$ балів) в блоці «інтереси» (пункти 1, 4, 8, 9), потім в блоці «соціальні взаємодії і взаємодопомога» (пункти 7, 13, 14) і в блоці «відчуття, естетика» (пункт 11, 12). Через 28 днів лікування ангедонічні прояви залишились на попередньому рівні у тих же самих блоках ($22,28 \pm 0,51$ балів), що і при госпіталізації. Тобто серед пацієнтів з параноїдною шизофренією найбільш вираженою була «соціальна» ангедонія з достовірною негативною динамікою ($r=0,850$; $p \leq 0,01$).

Виходячи з результатів дослідження бачимо, що у пацієнтів з параноїдною шизофренією з переважанням негативної симптоматики і з постшизофренічною депресією відмічались загальні виражені ангедонічні прояви в блоці «інтереси», потім в блоці «соціальні

взаємодії і взаємодопомога» та менш виражені в блоці «відчуття, естетика» та «задоволення від їжі». Тобто найбільш вираженою була «соціальна» ангедонія.

Наступна чимала група досліджених - ангедонічні пацієнти з депресивним розладом різної нозологічної приналежності (ДРА).

На рисунку 3 показані загальні тенденції розподілення ангедонічної симптоматики у пацієнтів з депресивним розладом при госпіталізації та через 28 днів лікування.

В групі пацієнтів з депресивним розладом виражені ангедонічні прояви ($17,57 \pm 0,54$ балів) відмічались головним чином в блоці «інтереси» (пункт 4,8,9), потім в блоці «задоволення від їжі» (пункт 3,10), а також в блоці «відчуття, естетика» (пункт 5,6,12). Через 28 днів лікування спостерігалась ангедонія середньої вираженості ($25,00 \pm 0,64$ балів) у всіх сферах.

Отже у пацієнтів з депресивними розладами різної нозологічної приналежності найбільш вираженою була «природна» ангедонія з тенденцією до позитивної динаміки.

Обговорення результатів дослідження

Ангедонія при параноїдній шизофренії є стабільно існуючий стан і має тенденцію до посилення виразності при перебігу захворювання [18;19;16]. Ангедонічні прояви були цілодобово стійкими без коливання виразності.

Симптом ангедонії є одним з значущих і при постшизофренічних станах. Наявність її в клінічній картині хвороби обтяжувало протікання хвороби, що є прогностично неблагоприємним признаком.

Феномен ангедонії при параноїдній шизофренії однаково характерний в більшій мірі для депресивно-параноїдного синдрому, негативного апатико-дисоціативного синдрому і астеноподібного синдрому та в меншій мірі для психопатоподібного і псевдоорганіч-

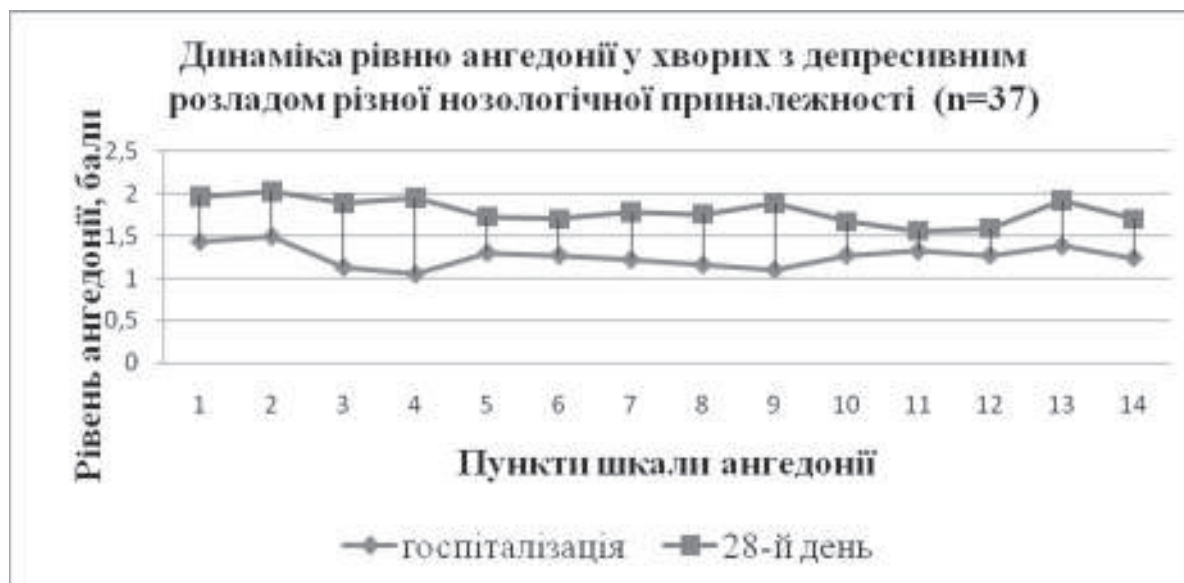


Рис. 3. Динаміка рівню ангедонії у хворих з депресивним розладом різної нозологічної приналежності при госпіталізації та через 28 днів лікування

ного синдрому.

При депресивних розладах різної нозологічної приналежності ангедонія була сильніше виражена в гострому періоді захворювання. В процесі комплексного лікування спостерігалось послаблення ангедонічних проявів в період стабілізації психічного стану. Однак рівень ангедонії в інтермісії зберігається [25]. В поодиноких випадках (1 з 37) спостерігалось добове коливання рівня ангедонії: Більш виражена ангедонія спостерігалась вранці до 10 годин і вдень з 14 до 17 годин. То б то ангедонія при депресивних розладах схильна до коливання вираженості в залежності від стадії захворювання, а саме гострій стадії захворювання вона більш виражена, ніж в інтермісії. Таким чином:

1. Виділено феноменологічні особливості ангедонії при параноїдній шизофренії з переважанням негативної симптоматики, при постшизофренічній депресії, при депресивних розладах різної нозологічної приналежності.

2. Для параноїдної шизофренії з переважанням негативної симптоматики і постшизофренічної депресії були характерні загальні ангедонічні прояви середнього та важкого ступеню (в середньому відповідно $22,38 \pm 0,61$ балів і $21,47 \pm 0,61$ балів) «соціальної» ангедонії з достовірною негативною динамікою ($p \leq 0,01$).

3. Характерним для депресивного розладу була «природна» ангедонія вираженого ступеню (середнє $21,28 \pm 0,59$ балів) з тенденцією до позитивної динаміки.

Література

- Блейхер В.М., Крук И.В. «Толковый словарь психиатрических терминов»/Под ред.к.м.н. С.Н.Бокова. - Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1995 г.- 640 с.
- Гарганеева Н.П. «Психосоциальный стресс и метаболизм липидов: концепция факторов риска и новый подход к профилактике

сердечно-сосудистых заболеваний»// РМЖ, Неврология и психиатрия, том 16, ? 12, 2008,

3. Петрова Н.Н. Коморбидность психической и соматической патологии в условиях лечения гемодиализом.//Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Нефрология, 2003, том 7, приложение 1. ISSN 1561-6274.

4. Рибо Т. Болезни личности. Опыт исследования творческого воображения. Психология чувств. – Мн.:Харвест, 2002. – 784 с. – (Классика мировой психологии)

5. Степанов И. Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий: Феноменология, динамика, принципы терапии: автореферат дис.... доктора медицинских наук : 14.00.18 / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии//Москва, 2004, 47 с.

6. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1982 Jul;39 (7):784-788

7. Blanchard, J.J., Cohen, A.S. (2006). The structure of negative symptoms in schizophrenia: Implications for assessment. Schizophrenia Bulletin, 32, 238-245.

8. Blanchard, JJ, Bellack AS., Mueser, KT. Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia. J Abnorm Psychol 1994; 103:719-28.

9. Bleuler, E. Zinkin, J, trans. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias 1950 New York: International Universities Press [1911]; 1950

10. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Scale for physical and social anhedonia. J Abnorm Psychol 1976; 85: 374-82

11. Fawcett J, Clark DC, Scheftner WA, Hedeker D. Difference between anhedonic and normally hedonic depressive states. Am J Psychiatry 1983; 140:1027-1030

12. Galderisi S. Deficit schizophrenia – a disorder separate from non-deficit forms of schizophrenia? European Archives of Psychiatry + Clinical Neuroscience, 2009, Vol.259., suppl.1, S10.

13. Klein D.F. Endogenomorphic depression. Arch Gen Psychiat 1974; 31: 447-454

14. Klein, D. Depression and anhedonia. In Clark, DC and Fawcett, J (Eds.). Anhedonia and affect deficit states 1984, New York: PMA Publishing.

15. Kollias CT, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Stamouli S, Margariti M, Petridou E. Association of physical and social anhedonia with depression in the acute phase of schizophrenia. Psychopathology. 2008;41(6):365-70.

16. Kontaxakis VP., Kollias CT., Havaki-Kontaxaki BJ., Margariti MM., Stamouli SS., Petridou E., Christodoulou GN. Physical anhedonia in the acute phase of schizophrenia. Annals of General Psychiatry

2006,18; 5:1

17. Kraepelin, E. *Psychiatrie, eighth edition.* Leipzig, Germany:Deuticke;1919

18. Loas G., Monestes JL., Ingelaere A., Noisette C., Herbener ES. *Stability and relationships between trait or state anhedonia and schizophrenic symptoms in schizophrenia: a 13-year follow-up study.* *Psychiatry Research* (2009) Vol 166. Issue 2., pp.132-140

19. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. *Anhedonia in Chronic Schizophrenia: a specific dimension?* *European Psychiatry*, 2000, Vol. 11, Suppl. 4, pp.246s-247s

20. Meehl, P.E. *Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia.* *Am Psychol* 1962; 17:827-838.

21. Pelizza L. *Anhedonia in Schizophrenia.* *Giorn Ital Psicopat* 2006; 12: 415-423

22. Prïau M, Bonnet A, Bouhnik AD, Fernandez L, Obadia Y, Spire B. *Anhedonia and depressive symptomatology among HIV-infected patients with highly active antiretroviral therapies (ANRS-EN12-VESPA).* *Encephale*. 2008 Sep;34(4):385-93.

23. Rado, S. *Psychoanalysis of Behavior: The Collected Papers of Sandor Rado 1962* New York: Grune and Stratton Vol; 2:.

24. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C, Kosel M, Brodessaer D, Axmacher N, Joe AY, Kreft M, Lenartz D, Sturm V. *Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression.* *Neuropsychopharmacology*. 2008 Jan;33(2):368-77.

25. Schrader G.D. *Does anhedonia correlate with depression severity in chronic depression?* *Comprehensive Psychiatry*, Volume 38, Issue 5, 1997, pp.260-263

СТРУКТУРНО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНГЕДОНИИ

Е.А. Хаустова, Н.Н. Орлова

Проанализирована структура феномена ангедонии у 157 пациентов. Проведен сравнительный анализ ангедонии у пациентов с параноидной шизофренией с преобладанием негативной симптоматики, пост-шизофренической депрессией и депрессивным расстройством разной нозологической принадлежности. Выделены феноменологические варианты ангедонии, соответственно ее нозологической принадлежности.

Ключевые слова: ангедония, параноидная шизофрения, негативная симптоматика, постшизофреническая депрессия, депрессивное расстройство

THE STRUCTURAL AND NOSOLOGICAL ANALYSIS OF ANHEDONIA

E. Khaustova, N. Orlova

Among 157 patients were analyzed the structure of anhedonia phenomena. The comparative analysis of anhedonia at patients with paranoid schizophrenia with negative symptoms, postpsychotic depression and depressive disorder of different nosological affiliation was conducted. The phenomenological modifications of anhedonia with its nosological affiliation were separated.

Keywords: anhedonia, paranoid schizophrenia, negative symptoms, postpsychotic depression, depressive disorder

2006,18; 5:1

17. Kraepelin, E. *Psychiatrie, eighth edition*. Leipzig, Germany:Deuticke;1919

18. Loas G., Monestes JL., Ingelaere A., Noisette C., Herbener ES. *Stability and relationships between trait or state anhedonia and schizophrenic symptoms in schizophrenia: a 13-year follow-up study*. *Psychiatry Research* (2009) Vol 166. Issue 2., pp.132-140

19. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. *Anhedonia in Chronic Schizophrenia: a specific dimension?* *European Psychiatry*, 2000, Vol. 11, Suppl.4, pp.246s-247s

20. Meehl, P.E. *Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia*. *Am Psychol* 1962; 17:827-838.

21. Pelizza L. *Anhedonia in Schizophrenia*. *Giorn Ital Psicopat* 2006; 12: 415-423

22. Priau M, Bonnet A, Bouhnik AD, Fernandez L, Obadia Y, Spire B. *Anhedonia and depressive symptomatology among HIV-infected patients with highly active antiretroviral therapies (ANRS-EN12-VESPA)*. *Encephale*. 2008 Sep;34(4):385-93.

23. Rado, S. *Psychoanalysis of Behavior: The Collected Papers of Sandor Rado 1962* New York: Grune and Stratton Vol; 2:.

24. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C, Kosel M, Brodessaer D, Axmacher N, Joe AY, Kreft M, Lenartz D, Sturm V. *Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression*. *Neuropsychopharmacology*. 2008 Jan;33(2):368-77.

25. Schrader G.D. *Does anhedonia correlate with depression severity in chronic depression?* *Comprehensive Psychiatry*, Volume 38, Issue 5, 1997, pp.260-263

СТРУКТУРНО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНГЕДОНИИ

Е.А. Хаустова, Н.Н. Орлова

Проанализирована структура феномена ангедонии у 157 пациентов. Проведен сравнительный анализ ангедонии у пациентов с параноидной шизофренией с преобладанием негативной симптоматики, пост-шизофренической депрессией и депрессивным расстройством разной нозологической принадлежности. Выделены феноменологические варианты ангедонии, соответственно ее нозологической принадлежности.

Ключевые слова: ангедония, параноидная шизофрения, негативная симптоматика, постшизофреническая депрессия, депрессивное расстройство

THE STRUCTURAL AND NOSOLOGICAL ANALYSIS OF ANHEDONIA

E. Khaustova, N. Orlova

Among 157 patients were analyzed the structure of anhedonia phenomena. The comparative analysis of anhedonia at patients with paranoid schizophrenia with negative symptoms, postpsychotic depression and depressive disorder of different nosological affiliation was conducted. The phenomenological modifications of anhedonia with its nosological affiliation were separated.

Keywords: anhedonia, paranoid schizophrenia, negative symptoms, postpsychotic depression, depressive disorder

УДК 616.895.8-056.83-575.18

А.А. Двирский, А.Е. Двирский, Т.С. Яновский, Ю.В. Иваников, Я.В. Сириков
МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕГО АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЙ

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

Ключевые слова: шизофрения, эпидемиология, половой диморфизм, клиника, социальные факторы

На рубеже 20 столетия эксперты ВОЗ по клиническим и эпидемиологическим исследованиям шизофрении R. Warner и G. Giloramo [32] и отдельные авторы [13;17] указывали на важность исследований влияния половых и других биологических различий в период продолжающегося патоморфоза шизофрении и усиления миграционных процессов. Более 50 лет наблюдается смягчение клинических проявлений шизофрении, называемые патоморфозом. Проявление патоморфоза шизофрении рядом исследователей объяснялось широким применением нейролептиков и обозначалось нейролептическим или психофармакологическим патоморфозом [14;15]. В последующем эта концепция была подвергнута критике в ряде работ А.Е. Двирского [5;6]. В частности, автором указывалось, что нельзя связывать с приемом нейролептиков более позднее начало шизофрении, увеличение частоты в дебюте острых бредовых состояний, депрессивно-параноидных проявлений, а также снижение частоты простой и кататонической форм заболевания, так как эти параме-

тры болезни устанавливаются еще до начала лечения нейролептиками и в значительной мере определяют дальнейшее течение шизофрении.

Патоморфоз шизофрении - это один из наиболее выраженных этапов эволюции этого заболевания, характеризующийся стойкими изменениями клинических проявлений, неразрывно связанных с изменением генотипа в сторону повышения степени гетерозиготности и снижении гомозиготности в шизофреническом генокомплексе в результате усиления миграционных процессов в популяции, глобального применения психофармакологических средств, а также резких сдвигов в воздействиях социально культурных, экологических и других факторов, обусловленных вступлением человечества в высшую стадию своей эволюции, ноосферу [5;6].

Начиная с первой половины 19 столетия, отдельные авторы отмечали влияние половых различий на течение помешательства, соответствующего современной шизофрении. В 1834 году основоположник психиатрии славянских стран профессор П.А. Бутковский

[1] первым указал на то, что при определении прогноза течения помешательства необходимо учитывать половые различия. По его мнению, “женский пол более выздоравливает, нежели мужской”. “Больные женщины составляют меньшинство в домах сумасшедших, - отмечал в 1865 году В. Гризингер [3]. У женщин часто встречаются легкие формы, позволяющие скрывать болезнь и оставлять больных в семействе”. “В общем, психические болезни у женщин кончаются выздоровлением чаще, чем у мужчин”, - подчеркивал С.С. Корсаков [10].

С последней четверти прошлого века чаще стали проводиться не только исследования влияния половых различий на особенности клинических проявлений шизофрении, но и предприниматься объяснения этих различий. В 1975 году Н. Huber [23] при обследовании 496 больных шизофренией установил, что мужской пол и атрофические изменения предопределяют неблагоприятное течение шизофрении. В этом же году А.Е. Двирский и К.Н. Назаров [4] провели сопоставление клинических проявлений шизофрении у 560 мужчин и 560 женщин. Среди мужчин чаще обнаруживалось прогрессирующее течение и простая форма шизофрении. У женщин, больных шизофренией, преобладало приступообразное течение и параноидная форма заболевания.

Более благоприятное течение шизофренического процесса у женщин А.Е. Двирский и К.Н. Назаров [4] трактуют с генетических позиций. По их мнению, в отличие от мужского генотипа (46,XY), женский генотип (46,XX) характеризуется повышением степени гетерозиготности по генам локализованных в XX хромосомах. Кроме того, женский организм является “мозаиком” по генам, локализованным в X хромосомах, так как в различных клетках инактивированы разные X хромосомы. Генотип XX обуславливает более высокий уровень адаптивных возможностей организма, что находит отражение в показателях заболеваемости, смертности, относительно благоприятных вариантах течения патологических процессов и уровне средней продолжительности жизни у женщин. Кроме того, такой важный признак, как снижение энергетического потенциала, чаще наблюдается у мужчин больных шизофренией, сочетаясь с негативной симптоматикой и прогрессирующим течением заболевания. По мнению авторов [4], это может быть обусловлено пониженной каталитической активностью Г-6-ФДГ и некоторых других ферментов у мужчин, в сравнении с женщинами.

В настоящее время стало признанным, что женщины больные шизофренией имеют менее тяжелое течение болезни и лучшую социальную адаптацию, чем мужчины [19;24;26;27;29]. В последние десятилетия значительно возросла частота сопутствующего алкоголизма и наркоманий у больных шизофренией. Злоупотребление алкоголем и наркотиками больными шизофренией определяются половыми различиями. Их частота у мужчин больных шизофренией в 6-8 и более раз выше, чем у женщин. Алкогольная и наркоманическая интоксикация утяжеляют течение шизофрении,

учащают частоту стационаров и ухудшают социальные показатели [8;24]. Вместе с тем при определении влияния половых различий на клинические особенности шизофрении эти пациенты не исключались из общей выборки больных.

Основной целью исследования явилось изучение на материалах эпидемиологических исследований влияния полового диморфизма на клинические и социальные характеристики у больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий.

Характеристика материала и методов исследования

Среди больных шизофренией, находящихся на учете в Крымском республиканском психиатрическом диспансере, обследовано 637 украинцев и русских больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий, проживающих в центральном и железнодорожном районах г. Симферополя. Этот психиатрический диспансер функционирует более четырех десятилетий, в нем хорошо организована внебольничная психиатрическая помощь. В этих случаях, согласно утверждениям экспертов ВОЗ отдела клинических и эпидемиологических исследований психозов М. Tansella, G. Girolamo и N. Sartorius [30], а также данным Н.М. Жарикова [9], результаты учетных данных психиатрических центров не отличаются от эпидемиологических исследований больных шизофренией. Это позволяет рассматривать проведенное исследование в качестве эпидемиологического, являющегося основой доказательной медицины [16].

У 314 мужчин и 323 женщин больных шизофренией проводились сопоставления возраста манифестных проявлений болезни, соотношения типов течения и форм заболевания, а также сравнивались характеристики уровня образования и семейного положения. Диагностика шизофрении, квалификация ее типов течения и форм проводились с учетом критериев МКБ - 10 [12]. 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 [11].

Результаты исследований и их обсуждение

Среди 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя, соотношение мужчин (49,3%) и женщин (50,7%) приближается к соотношению 1:1 ($p>0,3$). Манифестные проявления шизофрении у этих больных (табл. 1) обнаруживаются в широких возрастных пределах. Наибольшая проявляемость этого заболевания приходится на пятилетние периоды 16-20 лет (22,0%), 21-25 лет (20,2%) и 26-30 лет (17,6%). Наименьшие величины выявления этого эндогенного психоза отмечаются в крайних возрастных градациях, в возрасте от 6-10 лет (0,9%), 11-15 лет (4,7%), а также в возрастных интервалах 41-45 лет (5,8%), 46-50 лет (3,6%), 51-55 лет (1,1%) и 56-60 лет (0,8%). Промежуточные величины начала шизофрении приходятся на 31-35 лет (12,8%) и 36-40 лет (10,5%).

Таблиця 1
Возраст начала манифестных проявлений шизофрении с учетом полового диморфизма

Возраст начала болезни	Больные шизофренией					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
6 – 10 лет	2	0,6±0,4	4	1,2±0,6	6	0,9±0,4
11 – 15	14	4,6 ±1,2	16	4,9±1,2	30	4,7±0,8
16 – 20	88	28,0±2,5	52	16,1±2,0	140	22,0±1,7
21 – 25	75	23,9±2,7	54	16,7±2,1	129	20,2±1,6
26 – 30	55	17,5±2,1	57	17,6±2,1	112	17,6±1,5
31 – 35	20	6,4±1,4	62	19,2±2,2	82	12,8±1,4
36 – 40	31	9,9±1,7	35	10,9±1,7	66	10,5±1,2
41 – 45	14	4,5±1,2	23	7,2±1,4	37	5,8±0,9
46 – 50	8	2,5±0,9	15	4,7±1,2	23	3,6±0,7
51 – 55	4	1,3±0,6	3	0,9±0,5	7	1,1±0,4
56 – 60	3	0,8±0,5	2	0,6±0,4	5	0,8±0,3
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Сопоставление распределения пациентов по возрасту начала заболевания с учетом половых различий (табл. 1) показало, что в группе 314 мужчин больных шизофренией частота случаев с началом болезни в возрасте 16–20 лет (28,0%) и 21-25 (23,9%) соответственно в 1,7 и 1,4 раза выше, чем в группе 323 женщин, где эти величины были равны 16,1 и 16,7% ($p<0,05$). Почти с одинаковой частотой проявляется этот психоз в возрасте 26-30 лет у мужчин (17,5%) и женщин (17,6%) ($p>0,3$). В возрастных пятилетних интервалах от 31 года до 50 лет у женщин (42,1%) шизофренический процесс обнаруживается в 1,9 чаще в сравнении с мужчинами (22,6%) ($p<0,001$). В четырех крайних возрастных градациях в частоте проявления шизофрении среди контингентов мужчин и женщин (табл. 1) различий не выявлено ($p>0,3$).

Следовательно, шизофрения проявляется в широких возрастных пределах. Она чаще проявляется у мужчин в возрасте 16 – 25 лет, а у женщин - преимущественно обнаруживается в возрасте от 31 года до 50 лет.

Таблиця 2
Распределение типов течения шизофрении с учетом полового диморфизма

Типы течения Шизофрении	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Непрерывное	151	48,1±2,8	124	38,4±2,6	275	43,2±2,0
Приступообразное	134	42,7±2,8	147	45,5±2,8	281	44,1±2,0
Ремитирующее	29	9,2±1,6	52	16,1±2,0	81	12,7±1,3
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

В общей численности 637 больных шизофренией (табл. 2) преобладали приступообразный (44,1%) и непрерывный (43,2%) типы течения. В сравнении с этими вариантами заболевания ремиттирующее течение (12,7%) обнаруживалось почти в 3,5 раза реже ($p<0,001$). Распределение типов течения шизофрении отличалось у мужчин и женщин ($\chi^2=16,82$ при $k=2$, $p<0,001$). Непрерывное течение шизофренического процесса у мужчин (48,1%) наблюдалось в 1,3 раза чаще в сравнении с женщинами (38,4%) ($p<0,05$). Ремиттирующее течение заболевания у женщин (16,1%) преобладало в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (9,2%) ($p<0,01$). В частоте приступообразного течения шизофрении среди контингентов мужчин (42,7%) и женщин (45,5%) различий не обнаружено ($p>0,3$).

В распределении форм шизофрении в обобщенном контингенте больных (табл. 3) доминировала параноидная форма (88,1%), простая форма встречалась редко (9,4%), а кататоническая (2,5%) – очень редко. Половые различия оказывают влияние на соотношение форм шизофрении (табл. 3) в группах 314 мужчин и 323 женщин, страдающих этим заболеванием ($\chi^2=32,93$ при $k=2$, $p<0,001$). У мужчин непрерывное течение шизофренического процесса (48,1%) выявлялось в 1,3 раза больше по отношению к женщинам (38,4%) ($p<0,05$). Ремиттирующее течение шизофрении у женщин (16,1%) преобладает в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (9,2%) ($p<0,01$).

Таблиця 3
Соотношение форм шизофрении с учетом половых различий

Формы Шизофрении	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Простая	38	12,1±1,8	22	6,8±1,4	60	9,4±1,2
параноидная	264	84,1±2,1	297	92,0±1,5	561	88,1±1,3
Кататоническая	12	3,8±1,1	4	1,2±0,6	16	2,5±0,6
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Следовательно, половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на клинические проявления шизофрении. Это проявляется в том, что у мужчин начало манифестных проявлений шизофрении относится к возрасту до 25 лет, у них увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм. У женщин начало заболевания чаще выявляется в возрасте 31-50 лет, повышена частота параноидной формы и ремиттирующего типа течения шизофрении.

Такие социальные характеристики как уровень образования и семейное положение оказывают влияние на течение шизофренического процесса и уровень социально-трудовой адаптации [2,4,21,23-25,27-29]. В обобщенном контингенте 637 больных шизофренией (табл. 4) наиболее часто (60,4%) обнаруживалось среднее (44,4%) и средне специальное (16,0%). У 17,8%

обследованных больных отмечалось высшее (13,8%) и незаконченное высшее (4,0%) образование. Почти с такой же частотой выявлялись больные шизофренией с неполным средним образованием (19,7%), а частота начального образования (2,1%) у них выявлялась редко.

Таблица 4
Распределение больных шизофренией по уровню образования с учетом полового диморфизма

Уровень образования	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Начальное	8	2,7±1,1	5	1,5±0,8	13	2,1±0,6
7-8 классов	61	19,4±2,7	65	20,1±2,8	126	19,7±1,6
Среднее	164	52,2±3,3	116	35,8±3,4	280	44,4±2,0
средне специальное	37	11,7±2,2	66	20,5±2,8	103	16,0±1,5
Незаконченное высшее	18	5,9±1,6	6	2,0±1,0	24	4,0±0,8
Высшее	26	8,1±1,8	65	20,1±2,8	91	13,8±1,4
Всего	314	100,0	323	100,0	637	100,0

В распределении пациентов с учетом уровня образования в группах 314 мужчин и 323 женщин, больных шизофренией (табл. 4), обнаружены отличия ($\chi^2=16,82$ при $k=2$, $p<0,001$). У мужчин и у женщин, страдающих этим заболеванием, существенно не отличалась частота случаев с начальным (соответственно 2,7 и 1,5%) и неоконченным средним образованием (19,4% и 20,1%) ($p>0,3$). Среднее образование у мужчин больных шизофренией (52,2%) выявлялось в 1,5 раза чаще, чем у женщин (35,8%) ($p<0,001$). Средне специальное образование у женщин, страдающих этим заболеванием (20,5%), преобладало в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (11,7%) ($p<0,05$).

Общая частота высшего и незаконченного высшего образования у женщин больных шизофренией (табл. 4) составляла 22,1% случаев, что в 1,6 раза превышало соответствующую величину у мужчин (14,0%) ($p<0,05$). При этом, высшее образование у женщин, больных шизофренией (20,1%) наблюдалось в 2,5 раза чаще в сравнении с мужчинами (8,1%) ($p<0,01$). В тоже время незаконченное высшее образование (5,9%) у мужчин больных шизофренией обнаруживалось почти в 3 раза чаще, чем у женщин (2,0%) ($p<0,01$).

В общей численности 637 больных шизофренией (табл. 5) в брак вступали 60,1% пациентов и в значительной частоте случаев они никогда не вступали в брак (39,9%). В период обследования в браке состояли лишь 29,4% больных, что в значительной мере обусловлено высокой частотой разводов (28,4%) и сравнительно низкой частотой повторного вступления в брак (3,3%). Распределение уровню образования 314 мужчин больных шизофренией отличалось от аналогично-

го соотношения у 323 женщин, страдающих этим психозом ($\chi^2=40,66$ при $k=4$, $p<0,001$).

В группе 314 женщин, страдающих шизофренией (табл. 5), частота, состоящих когда - либо в браке (68,1%), была в 1,3 раза выше, а никогда не вступавших в брак (31,9%) - в 1,3 раза меньше в сравнении с группой 323 мужчин, больных шизофренией, у которых эти величины были равны 52,7 и 47,3% ($p<0,001$). Соотношение пациентов вступавших в брак по отношению больным, никогда не состоящих в браке, у женщин больных шизофренией составляло 2,1:1 и отличалось от такого у мужчин, страдающих этим заболеванием, у которых оно представлено как 1,1:1 ($p<0,001$).

Общая частота женщин, больных шизофренией (табл. 5) состоящих в браке (31,4%) и вновь вступивших в брак (4,4%) составляла 35,8%, что в 1,5 раза больше соответствующей величины у мужчин (23,4%) ($p<0,01$). Частота разведенных и вдовых в сопоставляемых группах больных не отличалась ($p>0,3$). При этом, отмечается значительная частота разведенных как среди мужчин (27,2%), так и среди женщин (28,9%) больных шизофренией. Соотношение разведенных пациентов к пациентам, вступившим в брак, у больных шизофренией мужчин составляло 1:1,9, а у женщин оно было несколько больше и представлено как 1:2,4.

Таблица 5
Семейное положение у мужчин и женщин, больных шизофренией

Семейное Положение	Больные шизофренией					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%
не состояли в браке	148	47,3±3,3	103	31,9±3,3	251	39,9±1,9
В браке	67	21,2±2,7	102	31,4±3,2	169	26,1±1,7
Разведены	88	27,9±3,0	93	28,9±3,2	181	28,4±1,8
Вновь в браке	7	2,2±1,0	14	4,4±1,4	21	3,3±0,7
вдовец (ва)	4	1,4±0,8	11	3,4±1,3	15	2,3±0,6
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Исследование таких важных в прогностическом отношении характеристик образования и семейного положения у больных шизофренией с учетом полового диморфизма показало, что женщины имеют лучшие показатели этих социальных характеристики, чем мужчины.

Полученные данные свидетельствуют о том, что половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на клинические проявления и социальные характеристики у больных шизофренией. У мужчин начало манифестных проявлений шизофрении преимущественно относится к возрасту до 25 лет, у них

увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм. У женщин, больных шизофренией, начало заболевания чаще выявляется в возрасте от 31 года до 50 лет, а также повышена частота параноидной формы и ремиттирующего типа течения заболевания. Эти результаты о более благоприятном течении шизофрении у женщин в сравнении с мужчинами согласуются с указаниями отдельных авторов [4;19;20;23;29]. Благоприятное течение шизофренического процесса у женщин нами трактуется с генетических позиций в аспекте повышения степени гетерозиготности у женщин по генам локализованных в XX хромосомах, предложенной А.Е. Двирским и К.Н. Назаровым [4].

Более раннее начало шизофрении и ее неблагоприятное течение у мужчин, в сравнении с женщинами, связано с повышением у них частоты внутриутробных вредностей [7;18;27]. У этих пациентов чаще обнаруживались расширение желудочков головного мозга, атрофия паренхимы и уменьшение средне сагитального размера мозга [18;22;24;27]. Эти факторы оказывают влияние на более низкие успехи в обучении у мужчин. При этом головной мозг мужчины, в сравнении с мозгом женщины, более чувствителен к экзогенным воздействиям, которые в последующем приводят к затруднению в обучении [18;24;27;28;31].

Частота высшего, незаконченного высшего и средне специального образования у 323 женщин больных шизофренией выше, чем у 314 мужчин, страдающих этим заболеванием. Молодые женщины, в последующем заболевшие шизофренией, показывают лучшие успехи в обучении, чем молодые мужчины. В среднем женщины, страдающие шизофренией, обладают более высоким IQ в сравнении с мужчинами, страдающими этим заболеванием [24;25;27;28]. Это в последующем у мужчин больных шизофренией способствует и более неблагоприятному течению этого эндогенного психоза, снижению уровня социальной и семейной адаптации. Полученные нами результаты согласуются с данными ряда авторов [2;24], о том, что женщины больные шизофренией имеют лучшие характеристики семейного положения, чем мужчины.

Таким образом, у больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на ее клинические проявления шизофрении и социальные характеристики. Это проявляется в том, что у мужчин чаще начало манифестных проявлений шизофрении относится к возрасту до 25 лет. У них увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм шизофрении. У женщин проявления шизофрении чаще выявляются в возрасте от 31 года до 50 лет, а также повышена частота ремиттирующего типа течения заболевания и параноидной формы.

Литература

1. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началу нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.). - СПб. 1834. - Ч.2. - 160 с.
2. Головина А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1998. - №1. - С. 16 - 21.
3. Гринингер В. Душевные болезни: Пер. со 2-го немецк. изд. - я (1865). - Петербург: Изд-е В. Ковалевского, 1867. - 610 с.
4. Двирский А.Е., Назаров К.Н. О возможных механизмах модифицирующего влияния пола на клинические проявления шизофрении // Нейроиммунология в клинике и эксперименте. - М., 1975. - С.71 - 74.
5. Двирский А.Е. К проблеме генеза патоморфоза шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. - №12. - С. 1863 - 1866.
6. Двирский А.Е. Эволюция, патоморфоз и прогноз течения шизофрении в будущем // Архив психиатрии - 2002. - №3(30). - С. 73 - 78.
7. Двирский А.Е., Очкаляс В.И. Иммуногенетические взаимоотношения по антигенам АВО больных шизофренией и их матерей с учетом полового диморфизма // Украинский медицинский альманах - 2004. - Т. 7, №3 (Додаток). - С. 37 - 39.
8. Двирський О.А. Клініко - генетичні особливості шизофренії, коморбідної з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю: Автореф. дис... д - ра мед. наук: Київ, 2003. - 36 с.
9. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977. - 168 с.
10. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Издание второе (посмертное) переработанное автором. - М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1901. Т.1. - 677 с. Т.2. - 678 с.
11. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико - биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Морион, 2000. - 319 с.
12. 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.
13. Орловская Д.Д., Жариков Н.М., Тиганов А.С. Психиатрия в XXI веке // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - Т. 100, №1. - С. 6 - 13.
14. 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.
15. Снежневский А.В. Психотропные средства // Клиническая медицина, 1961, Т. 39, №2. - С. 126-134.
16. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. 3 изд. - М.: Медиа сфера, 2004. - 356с.
17. Яновський Т.С. Сучасний патоморфоз шизофренії (клініко-епідеміологічне та клініко-генетичне дослідження) : Автореф. дис... канд. мед. наук: Київ, 2007. - 20с.
18. Andreasen N.C., Ehrhardt J.C., Swayze V.W., Alliger R.J., Yuh W.T.C., Cohen G., Zebell S. Magnetic resonance imaging of brain in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. - 1990. - Vol. 47 P. 35 - 44. обр.
19. Castle D.J., Murray R.M. The epidemiology of late-onset schizophrenia. Schizophr Bull. -1993. - Vol 19, №4. - P. 691-700.
20. Goldstein J. Sex differences in schizophrenia: epidemiology, genetics and brain // International review of psychiatry. - 1997. - №9. - P. 399 - 408
21. Gross G., Huber G. Zur Prognose der Schizophrenien // Psychiat. Clin. Basel, 1973. - Bd. 6. - №1. - S. 1 - 16.
22. Hall L.D., Herrod J.J., Carpenter T.A., McKenna P.J. Магнитно резонансные исследования при шизофрении: Обзор клинических и методологических проблем // Шизофрения. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 133-153.
23. Huber H. Результаты катamnестического обследования больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1975. - Т. 75, №9. - С.1368 - 1374.

24. Kaplan H., Sadock B. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8th edition* - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.

25. Leung A, Chue P. *Gender Differences in schizophrenia, a review*. //Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Suppl. 401. - P. 30-38.

26. Moriarty P.J., Lieber D., Bennett A., White L., Parrella M., Harvey P.D., Davis K.L. *Gender differences Patients patient with schizophrenia during all life have sexual distinctions, with bad remissiey* //Schizophr. Bull. - 2001. - Vol. 27, №1. - P. 103-113.

27. Pearlson G., Pulvar A. Пол, шизофренія і кора головного мозгу. //Шизофренія. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 373-391.

28. Russell A., Munro J.C., Jones P.B., Hensley D.R., M.A., Murray R.M. *Schizophrenia and the myth of intellectual decline* //Am. J. Psychiatry - 1997. - Vol. 154, №№5. - P. 635 - 639.

29. Tamminga C.A. *Gender and schizophrenia*. J Clin Psychiatry. 1997. - Vol. 58 (suppl. 15). - P.33-37.

30. Tansella M., Girolamo G., Sartorius N. *Annotated bibliography of psychiatric epidemiology*. Gaskell, 1992..

31. Turner T.H. *Schizophrenia and mental handicap: An historical review with implications for further research* //Psychol. Med. - 1989. - Vol. 19, №2. - P. 301 - 314.

32. Warner R., Giloramo G.. *Schizophrenia*. - Geneva: WHO, 1995.- 191s.

МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А.А. Двірський, А.Е. Двірський, Т.С. Яновський, Ю.В. Іваніков, Я.В. Сіриков

В двох районах м. Сімферополя обстежено 637 хворих на шизофренію. У 314 чоловіків хворих на шизофренію психоз частіше виявляється у віці до 25 років, підвищена частота безперервної течії, простої і кататонічної форм. У жінок спостерігається більш пізній прояв хвороби, збільшена частота ремітуючого протікання і параноїдної форми шизофренії. Показники рівня освіти і сімейного стану у жінок вище порівняно з чоловіками.

Ключові слова: шизофренія, епідеміологія, статевий диморфізм, клініка, соціальні чинники

MODIFYING INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE CLINICAL DISPLAYS AND SOCIAL DESCRIPTIONS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITHOUT CONCOMITANT ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS

A.A. Dvirsky, A.E. Dvirsky, T.S. Yanovsky, Y.V. Ivanikov, Y.V. Sirikov

In two Simferopol districts 637 patients with schizophrenia had inspected. Among 314 men of patients with schizophrenia psychosis more frequent are re-vealed under age 25 years, frequency of continuous flow is promoted, simple and catatonic forms. Among women there is more late display of illness, frequency of remittent flow and paranoid form of schizophrenia. The indexes of level of education and domestic position at women are higher by comparison to men.

Keywords: schizophrenia, epidemiology, sexual dimorphism, clinics and social factors

616.895.8-085:006.015.5

В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: шизофренія, якість допомоги, клініко-психологічні критерії, рівень сімейного тягаря

Якість психіатричної допомоги (ЯПД) є важливим компонентом продуктивної роботи всіх служб охорони психічного здоров'я з цілого ряду причин. Для осіб, які страждають на психічні розлади, належна якість послуг гарантує отримання необхідної допомоги, що покращує якість їх життя та соціального функціонування. Для членів родини якісна допомога забезпечує підтримку та допомагає зберегти сім'ю. Для поставачальника психіатричних послуг та керівництва, яке відповідає за охорону психічного здоров'я, якість гарантує ефективність та результативність допомоги, для осіб, що формують політику в цій галузі, якість є джерелом покращення психічного здоров'я населення. Тому проблема, що розглядається, сформувалась на теперішній час як самостійний напрямок психіатрії, а в усіх розвинених країнах і державні, і суспільні організації, які мають відношення до політики в галузі психіатрії, все більше уваги приділяють розвитку теоретичних положень й впровадженню конкретних заходів щодо забезпечення ЯПД.

Так, наприкінці минулого століття відділ психіатрії ВООЗ сформував теоретичну концепцію щодо даної

проблеми, подібні питання розробляються Американською психіатричною асоціацією (АПА, 1997), в рамках якої створено спеціальний комітет по забезпеченню якості в психіатрії. В таких країнах, як Канада, Австралія, створено національні комітети по якості та видано відповідні керівництва по її забезпеченню і контролю.

На сьогодні майже відсутні дослідження з приводу системи якості медичних відносин (пацієнт – лікар, родичі – медичний персонал), задоволеності пацієнтів наданою допомогою, рівня сімейного тягаря внаслідок психічної хвороби, тобто показників, що визначають клініко-психологічні критерії якості психіатричної допомоги.

На думку U. G. Ahlfors et al. [10], до числа актуальних задач в галузі поліпшення якості медичної допомоги слід віднести створення дієвих механізмів (-систем) управління, включення в процес оцінки якості споживачів допомоги як рівноправних учасників та орієнтацію роботи служб передусім на задоволення їх інтересів та потреб.

В свою чергу, A. Donabedian, J. M. Bertolotte [16]

24. Kaplan H., Sadock B. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8th edition* - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.

25. Leung A, Chue P. *Gender Differences in schizophrenia, a review*. //Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Suppl. 401. - P. 30-38.

26. Moriarty P.J., Lieber D., Bennett A., White L., Parrella M., Harvey P.D., Davis K.L. *Gender differences Patients patient with schizophrenia during all life have sexual distinctions, with bad remissiey* //Schizophr. Bull. - 2001. - Vol. 27, №1. - P. 103-113.

27. Pearlson G., Pulvar A. Пол, шизофренія і кора головного мозгу. //Шизофренія. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 373-391.

28. Russell A., Munro J.C., Jones P.B., Hensley D.R., M.A., Murray R.M. *Schizophrenia and the myth of intellectual decline* //Am. J. Psychiatry - 1997. - Vol. 154, №№5. - P. 635 - 639.

29. Tamminga C.A. *Gender and schizophrenia*. J Clin Psychiatry. 1997. - Vol. 58 (suppl. 15). - P.33-37.

30. Tansella M., Girolamo G., Sartorius N. *Annotated bibliography of psychiatric epidemiology*. Gaskell, 1992..

31. Turner T.H. *Schizophrenia and mental handicap: An historical review with implications for further research* //Psychol. Med. - 1989. - Vol. 19, №2. - P. 301 - 314.

32. Warner R., Giloramo G.. *Schizophrenia*. - Geneva: WHO, 1995.- 191s.

МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А.А. Двірський, А.Е. Двірський, Т.С. Яновський, Ю.В. Іваніков, Я.В. Сіриков

В двох районах м. Сімферополя обстежено 637 хворих на шизофренію. У 314 чоловіків хворих на шизофренію психоз частіше виявляється у віці до 25 років, підвищена частота безперервної течії, простої і кататонічної форм. У жінок спостерігається більш пізній прояв хвороби, збільшена частота ремітуючого протікання і параноїдної форми шизофренії. Показники рівня освіти і сімейного стану у жінок вище порівняно з чоловіками.

Ключові слова: шизофренія, епідеміологія, статевий диморфізм, клініка, соціальні чинники

MODIFYING INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE CLINICAL DISPLAYS AND SOCIAL DESCRIPTIONS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITHOUT CONCOMITANT ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS

A.A. Dvirsky, A.E. Dvirsky, T.S. Yanovsky, Y.V. Ivanikov, Y.V. Sirikov

In two Simferopol districts 637 patients with schizophrenia had inspected. Among 314 men of patients with schizophrenia psychosis more frequent are re-vealed under age 25 years, frequency of continuous flow is promoted, simple and catatonic forms. Among women there is more late display of illness, frequency of remittent flow and paranoid form of schizophrenia. The indexes of level of education and domestic position at women are higher by comparison to men.

Keywords: schizophrenia, epidemiology, sexual dimorphism, clinics and social factors

616.895.8-085:006.015.5

В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: шизофренія, якість допомоги, клініко-психологічні критерії, рівень сімейного тягаря

Якість психіатричної допомоги (ЯПД) є важливим компонентом продуктивної роботи всіх служб охорони психічного здоров'я з цілого ряду причин. Для осіб, які страждають на психічні розлади, належна якість послуг гарантує отримання необхідної допомоги, що покращує якість їх життя та соціального функціонування. Для членів родини якісна допомога забезпечує підтримку та допомагає зберегти сім'ю. Для поставачальника психіатричних послуг та керівництва, яке відповідає за охорону психічного здоров'я, якість гарантує ефективність та результативність допомоги, для осіб, що формують політику в цій галузі, якість є джерелом покращення психічного здоров'я населення. Тому проблема, що розглядається, сформувалась на теперішній час як самостійний напрямок психіатрії, а в усіх розвинених країнах і державні, і суспільні організації, які мають відношення до політики в галузі психіатрії, все більше уваги приділяють розвитку теоретичних положень й впровадженню конкретних заходів щодо забезпечення ЯПД.

Так, наприкінці минулого століття відділ психіатрії ВООЗ сформував теоретичну концепцію щодо даної

проблеми, подібні питання розробляються Американською психіатричною асоціацією (АПА, 1997), в рамках якої створено спеціальний комітет по забезпеченню якості в психіатрії. В таких країнах, як Канада, Австралія, створено національні комітети по якості та видано відповідні керівництва по її забезпеченню і контролю.

На сьогодні майже відсутні дослідження з приводу системи якості медичних відносин (пацієнт – лікар, родичі – медичний персонал), задоволеності пацієнтів наданою допомогою, рівня сімейного тягаря внаслідок психічної хвороби, тобто показників, що визначають клініко-психологічні критерії якості психіатричної допомоги.

На думку U. G. Ahlfors et al. [10], до числа актуальних задач в галузі поліпшення якості медичної допомоги слід віднести створення дієвих механізмів (-систем) управління, включення в процес оцінки якості споживачів допомоги як рівноправних учасників та орієнтацію роботи служб передусім на задоволення їх інтересів та потреб.

В свою чергу, A. Donabedian, J. M. Bertolotte [16]

підкреслюють, що критерії, індикатори та стандарти для контролю та оцінки якості повинні розроблятися з урахуванням трьох термінологічних категорій – структури, процесу та результату, які вже стали класичними, зручними та надійними орієнтирами при управлінні якістю наданої допомоги. В своїх дослідженнях Т. А. Солохіна [8] наголошує, що при цьому критерії, стандарти та індикатори повинні бути диференційовані в залежності від рівня психіатричної допомоги – пацієнт та його сім'я; допомога в закладі, робота лікаря та середнього медичного працівника; рівень регіону або країни. Це визначається тим, що для кожного з перерахованих рівнів існують своя мета та задачі в галузі забезпечення якості психіатричної допомоги.

Однією з основних умов при створенні сучасної системи управління ЯПД є участь в її оцінці споживачів цієї допомоги – пацієнтів та членів їх сімей. Початківцями в дослідженні суб'єктивної задоволеності хворого лікуванням були США, де перші публікації на цю тему з'явилися на початку 1950-х років [17]. Власна думка пацієнта є центральною в концепції якості медичного обслуговування, що реформується [19]. М. Ruggeri et al. [19] вважають, що невдоволеність хворого отриманим лікуванням не можна ігнорувати навіть якщо вона об'єктивно зовсім не обґрунтована, оскільки це є предиктором припинення звернень хворого по медичну допомогу. Суб'єктивна задоволеність отриманим лікуванням є компонентом суб'єктивної задоволеності життям пацієнта в цілому. Цей компонент в даний час недостатньо враховується при оцінці якості життя хворого. Одночасно якість життя є важливим фактором психологічного стану. Відомо, що психічно хворі вказують на більш низьку задоволеність якістю свого життя порівняно зі здоровим населенням, а Р. Blenkiron, С. А. Hammill [12] з'ясували, що ця характеристика знаходиться під прямим впливом задоволеності отриманим медичним обслуговуванням.

Оцінка суб'єктивної задоволеності є не тільки однією з характеристик результатів лікування, але і фактором, що впливає на подальший перебіг хвороби в залежності від позитивного чи негативного впливу на комплаєнс пацієнта після виписки. В. G. Druss et al. [14] встановили, що вона дозволяє прогнозувати успіх терапії та частоту регоспіталізацій. Інтеграція клінічних даних про результат терапії та даних про суб'єктивну задоволеність хворого наданим лікуванням допомагає відібрати заходи адміністративного моніторингу лікувального процесу в медичних закладах. В ході досліджень R. Costa, F. Divina [13] встановили, що у порівнянні з соматичними пацієнтами психічно хворі в меншій мірі схильні довіряти лікарю, що пов'язано з недобровільністю їх госпіталізації або, у ряді випадків, параноїдальним сприйняттям оточуючих. Також вони частіше виявляються незадоволеними недостатністю інформації про природу своєї хвороби, одержаної від лікаря. Відношення до лікування пацієнтів, що отримують допомогу в стаціонарі, формується їх соціокультурними, демографічними та клінічними характеристи-

ками [11]. Проте дані про взаємозв'язок задоволеності стаціонарним лікуванням із статтю, віком і загальною суб'єктивною якістю життя пацієнтів неоднозначні і потребують подальшого вивчення [12].

Серед окремих параметрів стаціонару, що впливають на задоволеність лікуванням, є відносини з лікуючим лікарем. Цікаво, що більш високу задоволеність викликають не професійні, а особистісні якості лікаря. Це серйозне застереження від недооцінки ролі психологічного чинника у відносинах лікаря і хворого, властиве традиційній медицині. Задоволеність достовірно залежить від позитивного або негативного досвіду взаємодії з персоналом стаціонару. В умовах тривалого перебування в стаціонарі основними факторами невдоволення хворого є неприйняття його як індивідуальної особистості, атмосфера ізоляції та апатії, різного роду обмеження його повноважень [7].

А. Ю. Сосновский [9], аналізуючи отриманий внаслідок опитування матеріал, показав, що більшість пацієнтів (71,5 %) в цілому задоволені психіатричною допомогою.

Найбільшою проблемою у вивченні суб'єктивної задоволеності лікуванням є недосконалість використаних вимірювальних інструментів. Більшість з них не відповідає сучасним вимогам до психометричних методик, але й ті, які їм відповідають, не позбавлені серйозних недоліків. Багато методик адресовано лише окремим аспектам багатовимірної конструкції задоволеності лікуванням. Це не дає можливості не тільки виявити незадоволеність в певному її аспекті, але й судити про можливі її причини [19].

Важливим клініко-психологічним критерієм ЯПД є тягар сім'ї, член якої хворіє на шизофренію, адже не викликає сумніву, що така сім'я страждає через положення свого родича. Службам психіатричної допомоги знадобилося надто багато часу для того, щоб приділити належну увагу потребам опікунів. Однак зростаюча протягом останніх 20-ти років кількість досліджень по вивченню впливу догляду за хворим дозволило глибше зрозуміти стан опікунів і створити міцну основу для індивідуальної оцінки та втручання в кожному конкретному випадку.

У подальших дослідженнях [4] було доведено, що внутрішньосімейні стосунки можуть бути стресогенним фактором, що впливає на розвиток рецидивів психозу, а також на адаптацію та соціальне відновлення хворих на шизофренію. За спостереженнями О. П. Баха [2], існує пряма залежність між патологічними сімейними відносинами і несприятливими варіантами ремісій.

Т. В. Солохіна із співавт. [8] виявили, що якість життя родичів психічно хворих істотно знижувалась у зв'язку із захворюванням члена сім'ї у 80 % родичів. При оцінці родичами найбільш відчутного тягара на перше місце вони поставили соціально-психологічний тягар, на друге – фінансовий, третє і четверте місця розділили проблеми догляду та дозвілля. Далі йдуть проблеми, пов'язані з погіршенням власного здоров'я,

порушення сімейних та подружніх стосунків.

Іншим не менш важливим фактором психічного неблагополуччя родичів є стигматизація психічно хворих та їх сімей [6]. Адже тривалий час у суспільстві формувалася і існує на даний час міф про невиліковність психічних захворювань, неминучої громадської небезпеки психічно хворих, непередбачуваності поведінки, коли на дану групу осіб до цих пір навішується ярлик «божевільного», «схибленого», «недоумкуватого» [6].

Т. В. Солохина [6] визначала думку респондентів-родичів щодо полегшення їм тягаря, пов'язаного із психічним захворюванням близької людини. Отримані пропозиції стосувалися надання йому відповідної роботи (30 % опитаних), створення клубів для пацієнтів (25 %), а також об'єднання декількох родин для догляду за хворими (20 %). По 10 % респондентів вказали на необхідність надомної роботи для них самих і на допомогу соціального працівника, 5 % – на те, що хотіли б частіше спілкуватися з професіоналами, щоб краще орієнтуватися по суті психічного захворювання у родича, особливостей догляду за ним, правильності поведінки в сім'ї.

В. А. Абрамов із співавт. [1] відзначають, що суттєвим фрагментом сімейного діагнозу є оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта. За допомогою структурованого інтерв'ю автори визначають три рівні сімейної підтримки: достатній, обмежений та низький. В цілому, достатній ресурс сімейної підтримки пацієнта виявлено тільки в 6,7 % сімей, обмежений ресурс – в 60,0 % та низький – в 33,3 % сімей.

Існує низка критеріїв для оцінки ступеня вираженості стресу в осіб, що забезпечують догляд, деякі з них використовуються для оцінки об'єктивного і суб'єктивного тягаря, інші – для оцінки тільки суб'єктивного рівня.

Для визначення сімейного тягаря нами було використано найбільш відоме «Інтерв'ю для оцінки тягаря» (Zarit Burden Interview), що є анкетой з 22 пунктів для самостійного заповнення. Результати опитування оцінювали в балах від 0 до 88, значення балу прямо корелювало з рівнем тягаря. Метою дослідження було визначення фізичного, соціального, емоційного, фінансового стресу та стосунків з хворим його родичів.

Обстежено 56 родичів 1-2 ступеня спорідненості, що мають в сім'ї хворого на шизофренію. Пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні у чоловічому відділенні психоневрологічної лікарні. Серед опитаних родичів – 39 жінок (69,7 %) та 17 чоловіків (30,3 %). Середній вік чоловіків склав $57,5 \pm 2,5$, жінок – $53,3 \pm 0,1$ року. Необхідно відмітити, що серед родичів переважають матері – 31 особа (55,3 %).

Визначено, що приблизно половина опитаних (44,6 %) доглядає за хворим більше 6 років. У 18 (32,1 %) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа, що і заповнювала опитувальник. В таких родинах визначається надзвичайно високі середні показники суб'єктивного тягаря – 52,9 балу. Цей результат можна

порівняти з 37,7 балу в сім'ях, де участь у догляді за хворим приймає два та більше родича – 38 (67,9 %) опитаних. В 9 сім'ях (16,1 %) є ще одна особа, що потребує догляду внаслідок тяжкого психічного чи соматичного захворювання.

12 (21,4 %) пацієнтів, родичі яких заповнили «Інтерв'ю для оцінки тягаря», працюють. В таких сім'ях опитувані відмічали краще матеріальне становище, можливість поєднання власних професійних обов'язків з доглядом за хворим, більшу соціальну адаптованість пацієнта, що відбилось в низькому рівні суб'єктивного тягаря – 24,5 балу.

Серед опитаних родичів 50 (89,3 %) постійно проживають з пацієнтом, тільки 6 (10,7 %) мають окреме помешкання. Проте час, проведений з хворим, не має чіткої кореляції з рівнем тягарю. Так, середній показник першої групи склав 43,5 балу, другої – 38,5.

Аналізуючи рівень сімейного тягаря в залежності від тривалості захворювання пацієнта, необхідно відмітити його прямопропорційне зростання. Так, при тривалості хвороби менше року рівень сімейного тягаря склав – 21,9 балу, від 1 до 5 років – 39,0, від 6 до 10 років – 48,6, більше 10 років – 57,7 балу.

Ми вважаємо за потрібним також вказати на вкрай низький рівень інформаційної допомоги родинам, що мають хворого на шизофренію. Цей показник найбільш вплинув на високий рівень тягаря. Опитані наголошували на необізнаності щодо клінічних, психологічних та соціальних потреб пацієнта, на власному відчутті стороннього у лікувальному процесі. На питання «Ви маєте сумніви, що необхідно робити для Вашого родича?» 31 респондент (55,3 %) відповіли «майже завжди», 13 (23,2 %) – «досить часто».

Таким чином, в результаті дослідження встановлено зв'язок тягаря з двома групами факторів: пов'язані з пацієнтом (зокрема, з особливостями перебігу захворювання) та пов'язані з особою, що доглядає. Виявлено пряму залежність між тривалістю хвороби, працездатністю пацієнта, кількістю осіб, що доглядають за ним, та рівнем тягаря. Майже всі родини мають інформаційний запит щодо захворювання та подальшого догляду за родичем.

Припущення, що іноді висловлюється в літературі, про безпосередній зв'язок ступеня тягаря з об'ємом наданої практичної допомоги, в нашому дослідженні не підтвердилось.

Отримані дані дозволяють кількісно визначати тягар родичів осіб, хворих на шизофренію. Проте для встановлення його зв'язку з якістю психіатричної допомоги, визначення факторів, що знижують сімейний тягар, та розробки заходів психосоціальної корекції необхідні подальші дослідження. Потребують подальшого вивчення також взаємозв'язок інтрапсихічних особистісних процесів родича; якості взаємовідносин; особливості сімейних відносин та соціальної підтримки з відчуттям суб'єктивного тягаря особи, що доглядає за хворим на шизофренію.

Література:

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Бах О. П. Значение семейной адаптации для реабилитации психически больных // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягера и Р. А. Зачепицкого. – Л., 1978. – С. 38-46.
3. Будза В. Г., Отмахов А. П., Прусс Г. Б. Отделение первого психотического эпизода – новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №4. – С.58-62.
4. Зайцев В. В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией // Автореф. дис. ...-канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 23 с.
5. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожак Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
6. Кабанов М. М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминация психически больных // Обзорение психиатрии и мед. психологи. – 2000. – № 1. – С.3-8.
7. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д. Оценка субъективной удовлетворённости больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т.2, №1 –С. 32-34.
8. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты) // Автореф. дис...д. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
9. Сосновский А. Ю. Удовлетворённость пациентов психиатрической помощью как критерий её качества (клинико-социологическое исследование) // Автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 1995 – 21с.
10. Ahlfors U. G., Lewander T, Lindstrom E et al. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat) // Nord. J. Psychiatry. – 2001. –V.55 (Suppl.44). – P.71-90.
11. Barker D.A, Shergill S.S., Higginson I., Orrell M.W. Patients' views towards care received from psychiatrists // Brit. J. Psychiatry. – 1996. – V.168(5). – P.641-646.
12. Blenkiron P., Hammill C.A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? // Postgrad. Med. J. – 2003. – V.79. – P.337-340.
13. Costa R, Divina F. Doctor-patient relation, 2003 //.
14. Druss B.G., Rosenheck R.A., Stolar M. et al. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care // Psychiatr. Serv. – 1999. – V.50. – P.1053-1058.
15. Mac Donald I., Hoare C. Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital // Int. J. Soc. Psychiatry. – 1988. – V.34(4). – P.292-304.
16. Quality assurance in mental health care. Check list and glossaries / Ed.J.M.Bertolotte. – Geneva: World Health Organization, 1993. – 68 p.
17. Rentrop M., Bohm A., Kissling W. Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1999. – V.67 (10). – P.456-475.
18. Rosenheck R., Wilson N.J., Meterko M. Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment // Psychiatr. Serv. – 1997. – V.48 (12). – P.1553-1561.
19. Ruggeri M., Lasalvia A., Dall'Agnola R. et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale – European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Input Lincend Outcome Domains and Needs // Brit. J. Psychiatry. – 2000. – V.39. – P.41-48.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. В. Сотниченко

Проведён анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме клинико-психологических критериев качества помощи больным шизофренией. Представлены результаты собственного исследования семейного бремени родственников больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, качество помощи, клинико-психологические критерии, уровень семейного бремени

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA FOR QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.V. Sotnichenko

In the article is carried out the analysis of the domestic and foreign literature dedicated to problem of clinical and psychological criteria of quality care to patients with schizophrenia. Provided the results of own measurements of Family burden of relatives of patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, quality of care, clinical and psychological criteria, the level of family burden

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В. Б. Первомайский КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: СООБЩЕНИЕ

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

Ключевые слова: ограниченная вменяемость, уголовный процесс, расстройства личности

На протяжении всей истории отечественной судебной психиатрии психопатии были наиболее трудны для экспертной оценки. Так сложилось, что именно эта группа психических расстройств (в современном понимании МКБ-10 — расстройств личности) испытала на себе в полном объёме все колебания научной мысли между категориями «вменяемость — ограниченная вменяемость — невменяемость». В период 1923–1925 гг. диагностирование психопатии достаточно часто вообще исключало вменяемость. Так, по данным Института им. В. П. Сербского количество лиц, признанных невменяемыми в 1922 г., составило 74%, а к 1929 г. уменьшилось уже до 48,5% от общего количества испытуемых за счёт сокращения числа признанных невменяемыми лиц с диагнозами психопатия, неврозы, хронический алкоголизм, резидуальное органическое поражение ЦНС [6].

Вместе с тем, по мнению цитированных авторов, на тот период времени социологическое, морально-психологическое толкование психопатий и биологизация сложных социально-образованных черт личности были основными доводами в пользу введения категории уменьшенной вменяемости. Уже из этого утверждения следует, что в первую очередь именно психопатии рассматривались как модель ограниченной вменяемости. Поскольку до публикации фундаментального труда П. Б. Ганнушкина (1933) было ещё более 10 лет, применение категории уменьшенной вменяемости к лицам с психопатиями отражало чисто эмпирическую практику и не имело под собой ни научной методологии, ни приемлемых критериев. Соответственно к 1927 году заключения об уменьшенной вменяемости полностью исчезли. С введением в национальные законодательства нормы об ограниченной вменяемости в Российской Федерации ежегодный прирост таких решений составил 5,6% при удельном весе подэкспертных с расстройствами личности — 7%.

Разумеется, можно предположить, что такая динамика обусловлена ростом удельного веса контингента больных, подпадающих под действие статьи об ограниченной вменяемости. Но более вероятно это связано, с одной стороны, с недостаточной разработанностью методологических и методических подходов к решению экспертных вопросов при психопатиях и, в частности, к определению ограниченной вменяемости.

Достаточно вспомнить, что институт ограниченной вменяемости введён на фоне многолетнего отрицания этой идеи. Поэтому естественно, что времени для научной проработки проблемы у судебной психиатрии не было. С другой — продолжали оставаться невыясненными целый ряд вопросов патогенеза, диагностики и классификации психопатий. По мнению Т. Б. Дмитриевой [2], в этой области требуются фундаментальные исследования, основанные на едином методологическом подходе, охватывающие весь клинко-психопатологический континуум. Т. Б. Дмитриева справедливо полагала, что психопатии с их статикой и динамикой являются уникальной моделью исследования клинко-конституциональных отношений, в частности, с использованием эволюционно-биологического и онтогенетического подходов.

По мере же осмысления проблемы становилось очевидным, что введение института ограниченной вменяемости открывает принципиально новое научное направление, требующее анализа и переоценки объёма и содержания понятий, составляющих медицинский и психологический критерии вменяемости — ограниченной вменяемости — невменяемости, с точки зрения как статистики отображаемых ими явлений, так и, что, пожалуй, главное, их динамики [8, 9].

Применительно к нашей теме, отнюдь не умаляя вклада как отечественных, так и зарубежных исследователей в разработку проблемы психопатий [7], следует признать два важных обстоятельства. Первое — это то, что клинические описания психопатий, сделанные П. Б. Ганнушкиным, остаются непревзойдёнными по настоящее время. Второе — то, что его понимание сути статистики и динамики психопатий намного опередило время, питая фактически все последующие исследования в этом разделе психиатрии.

П. Б. Ганнушкин понимал, что динамический подход может быть полноценным только при изучении изменения статистики в зависимости от изменения количественных и качественных характеристик средовых факторов. Он пишет: «Психопат должен изучаться во взаимоотношении с окружающей средой, во всех его столкновениях с этой средой, во всех его реакциях на нее, во всех противоречиях его психики, но всегда он должен изучаться как нечто единое целостное». Для такого утверждения в науке на тот период уже были

сформулированы реальные предпосылки. Первой может служить замечание И. М. Сеченова о том, что в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него [10]. Второй — понимание взаимодействия как основной предпосылки причинно-следственных отношений и универсальном механизме процесса развития [15]. Это только через 30 лет Binder напишет о роли внутреннего predispositiona и внешней среды в формировании психических проявлений и поступков: «Положение о том, что во всех психических переживаниях участвуют, хотя и в весьма различных соотношениях, оба фактора, настолько прочно обосновано и эмпирически и теоретически, что в настоящее время едва ли здесь возможны какие-либо принципиальные возражения» [15, с. 148].

Исходя из взаимодействия как источника динамики психопатий, П. Б. Ганнушкин чётко представлял диалектику взаимосвязи статики и динамики. Так он писал: «... В процессе жизни статика неотделима от динамики; ведь понятие о статике есть понятие в достаточной мере условное, абстрактное, почти математическое... Быть может, — и это даже наверное, — то, что мы описываем в статике, есть нечто произвольное, есть уже результат динамики» [1, с. 119].

По утверждению П. Б. Ганнушкина, основными динамическими моментами в жизни патологической личности являются фаза (или эпизод), шок, реакция и развитие. Анализ клинических описаний и аргументации их выделения свидетельствует, что указанные варианты динамики психопатий являются эмпирическими образованиями при нечёткой очерченности границ и ведущих клинических признаков. Тем не менее, в последующем динамические сдвиги при психопатиях стали всё более ассоциироваться с непсихотическим уровнем расстройства. Более того, именно такое понимание динамики психопатий стали приписывать П. Б. Ганнушкину. Так, О. В. Кербиков [3, с. 227] пишет: «Психопатические фазы были обрисованы Ганнушкиным в самых общих чертах. Имелись в виду возникающие у психопатических личностей без связи с ситуацией временные утяжеления их психопатических особенностей... Психопатические реакции очерчены более определенно, чем фазы...». Может быть поэтому психопатические «фазы» по П. Б. Ганнушкину не нашли в дальнейшем поддержки у других авторов слившись фактически, как мы увидим, например, у К. Шнайдер, с понятием «реакция».

Не имея целью изложение истории вопроса, укажу лишь, что после П. Б. Ганнушкина наиболее продуктивными в исследовании проблемы психопатий оказались 60-е годы прошлого столетия. Применительно к нашей теме интерес представляют, прежде всего, работы К. Шнайдер [12], Binder [15], О. В. Кербикова [3] и К. Леонгарда [4].

Так, К. Шнайдер в «Клинической психопатологии» [12], рассматривая психопатии, пишет: «Здесь мы представляем несистемное учение о типах». [12,

с. 29]. Тем самым, отрицая систематику психопатий, К. Шнайдер не мог систематизировать и динамические сдвиги при них. Но как клинический реалист (и в этом, пожалуй, его наибольшая заслуга перед психиатрией), К. Шнайдер не мог не отразить проявления динамики в описаниях психопатий. Так описывая психопатов с неустойчивым настроением, он указывает, что «у таких людей бывают дни, когда их депрессивная реакция возникает легче и держится дольше, чем в другие дни» [12, с. 37]. Или дальше: «Безусловно, есть эпилептики, у которых тоже бывают кризисы, связанные с неустойчивостью настроения». Также он пишет о «примитивных реакциях» эксплозивных психопатов, которые вскипают по самому незначительному поводу. Однако всё это не идёт далее признания определённого движения или колебания клиники психопатии. «Выраженный гипертимик — пишет К. Шнайдер, — конечно, остаётся таким, как правило, на протяжении всей своей жизни, хотя и здесь случаются изменения — как эпизодические, так и длительные» [12, с. 45]. Или: «Бывают, как видел уже Капп, также психопатические эпизоды, будь то в нашем понимании эндогенно основанные на подпочве или реактивные» [12, с. 45].

Таким образом, клиника психопатий у К. Шнайдер ассоциировалась с определёнными изменениями, отражёнными в понятиях «изменения эпизодические и длительные», «психопатические эпизоды», «кризисы», «реакции», «депрессивные реакции». Однако их содержание не раскрыто и какая бы то ни было систематизация не определена. Вместе с тем, перефразируя J. H. Schultz'a, который говорил о «ядерных» и «краевых» неврозах, К. Шнайдер говорит в «Клинической психопатологии» о «ядерных» и «краевых» психопатах. Тем самым идея П. Б. Ганнушкина о двух формах динамики психопатий: конституциональном развитии, опирающемся на личность и ситуационном, опирающемся на травму, нашла своё независимое подтверждение.

Более детально проблему психопатий проработал Binder [15]. Он выделил «стойкие психопатические состояния» (суть «ядерные» психопаты К. Шнайдер — О. В. Кербикова), при которых основные черты психопатического predispositiona остаются до известной степени в неизменном виде, несмотря на изменение внешних отношений. Развивая этот тезис, Binder указывает на постоянное наличие у психопата одного или нескольких свойств (радикалов), которые характеризуются количественным усилением или недоразвитием, представляют собой «элементарные явления» и не сводимы к каким либо другим более основным психическим моментам. О каких собственно «радикалах» или «элементарных явлениях» идёт речь? Binder считает, что «это — определённые «стороны» личности, усиления или ослабления обширных психических сфер», и далее уточняет — «как, например, отклонения в окраске основного настроения, в интенсивности импульсов и т. д.». [15, с. 152]. Таких основных психических

моментов или обширных психических сфер, которые не могут быть сведены к чему-либо иному более элементарному известно только три — идеаторная, эмоциональная (аффективная) и волевая (двигательная). Приведённые примеры изменения настроения и интенсивности импульсов собственно иллюстрируют нарушения в эмоциональной и волевой сферах. Наряду со стойкими психопатическими состояниями Binder различает психопатические реакции и развития. Их трактовка в целом практически не отличается от предложенной П. Б. Ганнушкиным. Однако принципиальным приобретением является указание на существенный, определяющий признак развития — это появление сверхценной идеи. По меткому выражению Binder, в сверхценных идеях «эмоционально насыщенная доминирующая тенденция развития находит свое интеллектуальное выражение» [15, с. 155]. Таким образом, в развитии оказывается задействованной идеаторная сфера.

Динамическая концепция психопатий О. В. Кербинова с её «ядерными» и «краевыми» формами психопатий существенно расширила представления о ресурсе динамики этой патологии и ее тесной, непосредственной связи с воздействием средовых факторов¹. Со ссылкой на ряд зарубежных и российских авторов О. В. Кербинов указывает на разнообразный характер психопатических реакций, клиническая картина которых представлена не психотическими симптомами, а характерологическими сдвигами и определяет их «преходящим психопатическим состоянием».

Вклад К. Леонгарда в развитие учения о психопатиях точно охарактеризовал В. М. Блейхер в предисловии к книге «Акцентуированные личности» [4]. Для судебно-психиатрической экспертизы имеют значение два обстоятельства. Первое — это акцент на значении в динамике психопатий количественной стороны их изучения. Второе — это развитие выдвинутого П. Б. Ганнушкиным положения о латентных, или компенсированных, психопатиях. Определяя их как акцентуации, которые при нарастании количественных изменений при определённых условиях воспринимаются как психопатии, К. Леонгард подготовил необходимые предпосылки для следующего шага. Логично было бы предположить, что психопатия, как клиническая реальность, не существует вне её динамических сдвигов.

Попытку констеллятивного анализа внешних и внутренних факторов при психопатиях предпринял А. Е. Личко [5]. Разделяя мнение П. Б. Ганнушкина, О. В. Кербинова о наличии переходных состояний между психопатиями и нормой, автор, вслед за К. Леонгардом, говорит об акцентуации характера как варианте нормы и выделяет явную и скрытую акцентуацию. При сомнительной практической ценности последней, не имеющей чётких критериев обнаружения до возникновения патогенной ситуации, понятие

«явной акцентуации» более определённо. При ней имеются черты определённого характерологического типа (преморбидные особенности по другим авторам), сохраняется социальная адаптация и способность к компенсации черт характера. Для сравнения отметим, что К. Леонгард под акцентуацией понимал усиление степени определённой черты темперамента, характера и их комбинации.

В таком случае акцентуация, будучи проявлением генотипа, воспринимается на феноменологическом уровне как психопатия только через определённую форму динамического сдвига. Однако такой вывод сделан не был в силу разных причин. Среди них можно указать на ригидность нозологической систематики, отсутствие системного подхода к анализу соотношения статики и динамики психопатий и, что признавалось многими авторами, отсутствие на тот период времени (второе издание книги «Акцентуированные личности» относится к 1976 г.), как, впрочем, и на сегодня, полной ясности в вопросе количественных и качественных характеристик вариантов динамики психопатий. В частности, отсутствует чёткое разграничение и структурирование при психопатии динамических сдвигов непсихотического и психотического характера и их различных вариантов.

Это наглядно демонстрирует исчерпывающий глоссарий «Стандартизованные психопатологические синдромы для унифицированной клинической оценки психопатии» [11]. Вместо трёх основных вариантов динамики психопатии по П. Б. Ганнушкину (реакция, фаза, развитие), глоссарий предлагает 10 «исключающих друг друга динамических характеристик». Фаза из этого перечня изъята. Вместо единого основания, необходимого для такого перечня, использованы несколько, включая и такое невероятное, как трансформация одного вида психопатии в другой. Все варианты динамики предлагаются как рядоположные, исключающие друг друга, хотя, судя по представленным описаниям, отношения между ними значительно сложнее. Так, например, абсолютизирован принцип динамики. Это означает, что диапазон и направление динамических сдвигов ничем не ограничены. Отсюда логично допустить, что трансформация одного вида психопатии в другой при определённых условиях может привести в конечном итоге к формированию нормального характера. Абсурдность такого допущения не требует доказательства, и свидетельствует о том, что в предложенном авторами глоссария перечне динамических вариантов психопатий отсутствует единое основание и поэтому он не может претендовать на место классификации.

На сегодня представляется, что предложенные П. Б. Ганнушкиным варианты динамики психопатий являются исчерпывающими. Это подтверждается безуспешностью попыток расширения их числа за счёт выделения в качестве рядоположных таких форм дина-

¹ Перефразируя J. H. Schultz'a, который говорил о «ядерных» и «краевых» неврозах, К. Шнайдер говорит в «Клинической психопатологии» о «ядерных» и «краевых» психопатах.

Література

мики, як декомпенсация и глубокая психопатия (которой, кстати, не нашлось места и в перечне, предлагаемом глоссарием). В связи с отсутствием клинической чёткости и единого основания с уже описанными вариантами динамики психопатий, декомпенсация и глубокая психопатия [13] заняли место понятий родовых, включающих в себя реакцию, фазу и развитие как понятия видовые, определяющие как степень выраженности декомпенсации, так и глубину психопатии в целом.

Сам факт, что более чем за 70 лет после П. Б. Ганнушкина никто не смог аргументированно опровергнуть его понимание динамических сдвигов при психопатиях, свидетельствует в пользу их естественного характера, опирающегося на единое основание, хотя оно и не было названо П. Б. Ганнушкиным. И это лишало чёткости их дифференциацию, исходящую из применённого П. Б. Ганнушкиным феноменологического подхода. В свою очередь его возможности клинического обособления вариантов динамики были ограничены акцентом на патогенетических и собственно динамических характеристиках. Так, диагностика реакции ставилась в зависимость от наличия внешнего патогенного фактора в отличие от аутохтонно возникающей фазы. В то же время принятие аутохтонности фазы за условность делало её трудно отличимой от реакции. Реакция и развитие различались только по длительности и способности к фиксации болезненного состояния. Таким образом, реакция и развитие лишались принципиальных клинических отличий, кроме признака длительности течения, так как развитие слагалось из ряда реакций.

Очевидно, что устранение отмеченных противоречий возможно лишь в рамках системного подхода, позволяющего не только соблюсти требования формальной логики к научной классификации, но и наполнить их диалектическим содержанием.

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика // Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — С. 116–252.
2. Дмитриева Т. Б. Современные общепсихологические подходы к оценке психопатий // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, № 5. — С. 4–6.
3. Кербинов О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
4. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981. — 392 с.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
6. Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 336 с.
7. Озерцовский Д. С., Тимофеев Н. Н. К истории создания учения о психопатиях // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1960. — Т. 60, вып. 10. — С. 1358–1367.
8. Первомайский В. Б. Основные принципы решения проблемы ограниченной вменяемости // Материалы международной конференции психиатров (Москва, 16–18 февраля 1998 г.). — М.: Фармед-инфо, 1998. — С. 135–136.
9. Сегай М. Я., Первомайский В. Б. Обмежена осудність: перспективи впровадження // Державно-правова реформа в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. — Київ, 1997. — С. 338–341.
10. Сеченов И. М. Избранные произведения. — М., 1952. — Т. 1. — 772 с.
11. Фелинская Н. И., Чибисов Ю. К. Глоссарий. Стандартизованные психопатологические синдромы для унифицированной клинической оценки психопатии: Методические рекомендации. — М., 1975. — 58 с.
12. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — 14-е изд., неизм. — Киев: Сфера, 1999. — 236 с.
13. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий. — Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 1971. — 24 с.
14. Энгельс Ф. Диалектика природы. — М., 1982. — 199 с.
15. Binder Н. Стойкие патологические состояния, патологические реакции и развития // Клиническая психиатрия / Под. ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 143–166.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ: ПОВІДОМЛЕННЯ

В. Б. Первомайський

Стаття присвячена аналізу представлених у літературі варіантів динамічних зрушень при психопатіях. Розглянуто методологічний аспект їхньої діагностики, еволюційно-біологічні й онтогенетичні передумови, що зв'язують відомі варіанти динаміки психопатій з певними психічними сферами. Показано ієрархічні відносини між реакцією, фазою і розвитком, як послідовними етапами декомпенсації, що відбивають глибину ураження і обумовлюють різні експертні висновки.

Ключові слова: обмежена осудність, кримінальний процес, розлади особистості

CONCEPTUAL APPROACHES TO FORENSIC - PSYCHIATRIC ESTIMATION OF DISORDER OF THE PERSON: REPORT

V. B. Pervomayskiy

The article is devoted to the analysis of the variants of dynamic shifts submitted in the literature at psychopathy. The methodological aspect of their diagnostics, evolution-biological and ontogenetic the preconditions connecting known variants of dynamics psychopathy with certain mental spheres is considered. Hierarchical attitudes between reaction, a phase and development, as consecutive stages reflecting depth decompensation and causing various expert conclusions are shown.

Keywords: the limited responsibility, criminal trial, personality disorders

УДК 616.89-174:61

Насинник О.А.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ III.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция

Введение

Закон Украины о психиатрической помощи (далее – Закон) в плане защиты прав и основных свобод человека базируется на основных международных актах (Европейская конвенция по правам человека, который выходит из Общей декларации прав человека, провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.; Принципы защиты лиц, которые страдают психическими расстройствами, и улучшения здравоохранения в области психиатрии: резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119 от 17 декабря 1991 г.; Декларация о защите прав пациентов в Европе (принята в 1994 г.). Несмотря на соответствие Закона международным стандартам, практика его применения выявляет ряд проблем и сложностей, нерешенность которых вызывает непонимание и негативное реагирование всех участников процесса психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП). Кроме этого, среди пациентов распространены несоблюдение лечения, стигматизация и боязнь психиатрической службы, что проявляется в частоте повторных госпитализаций, затягивании нелеченных обострений и несвоевременной обращаемостью за помощью, которая в тогда уже часто становится принудительной. Наряду с этим, действующая система психиатрической помощи включает подходы, сформированные еще при предыдущем законодательстве от 1988 года, которые остаются устойчивыми и неизменяемыми, несмотря на значительный прогресс в обеспечении прав человека и этических обоснованиях этому.

Актуальность

С учетом имеющихся данных, возникает необходимость в систематизации требований Закона и упорядочении стратегии оказания психиатрической помощи, что является актуальным и значимым. **Целью** работы являлось завершение разработки концепции психиатрической помощи в принудительном порядке с применением алгоритма оценки на каждом из этапов помощи.

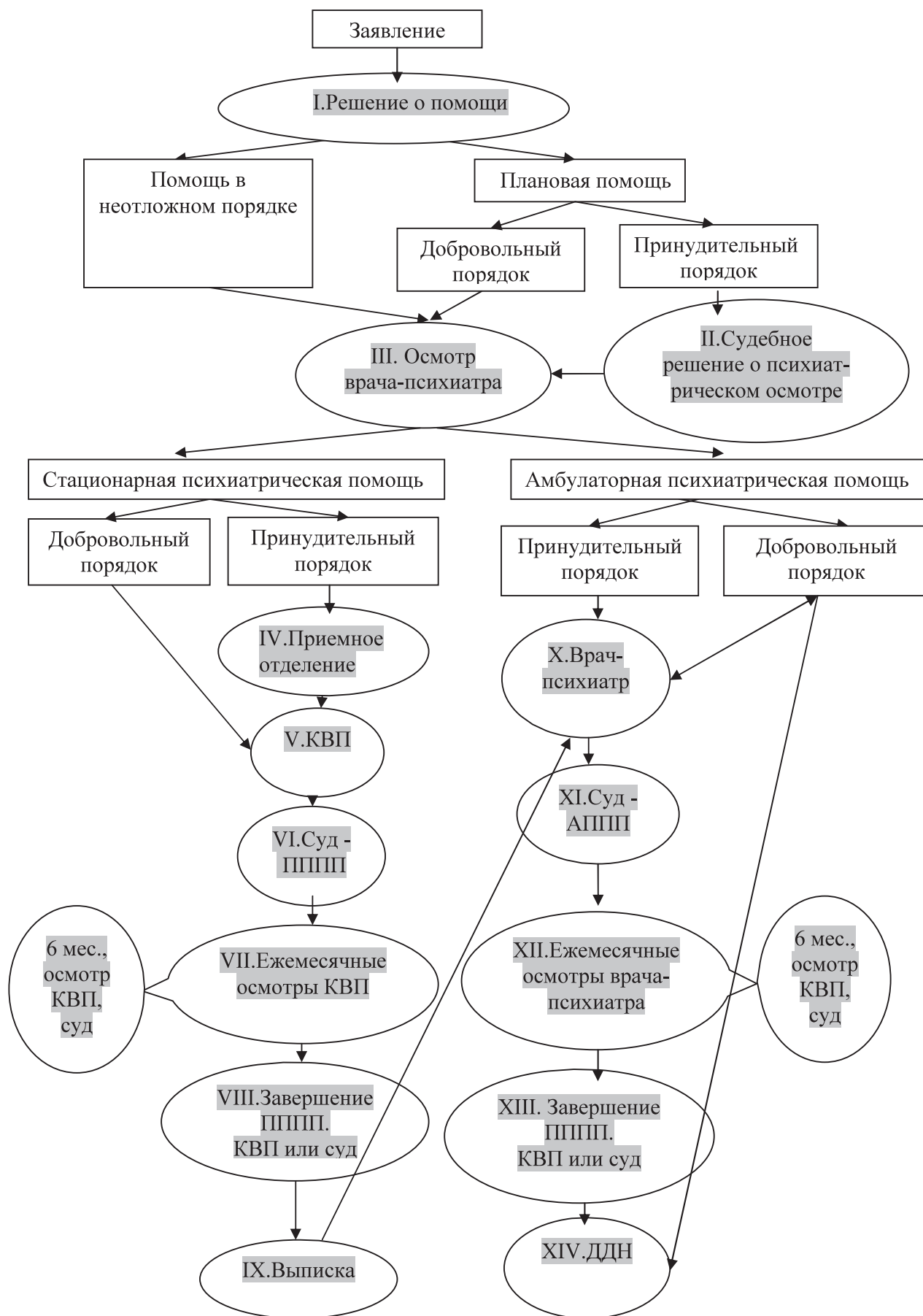
Материалом исследования являлись результаты теоретического анализа отечественной и зарубежной литературы по вопросам недобровольной (принудительной) психиатрической помощи, а также данные собственного исследования. Изучена медицинская документация пациентов, госпитализированных в неотложном порядке в психиатрическую больницу в течение 1999 – 2009 гг. (253 истории болезни), из них обследовано 68 пациентов, подвергшихся принудительной госпитализации. Использованы клиничко-пси-

хопатологический, в ряде случаев - клиничко-катамнестический метод, системный и сравнительный анализ.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ медицинской документации позволяет рассмотреть процесс психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП) в динамике и выделить ее этапы. Рассматривается наиболее полный вариант работы с пациентами, подвергнувшихся принудительной помощи, а именно от начального этапа – рассмотрение заявления, касающегося необходимости осмотра определенного лица и оказания ему психиатрической помощи - до применения принуждения и, наконец, – возврат пациента к обычному режиму помощи. Нами выделены XIV этапов оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (рис. 1). Следует отметить, что оказание психиатрической помощи в принудительном порядке, может быть прекращено на любом из нижеуказанных этапов или даже не начинаться при несоответствии или отсутствии одного из критериев принуждения. Так, даже при наличии тяжелого психического расстройства и опасности для себя или окружающих, заявление пациента о его осознанном согласии на помощь прекращает процедуру недобровольной помощи. Кроме того, в психиатрической практике возможны ситуации, когда принуждение начинается не с этапа оценки заявления или осмотра врача-психиатра, а например, в период пребывания пациента в стационаре на добровольных основаниях и в силу нарушенной критики отказавшегося от дальнейшей помощи при наличии признаков опасности для себя или других (V этап), или во внебольничных условиях в виде АПППП - (X этап). Детальные характеристики каждого этапа изложены нами ранее [1], поэтому эта работа касается рассмотрения этапов в связи алгоритмом оценок. В работе не рассматривается психиатрическая помощь несовершеннолетним (до 14 лет) или недееспособным (по решению суда) пациентам, где решения принимаются законными представителями (в первом случае – родителями или другим лицом, являющимся законным представителем; во втором – опекуном). Подопечный будет госпитализирован по заявлению опекуна и таким образом, не требуется ни согласия пациента, ни тем более обращения в суд для принудительной госпитализации. Данное обстоятельство допускает нарушение прав недееспособных лиц, противоречит ряду международных документов, что было отражено в решении Конституционного суда РФ: «Признать положение части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации “О психиатрической

Рис.1. Этапы оказания психиатрической помощи



помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, согласно которому лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, не соответствующим Конституции Российской Федерации, ее статьям 19 (части 1 и 2), 22 (часть 1), 46 (части 1 и 2) и 55 (часть 3), в той мере, в какой данное положение предполагает помещение недееспособного лица в психиатрический стационар без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном порядке» [2]. В Украине контроль госпитализации по просьбе или заявлению законных представителей осуществляется в порядке статьи 15 Закона. Решение врача-психиатра или Комиссии, противоречащее с мнением законного представителя или несогласие его с решением Комиссии потребует судебного слушания.

Нами выделены следующие этапы ПППП.

Этапы психиатрической помощи в принудительном порядке

I. Первый этап: доклинический – принятие решения о помощи или отказ в ней.

II. Судебное решение о проведении психиатрического осмотра в принудительном порядке.

III. Осмотр пациента врачом-психиатром (врачом бригады скорой и неотложной психиатрической помощи), в том числе осмотр по решению суда.

IV. Приемное отделение психиатрического учреждения (стационара)

V. Осмотр комиссией врачей-психиатров (КВП) в лечебном отделении

VI. Судебное слушание и принятие решения судом о принудительной госпитализации или отказ в удовлетворении заявления стационара

VII. Ежемесячные осмотры КВП на предмет прекращения/продления принудительной госпитализации. На этом же этапе рассматривается необходимость продления принудительной госпитализации свыше шести месяцев в суде по заявлению представителя психиатрического учреждения и заключению КВП.

VIII. Прекращение принудительной госпитализации по решению КВП или суда.

IX. Выписка по просьбе пациента или решению психиатрического учреждения.

X. Решение врача-психиатра амбулаторной службы о необходимости АПППП.

XI. Судебное решение об АПППП

XII. Ежемесячные осмотры врачом-психиатром на предмет прекращения/продления АПППП.

XIII. Завершение АПППП по решению КВП или суда.

XIV. Перевод пациента на диспансерное наблюдение.

Сущность предлагаемой концептуальной модели ПППП состоит в применении врачом-психиатром алгоритма оценки и пациент-центрированного подхода с учетом мнения членов семьи в соответствии с клини-

ческой картиной заболевания и современными этическими правовыми позициями. Несмотря на различия в осуществляемых задачах и целях каждого этапа помощи, имеется общее звено в их реализации – алгоритм оценки. Алгоритм используется даже на этапе рассмотрения письменного заявления в отношении неизвестного психиатрической службе пациента, хотя такая оценка носит предварительный характер, но врач-психиатр планирует и принимает решение о порядке осмотра (неотложный или плановый, в том числе после решения суда). Психиатрический осмотр, как известно, является начальным звеном психиатрической помощи (абзац 4 ст. 1 Закона). На этом этапе заявитель должен получить все необходимые разъяснения о порядке предоставления помощи и возможных ее вариантах, положительных и негативных последствиях каждого варианта, разрешая опасения и тревоги заявителя, тем самым реализуя восстановительно-переходную стадию алгоритма, не упуская возможности помощи в условиях наименее ограничительных альтернатив. Осмотр на III этапе врача-психиатра психиатрического учреждения или в составе бригады скорой психиатрической помощи по месту нахождения пациента в зависимости от полноты информации, возможности обследования и согласия пациента позволяет принять решение о виде помощи, провести ее самостоятельно или подготовить направление в стационар или амбулаторию. При решении о стационарной помощи как на III, так и на IV этапе (приемное отделение), врач-психиатр испытывает ограничения во времени, условиях и информации, но следуя стадиям алгоритма, следует оценить осознание болезни, критические способности и способности к принятию решения о лечении (СПРОЛ), тяжесть расстройства и риски опасности. Цель госпитализации – помощь в кризисной ситуации и стабилизации пациента, а также обеспечение его безопасности [3].

При допускаемых заниженных порогах диагностической оценки, критики и СПРОЛ принимается решение о порядке госпитализации. Оба этих этапа нуждаются в доступных пациенту разъяснениях его правового статуса, порядка оказания помощи, альтернативах помощи и условиях их осуществления. В случае принудительной госпитализации каждый последующий этап является своего рода контролем предыдущего, сопровождается детальными разъяснениями касательно принятых и планируемых решений психиатрической службы. На любой стадии этапа и при реализации стандартов ведущими являются уважение личности и достоинства пациента, его автономии. Вслед за этим значимо раннее распознавание особенностей личности пациента для определения его отношения к лечению и рекомендациям врача и конкретной сферы несогласия пациента с предлагаемой помощью для фокусирования разъяснительной работы и получения осознанного согласия. Так же действенно подключение близких, субъективно значимых пациенту лиц и благодаря сочетанной и адекватной разъяснительной работе содействовать переходу пациента в статус доб-

ровольца и затем удержание его в этом статусе с приемом лечения, создания мотивации к встрече с врачом, лечению, прежде всего поддерживающему, по возможности формировать повышение ответственности пациента за свое здоровье и поведение.

Выводы и предложения

Законодательство Украины о психиатрической помощи соответствует основным международным принципам, предъявляемым к документам такого рода. Предлагаемая нами концепция повышения качества оказания психиатрической помощи в принудительном порядке учитывает интересы, задачи и обязанности всех участников процесса психиатрической помощи в принудительном порядке и направлена на повышение качества оказываемой помощи, а также на снижение отрицательных последствий принуждения, ускорение перевода пациента из принудительного порядка оказания помощи в добровольный. Необходимость концептуального подхода в решении вопросов ПППП связана со сложностью данной проблемы, остающейся путаницей в понятиях и в понимании сущности ПППП, а также значимыми социальными и экономическими потерями вследствие применения ПППП. Осуществление принуждения базируется, прежде всего, на законе, имеет свой алгоритм оценки на каждом этапе, начиная с выявления тяжести психического расстройства, затем критериев принуждения и других значимых моментов, и наконец заканчивая констатацией восстановления и прекращения помощи на данном этапе с планированием помощи на следующем и соблюдением ее преемственности. Предложенные этапы и алгоритм

оценки на каждом из них являются значимыми для психиатрической службы, пациента и его близких, так как связаны с повторными оценками в соответствии со стандартами помощи. Соблюдение алгоритма оценки будет способствовать принятию адекватных решений на каждом этапе оказания психиатрической помощи в принудительном порядке и с последующим правильным оформлением соответствующей документации, позволит избежать как нарушений прав пациента, так и обжалований действий и решений психиатрической службы. Рассматриваемая концептуальная модель в данном виде не предлагает дополнительных затрат, но при этом остается несовершенной, например, в области терапии и реабилитации, не говоря уже об отсутствии возможности внедрения мультидисциплинарного подхода при ПППП. Однако учитывая большую затратность процедуры принуждения и еще большие затраты для предотвращения применения ПППП, должна быть заинтересованность государственных органов в финансировании данного вида помощи - для начала хотя бы для целевой закупки пролонгированных препаратов, осуществления преемственности в комплексной помощи данному контингенту.

Литература

1. Насинник О.А. Оценка алгоритма, этапов, преемственности психиатрической помощи принудительном порядке: соответствие законодательству // Психічне здоров'я. – 2007. – № 4 (17). – С. 87-93.
2. Постановление Конституционного суда РФ от 27 февраля 2009 г. N 4-П // <http://www.psychepravo.ru/doc/ksrf4p.pdf>
3. Simon R. I. The Law and Psychiatry // Focus. – 2003. – Vol. 1. – P. 349-372.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ III

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 III

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 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1

П. Г. Андрух

ФАКТОРЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ В СЕМЬЯХ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (НА ОСНОВАНИИ МЕТОДА ГЕНОЭМОЦИОГРАММЫ)

Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

Ключевые слова: созависимость, психоактивные вещества, геноэмоциограмма

В настоящее время в числе значимых и производящих факторов наркотического дебюта и наркотизации особая роль отводится отношениям созависимости [1 — 7], под которой понимается специфическое состояние, характеризующееся сильной поглощённостью и озабоченностью другим человеком, а также крайней зависимостью (эмоциональной, социальной, а иногда и физической) от него.

Полагается, что созависимость родственников препятствует выздоровлению лица с зависимостью от психоактивного вещества (ПАВ), то есть служит фактором подкрепления и воспроизводства, а иногда и провокации, аддиктивного поведения.

Более того, указывается, что многие участники реабилитационных программ, построенных по традиционному «12-ти шаговому» принципу, оказываются неспособными покинуть своё терапевтическое сообщество и после прохождения программы, что даёт основание для предположения о переносе созависимых отношений из сферы внутрисемейных отношений в сферу межличностных отношений в терапевтическом сообществе; при этом основные свойства созависимости не разрушаются, а претерпевают определённую трансформацию и продолжают существовать.

Считается, что созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным с зависимостью от ПАВ;
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей с зависимостью от ПАВ;
- 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Специфическими симптомами созависимости при этом выступают:

— трансформация чувства собственного достоинства в стремление (или воображаемую способность) контролировать свои и чужие чувства и поступки, несмотря на предшествующий негативный опыт (или прямо противоположные результаты);

— убеждённость в своей способности оказывать значительное влияние на другого человека, несмотря на повторяющиеся неудачи и связанные с этим страдания;

— удовлетворение чужих потребностей путём, который делает невозможным удовлетворение собственных потребностей;

— нарушение системы допустимых границ как в ситуациях интимности, так и одиночества;

— продолжение связи с человеком с личностными проблемами (зависимость от ПАВ, болезненная импульсивность и пр.);

— крайне болезненные и тягостные эмоциональные переживания или потеря эмоциональной чувствительности на протяжении как минимум двух лет без обращения за помощью к иным лицам или специалистам.

Целью настоящего исследования явилось выявление факторов и детерминант формирования созависимости в семьях лиц с зависимостью от психоактивных веществ для целей последующей психотерапии и реабилитации (выявление этиопатогенетических особенностей, иерархической структуры и стадийности для определения мишеней последующих психотерапевтических и реабилитационных воздействий и формирования конгруэнтных техник и мероприятий).

Обследованию подлежали 450 лиц, страдавших зависимостью от различных видов ПАВ, среди которых были выделены такие группы (приведены в порядке убывания численности):

- лица с зависимостью от алкоголя (200 больных);
- лица с зависимостью от опиоидов (180 больных);
- лица с зависимостью от психостимуляторов (90 больных).

Для исследования семей лиц с зависимостью от ПАВ на разных стадиях развития наркомании использовался комплекс клинических и психодиагностических методик, в частности:

— клиническое собеседование (по своим техническим особенностям и функциям близкое к нарративному интервью);

— ретроспективный анализ внутрисемейных отношений (для исследования особенностей семей наркозависимых в отдалённом и приближённом преморбиде);

— разработанный нами метод геноэмоциограммы.

Традиционно генограмма представляет собой структурированную диаграмму системы внутрисемейных взаимоотношений в 3 — 4 поколениях; она была предложена Мюррей Боуэн (Bowen) в 1978 г. в рамках «межпоколенного подхода» в семейной терапии. Её

целью являлось показать, как образцы поведения и внутрисемейных взаимоотношений передаются из поколения в поколение и как события (например, — смерти, болезни, смена места проживания членов семьи) влияют на актуальные поведенческие паттерны, а также на формирование внутрисемейных диад и триад. Генограмма позволяет терапевту отразить целостную картину, рассматривая все феномены и события семейной жизни в интегральной ретроспективе. Данный подход имеет много общего с традиционными подходами к сбору семейного анамнеза, однако его спецификой является структурированность и схематичность.

Вариантом генограммы выступает используемая с диагностической целью в рамках психодрамы *гено-социограмма*, представляющая собой выстроенное по памяти генеалогическое древо (облигатное условие — без обращения к документальным свидетельствам и сторонней информации), дополненное важными жизненными событиями (в их органической взаимосвязи) и эмоциональной подоплёкой (указанием социометрических связей между отдельными членами семьи). При составлении геносоциограммы наиболее важную роль играют именно восприятие и представление действующих лиц и соединяющих их связей, а также представления-воспоминания об их роли в жизни самого индивида.

Нами использовался специально разработанный для целей настоящего исследования вариант гено-социограммы, названный *геноэмоциограмма*, основной направленностью которого является выявление эмоционально значимых моментов, событий и связей в жизни семьи в их связи с факторами наркотизации и формированием «наркоманической личности». В отличие от геносоциограммы, в геноэмоциограмме многие статусно-ролевые моменты семейной истории подверглись элиминации, а преобладающее место занял именно эмоциональный контекст отношений (что отразилось и на специфике графического представления материала).

Результаты проведённых исследований семей лиц с зависимостью от ПАВ показали, что значимыми в отношении формирования созависимости являются следующие внутрисемейные факторы и детерминанты:

- чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение ребёнка к своим родителям и их проблемам (особенно в пубертатном периоде);
- характерологические особенности родителей (преимущественно в ситуации доминирования холодной в общении, низкоэмоциональной, строгой матери);
- использование ребёнка как средства давления и манипулирования супругами друг другом, когда дидактические действия родителей выступают как маскировка конфликтности в их межличностных отношениях;
- непоследовательность, отсутствие единой стратегии и модуса поведения в отношениях с ребёнком: от максимального принятия до максимального отверже-

ния, при этом ребёнка то приближают к себе, то отдаляют независимо от параметров и стилистики его поведения;

- невовлечённость, прежде всего эмоциональная, членов семьи в жизнь и дела друг друга, своеобразная внутрисемейная алиенация, когда при внешнем благополучии члены семьи не чувствуют и не обнаруживают заинтересованности друг в друге;

- директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение с игнорированием чувств, мыслей и потребностей ребёнка;

- спутанность отношений и неопределённость межпоколенных границ, когда члены семьи старших поколений активно вмешиваются в жизнь семьи, оказывая воспитательные влияния на уже взрослых детей, при одновременном формировании гиперпротекции в сочетании с попустительством по отношению к внукам;

- использование прямых провокаций в обращении с ребёнком с целью решения личных проблем (в том числе с целью получения «эмоциональной выгоды»);

- заниженная оценка личности и достижений ребёнка, «сравнение не в его пользу» либо вербализация и акцентуирование негативных ожиданий по отношению к его действиям и поступкам;

- формирование сексуального контекста отношений (во всём спектре негативных проявлений — от оскорблений сексуального характера до многолетних инцестуозных сексуальных отношений, а также прямого сексуального насилия);

- отсутствие в ближайшем или достижимом окружении ребёнка значимого взрослого;

- негативный личный пример со стороны родителей или иных значимых взрослых (злоупотребление кем-то из членов семьи каким-либо из видов ПАВ);

- генетическая предрасположенность к употреблению и формированию зависимости от ПАВ.

Анализ полученных результатов показал превалирование тех или иных факторов и детерминант в зависимости от вида ПАВ.

В схематизированном виде внутрисемейные факторы и детерминанты формирования созависимости с семьями лиц с зависимостью от различных видов ПАВ представлены в табл. 1.

По данным М. И. Христофоровой, Л. М. Шипицыной [8], можно выделить следующие стратегии созависимых лиц, способствующие развитию аддиктивного поведения:

- чувство чрезмерной лояльности к наркоману, искреннее желание справиться с трудностями его поведения;

- своеобразное чувство ответственности за формирование наркозависимости;

- стремление сохранить существовавшее до формирования зависимости положение вещей, внешнее впечатление о благополучности семьи;

- стремление предотвратить негативные ситуации (в частности, угрозу ухудшения социального положе-

Таблица 1
Внутрисемейные факторы и детерминанты формирования созависимости

№ п/п	Факторы и детерминанты	Вид ПАВ		
		Опиоиды	Психо-стимуляторы	Этанол
1	Сенситивность	+	—	—
2	Характерологические особенности родителей	+	+	++
3	Манипулирование	+	+	—
4	Отсутствие единой стратегии и модуса поведения в отношениях	+	+	—
5	Эмоциональная невовлечённость	—	+	—
6	Директивность отношений и эмоциональное отвержение	+	—	—
7	Неопределённость межпоколенных границ	—	—	+
8	Провокации	+	+	++
9	Заниженная оценка личности и достижений ребёнка	+	—	+
10	Сексуальный контекст отношений	+	—	+
11	Отсутствие в ближайшем окружении ребёнка значимого взрослого	+	+	+
12	Негативный личный пример со стороны родителей или иных значимых взрослых	+	+	++
13	Генетическая предрасположенность	+	—	++

Примечание.

++ выраженная зависимость;

+ умеренно выраженная зависимость;

— отсутствие клинически значимой связи.

ния из-за существование аддиктивного поведения у одного из членов семьи);

— желание сохранить семью;

— желание предотвратить и смягчить агрессию наркомана;

— давление близкого коружения (родственников, знакомых);

— избегание помощи извне (психологической, медицинской и др.);

— отсутствие осознания болезни, характера ситуации;

— подсознательное желание быть незаменимым, необходимым для наркозависимого (это желание может превращаться, в частности, в желание осуществлять контроль).

В ряде современных исследований были получены данные, согласно которым факт обнаружения зависимости от ПАВ у подростка приводил к развитию выра-

женных изменений в семейном взаимодействии [9]; в частности, было показано, что установление факта наркотизации приводило к формированию своеобразной «точки отсчёта» в специфической «наркоманической» эволюции семьи и движению в континууме «социентрированность — человекоцентрированность» [10].

Установлено, что факт выявления зависимости от ПАВ по-разному используется членами семьи; рентные отношения к аддикции во многом определяются неосознаваемыми потребностями, при этом каждый член семьи получает определённую «выгоду» из сложившейся внутрисемейной ситуации.

С. В. Березиным, К. С. Лисецким, Е. А. Назаровым [11] выделены специфические стадии «наркоманической» эволюции семей, каждая из которых характеризуется своими особенностями семейного функционирования.

1. *Латентная стадия наркотизации* характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровнях приводит к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наличия зависимости игнорируются.

2. *Стадия открытой наркотизации* характеризуется глубокими изменениями, происходящими как на общесемейном (формирование созависимости), так и на индивидуальном уровне.

На общесемейном уровне складывается особый тип взаимоотношений, и обозначаемый, собственно, термином «созависимость», который формируется на основе реакции членов семьи на факт зависимости от ПАВ. Характерным является резкое повышение уровней разнонаправленной конфликтности и активности, которые носят, как правило, деструктивный или индифферентный характер, поскольку не приводят к изменению общей стратегии поведения. Фактически, созависимость выступает как вариант приспособительного поведения членов семьи в ответ на наркоманию одного из её членов.

3. *Стадия реабилитации и ремиссии* характеризуется началом конгруэнтной терапии с отказом от употребления ПАВ.

Установлено, что ремиссия у наркомана оказывается более продолжительной (продолжительность ремиссии более года), если в реабилитационный процесс удаётся включить всю семью; это объясняется тем, что участие членов семьи в реабилитационном процессе создает предпосылки для терапии созависимости.

Анализ результатов проведённых нами исследований показал, что акцент в случае формирования созависимости в семьях лиц с зависимостью от ПАВ надлежит делать на следующих позициях:

— вектор;

— форма;

— уровень.

По первой позиции на геноэмоциограммах было

виявлено существование горизонтального и вертикального векторов с различными вариациями (при участии в отношениях созависимости лиц старших поколений).

По второй позиции были выявлены такие формы отношений созависимости, как:

- контролирующая гиперпротекция;
- потакающая гиперпротекция;
- запрещающая гиперпротекция;

— интраматримониальная алиенация (состоящая в эмоциональном отторжении при сохранении бытовых форм контакта и совместного проживания).

По третьей позиции были выявлены уровни формирования отношений созависимости, которые в определённой мере можно ассоциировать со стадиями развития этих отношений. Эти условные уровни можно разделить на облигатные (указаны в хронологическом порядке): эмоциональная вовлечённость (первый); вовлечённость с попытками управления и контроля (второй); модификации поведения (третий) и факультативные (возникающие в результате коллапса защитных механизмов) — вовлечение в химическую зависимость.

Таким образом, в результате проведённых исследований с помощью разработанного метода геноэмоциогаммы были выявлены внутрисемейные факторы и детерминанты формирования созависимости дифференцированно по различным видам ПАВ и предложена иерархическая структура отношений созависимости, которую необходимо учитывать при создании систем и моделей психотерапии и реабилитации наркозависимых.

Литература

1. Дереча В. А. Психология зависимого развития личности и созависимостей / В. А. Дереча, Г. И. Дереча, В. В. Постнов // Клиническая психология и практическое здравоохранение: Сб. материалов науч.-практ. конф. — Самара, 2002. — С. 29 — 32.
2. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления // Лекции по наркологии / В. Д. Москаленко; Под ред. Н. Н. Иванца. — Москва: Медпрактика, 2001. — С. 288 — 319.
3. Москаленко В. Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных) / В. Д. Москаленко. — Москва: Анахарсис, 2002. — 112 с.
4. Москаленко В. Д. Созависимость в семьях наркологических больных. Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н. Н. Иванца / В. Д. Москаленко. — Москва: Медпрактика-М, 2002. — Т. 2. — С. 187 — 221.
5. Москаленко В. Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ / В. Д. Москаленко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — № 9. — С. 71 — 75.
6. Чирко В. В. Родители больных наркоманией: психопатология созависимости (1 сообщение) / В. В. Чирко, М. В. Демина // Вопросы наркологии. — 2005. — № 2. — С. 19 — 29.
7. Яцышин С. М. Проявление созависимости в ценностно-смысловой сфере матерей при наркотизации ребёнка / С. М. Яцышин. — Дис.... канд. психол. наук : 19.00.01. — Санкт-Петербург, 2003. — 197 с.
8. Христофорова М. И. Психологические особенности созависимых семей подростков-наркоманов / М. И. Христофорова, Л. М. Шипицына // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Том II, № 2. — С. 99 — 105.
9. Назаров Е. А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье / Е. А. Назаров. — Дис.... канд. психол. наук : 19.00.11. — Москва, 2000. — 203 с.
10. Орлов А. Б. Психология личности и сущности человека. Парадигмы, проекции, практики / А. Б. Орлов. — Москва: Академия, 2002. — 272 с.
11. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. — Москва: МПА, 2001. — 213 с.

ФАКТОРИ І ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ СОЗАЛЕЖНОСТІ В РОДИНАХ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (НА ПІДҮНТІ МЕТОДУ ГЕНОЕМОЦІОГРАМ)

П. Г. Андрух

Статтю присвячено медико-психологічному дослідженню факторів і детермінант формування со залежності в родинах пацієнтів, що страждають від най-більш поширених варіантів хімічної залежності. Наведено характеристику методу геноемоціограми. Описано результати проведених досліджень і запропоновано ієрархічну структуру відношень со залежності.

Ключові слова: со залежність, родина, фактор, детермінанта, психоактивні речовини, геноемоціограма

FACTORS AND DETERMINANTS OF THE FORMATION OF THE CO-DEPENDENCY IN THE FAMILIES OF PERSONS WITH CHEMICAL DEPENDENCY (ON THE BASIS OF GENOEMOTIOGRAM METHOD)

P. G. Andrukh

The article is devoted to medical and psychological studies of factors and determinants of the formation of the co-dependency in the families of patients suffering from the most common variations of chemical dependency. The specified description of genoemotioqram method. The results of the research was describe and hierarchical structure by co-dependency relationship was proposed.

Keywords: co-dependency, family, factor, determinant, chemical dependency, genoemotioqram

УДК: 616.89

А.В. Погосов, К.А. Куржупов

СОМАТИЧЕСКАЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В РЕГИОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Ключевые слова: алкогольные психозы, соматическая и неврологическая патология, экологические факторы

Аномальная геомагнитная среда обитания рассматривается как источник помех жизнедеятельности человека [2]. Курская магнитная аномалия относится к уникальным регионам Земли. Здесь естественное геомагнитное поле значительно превышает фоновые значения. Сочетанное воздействие факторов окружающей среды различной природы (физических, химических) на организм человека существенно отличается от их изолированного влияния [3]. По данным В.П. Иванова с соавт. [4], чистота атмосферного воздуха является одним из важнейших факторов в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, показателем качества среды обитания. Одним из наиболее проблемных районов Курской области по уровню загрязнения окружающей среды на основании многолетних наблюдений является город Железнодорожный и Железнодорожский район [1].

В настоящей работе представлены результаты клинико-психопатологического изучения 53 больных алкогольными психозами (алкогольный делирий - 33 больных, структурно-сложный алкогольный психоз - 17, алкогольный галлюциноз - 3), жителей города Железнодорожного и Железнодорожского района (обозначены как больные региона Курской области с неблагоприятной экологической обстановкой). Последняя связана с воздействием комплекса факторов окружающей среды. К ним относятся повышенное геомагнитное поле и техногенное загрязнение окружающей среды, связанное с работой Михайловского ГОКа.

В качестве группы сравнения использовали 66 больных алкогольными психозами – жителей города Курска и районов Курской области (регионы с относительно удовлетворенной экологической обстановкой). С учетом экологической обстановки в регионе проживания (относительно удовлетворительная – группа сравнения и неблагоприятная) у больных в сравнительном аспекте раздельно в зависимости от клинического варианта алкогольного психоза проанализированы коморбидная соматическая и неврологическая патология. Достоверных отличий распределения больных в обследованных группах по месту жительства (город, село), возрасту, трудовому и семейному статусу не наблюдалось.

Результаты изучения частотного распределения коморбидной соматической и неврологической патологии у больных алкогольным делирием основной группы показали, что у 13 из 33 больных (39,39%) выявлен алкогольный гепатит, что в 1,37 раза больше, чем среди больных, проживающих в районах с относительно удо-

влетворительной экологической обстановкой ($t=1,84$). У больных алкогольным делирием основной группы чаще регистрировалась и коморбидная неврологическая патология: по 12 случаев эпилептических припадков и алкогольной полиневропатии (по 36,36%; соответственно $t=1,29$ и $t=1,69$), 10 – токсической энцефалопатии (30,30%; $t=1,40$), 5 – токсико-сосудистой энцефалопатии (15,15%; $t=0,55$). У 33 больных алкогольным делирием основной группы выявлено 55 случаев коморбидной соматической и неврологической патологии. В среднем на 1 больного приходилось 1,66 случаев, в то время как у больных из районов с относительно удовлетворительной экологической обстановкой (группа сравнения) этот показатель оказался ниже (1,22). У 6 больных (18,18%) наблюдалось по две разновидности неврологической патологии, у 16 больных (48,48%) сочетание соматической и неврологической патологии. О более тяжелом течении алкогольной болезни в регионах с неблагоприятными экологическими характеристиками свидетельствует более высокая частота коморбидной соматической и неврологической патологии.

Изучение частоты коморбидной соматической и неврологической патологии у больных структурно-сложным алкогольным психозом продемонстрировало роль экологических факторов в ее появлении. В среднем на 1 больного в основной группе приходилось 1,58 разновидностей соматической и неврологической патологии. В группе сравнения этот показатель был ниже и составил 1,26. Частота соматической патологии в сравниваемых группах заметно не отличалась (соответственно в группе сравнения и основной: алкогольный гепатит – 34,62% и 35,29%; $t=0,07$; другая соматическая патология – 19,23% и 23,52%; $t=0,32$). Приведенный ранее более высокий средний показатель в основной группе обусловлен более высокой частотой здесь эпилептических припадков (35,29%; $t=0,82$), алкогольной полиневропатии (29,41%; $t=0,84$), токсической энцефалопатии (29,41%; $t=0,84$). Из 17 больных основной группы у 8 (47,05%) выявлена соматическая патология, у 6 (35,29%) из них одна разновидность, у 2-х (11,76%) – по две и более разновидности. Неврологическая патология в основной группе зафиксирована у 12 больных (70,58%), у 5 (29,41%) из этого числа по две разновидности, у 7 (41,17%) – по одной. У 3-х (17,64%) больных основной группы отмечено сочетание соматической и неврологической патологии. Представленные данные свидетельствуют о более высокой частоте соматической и неврологической патологии у

Література

1. Евдокимов В.И. Комплексная оценка санитарного неблагополучия территорий Курской магнитной аномалии // *Здравоохранение РФ.* – 2003. – №3. – С. 28-31.
2. Заброда Н.Н., Масликова И.Н. Вклад факторов окружающей среды в демографические показатели. – *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах.* – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.198-199.
3. Семикина Е.В., Заброда Н.Н. Показатели иммунореактивности у крыс при сочетанном воздействии факторов производственной среды горнодобывающей промышленности. – *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах.* – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.143-146.
4. Экологические особенности среды обитания населения Жлезногорского района / Иванов В.П., Васильева О.В., Ковальчук М.Л. и др. // *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах.* – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.9-13.а

СОМАТИЧНА І НЕВРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ У РЕГІОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

А.В. Погосов, К.А. Коржупов

У статті представлені результати порівняльної оцінки коморбідної соматичної і невротичної патології у хворих, які проживають у регіонах з неблагополучною і відносно задовільною екологічною обстановкою. Встановлено, що фактори навколишнього середовища (аномальне геомагнітне поле і техногенне забруднення) посилюють клінічні прояви алкогольної хвороби.

Ключові слова: алкогольні психози, соматична і неврологічна патологія, екологічні фактори

SOMATIC AND NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC PSYCHOSES IN THE REGION OF ECOLOGICAL TROUBLE

A.V. Pogosov, K.A. Kurzhpov

The article presents the results of comparative evaluation of comorbidity of somatic and neurological disease in patients living in areas with disadvantaged and relatively satisfactory environmental conditions. Established that environmental factors (anomalous geomagnetic field and anthropogenic pollution) exacerbate the clinical manifestations of alcoholic disease.

Keywords: alcoholic psychoses, somatic and neurological pathology, environmental factors

УДК: 616.89(075)

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Пріб, Т.В. Синіцька, Г.Е. Трофімчук ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР (огляд літератури)

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

Ключові слова: азартні ігри, патологічний гемблінг, залежна поведінка, психологічні особливості

Ігрова залежність (гемблінг-аддикція, лудоманія) являє собою один з варіантів «хвороб залежної поведінки» (за визначенням А. О. Бухановського) [4] та є однією з найбільш розповсюджених нехімічних аддикцій.

На даний момент патологічна схильність до азартних ігор вважається поліетіологічним розладом, що виникає внаслідок складної взаємодії психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів [6,25].

Згідно з більшістю концепцій [18], початок формування аддиктивного процесу відбувається завжди на емоційному рівні. Існує емоційний стан, що поєднує

різні (фармакологічні й нефармакологічні) аддикції. В його основі лежить властиве людині прагнення до психологічного комфорту. У нормальних умовах психологічний комфорт досягається різними шляхами: подоланням перешкод, задоволенням цікавості, реалізацією дослідницького інтересу, проявом симпатії до інших людей, наданням їм допомоги, переживанням релігійного досвіду, а також заняттям спортом, психологічними вправами, зануренням у світ уяви і фантазій та ін. У випадках формування аддикцій цей множинний вибір різко звужується: відбувається фіксація на якому-небудь одному способі досягнення комфорту,

Література

1. Евдокимов В.И. Комплексная оценка санитарного неблагополучия территорий Курской магнитной аномалии // *Здравоохранение РФ*. – 2003. – №3. – С. 28-31.
2. Заброда Н.Н., Масликова И.Н. Вклад факторов окружающей среды в демографические показатели. – *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах*. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.198-199.
3. Семикина Е.В., Заброда Н.Н. Показатели иммунореактивности у крыс при сочетанном воздействии факторов производственной среды горнодобывающей промышленности. – *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах*. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.143-146.
4. Экологические особенности среды обитания населения Железнодорожного района / Иванов В.П., Васильева О.В., Ковальчук М.Л. и др. // *Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах*. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – Т.1. – С.9-13.а

СОМАТИЧНА І НЕВРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ У РЕГІОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

А.В. Погосов, К.А. Коржупов

У статті представлені результати порівняльної оцінки коморбідної соматичної і невротичної патології у хворих, які проживають у регіонах з неблагополучною і відносно задовільною екологічною обстановкою. Встановлено, що фактори навколишнього середовища (аномальне геомагнітне поле і техногенне забруднення) посилюють клінічні прояви алкогольної хвороби.

Ключові слова: алкогольні психози, соматична і неврологічна патологія, екологічні фактори

SOMATIC AND NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC PSYCHOSES IN THE REGION OF ECOLOGICAL TROUBLE

A.V. Pogosov, K.A. Kurzhpov

The article presents the results of comparative evaluation of comorbidity of somatic and neurological disease in patients living in areas with disadvantaged and relatively satisfactory environmental conditions. Established that environmental factors (anomalous geomagnetic field and anthropogenic pollution) exacerbate the clinical manifestations of alcoholic disease.

Keywords: alcoholic psychoses, somatic and neurological pathology, environmental factors

УДК: 616.89(075)

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Пріб, Т.В. Синіцька, Г.Е. Трофімчук ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР (огляд літератури)

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

Ключові слова: азартні ігри, патологічний гемблінг, залежна поведінка, психологічні особливості

Ігрова залежність (гемблінг-аддикція, лудоманія) являє собою один з варіантів «хвороб залежної поведінки» (за визначенням А. О. Бухановського) [4] та є однією з найбільш розповсюджених нехімічних аддикцій.

На даний момент патологічна схильність до азартних ігор вважається поліетіологічним розладом, що виникає внаслідок складної взаємодії психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів [6,25].

Згідно з більшістю концепцій [18], початок формування аддиктивного процесу відбувається завжди на емоційному рівні. Існує емоційний стан, що поєднує

різні (фармакологічні й нефармакологічні) аддикції. В його основі лежить властиве людині прагнення до психологічного комфорту. У нормальних умовах психологічний комфорт досягається різними шляхами: подоланням перешкод, задоволенням цікавості, реалізацією дослідницького інтересу, проявом симпатії до інших людей, наданням їм допомоги, переживанням релігійного досвіду, а також заняттям спортом, психологічними вправами, зануренням у світ уяви і фантазій та ін. У випадках формування аддикцій цей множинний вибір різко звужується: відбувається фіксація на якому-небудь одному способі досягнення комфорту,

усі інші виключаються або відсуваються на другий план і використовуються все рідше. Цей процес автори назвали конвергенцією емоційного комфорту, відзначивши різке обмеження використання способів для його досягнення та способів вибору. Появі критичного відношення звичайно заважає аддиктивна раціоналізація, у процесі якої аддикт намагається знайти логічно прийнятне для самого себе, а якщо буде потреба, то й для навколишніх, пояснення своєї поведінки. Аддиктивна раціоналізація стає особливо необхідною в тих випадках, коли з'являється почуття внутрішнього примусу діяти в аддиктивному руслі. У проміжках між аддиктивною діяльністю розвивається виражений дискомфорт, що провокує наступні реалізації патологічного потягу. У цьому процесі аддикт програє, що приводить до почуття незадоволеності собою, а надалі - до зниженої самооцінки, сорому, комплексу неповноцінності, втрати самоконтролю.

Патогенетичні механізми формування залежної поведінки описуються в рамках біхевіоральних і психоаналітичних теорій. А.О. Бухановским [4] відзначається, що існує два варіанти виникнення аддиктивної поведінки. Оперантне навчання та реактивний імпринг. Оперантне навчання відбувається поступово, по типу повторних підкріплень. Патогенна ситуація, виявляючи вплив через систему слабких, але регулярних або частих впливів, поступово формує стійке порушення в схильній до цього вищій нервовій діяльності. На думку А.О. Бухановського, саме так найбільш часто формується патологічна залежність від гри. Реактивний імпринг викликається надмірним по інтенсивності стресовим впливом, виникаючи у вигляді гострої реакції фіксації незвичайного переживання, яка підкріплюється інтенсивною психоемоційною реакцією.

Психоаналітична концепція патологічного потягу до азартної гри виходить з того, що за нелогічною, постійною упевненістю патологічного гравця у вигранні ховаються інфантильні фантазії всемогутності, очікування необмеженого задоволення своїх бажань [22]. Постійне повернення до гри означає протест, несвідоме агресивне відношення до реальної дійсності, що не бажає повертатися до цих фантазій. Низька сила его у поєднанні з нарцисизмом може сприяти зняттю з себе відповідальності і покладанні її на інших, зокрема на фортуна.

Не дивлячись на схожість патологічної схильності до азартної гри з іншими різновидами аддиктивної поведінки, цей вид залежності має свої відмінні особливості, що вимагають особливих методів дослідження. Згідно із проведеними дослідженнями Казьменкової Н. А., Труфанової О. К. [11] особистостям з патологічною залежністю від азартних ігор властиве:

1. Тенденція до екстраверсії.
2. Виражене прагнення до досягнення своїх цілей на шкоду іншій людині.
3. Тенденція до виставлення себе перед іншими в "кращому світлі".
4. Володіння соціальною сміливістю, середньою

ініціативою в соціальних контактах, характерна впевненість у собі.

Говорячи про особистісні особливості патологічних гемблерів, більшість дослідників [12;6;25] вказує на таку рису, як втрата контролю над власною поведінкою. Було відзначено також, що патологічних гравців відрізняє більш високий рівень нейротизма та імпульсивності, у порівнянні з контрольною групою [17].

Ймовірно, проблемним і патологічним гемблерам властива низька толерантність до нудьги, прагнення до сильних емоцій, які їм дозволяє переживати гра.

С. Сніколопов і Д. Умняшкіна відзначають такі особливості патологічних гравців: труднощі в ідентифікації й описанні власних почуттів; труднощі в проведенні відмінностей між почуттями й тілесними відчуттями; зниження здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії й інших проявів уяви; фокусування більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [9].

А.О. Бухановский зі співавторами [5], характеризуючи преморбідні особистісні риси пацієнтів, що мають азартну аддикцію, відзначається комбінація нестійкості та гіпертимності, переважання екстраверсії, легкості спілкування, азартності, низька здатність до емпатії, схильність до емоційного пересичення. Також автор стверджує, що на розвиток особистості майбутнього гравця впливає виховання: частіше в структурно або функціонально неповній родині, у дисгармонійних стилях.

Аддиктивна поведінка, зокрема, патологічна залежність від азартної гри може бути наслідком недостатньої здатності особистості справлятися зі стресом, що обумовлене несформованістю і неефективністю власних адаптаційних механізмів, до яких відносять психологічний захист, як компенсацію стресу, і копінг, як подолання стресу.

Дослідження, проведене Малигіним В.Л. та ін. [12] виявило, що провідними копінг-стратегіями в стресових ситуаціях у патологічних гравців є: конфронтація, дистанціювання і втеча, що відносяться до дезадаптивних, і неуспішних стратегій, які перешкоджають подоланню важкої ситуації. У стресових ситуаціях патологічні азартні гравці вірогідно частіше, у порівнянні з контрольною групою використовують такі механізми психологічних захистів, як заперечення, витиснення, проекція й регресія, що вказує на «слабоадаптивний» тип поведінки. [12].

У багатьох дослідженнях (Личко А.Е., 1970; Лысенко И.П., Ревенко А.Д., 1988) відзначається, що аддиктивна поведінка, зокрема наркоманія, найбільше часто формується в осіб з аномаліями характеру. При цьому одні дослідники особливе значення надають нестійкості, епілептоїдності й конформності (Личко А.Е., 1970). Інші – гіпертимним та істероїдним рисам характеру (Егоров А.Ю., 2003; Папырин В.Д., 2005). Питання про значення акцентуованих рис характеру у формуванні ігрової залежності дотепер залишається дискусійним. Так, В.Д. Папырин (2005) відзначає більш

швидке формування ігрової залежності у хворих з гіпертичними рисами характеру, у порівнянні з пацієнтами, що характеризуються гіпотимними особливостями особистості. Навпаки, Ю.Ю. Молчанова (2005) вважає, що процес формування залежності від гри однаковий як для осіб з девіаціями характеру, так і для осіб з «нормальною» психологічною predisпозицією, і більшою мірою обумовлений викривленням ціннісної ієрархії існуючої частини суспільства. Малигін В.Л. із співавторами у своєму дослідженні показав, що серед патологічних азартних гравців вірогідно частіше у порівнянні з контрольною групою виявляються акцентуовані характерологічні риси, з перевагою збудливих, гіпертичних, тривожних і циклотимних типів, що підкреслює значення загострення певних рис характеру в порушенні адаптації й формуванні залежної поведінки від азартної гри, як варіанта патологічної адаптації. Для характерологічних типів з перевагою збудливих рис найбільш властивими є конфронтаційні копінг-стратегії подолання стресу й механізми психологічного захисту по типу заперечення та витіснення. Для гіпертичного типу також найбільш властивою копінг-стратегією є конфронтаційний копінг, а захисними механізмами, які частіше використовуються – проекція й заперечення. Для тривожного типу характерним є використання такої копінг-стратегії як дистанціювання, а психологічних захисних механізмів у вигляді регресії [12].

Окрім особистісних особливостей, що виявляються у гравців, у ряді робіт звертається увага на високу поширеність у них у преморбіді порушень когнітивних функцій. Так, за спостереженнями Зайцева В.В. і Шайдуліної А.Ф. [10] хворі патологічним гемблінгом часто думають, що вони мають особливе «шосте чуття» і більш щасливі, ніж інші люди. В.Д. Менделевич [15], у свою чергу, також відзначає, що патологічні азартні гравці мають більш низьку здатність до прогнозування життєвих подій, у порівнянні з контрольною групою, їх характеризує знижена вольова діяльність і здатність до подолання перешкод. Автор підкреслює комбінацію зазначених рис зі зсувом профілю особистості у бік екстернальності, що перебуває у прямій залежності з емоційною неврівноваженістю.

Так, А. Е. Бобров, Е. А. Кузнецова-Морєва в дослідженнях хворих ігровою залежністю виявили низьку диференційованість самосвідомості, незавершеність процесів ідентифікації «Я», недостатню психологічну автономію й схильність до пасивно-споглядального стилю поведінки. Усе це на клінічному рівні, звичайно, виглядає як прояв психічного інфантилізму. Однак автори підкреслюють, що в основі описаних явищ по суті лежать динамічні когнітивні порушення, які багато в чому й визначають умови для формування патологічних пристрастей [3]. Спектр цих порушень досить широкий. Поряд з перерахованими серед них вказують на парціальну некритичність, алекситимію, дихотомічне магічне мислення, що оцінює і порушення здатності до прогнозування та опосередкування. Крім цього,

важливе значення має нестійкість уваги, порушення циклу «сон-пильнування» і неадекватність регуляції психомоторних актів.

Багато дослідників повідомляють про депресію й тривожність патологічних гравців. [6;9;25]. С. Єніколов, Д. Умняшкіна [9] виявили, що більшості проблемних і патологічних гравців властиві глибинна невпевненість у собі, низька самоповага. При цьому, компенсаторно вони мають потребу відчувати себе значимими, всемогутніми. Відхід від реальності у світ гри може свідчити про особистісну незрілість патологічних гравців. Самооцінка патологічних гравців нестійка, вона часто залежить від результатів азартної гри.

Говорячи про мотивацію осіб з ігровою залежністю автори припускають, що в патологічного гравця відбувається викривлення ієрархії мотивів - споконвічне прагнення розваги, проведення дозвілля, реалізації азарту заміняється мотивом нав'язливої необхідності грати в азартну гру; відбувається заміна мотиву на мету.

Проблемним і патологічним гравцям властива слабкість вольової регуляції: вони часто не в змозі припинити гру, хоча багато хто з них помилково вважає, що контролює кількість азартної гри й може дотримуватися бюджету. У процесі розвитку розладу відбувається деградація особистості патологічного гравця. Головним мотивом стає азартна гра, звужується коло інтересів. Гравець віддаляється від близьких, втрачає інтерес до роботи. Регрес проявляється іноді навіть у виборі виду азартної гри - від більш складних карткових ігор, у яких, крім імовірності, відіграють роль навички та інтелект, гемблер переходить до найпростішого виду, що не вимагає яких-небудь інтелектуальних зусиль - ігровому автомату [9]. Очевидно, наявність тих або інших особистісних рис, які різні автори відносять до факторів ризику не є фатальними для формуванні того або іншого виду залежності. Очевидно, ризик формування аддиктивної поведінки необхідно розглядати в єдності особистісних властивостей і соціальних факторів.

Дані особистісні особливості утрудняють соціальну й трудову адаптацію осіб з гемблінг-аддикцією. Соціальна дезадаптація патологічних гравців може проявлятися фінансовою неспроможністю, правопорушеннями, мотивованою необхідністю дістати гроші для гри або розплатитися з боргами, сімейними конфліктами, зниженням професійної продуктивності. Найбільш важкими наслідками є занурення в кримінальне середовище та суїцидальна поведінка.

Отже, на сьогоднішній день не існує єдиної точки зору на те, які риси властиві патологічним гемблерам, як виникає й розвивається залежність від азартних ігор. Потребують дослідження соціальні й психологічні фактори ризику виникнення патологічної залежності, а також особливості підходів до психопрофілактики, психодіагностики й до психокорекції.

Патологічна схильність до азартних ігор може мати несприятливі наслідки для індивіда, родини й суспільства, крім того, при цьому розладі відзначаються високі показники супутніх психічних захворювань. Таким

чином, раннє виявлення й належне лікування можуть обмежувати віддалені несприятливі наслідки як у особистісній сфері, так і у сфері соціального функціонування.

Література

1. Андреев А. С. Патологический гемблинг как частный вариант болезни зависимого поведения [Электронный документ] / А. С. Андреев, А. О. Бухановский, Е. В. Дони // 2007 – Шлях доступу : URL: <http://centerphoenix.ru/print.php?id=89>. – Заголовок з екрану.
2. Аризунова Н.Н. Исследование азартного игрового поведения среди студентов // Материалы Всероссийской 66-й итоговой студенческой научной конференции им. Н. И. Пирогова (Томск, 23–25 апреля 2007 г.) / под ред. В. В. Новицкого, Л. М. Огородовой. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет. – 2007. – С. 103–104.
3. Бобров А.Е. Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? / А.Е. Бобров, Е.А. Кузнецова-Морева // Игровая зависимость: мифы и реальность: материалы международной конференции / под ред. акад. РАМН Т.Б.Дмитриевой. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. С. 3–8.
4. Бухановский А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика : пособие для врачей. / А.О. Бухановский, А.С. Андреев, О.А. Бухановская. – Ростов на Дону, 2002. – 60 с.
5. Бухановский А.О. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, И.В. Баранова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. – № 10. – С. 20–25.
6. Егоров А. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости (обзор) / А. Егоров, Б. Цыганков, В. Малыгин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106. – № 5. – С. 63–70.
7. Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия / Егоров А.Ю. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1(3). – С. 10–16.
8. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] / А.Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
9. Ениколопов С.Н. Психологические проблемы влечения к азартным играм / С. Н. Ениколопов, Д. А. Умняшкина // Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С. 82–99.
10. Зайцев В.В. Как избавиться от пристрастия к азартным играм / В.В. Зайцев А.Ф. Шайдулина. – СПб: Нева, – 2003, – 128 с.
11. Казьменкова Н. А. Патологическое влечение к азартным

играм: особенности личности у больных / Н. А. Казьменкова, Труфанова О. К. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 116. – № 8. – С. 23–27.

12. Малыгин В. Л. Патологический гемблинг: особенности личностных свойств как факторы риска формирования зависимости от азартной игры / В. Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков, Хвостиков Г.С. [и др.] // Медицинская психология в России. – 2009. – №1. – С. 21–26.
13. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр / В.Д. Папырин // Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20 летию Национального научного центра наркологии, 20–23 марта 2005 г. – Москва : Наука, 2005. – С. 87–88.
14. Пятницкая И.Н. Наркомании / И.Н. Пятницкая. – М., 1994. – 541 с. 13.
15. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
16. Смуглевич А.Б. Неалкогольные токсикомании / Смуглевич А.Б. // В кн.: Руководство по психиатрии (под ред. А. В. Снежневского). – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 328–341.
17. Солдаткин В. А. Личностные характеристики больных патологическим гемблингом / В. А. Солдаткин, Д. Ч. Мавани, А. О. Бухановский, И. В. Баранова // Кубанский научный медицинский вестник – 2008 – №3–4 – С. 97–102.
18. Солдаткин В.А. Концепции происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга) / В.А.Солдаткин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – №3 – С. 4–12.
19. Солдаткин В.А. Подход к классификации патологического гемблинга / В.А. Солдаткин, А. О. Бухановский // Психическое здоровье. – 2008 – №3 – С. 69–74.
20. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. / Старшенбаум Г. В. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.
21. Barker J. C. Aversion therapy for compulsive gambling / J. Barker, M. Miller, // Lancet. – 1966. – № 1, P. 491–492.
22. Bergler E. The Psychology of the Gambler / Bergler E. – New York : International University Press, 1957.
23. McConaghy N.. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling / N. McConaghy, M. Armstrong, A. Blaszczyński [et al] // British Journal of Psychiatry – 1983. – №142, P. 366–372.
24. Dickson L. M. The Prevention of gambling problems in youth: a conceptual framework / Dickson L. M., Derevensky J. L., Gupta R. // Journal of gambling Studies. Vol. 18. – 2002. – No. 2.
25. Sanju S. Патологическая склонность к азартным играм: Оценка и лечение / Sanju George, Vijaya Murali // Обзор современной психиатрии. – 2006. – Вып. 2 (28). – С. 97–104.
26. Sharpe L. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling / L. Sharpe, N. Tarrier // British Journal of Psychiatry. – 1993. – № 162. – P. 407–412.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР (обзор литературы)

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая, Е.В.Харчук

В статье рассмотрены особенности зависимого поведения, в том числе зависимости от азартных игр. Представлены психологические характеристики лиц с гемблинг-аддикцией.

Ключевые слова: азартные игры, патологический гемблинг, зависимое поведение, психологические особенности

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PERSONS WITH GAMBLING DEPENDENCE (Literature review)

S.I. Tabachnikov, E.N. Kharchenko, T.V. Synytska, E.V. Kharchyk

The features of dependence behavior and also gambling abuse are considered in the article. Psychological characteristics of persons with gambling-addiction are represented.

Keywords: gambling, pathological gambling, dependence behavior, psychological features

УДК 616.68

И. А. Бабюк, А. Е. Табачников, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова, Л. А. Гашкова, И. Б. Рымарь,
С. И. Найдено

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАСТАДИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ *

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольная зависимость, Миртастадин

Современные подходы к антидепрессивной терапии у пациентов с алкогольной зависимостью базируются на дифференцированном применении психофармакотерапии, немедикаментозных методов и психотерапии.

Значительное место при этом в современной научной литературе занимают постабстинентные состояния, когда у пациентов формируется начальный этап ремиссии, наблюдается клиническая картина, которую ряд исследователей обозначают как «трезвая фрустрация». Внимание исследователей и клиницистов к этой проблеме не случайно и в первую очередь обусловлено тем, что постабстинентное состояние как ранний этап становления ремиссии является критическим периодом, во время которого риск рецидива наибольший [5].

Алкогользависимый пациент в постабстинентном периоде, на ранних стадиях формирования ремиссии еще не подготовлен к лишению и радикальному отказу от привычного, психологически приемлемого для него сложившегося многолетнего алкогольного стереотипа [4; 7], что влечет за собой проявление аффективных нарушений. При этом аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю [1; 6; 8; 9] и имеет облигатный характер. Тревно-депрессивная симптоматика присутствует практически постоянно, выражаясь внутренним беспокойством, напряжением, ожиданием чего-то неприятного. Обращает на себя внимание высокая частота диссомнических расстройств. Особенно характерны для пациентов с алкогольной депрессией страхи во сне (сновидения с анксиозной фабулой), сохраняющиеся и при ночных пробуждениях, которые больше приурочены к периоду абстинентной патологии, а также кошмарные и тематические сновидения в постабстинентном периоде (как предикторы появления приступов патологического влечения к алкоголю). Большой удельный вес в клинической картине всех периодов алкоголизма имеет также невротоподобная и астеническая симптоматика. Адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентного состояния определяющим образом влияет на дальнейшее течение заболевания. Именно на этом этапе терапии создаются условия для предупреждения ранних рецидивов [2; 3].

В настоящее время для лечения аффективных нарушений в постабстинентном состоянии используется достаточно большое количество психотропных препа-

ратов различных классов и химических групп. Несмотря на довольно большой арсенал используемых психофармакологических средств, поиск новых, более эффективных и безопасных лекарственных препаратов остается актуальным. Выбор таких средств осуществляется на основе психопатологической оценки состояния больного с учетом спектра активности препарата [7]. Выбор психотропных средств осуществляется на основе психопатологической оценки состояния пациента с учетом спектра активности препарата.

Материал и методы исследования

Проведено амбулаторное лечение 25 больных с синдромом алкогольной зависимости, осложненным аффективной патологией. Диагностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 25 до 57 лет. У больных наблюдалась развернутая клиническая картина II стадии. Это подтверждали следующие клинические проявления: первичное патологическое влечение к алкоголю (осознанное и неосознанное), утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), а также заострение преморбидных личностных особенностей. У большинства пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, у 19 больных отмечалась псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем, у 3 — постоянная на фоне высокой толерантности. Длительная интоксикация алкоголем способствовала токсическому поражению печени (жировой гепатоз, токсический гепатит) и сердца (алкогольная кардиопатия), алкогольной полиневропатии. Отрицательные социальные последствия характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессиональных навыков. Длительность заболевания составляла от 4 до 25 лет.

В структуре абстинентного синдрома присутствовали типичные сомато-вегетативные и психопатологические расстройства. У всех больных отмечались гипергидроз, жажда, тремор, диспепсические нарушения, колебания АД, тахикардия, слабость, разбитость, расстройства сна, подавленное настроение, тревога, раздражительность, дисфорическая симптоматика. Степень тяжести ААС квалифицировалась как средняя у 14 больных и как легкая — у 11 больных. Большинство исследуемых составляли повторно обратившиеся больные — 16 человек; обратившиеся впервые — соответственно 9 человек.

Из исследования исключались больные: с острыми психотическими состояниями, включая пределириозные расстройства; с высоким суицидальным риском; с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения; с гиперчувствительностью к препаратам; принимавшие участие в исследованиях в течение предшествующих 3-х месяцев.

Лечение было комплексным, проводилась психотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

Для лечения аффективных расстройств в постабстинентном состоянии и на этапе формирования ремиссии с целью профилактики ранних рецидивов назначался антидепрессант Миртастадин (миртазапин). Миртастадин применялся в дозе 30 мг на ночь при сочетании тревожных, депрессивных и диссомнических расстройств.

Обследование больных осуществлялось в день обращения (1 день), в дальнейшем — на 8, 15 и 28 день. Для оценки уровня тревоги использовалась шкала Гамильтона, редукцию депрессивной симптоматики определяли по шкале Бека, уровень вегетативных проявлений — по шкале Вейна. Психопатологические проявления и патологическое влечение к алкоголю в структуре постабстинентного состояния фиксировало согласно структурированным опросникам, а также шкале общего клинического впечатления.

Результаты исследования

В процессе проведенного лечения установлено следующее. Уже на 8-й день терапии у больных, находившихся в постабстинентном состоянии, значительно снижался уровень тревоги, чувства внутреннего напряжения, раздражительности, страха. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, восстанавливался сон, а также уменьшалась интенсивность проявлений идеаторного компонента патологического влечения к алкоголю. Дисфорическая симптоматика вегетативных расстройств редуцировалась несколько медленнее — к 15 дню терапии.

При приеме препаратов больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на свое самочувствие не предъявляли.

Отдельно следует отметить, что при приеме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Некоторая сонливость по пробуждении наблюдалась у нескольких пациентов на фоне приема Миртастадина, но она проходила в течение нескольких дней и в дальнейшем не влияла на самочувствие. Больные были бодрыми, общительными, деятельными, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом. Быстрое редуцирование ПВА при приеме Миртастадина давало возможность включать больных в психотерапевтический процесс уже с первого дня обращения и создавало благоприятные условия для проведения психотерапии.

В качестве критерия улучшения состояния и его стабилизации при клиническом исследовании рассма-

тривалась дезактуализация патологического влечения к алкоголю, полная и стойкая редукция аффективной (главным образом, тревожной, депрессивной и дисфорической) симптоматики и вегетативных расстройств.

Курс амбулаторного лечения составлял 28 дней. В дальнейшем пациенты переводились на поддерживающее амбулаторное лечение или наблюдение и при необходимости продолжали принимать препараты в прежних или меньших дозировках. Консультации с лечащим врачом происходили раз в 15 дней. Терапевтический эффект препарата на стадии формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов. Субъективно они отмечали бодрость, хорошее самочувствие, повышение работоспособности, ровный фон настроения, отсутствие желания употребить спиртное. У всех больных нормализовался сон. Утренние пробуждения были быстрыми, с ощущением бодрости и «готовности к работе».

Результаты исследования показали, что на данной выборке больных препарат Миртастадин обладает достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием.

К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение тревоги по шкале Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным, а к 3-4 неделе терапии депрессивные, тревожные и вегетативные расстройства полностью исчезали (Рис. 1).

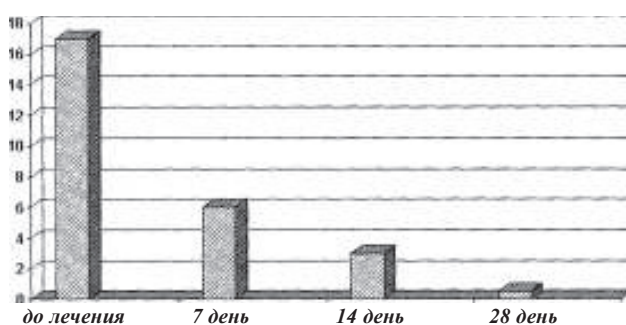


Рис. 1. Оценка эффективности препарата Миртастадин по шкале Гамильтона

Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить значительный терапевтический эффект препарата Миртастадин: на 14 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (Рис. 2).

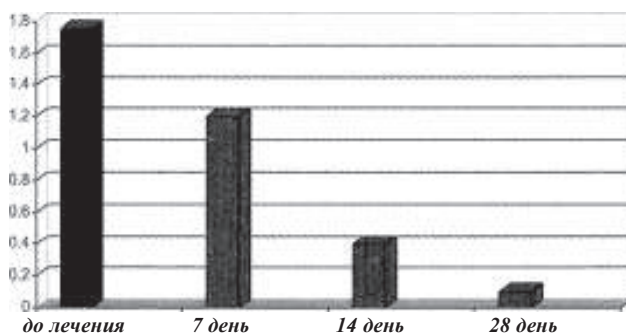


Рис. 2. Оценка действия препарата Миртастадин по шкале общего клинического впечатления

На протяжении всего периода применения Миртастадина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости; однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было. В течение 8 недель рецидивы отмечены лишь у 6 пациентов.

Обсуждение и опробация результатов

Основные направления действия препарата Миртастадин при терапии алкогольной зависимости — антидепрессивное, анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Препарат способен достаточно быстро купировать патологическое влечение к алкоголю, аффективные расстройства в его структуре, неврастеническую симптоматику.

Миртастадин при правильном режиме дозирования не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При его применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препарата.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют рекомендо-

вать использование Миртастадина как достаточно эффективного и безопасного препарата в комплексных терапевтических программах.

Литература

1. Бокій І.В. // Афективні розлади при алкоголізмі. - Л. - 1983. - С. 5-9.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Дифференцированные методы психотерапии больных алкоголизмом: Методич. рекоменд. - Л. - 1990. - С. 3-16.
3. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. - М. - 1997. - С. 3-10.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение препарата стрепсилант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. - С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беляева О.О. и др. Опыт применения стимула в комплексной терапии постабстинентных состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью // Новости медицины и фармации, 2006, № 19 (201). - С. 23-24.
6. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності: Методичні рекомендації - Харків - 2003. - С. 3-20.
7. Сосин И.К. Алкогольная депрессия // Здоров'я України, 2005, № 3. - С. 9-11.
8. Loo H., Malka R., Defranc R. et al. // Neuropsychology. - 1988. - №19. - P.79-85.
9. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. - 1980. - V. 137 - P. 372-373.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ МІРТАСТАДИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

І. О. Бабюк, О. Є. Табачников, О. Є. Шульц, Ц. Б. Абдрыхімова, Л. А. Гашкова, І. Б. Римар, С. І. Найденко

Проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарат Міртастадин та психотерапія. Основна дія препарату Міртастадин при терапії алкогольної залежності — антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Препарат також був спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю. Він добре переноситься хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшій розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність.

Ключові слова: алкоголізм, алкогольна залежність, Міртастадин

TREATMENT OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE BY USED OF MIRTASTADIN

I. A. Babyuk, A. E. Tabachnikov, O. E. Shults, Ts. B. Abdryachimova, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, S. I. Naidenko

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Mirtastadin and psychotherapy were used. Basic effects of Mirtastadin — antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Medicine able to block pathological alcohol drive. Whole three medicines well tolerated by patients. Discovered results might be useful for treatment improvement and further elaboration of complex therapeutic program for patients on alcohol dependence.

Keywords: alcoholism, alcohol dependence, Mirtastadin

УДК 616.8908-031.76

Е.Н. Харченко, Е.В. Харчук, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая, Е.С. Осуховская СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИГРОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)

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

Ключевые слова: психоактивные вещества, игровая и алкогольная зависимость, состояние проблемы

Проблема игровой зависимости, в чистом виде или чаще в сочетании с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), преимущественно алкоголя, на современном этапе является одной из наиболее актуальных проблем как мировой, так и отечественной психиатрии. Имея в своей основе медико-социальную составляющую, сущность данной патологии весьма

многогранна. Как характер действия азартная игра — распространенное и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью (Ladouceur et al, 2002). Различные типы азартных игр, обычно доступные в

На протяжении всего периода применения Миртастадина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости; однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было. В течение 8 недель рецидивы отмечены лишь у 6 пациентов.

Обсуждение и опробация результатов

Основные направления действия препарата Миртастадин при терапии алкогольной зависимости — антидепрессивное, анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Препарат способен достаточно быстро купировать патологическое влечение к алкоголю, аффективные расстройства в его структуре, неврастеническую симптоматику.

Миртастадин при правильном режиме дозирования не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При его применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препарата.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют рекомендо-

вать использование Миртастадина как достаточно эффективного и безопасного препарата в комплексных терапевтических программах.

Литература

1. Бокій І.В. // Афективні розлади при алкоголізмі. - Л. - 1983. - С. 5-9.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Дифференцированные методы психотерапии больных алкоголизмом: Методич. рекоменд. - Л. - 1990. - С. 3-16.
3. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. - М. - 1997. - С. 3-10.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение препарата стреплант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. - С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беляева О.О. и др. Опыт применения стимула в комплексной терапии постабстинентных состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью // Новости медицины и фармации, 2006, № 19 (201). - С. 23-24.
6. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності: Методичні рекомендації - Харків - 2003. - С. 3-20.
7. Сосин И.К. Алкогольная депрессия // Здоров'я України, 2005, № 3. - С. 9-11.
8. Loo H., Malka R., Defranc R. et al. // Neuropsychology. - 1988. - №19. - P.79-85.
9. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. - 1980. - V. 137 - P. 372-373.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ МІРТАСТАДИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

І. О. Бабюк, О. Є. Табачников, О. Є. Шульц, Ц. Б. Абдрыхімова, Л. А. Гашкова, І. Б. Римар, С. І. Найденко

Проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарат Міртастадин та психотерапія. Основна дія препарату Міртастадин при терапії алкогольної залежності — антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Препарат також був спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю. Він добре переноситься хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшій розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність.

Ключові слова: алкоголізм, алкогольна залежність, Міртастадин

TREATMENT OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE BY USED OF MIRTASTADIN

I. A. Babyuk, A. E. Tabachnikov, O. E. Shults, Ts. B. Abdryachimova, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, S. I. Naidenko

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Mirtastadin and psychotherapy were used. Basic effects of Mirtastadin — antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Medicine able to block pathological alcohol drive. Whole three medicines well tolerated by patients. Discovered results might be useful for treatment improvement and further elaboration of complex therapeutic program for patients on alcohol dependence.

Keywords: alcoholism, alcohol dependence, Mirtastadin

УДК 616.8908-031.76

Е.Н. Харченко, Е.В. Харчук, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая, Е.С. Осуховская СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИГРОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)

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

Ключевые слова: психоактивные вещества, игровая и алкогольная зависимость, состояние проблемы

Проблема игровой зависимости, в чистом виде или чаще в сочетании с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), преимущественно алкоголя, на современном этапе является одной из наиболее актуальных проблем как мировой, так и отечественной психиатрии. Имея в своей основе медико-социальную составляющую, сущность данной патологии весьма

многогранна. Как характер действия азартная игра — распространенное и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью (Ladouceur et al, 2002). Различные типы азартных игр, обычно доступные в

Великобритании, — это национальная лотерея, скретч-карты, азартные игры по Интернет, игры в казино, ставки во время спортивных соревнований, бинго, игральные автоматы и заключение пари в частном порядке. Результаты самого последнего британского исследования по изучению распространенности склонности к азартным играм указывают на то, что почти три четверти взрослого населения участвовали в азартных играх в течение предшествующего года и более половины играли в них в течение последней недели (Sproston *et al*, 2000). Для подавляющего большинства азартная игра — это рекреационное занятие без неблагоприятных последствий. Однако для значимого меньшинства она прогрессирует до патологической склонности к азартным играм, которая определяется в DSM-IV как “стойкое и рецидивирующее дезадаптивное поведение, которое нарушает выполнение личных, семейных или профессиональных обязанностей” (American Psychiatric Association, 1994)[3].

Согласно критериям МКБ-10 патологическое влечение к азартным играм включает в себя: А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период. Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжают несмотря на вызываемый ими дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум испытывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли. Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными [4].

Включаются: — навязчивое влечение к азартным играм; — компульсивное участие в азартных играх [5]. В. А. Солдаткиным, А. О. Бухановским (2007) отстаивается гипотеза о том, что клинико-динамическая модель развития патологического гемблинга (ПГ) обнаруживает сущностное сходство с моделями, описанными для отдельных болезней зависимого поведения, что подтверждает правомерность включения ПГ в группу болезней зависимого поведения на правах отдельной самостоятельной формы [20]. При этом следует уделить внимание дефинициям. В частности, О. Горбунов определяет аддикцию как биосоциопсихическое расстройство, характеризующееся специфическими патофизиологическими изменениями нервной системы, тягой и повторным действием, к чему-либо контрпродуктивному, гедонистическим оттенком на ранних стадиях, а также изменением поведения и образа жизни человека [30]. Особое положение именно игровой зависимости определяется тем, что при данном расстройстве аддиктивный синдром может быть рассмотрен в наиболее явном - «рафинированном» - виде, не затушеванным сопутствующей токсико-органической и вторичной соматогенной симптоматикой, в отличие от химических аддикций, где данная оппортунистическая патология весьма вероятна [18].

Социально-экономическая предпосылка расширения гемблинга, корень которой проистекает в социаль-

ном неравенстве общества. Большинство проявлений девиантности есть закономерный, необходимый и неизбежный результат непомерного разрыва уровня и образа жизни сверх богатого меньшинства («включенных», «*included*») и нищего и полуннищего большинства населения («исключенных», «*excluded*»). Этот разрыв, экономически отражаемый децильным коэффициентом и индексом Джини, сопровождается ростом убийств, самоубийств, алкоголизма и других девиаций [22]. Это означает, что именно «исключённые» составляют социальную базу девиаций [23]. Социальное неравенство в условиях экономической нестабильности в обществе с неустоявшимися капиталистическими отношениями порождает известное желание «быстрого обогащения», реализуемое с помощью разного рода мгновенных мероприятий как то: лотереи, «финансовые пирамиды», игорная деятельность и т.д. В условиях общественно-экономической неопределённости аддикция и привлекательна в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления [26]. Высокая криминогенность игровой зависимости также подтверждена некоторыми работами — большинство обследованных пациентов, страдающих ПГ, совершили те или иные противоправные деяния [27]. К тому же, помимо криминогенности также имеет место и виктимность данной категории лиц [28, 29].

Происхождение расстройств зависимого поведения, в частности патологического гемблинга, принято рассматривать с позиций биопсихосоциальной модели, где каждый из этиопатогенетических факторов, либо их сочетание, участвует в формировании болезни [33]. Основными теориями происхождения азартной зависимости являются: психоаналитическая (бессознательное желание проиграть, неразрешенные эдиповы конфликты), теории научения (денежная прибыль и возбуждение, действующие как положительные подкрепляющие стимулы), когнитивные теории (когнитивные искажения, например преувеличение собственных навыков игры в азартные игры, суеверные убеждения, предвзятые интерпретации) и нейромедиаторные теории (дисфункция серотонинергической, норадреналинергической и дофаминергической систем). Сегодня нет ни одной модели, которая полностью объясняла бы сложный и гетерогенный характер патологической склонности к азартным играм. В настоящее время предпочитают считать патологическую склонность к азартным играм полиэтиологическим расстройством, возникающим вследствие сложного взаимодействия психологических, поведенческих, когнитивных и биологических факторов. Что касается органической неполноценности ЦНС, то здесь следует привести, прежде всего, точку зрения А.О. Бухановского, который особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает различным церебральным заболеваниям, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС, рассматривая их как факторы,

способствующие ослаблению тормозных процессов с развитием гипертормозимости и ригидности психических процессов.

Преобладающую роль органического поражения головного мозга в генезе игровой зависимости показало исследование, проведенное в 2003 г.; так было установлено, что 81 % испытуемых имел в анамнезе ЧМТ пре- и перинатального периода, более того – среди них преобладали лица с нелевополушарным расположением центра речи (52%) и неправорукие (43 %) [15].

Исследования P. Carlton et al. [25] продемонстрировали наличие высокой частоты встречаемости синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детстве у патологических гемблеров.

Важной характеристикой игровой зависимости является то, что при ней не имеется какого-то конкретного биологически значимого стимула, к которому формируется «первичное влечение» (если, конечно, не относить к таковым стяжательство или не выделять в качестве инстинкта азарт). Эта особенность данного расстройства качественно отличает его от наркологических расстройств и нарушений инстинктов. Одновременно это сближает его с иными формами патологических влечений – клептоманией, дромоманией, пироманией, трихотилломанией и др. Однако, в отличие от указанных синдромов, которые обычно расцениваются как клиническая казуистика, игровая зависимость имеет четко выраженную связь с социально-психологическими факторами, а ее распространение имеет несомненный эпидемический характер. Более того, наблюдаемая в клинике сменяемость синдромов зависимости (чаще от игровой к химической) и их высокая коморбидность свидетельствуют об общности патогенетических путей. Все это позволяет высказать предположение о существовании универсальных механизмов формирования патологических зависимостей, которые находят свое клиническое проявление неспецифическим синдромом патологических пристрастий (аддиктивный синдром) [18]. При изучении predispositions у патологических гемблеров В.А. Солдаткиным (2008) установлено, что у абсолютного большинства обследованных больных (91,3%) наследственность оказалась отягощенной химической зависимостью, при этом у 66,7% зависимых страдали родственники первой степени родства. Так, у 78,0% наследственность была отягощена алкоголизмом (у 62,0% алкогольной зависимостью страдали родственники первой степени родства). У 13,3% выявлена наследственная отягощенность наркоманией (у 3,3% наркоманией страдали родственники первой степени родства) [19].

На основании исследования игрового поведения Eisen et al., 2001 пришли к следующим выводам: 1) наследственные факторы объясняют существенную часть разнообразия симптомов гемблинга; 2) существует единый континуум генетических дефектов, лежащий в основе разных вариантов гемблинга; 3) коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алко-

гольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, влияющими на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств [33, 34].

Окончательное оформление аддиктивного поведения происходит при встрече биологически предрасполагающей «почвы» в виде наследственности, тех или иных личностных аномалий, с ситуацией, связанной с напряжением [24]. Ц.П. Короленко и Е.Н. Загоруйко (2002) считают, что любая аддикция начинается с фиксации или «прилипания» к тому или иному аддиктивному агенту, встреча с которым привела к сверхсильному изменению эмоционального состояния. Человек, испытывавший его, фиксирует контраст между субъективным состоянием, предшествующим встрече, и развившимся в результате нее. Момент фиксации в ассоциативной коре этого переживания сопровождается чувством вдохновения, радости и ощущением возможности контролировать, независимо от многих внешних обстоятельств, свое состояние, что в дальнейшем приводит к повторению аддиктивного опыта.

По мнению А. О. Бухановского, существует две основные формы возникновения БЗП (болезней зависимого поведения) – оперантное научение и реактивный импринтинг (реакция запечатления). Порой встречается их сочетание. Оперантное научение происходит постепенно по типу повторных подкреплений, “заучивания”, развития. Патогенная ситуация воздействует через систему слабых, но регулярных, постоянных или частых воздействий по типу киндлинга (англ. kindling – зажигание, возгорание – стойкое изменение функционального состояния (возбудимости) отдельных зон головного мозга, возникающее в результате их постоянной подпороговой стимуляции). Вследствие кумулятивных пластических процессов эти воздействия постепенно формируют устойчивое нарушение в предрасположенной к тому высшей нервной деятельности. Так возникает и развивается большая часть случаев ПГ, ухода в виртуальную реальность и некоторых иных. Реактивный импринтинг вызывается внезапным чрезмерным по интенсивности стрессовым воздействием. Он возникает остро в виде реакции запечатления необычного переживания, подкрепляемого интенсивной психоэмоциональной реакцией. Особенно облегченно это происходит у индивидов с высокой степенью предрасположенности и со слабым типом нервной системы [24].

Ц.П.Короленко, Е.Н. Загоруйко (2006 г.) отметили, что психологические механизмы при формировании аддиктивного поведения начинаются с фиксации или “привязанности” (attachment) к тому или иному аддиктивному агенту. Фиксация возникает тогда, когда встреча с аддиктивным агентом приводит к резкому изменению эмоционального состояния. Человек, испытывавший это изменение, фиксирует контраст между своим состоянием, предшествующим встрече и развившимся в результате ее. Переживание этого контраста остается в сознании и частично вытесняется в

бессознательное, оставаясь в последнем как глубокая, постоянная память (т.е. по сути речь также идет об импринтинге). Фиксация сопровождается чувством радости, вдохновения, что связано с открытием для себя возможности контролировать свое психологическое состояние независимо от многих внешних обстоятельств. При резком контрасте с исходным состоянием фиксация может быть очень сильной и привести сразу же к повторению аддиктивной реализации. В менее выраженных вариантах процесс фиксации может затягиваться. В ряде случаев окончательная фиксация происходит при повторной встрече с аддиктивным агентом, которая наступает лишь через несколько лет, когда воспоминания о первой встрече в условиях нового опыта оживают с удвоенной силой. В рамках описания комплексных концепций нельзя не остановиться на важнейшем вопросе – коморбидности ПГ с другими расстройствами. Ряд авторов высокую частоту коморбидных расстройств трактуют как доказательство “вторичности” происхождения ПГ, воспринимая это расстройство по сути как симптоматическое [24].

В. А. Солдаткин выделяет несколько групп концепций происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга): психологические и психоаналитические, биологические, социальные и комплексные [25].

Существует эмоциональное состояние, объединяющее различные (фармакологические и нефармакологические) аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологический комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, удовлетворением любопытства, реализацией исследовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказанием им помощи, следованием религиозному опыту и переживаниям, занятиям спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др. В случаях формирования аддикций этот множественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже. Этот процесс авторы называли конвергенцией эмоционального комфорта, отметив резкое ограничение используемых способов его достижения. Появлению критического отношения обычно мешает аддиктивная рационализация, в процессе которой аддикт пытается найти логически приемлемое для самого себя, а в случае необходимости и для окружающих, объяснение своего поведения. Аддиктивная рационализация становится особенно необходимой в тех случаях, когда появляется чувство внутреннего принуждения действовать в аддиктивном русле. В промежутках между аддиктивной деятельностью развивается выраженный дискомфорт, что провоцирует следующие реализации патологического влечения. В этом процессе аддикт проигрывает, что приводит к чувству неудовлетворенности собой, а в последующем – к сниженной

самооценке, стыду, комплексу неполноценности, потере самоконтроля.

Когда речь идет о психоактивных веществах (Ц.П.Короленко, 1991, 1993; В.Д.Менделевич, 1999; А.В.Худяков, 2003), среди вариантов первичных мотивов обращения к ним принято выделять 5 наиболее значимых: гедонистический (включающий в себя любопытство), субмиссивный (закрывающийся в конформном следовании традициям микросоциального окружения), коммуникативный (для облегчения общения), детензивный или атарактический (устранение неприятных эмоций) и протестно-демонстративный (сопротивление требованиям окружающих, например, “назло родителям”). Менее исследованы мотивы обращения к игре. Наиболее часто отмечается желание получить удовольствие (92,3%), ощущение азартного волнения (92,3%), желание сделать деньги (87,7%), т.е. гедонистический мотив и близкий к нему мотив с гиперактивацией поведения, а также на последующих этапах развертывания болезни детензивная (снятие напряжения) мотивация (В.Л.Малыгин, Б.Д.Цыганков, 2005; [8] J.Rotter, 2004).

N.Skokauskas, R.Satkeviciute, B.Burba (2003 г.) выделили две основные формы патологического влечения к азартным играм: игроки “действия” (первый тип) и игроки, “бегущие от реальности” (второй тип). Представителям первой клинической формы свойственны относительно высокий интеллект, значимое социальное положение, нарциссизм, стремление доминировать, рисковать, манипулировать другими. Такие игроки отдают предпочтение азартным играм, требующим мастерства, навыка (покер, блэк-джек и др.). Чаще всего игроками данного типа являются представители мужского пола, начавшие карьеру игрока еще в подростковом возрасте. Они склонны представлять себя как коммуникабельных, энергичных, надежных личностей, хотя в психологических тестах у них часто выявляется низкая самооценка. Игра для этих людей является способом доказать свое превосходство над другими соперниками в игре, а иногда даже над всей игровой системой. Игроки второго типа становятся патологическими, “убегая” от проблем, неудач, болезненных потерь, проигрышей в реальной жизни. По этой причине авторы их называют “убегавшими от реальности” игроками. У женщин чаще всего появляется именно эта форма патологической игры, и они “бегут” в мир азартных игр, желая забыть неудачи в личной жизни, болезненные разлуки. Игроки второго типа выбирают азартные игры, в которых не требуется большого мастерства, навыка и вместе с тем усилия для достижения выигрыша не велики (например, надо лишь дернуть ручку игрового автомата или нажать кнопку). Играя, такие люди не чувствуют ни эмоциональной, ни физической боли. Некоторые авторы такое состояние расценивают как близкое к гипнозу (T.Galski, 1987). Нет такого выигрыша, который бы удовлетворил, “насытил” их, поскольку основным вопросом является, не “когда и сколько я выиграю”, а “как долго

я смогу играть”, т.е. насколько долго смогу убежать от проблем.

Среди биологических концепций существенную роль играют *генетические* факторы. Особое патогенетическое воздействие на возникновение аддиктивных расстройств имеет наследственность. Наличие наследственной предрасположенности к возникновению химических зависимостей является известным наблюдением, неоднократно описанным ранее (О. Е. Рыбаков, 1910; Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, 2002 и др.). Учитывая единый патогенетический механизм как химических, так и нехимических, аддикций следует учитывать наследственные факторы также и у лиц с игровой зависимостью. Существует единый континуум генетических дефектов, который лежит в основе разных вариантов гемблинга; коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, которые влияют на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств [24]. Следующим значимым биологическим фактором является *нейрохимический*. По данным Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной (2002 г.) основой для развития зависимых состояний является воздействие ПАВ или иного аддиктивного агента на лимбическую систему головного мозга, являющуюся центральным звеном в биообмене катехоламинов, в первую очередь дофамина. Дефицит одного корректируется приёмом аддиктивного вещества, что даёт временный улучшающий эффект за счёт выброса из депо данного нейромедиатора. В исследованиях S.Pallanti и соавт. (2007 г.) доказано наличие серотонин- и адренергической дисфункции ЦНС у пациентов, страдающих ПГ [24]. Существенную роль катехоламиновых структур в формировании гемблинга подтверждают и данные М. Zack, К. Poulos (2004) о резком усилении тяги к игре после приёма психостимуляторов (амфетамина) у проблемных гемблеров [35].

Кроме того, следует учитывать морфофункциональные и патофизиологические аспекты. Установлено, что аддиктивное поведение нередко формируется у лиц с различными аномалиями характера. Наиболее вероятно его возникновение у лиц с неустойчивыми, epileptoидными, конформными чертами, а также с гипертимным и истероидным характерологическим радикалом [6].

По данным А. Бухановского и соавторов для гемблеров характерно преобладание экстраверсии (84 %), сочетание неустойчивости и гипертимности (46% и 32,7%), низкая склонность к эмпатии (37,3%), склонность к эмоциональному пресыщению (72%).

В. Д. Папырин (2005)[12] отмечает более быстрое формирование игровой зависимости у лиц с гипертимными чертами характера по сравнению с гипотимными лицами. У лиц с гемблинг-аддикцией достоверно чаще, чем в популяции встречается наследственная отягощённость алкогольной зависимостью (53,6 %), что может свидетельствовать об аддиктивной предрас-

положенности, закреплённой на органическом уровне [8].

Выявлено, что патологическими игроками наиболее часто использовались такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, регрессия, отрицание и проекция [8].

Согласно Л. Н. Юрьевой существуют 3 наиболее значимых групп факторов, способствующих развитию аддиктивного поведения: 1. Воспитание в детстве (формирование ранней тревоги в связи с эмоциональным напряжением и тревожностью матери; психологические травмы в детстве – насилие, жестокое обращение, материнская и патеральная депривация); 2. Особенности личности (сниженная способность трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; внешний локус контроля; стремление уходить от ответственности; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность); 3. Социальные факторы (дизинтеграция общества; дискриминация по половому, национальному, экономическому и др. признакам) [9].

Кроме того, В. Д. Менделевич и соавт. (2007) выделяют 3 подгруппы проблемных гемблеров: 1) с нарушением поведения; 2) эмоционально неустойчивых; 3) антисоциальных гемблеров, склонных к импульсивным поступкам, подчеркивая тем самым неоднородность группы аддиктов [33].

Начало расстройства, как правило, у мужчин совпадает с подростковым возрастом, а у женщин приходится на 2-ую половину жизни [9].

Для аддиктивных подростков свойственно наличие когнитивных искажений – т.н. «аффективная логика», которая включает в себя сверхожидание от других, эскапизм, «эмоциональные блоки», построение умозаключений, основанных на деталях, вырванных из контекста, философия типа «всё или ничего», перфекционизм, формирование выводов при отсутствии аргументов в их поддержку, преувеличение значимости негативных событий и преуменьшение позитивных, что ведёт к преобладанию «мрачных тонов» в мировосприятии [10]. Причем именно азарт как эмоциональное переживание оказывался эффективной альтернативой тревоге и депрессии [18].

Особенность протекания заболевания являлось то, что оно начинается по типу «оперантного научения». На клиническом этапе картина достигла своей структурной завершенности и приобретает сходство с “большим наркоманическим синдромом”. Со временем тяга к игре становится трудно контролируемой, при её отсутствии возникает стойкий и тягостный дискомфорт, который может снять только повторный игровой экссесс. Таким образом формируется психическая зависимость от азартных игр, что делает

потребность в игре непреодолимой, а поведение принудительным [11].

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) описывают игровой цикл, состоящий из следующих фаз [17]. Фаза *воздержания* - обусловлена отсутствием денег, давлением окружающих или подавленностью после проигрыша. Фаза *“автоматических фантазий”* характеризуется проигрыванием в воображении состояния азарта в предвкушении выигрыша; эти фантазии или воспоминания возникают спонтанно или под влиянием косвенных стимулов. Фаза *нарастания эмоционального напряжения*, чаще дисфорического характера, которое сопровождается учащением фантазий об игре или повышением сексуального влечения, стремлением к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам, нецеленаправленной активностью. Фаза *принятия решения* - на 1-й стадии болезни проявляется в лихорадочном, схематичном планировании варианта выигрыша под влиянием нарастающих фантазий; на более поздних этапах решение отыгратья приходит сразу после проигрыша. Фаза *вытеснения принятого решения* заключается в появлении иллюзии контроля над своим поведением, в результате игрок идет навстречу угрозе срыва, не осознавая риска: получает большую сумму денег, выпивает, пытается сыграть ради развлечения. Фаза *реализации принятого решения* сопровождается сильным эмоциональным возбуждением, больного одолевают фантазии о предстоящей игре; он впадает в транс, в котором находится до тех пор, пока не останется без денег. После игры индивид пребывает в подавленном состоянии, критикует себя и обещает больше не играть. В результате наступает эмоциональная разрядка, он прощает себя за данный игровой эпизод [1]. Злокачественное развитие патологического гемблинга чаще отмечается при использовании игровых автоматов, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и др.) [21], [36].

В. А. Солдаткин (2008) отмечает следующие виды компульсивного влечения к игре: 1. Внеэпизодная компульсия, предшествовавшая эпизоду аномального поведения. 2. Внутриэпизодная компульсия возникает с начала реализации патологической потребности и проявляется в неодолимом стремлении продолжать или повторять действия в начавшемся эпизоде со всевозрастающей степенью отклоняющегося поведения, что напоминает симптом «потеря количественного контроля» в наркологии [19].

Актуализация влечения происходит у пациентов по следующим поводам:

а) ситуационно и/или психогенно (69,3%) - употребление алкоголя (25,1%), ситуация одиночества, сексуальная абстиненция, конфликты в значимой сфере и т.п.;

б) метеотропно (14,7%) - в связи с метеорологическими факторами;

в) аутохтонно (16,0%) - без видимого, заметного и понятного повода.

В. А. Солдаткиным [19] также выявлен синдром

последствий длительной реализации патологического влечения. Он состоял в нарастающих личностных изменениях, которые развивались по следующему стереотипу: заострение личностных черт - деформация личности - оскудение личности с нарастанием психосоциальной дезадаптации. Таким образом, синдромальная характеристика ПГ имела сущностное сходство с т.н. «большим наркоманическим синдромом», описанным Пятницкой И.Н. (1994) [19].

В исследованиях у патологических азартных игроков последовательно отмечалась очень высокая частота сопутствующих расстройств осей I и II. У лиц с проблемной или с патологической склонностью к азартным играм значительно чаще, чем в остальном населении, отмечаются серьезные психические расстройства: тяжелая (большая) депрессия, антисоциальное расстройство личности, фобии и злоупотребление алкоголем. Депрессия - это наиболее распространенное психическое расстройство, которое сопутствует патологической склонности к азартным играм. Было выдвинуто две теории для объяснения связи между склонностью к азартным играм и депрессией: в соответствии с первой - к депрессии приводят связанные с азартной игрой потери и другие неблагоприятные последствия, в соответствии со второй - азартные игры облегчают депрессивное состояние, т. е. действуют как “антидепрессант”. Суицидальные мысли, суицидальные попытки и случаи завершеного самоубийства в большей степени распространены среди патологических азартных игроков, чем в остальном населении. Частота суицидальных мыслей среди патологических азартных игроков колеблется в пределах от 20 до 80%, а суицидальных попыток - от 4 до 40% [3]. Выраженная склонность к азартным играм, крупные долги, сопутствующие психические расстройства и употребление психоактивных веществ ассоциируются с повышенным риском совершения самоубийства. Black и Moyer (1998) в исследовании по изучению 30 патологических азартных игроков установили, что 64% в течение жизни устанавливали диагноз “злоупотребление психоактивными веществами”. В ретроспективном анализе карт 113 патологических азартных игроков Kausch (2003) отметил, что у 66,4% на протяжении жизни диагностировалось злоупотребление психоактивными веществами или синдром зависимости. Среди других расстройств, которые обычно сопутствуют патологической склонности к азартным играм чаще встречались - расстройства контроля над побуждениями, тревожные расстройства и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания. Обстоятельный обзор исследований по изучению сопутствующих психических расстройств у патологических азартных игроков составлен Crockford и El-Guebaly (1998) [32].

Среди всех психоактивных веществ наиболее распространенным является алкоголь. Следовательно, изучение взаимосвязи игровой и алкогольной зависимостей представляется проблемой с достаточной степенью актуальности. Zuckerman M., Kuhlman D.M.

(2000) [31] не только объединили эти расстройства в одну группу, но и выявили общую для них биологическую «базу», которая, по мнению авторов, проявляется в особенностях дофаминового обмена и активности моноаминоксидазы. Comings D.E. et al. (1999) [32] обнаружили общие генетические особенности (полиморфизм DRD4 гена) при патологическом гемблинге и химической зависимости, продемонстрировав биологическое родство различных болезней зависимого поведения [19].

Согласно данным исследования, проведенного в РФ [14], сопутствующие психические расстройства были выявлены у 94,3% испытуемых лиц с зависимостью от азартных игр. У 58,6% пациента выявлялись расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Второе место по частоте занимали депрессивные состояния, которые отмечались у 55,7% больных. Затем шли специфические расстройства личности (51,4%), а также невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (40%). Кроме этого, обнаружена высокая частота резидуально-органических и диссоциативных нарушений. Выдвигается предположение о вторичном характере ПГ, которое развивается на тимопатическом фоне в виде двух основных вариантов: одного, связанного со стрессовыми расстройствами, и другого, сопряженно с наркологическими расстройствами [14].

В свою очередь, у зависимых от ПАВ гемблинг как коморбидная патология — тоже не редкость. У хронических алкоголиков гемблинг как коморбидная патология встречается достаточно часто. Как показали исследования Sellman et al. (2002), у 80% амбулаторных пациентов-алкоголиков в течение предыдущих 6 месяцев перед обследованием отмечались эпизоды гемблинга, а у 30% — в течение предшествующей недели. Пятая часть пациентов-алкоголиков отвечала критериям проблемного гемблинга [33].

Исследования проведенные среди учащейся молодежи г. Томска также показали наличие связи азартной игры со склонностью к употреблению алкоголя [7].

Следует отметить, что употребление алкоголя во многих случаях играло существенную роль как в совершении отдельного игрового эксцесса, так и в длиннике болезни в целом. Практически все обследованные пациенты отмечали, что алкоголь резко усиливал влечение к игре, снижая возможность количественного контроля [19].

У не страдающих химической зависимостью (и не злоупотребляющих алкоголем) пациентов выявлена высокая частота заметных особенностей реагирования на прием алкоголя [19].

В исследованиях В. А. Солдаткина подтверждается коморбидность химических и нехимических аддикций с помощью опросника СМИЛ, более того — существует прямо пропорциональная зависимость между показателем по шкале «алкоголизация» и выраженностью патологического влечения к алкоголю [27].

Исходя из концепции БЗП — болезней зависимого

поведения, А. О. Бухановский наряду с ПГ как самостоятельным расстройством выделяет сочетанные варианты с иными аддикциями, в том числе химическими, а также переход к ПГ из другого варианта зависимого состояния, а также исход ПГ в другую зависимость [28]. Это говорит в пользу того, что игровую зависимость стоит рассматривать не как отдельную нозологическую форму, а как состояние, которое «по умолчанию» коморбидно с иными формами аддикций либо на данный момент, либо в перспективе.

В. А. Солдаткин определяет следующие закономерности взаимовлияния игровой и алкогольной зависимостей [19]: 1. Клиническая картина ПГ, определяемая синдромами психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий, имеет сущностное сходство с клинической картиной алкоголизма. 2. Наследственность при ПГ отягощена в первую очередь алкоголизмом. 3. В группе патологических игроков высока частота алкогольной зависимости. 4. У пациентов, не страдающих алкогольной зависимостью, весьма часто отмечаются яркие особенности реагирования на прием спиртного. 5. Начало систематической игры часто связано с алкоголизацией (или ее полным прекращением). 6. Возобновление алкоголизации играет роль одного из частых факторов срыва ремиссии при ПГ. 7. В целом ПГ при наличии сопутствующего алкоголизма имеет более выраженную клиническую картину, отличается большей прогрессивностью.

Терапия. Общепринятым методом лечения игровой зависимости является комбинированная терапия, включающая в себя индивидуальную и групповую психотерапию, а также участие в программе взаимопомощи Анонимных Игроков. Тем не менее, эффективность этого метода составляет не более 55% [33].

Концептуализация патологической склонности к азартным играм либо как расстройства контроля над побуждениями, либо как расстройства обсессивно-компульсивного спектра предусматривает, что в ее этиологии участвует серотонинергическая система. Получены также убедительные нейробиологические данные, подтверждающие дисфункцию системы серотонина (5-НТ) при патологической склонности к азартным играм. Поэтому было проведено испытание эффективности флувоксамина, циталопрама, пароксетина, и флуоксетина в лечении патологической склонности к азартным играм, при этом удалось достичь некоторого успеха. В то же время сертралин не дал результатов, сколь либо отличных от плацебо.

Налтрексон, антагонист μ -опиоидных рецепторов, эффективен в лечении некоторых проявлений импульсивного поведения расстройства побуждений, таких как клептомания, самоповреждения и пограничное расстройство личности. Он также заметно уменьшает сильное влечение и болезненное пристрастие у лиц с алкогольной и героиновой зависимостью. Существуют данные об эффективности налтрексона у лиц с игровой зависимостью.

Некоторые исследователи концептуализировали

патологическую склонность к азартным играм как расстройство, относящееся к спектру биполярных аффективных расстройств из-за такой общей характеристики, как импульсивность. Поскольку проявления импульсивного поведения эффективно устраняют с помощью стабилизаторов настроения, было высказано предположение, что они могут быть также эффективными в лечении патологической склонности к азартным играм. Доказана эффективность вальпроатов, препаратов лития, карбамазепина.

Среди других лекарственных препаратов, с некоторым успехом использующихся в лечении патологической склонности к азартным играм, можно выделить оланзапин, бупропион, топирамат и др.

Техники поведенческой и когнитивной терапии. Теоретики поведенческой терапии рассматривают склонность к азартным играм как усвоенное дезадаптивное поведение, от которого можно отучить с помощью техник поведенческой терапии, разработанных на основе классической и оперантной теорий научения. Было установлено, что ряд техник поведенческой терапии эффективны в лечении патологической склонности к азартным играм, однако в настоящее время эти методы чаще используются в сочетании с когнитивной терапией как пакет когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивные ошибки, например вера азартных игроков в случайность и в шанс, а также ложное представление о том, что они могут контролировать и прогнозировать результат, играют ключевую роль в развитии и поддержании склонности к азартным играм. Когнитивная терапия нацелена на корректирование этих когнитивных ошибок, которое снижает мотивацию к азартной игре.

Как упоминалось, в клинической практике когнитивная терапия проводится как часть пакета когнитивно-поведенческой терапии.

Таким образом, полученные данные литературного обзора характеризуют проблему игровой и алкогольной зависимости как одну из наиболее значимых в медико-социальном плане на современном этапе. С учетом многогранности темы недостаточность единств в теоретическом и практическом понимании вопросов связанных с этипатогенезом, личностными особенностями больных клиническими проявлениями продолжить активную разработку данной проблемы.

Литература

1. Г. В. Старшенбаум. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М., 2006 – 367 с.
2. В. Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2006 - №5 – С. 16 -19
3. Sanju George & Vijaya Murali. Патологическая склонность к азартным играм: Оценка и лечение // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2006; 12: 221–227
4. МКБ-10. Исследовательские и диагностические критерии.
5. Классификация психических расстройств МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания.
6. А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, И.В. Баранова. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и

- психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. - № 10. – С. 20-25.
7. Исследование азартного игрового поведения среди студентов. Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного медицинского университета// Сборник статей по материалам 66-й Международной студенческой научной конференции им. Н.И. Пирогова. – Томск. – 2007.
 8. В. Л. Малыгин, б.д. Цыганков, хвостиков г.с., малыгин я.в. Патологический гемблинг: особенности личностных свойств как факторы риска формирования зависимости от азартной игры// медицинская психология в россии. – 2009. - №1
 9. Л. Н. Юрева. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К. – 2002. – 224 с.
 10. А. В. Гоголева. Аддиктивное поведение и его профилактика. // М. - 2003. - 111 с.
 11. Н. А. Зорин. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть I// Психиатрия и психофармакотерапия. – Т.8 - №4 – 2006 -
 12. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр. Современные достижения наркологии. Конференция, посвященная 20-летию Национального научного центра наркологии: Материалы. М 2005; 87-88.
 13. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.
 14. Кузнецова-Морева Е. А., Бобров А. Е. Сопутствующие психические нарушения при азартном расстройстве: клинко-статистическое изучение больных, обратившихся за помощью // Наркология. – 2010 - №1. – С.
 15. Regard M, Knoch D, Getling E, Landis T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers. *Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 2003;16 (1): 47–53
 16. Зорин Н.А. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006; №5. - 64–67.
 17. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. - СПб., Изд. дом «Нева». - 2003. - 128 с.
 18. А.Е. Бобров, Е.А. Кузнецова-Морева. Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? // Московский НИИ психиатрии. – 2007 - <http://www.mniip.org/news/index.php?ID=41>
 19. В. А. Солдаткин. Патологический гемблинг и алкоголизм – коморбидные расстройства. – 2008. - http://centerphoenix.ru/papers.php?cat_id=1
 20. В. А. Солдаткин, А. О. Бухановский. Клинико-динамическая модель развития патологического гемблинга – 2007. - http://centerphoenix.ru/papers.php?cat_id=1
 21. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - № 3. – С 52-58.
 22. Гилинский Я. И. Игровая зависимость: альтернатива наркотической? // Онлайн исследования в России: тенденции и перспективы. М.: ИС РАН, 2007 С. 81-90.
 23. Гилинский Я. «Исключенность» как глобальная проблема и социальная база преступности, наркотизма, терроризма и иных девиаций// Труды СПб юридического института Ген. прокуратуры РФ, 2004, ?6.
 24. В.А.Солдаткин. Концепции происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга) //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. - №3 - <http://con-med.ru/>
 25. Carlton P. L., Manowitz P., McBride H. et al. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J Clin Psychiat* 1987; 48; 12; 487-488.
 26. Соловьёва С. Л. Аддиктивное поведение как способ компенсации эмоционального дефицита // Медицинская психология в России. – 2009. - №1 - http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2009-1-1/index.php
 27. В. А. Солдаткин, Д. Ч. Мавани, А. О. Бухановский, И. В. Баранова. Личностные характеристики больных патологическим гемблингом – 2008 – <http://centerphoenix.ru/print.php?id=351>
 28. В. А. Солдаткин, А. О. Бухановский. Подход к классификации патологического гемблинга – 2008 - <http://centerphoenix.ru/print.php?id=350>
 29. А. С. Андреев, А. О. Бухановский, Е. В. Дони. Патологический гемблинг как частный вариант болезни зависимого поведения – 2007

– <http://centerphoenix.ru/print.php?id=89>

30. О. Горбунов. О зависимостях: маниах и измах, междисциплинарный подход. – 2007 – <http://myscaner.ru/text/add/tetos.pdf>

31. Zuckerman M; Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors // J. Pers. –2000 - Vol. 68(6). -pp. 999-1029.

32. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling // Clin Genet - 2001 - 60: 2 –P. 107-116.

33. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

34. Eisen S. A., Slutske W. S., Lyons M. J., Lassman J., Xian H., Toomey R., Chantarujikapong S., Tsuang M. T. The genetics of pathological

gambling // Semin. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. ? 3. 2001.

35. Zack M., Poulos K. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers // Neuropsychopharmacology, 2004. V. 29. 2002.

36. Breen R. B., Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers // J. Gambl. Stud. V. 18,? 1.2002.

37. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., et al (2002) Understanding and Treating the Pathological Gambler. Chichester: John Wiley & Sons.

38. Sproston, K., Erens, B. & Orford, J. (2000) Gambling Behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey. London: National Centre for Social Research.

Стан проблеми ігрової та алкогольної залежності на сучасному етапі (огляд літератури)

Є.М. Харченко, Є.В. Харчук, О.С. Осуховська, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синицька

Розглядаються різні медико-соціальні аспекти хімічної та нехімічної аддикцій (на моделі ігрової та алкогольної залежності), зокрема етіопатогенез, особистісні прояви, клінічні особливості, методи терапії, профілактики та інші. Ставляться питання о поглибленні процесу дослідження проблеми.

Ключові слова: психоактивні речовини, ігрова та алкогольна залежність, стан проблеми

State of problem of playing and alcoholic dependence at the present stage (Literature review)

Є.М. Harchenko, E.V. Harchuk, O.S. Osuhovska, G.E. Trofimchuk, T.V. Synytska

Different medical-social aspects of chemical and unchemical addiction (on the model of playing and alcoholic dependence) are examined, in particular etiopathogenesis, personality displays, clinical features, methods of therapy, prophylaxis, and other. Questions on extending the problem research process are raised.

Keywords: psychoactive matters, play-ing and alcoholic dependence, state of problem

УДК: 616.89

И.А. Бабюк, Н.В.Побережная, А.Е. Табачников

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВОМ ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: злоупотребление пивом, подростки

В последние годы рост употребления пива лицами молодого возраста становится актуальной проблемой как в Украине, так и в других странах [1]. Так, по данным отдельных исследований, до 76% подростков в возрасте 14-16 лет имеют опыт употребления алкоголя, в основном низкой крепости [2, 4]. В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что Украина является абсолютным лидером среди 40 стран Европы по количеству подростков, которые регулярно употребляют алкоголь, особенно слабоалкогольные напитки. С 1993 года по 2003 год число подростков, впервые в жизни перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3.7 раза (возрастная группа 15-17 лет), число молодых людей – почти в 8 раз (возрастная группа 18-19 лет) [3]. Даже среди детей 12–13 лет 1% ежедневно употребляют алкоголь – чаще всего слабоалкогольные напитки и пиво [5,7]. Неудивительно, что наша страна занимает первое место по уровню детского алкоголизма в мире. От 700 до 900 тысяч лиц находятся на учёте как больные алкоголизмом, однако реальная цифра в 3–5 раз выше. Среди тех, кто обращается за помощью к наркологам, приблизительно 15-20% болеют пивным алкоголизмом [6]. Каждый

житель нашей страны на протяжении года выпивает больше 60 литров пива. За последние годы употребление пива возросло в 10 раз [9,10]. В соседней России анонимные опросы, регулярно проводящиеся в школах, свидетельствуют о том, что средний возраст начала употребления пива снизился до 10 лет. Пиво превращается в повседневный напиток. По данным ГУВД по г. Москве, только за первую половину 2009 года сотрудниками органов внутренних дел было задержано более 13 тысяч несовершеннолетних, употребляющих пиво [11].

Из-за чего же сложилась такая ситуация? Среди основных причин взрывного роста потребления пива среди подростков можно выделить его высокую доступность, в отличие от крепких алкогольных напитков и вина, влияние рекламы, отсутствие выраженных нарушений поведения и работоспособности при употреблении пива, убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка, лояльное отношение к нему в обществе [12].

Характерным для ранней алкоголизации подростков является групповое употребление алкоголя. Побудительными (начальными) мотивами в этом слу-

– <http://centerphoenix.ru/print.php?id=89>

30. О. Горбунов. О зависимостях: маниах и измах, междисциплинарный подход. – 2007 – <http://myscaner.ru/text/add/tetos.pdf>

31. Zuckerman M; Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors // J. Pers. –2000 - Vol. 68(6). -pp. 999-1029.

32. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling // Clin Genet - 2001 - 60: 2 –P. 107-116.

33. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

34. Eisen S. A., Slutske W. S., Lyons M. J., Lassman J., Xian H., Toomey R., Chantarujikapong S., Tsuang M. T. The genetics of pathological

gambling // Semin. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. ? 3. 2001.

35. Zack M., Poulos K. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers // Neuropsychopharmacology, 2004. V. 29. 2002.

36. Breen R. B., Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers // J. Gambl. Stud. V. 18,? 1.2002.

37. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., et al (2002) Understanding and Treating the Pathological Gambler. Chichester: John Wiley & Sons.

38. Sproston, K., Erens, B. & Orford, J. (2000) Gambling Behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey. London: National Centre for Social Research.

Стан проблеми ігрової та алкогольної залежності на сучасному етапі (огляд літератури)

Є.М. Харченко, Є.В. Харчук, О.С. Осуховська, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синицька

Розглядаються різні медико-соціальні аспекти хімічної та нехімічної аддикцій (на моделі ігрової та алкогольної залежності), зокрема етіо-патогенез, особистісні прояви, клінічні особливості, методи терапії, профілактики та інші. Ставляться питання о поглибленні процесу дослідження проблеми.

Ключові слова: психоактивні речовини, ігрова та алкогольна залежність, стан проблеми

State of problem of playing and alcoholic dependence at the present stage (Literature review)

Є.М. Harchenko, E.V. Harchuk, O.S. Osuhovska, G.E. Trofimchuk, T.V. Synytska

Different medical-social aspects of chemical and unchemical addiction (on the model of playing and alcoholic dependence) are examined, in particular etiopathogenesis, personality displays, clinical features, methods of therapy, prophylaxis, and other. Questions on extending the problem research process are raised.

Keywords: psychoactive matters, play-ing and alcoholic dependence, state of problem

УДК: 616.89

И.А. Бабюк, Н.В.Побережная, А.Е. Табачников

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВОМ ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: злоупотребление пивом, подростки

В последние годы рост употребления пива лицами молодого возраста становится актуальной проблемой как в Украине, так и в других странах [1]. Так, по данным отдельных исследований, до 76% подростков в возрасте 14-16 лет имеют опыт употребления алкоголя, в основном низкой крепости [2, 4]. В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что Украина является абсолютным лидером среди 40 стран Европы по количеству подростков, которые регулярно употребляют алкоголь, особенно слабоалкогольные напитки. С 1993 года по 2003 год число подростков, впервые в жизни перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3.7 раза (возрастная группа 15-17 лет), число молодых людей – почти в 8 раз (возрастная группа 18-19 лет) [3]. Даже среди детей 12–13 лет 1% ежедневно употребляют алкоголь – чаще всего слабоалкогольные напитки и пиво [5,7]. Неудивительно, что наша страна занимает первое место по уровню детского алкоголизма в мире. От 700 до 900 тысяч лиц находятся на учёте как больные алкоголизмом, однако реальная цифра в 3–5 раз выше. Среди тех, кто обращается за помощью к наркологам, приблизительно 15-20% болеют пивным алкоголизмом [6]. Каждый

житель нашей страны на протяжении года выпивает больше 60 литров пива. За последние годы употребление пива возросло в 10 раз [9,10]. В соседней России анонимные опросы, регулярно проводящиеся в школах, свидетельствуют о том, что средний возраст начала употребления пива снизился до 10 лет. Пиво превращается в повседневный напиток. По данным ГУВД по г. Москве, только за первую половину 2009 года сотрудниками органов внутренних дел было задержано более 13 тысяч несовершеннолетних, употребляющих пиво [11].

Из-за чего же сложилась такая ситуация? Среди основных причин взрывного роста потребления пива среди подростков можно выделить его высокую доступность, в отличие от крепких алкогольных напитков и вина, влияние рекламы, отсутствие выраженных нарушений поведения и работоспособности при употреблении пива, убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка, лояльное отношение к нему в обществе [12].

Характерным для ранней алкоголизации подростков является групповое употребление алкоголя. Побудительными (начальными) мотивами в этом слу-

чае обычно являются нежелание отстать от сверстников, любопытство, ложно понимаемый путь к статусу взрослого человека. В дальнейшем мотивы повторных употреблений связаны с желанием испытать «веселое настроение», чувство раскованности, уверенности в себе.

Как и для взрослых, развитие алкоголизма у подростков проходит три закономерные стадии: психическая, физическая зависимость и органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и глубокой социальной деградацией.

Для подростков характерно стремление употреблять алкоголь в дозах, которые вызывают наркотическое состояние («до полного отключения»), что вначале носит характер своеобразной бравады перед сверстниками, но уже через три-четыре месяца становится связанным с неодолимым патологическим влечением.

Ранний алкоголизм подростков характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии (дистрофии головного мозга), иногда частично обратимыми после прекращения употребления алкоголя.

У подростков отмечается ускоренный тип течения алкоголизма. Появление физической зависимости от алкоголя происходит в среднем через 3 года, тогда как у взрослых этот период составляет не менее 8-10 лет.

Анализ факторов, приводящих к риску подросткового алкоголизма, позволил выделить следующие из них:

- экономическое (социальное) неблагополучие. Подростки из социально-неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия, родители которых имеют большие шансы быть постоянным участником правонарушений и часто злоупотреблять алкоголем.

- неблагоприятное окружение и общественная необустроенность. Районы проживания подростков, отличающиеся высоким уровнем преступности с часто меняющимися жильцами, не способствуют возникновению чувства единения и общности среди людей, населяющих их, которое существует в более благополучных районах с меньшей плотностью заселения и низким уровнем преступности.

- частые перемены жительства оказывают отрицательное влияние на психическое состояние подростка, поскольку сталкивают его с необходимостью построения отношений с новыми друзьями, соседями, одноклассниками, что часто влияет на появление трудностей и проблем. Чем чаще семья переезжает, тем выше опасность возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя;

- доступность алкоголя. Алкогольные напитки доступны всем и каждому. Любой подросток, пришедший в магазин с деньгами, может купить бутылку пива или другого слабоалкогольного напитка.

- семейная предрасположенность и наследственная отягощенность. Дети, рожденные или воспитанные в

семьях с алкогольными традициями, подвержены большему риску пристраститься к алкоголю. По данным опросов у 60-ти % подростков, злоупотребляющих алкоголем, родители страдали алкоголизмом. В этом свою роль, играют как генетические факторы, так и влияние непосредственного окружения. Доказано существование «гена алкоголизма».

Некоторые подростки, по мнению ряда исследователей, даже когда они подвергаются многим факторам риска, не употребляют алкоголя. Исследования показывают, что от употребления алкоголя удерживает, по видимому, целый ряд защитных факторов:

- 1) чувство юмора;
- 2) внутренний самоконтроль, целеустремленность, стрессоустойчивость;
- 3) важность взаимоотношений по крайней мере с одним взрослым человеком, помимо родителей. На сознание подростка большое влияние может иметь учитель;
- 4) убеждения и совпадающие с принятыми в социальной группе нравственные ценности:
 - успешное овладение необходимыми умениями;
 - признание и одобрение умелых действий;
- 5) нормы, исключающие употребление алкоголя, принятые в семье, в школе, в коллективе.

Таким образом, семья является одним из факторов (как побуждающих, так и сдерживающих), определяющих отношение подростков к алкоголю.

Часто пиво считают почти безалкогольным напитком, не только не вредным, но и полезным. Поэтому пивное пристрастие губит организм еще коварнее, чем водочное. Ещё в 1927 году выдающийся психиатр В. М. Бехтерев писал: «К сожалению, вопросы о громадном вреде, приносимом алкоголем, недостаточно ясны для малокультурных масс, да и большинству интеллигентов не представляется очевидным, что алкоголь есть безусловный яд» [13]. Особую роль в распространении пивного алкоголизма играют агрессивные рекламные кампании производителей пива. Несмотря на существующие законодательные ограничения времени трансляции рекламы пива на телевидении и радио, весь вечерне-ночной эфир переполнен рекламными роликами пива. Анализ показывает, что эти ролики ориентированы, в основном, на молодое поколение и основываются на ложных утверждениях, что употребление пива создает легкость общения, делает жизнь легче и проще. У потребителей формируется ощущение, что с бутылкой или банкой пива они будут выглядеть «круче», значительнее, привлекательнее, что особенно воздействует на подростков в возрасте 12-16 лет, когда идет формирование личности и поиск себя. Агрессивная рекламная кампания пива создает у молодежи иллюзию «социальной ценности» пива, а главное - полную безопасность его употребления. [14].

В 2001 году на состоявшемся в Канаде симпозиуме Общества исследования алкоголизма были представлены результаты исследования, в котором детям 8-11 лет на протяжении 5,5 минут демонстрировали отрыв-

ки из популярной телепередачи, узловыми моментами которой было употребление алкогольных «напитков» взрослыми. В дальнейшем с помощью специальной методики оценивали усвоения детьми стереотипов «алкогольного поведения». Авторы показали прямую связь между употреблением алкоголя взрослыми в телепередачах и восприятием детьми алкогольных обычаев [15].

Доказано, что положительное восприятие рекламы пива коррелирует у детей и подростков с повышением частоты употребления пива в настоящем и будущем. Особенно сильное желание пить реклама пива вызывала среди 10-13-летних ребят, которые наиболее образно принимали рекламное изображение пива. При этом, реклама пива не влияла на частоту употребления других видов алкоголя [16].

К каким последствиям может привести систематическое употребление пива молодежью? Доказано, что систематическое употребление пива может вызвать алкоголизм равно как вино, водка, коньяк («пивной алкоголизм»). Пивной алкоголизм развивается по законам обычного алкоголизма. Фармакологическое действие пива таково, что оно оказывает содействие отдыху и успокоению. С пивом человек приучает себя не только к обычному опьяняющему действию алкоголя, но и к седативному средству. В результате, пиво становится необходимым элементом отдыха, успокоения. Со временем человек становится не способным чувствовать себя нормально без «пивного допинга», нарушаются самочувствие и сон, ухудшается настроение, нарастает психическая напряженность, ухудшаются взаимоотношения с близкими [17]. Так формируется пивной алкоголизм. Пивной алкоголизм опаснее водочного, т.к. развивается незаметно. Он сказывается не только на психическом, но и на соматическом здоровье человека.

Все врачи-наркологи подчеркивают, что бороться с пивным алкоголизмом сложнее, чем с водочным. Не осознавая коварной опасности, человек не стремится так активно бороться с ним. И релаксирующее действие пива на организм хочется ощущать снова и снова. Пиво мы называем «входными воротами» алкоголизма. Пивной алкоголизм дольше формируется (от 1 года до нескольких лет), но тяжело протекает. И выход из такого запоя очень длительный. Последствия его более разрушительные. В организме повышается объем циркулирующей жидкости, следовательно, увеличивается нагрузка на сердце и почки, а это приводит к развитию серьезных патологий. [18].

Действие пива на организм обусловлено компонентами, которые оно содержит — алкоголем и продуктами брожения солода. Пиво готовится из ячменя, хмеля, которые содержат белки, жиры, углеводы, витамины. Таким образом, бутылка пива крепостью 5% об. эквивалентна приблизительно 60 мл водки. Если пиво крепкое (содержащее, например, 8% об.), бутылка эквивалентна 100 мл водки, а две бутылки крепкого пива — это уже 200 мл водки. Между тем, многие из

современных 16-17-летних подростков выпивают больше 3-х л пива в день, что эквивалентно приблизительно 400 мл водки. Однако, необходимо отметить, что в последнее время на рынке алкогольной продукции появилась новая разновидность пива с высоким содержанием алкоголя — до 12% (strong beer). Употребление такого пива в таком же количестве, что и обычного, безусловно, влечет за собой цепь негативных последствий, обусловленных сочетанным токсическим действием алкоголя и других биологически активных соединений.

Многие любители пива отказываются пить безалкогольное пиво под тем предлогом, что у него хуже вкус. Группа из университета штата Вирджиния решила проверить это утверждение. Как альтернатива безалкогольному пиву было использовано популярное пиво, содержащее 5,7% алкоголя. Тест выявил, что участники не смогли определить, какое пиво содержит алкоголь с большей вероятностью, чем случайность. Ряд других исследований подтвердил, что регулярные потребители пива не смогли точно определить по вкусу, является пиво крепким, средним или очень слабым по содержанию алкоголя. Таким образом, как бы ни пытались скрыть это пивоманы, они пьют пиво не ради вкуса, а ради алкоголя. [19].

Большинство исследователей пишут об отрицательном влиянии пива на организм, считая его клеточным ядом, который приводит при употреблении в больших количествах не только к алкоголизму, но и к негативным соматическим последствиям. Необходимо отметить, что пиво содержит в своем составе тяжёлые (токсичные) металлы, такие как кобальт, кадмий, свинец, ртуть, медь, цинк. Накопление тяжёлых металлов в организме человека приводит постепенно к симптомам хронического отравления. В ряду токсичных металлов в пиве кадмий, как добавка для сохранности пены, занимает особое место, так как имеет ряд биологических свойств и механизм поражающего действия. Установлено, что большие дозы кадмия при непомерном употреблении пива могут вызвать в организме явления острого отравления, а постоянное поступление небольших его количеств — хроническое отравление. Так, соли кадмия влияют на всасывание и обмен ряда необходимых микроэлементов, в том числе меди, железа и цинка. Кадмий нарушает передачу сигналов в нервных и эндокринных клетках регулирующих систем организма: угнетает синтез гормонов, приглушает условные рефлексы. Соли кадмия имеют мутагенное действие, влияют на сперматогенез, поражают почки и сердце, угнетают ферменты пищеварения. Кадмий известен как вещество, которое угнетает синтез ряда гормонов: мужских половых гормонов, инсулина [20].

В пиве содержатся моноамины, которые получают в результате брожения хмеля. В их числе в пиве присутствует и трупный яд — кадаверин. В пиве помещаются и растительные аналоги женских половых гормонов. В ответ на принятие пива печень синтезирует вещество, которое подавляет секрецию метилтестосте-

рона (основного мужского полового гормона). Именно поэтому у мужчин, что чрезмерно увлекаются пивом, формируется фигура, похожая на женскую: становится шире таз, увеличиваются грудные железы, жир откладывается на бедрах и животе («пивной живот»). У женщин пропорционально количеству потребляемого пива возрастает вероятность заболевания раком молочной железы [21].

Ещё в конце XIX столетия известный врач Bollinger описал связанную с употреблением пива мужчинами молодого и среднего возраста патологию, которая проявляется в увеличении сердца и расширении его камер — «алкогольное праздничное сердце». Данное состояние позднее стало известно как «Мюнхенское пивное сердце». Алкогольная кардиопатия (современное название данного заболевания) представляет и на данный момент очень важную медицинскую проблему для людей, которые злоупотребляют пивом. Мировыми исследованиями доказана положительная связь между употреблением пива и сердечно-сосудистыми болезнями, что противоречит существующему среди населения представлению о том, будто бы употребление пива защищает сердце. Чрезмерное потребление пива приводит к тому, что рентгенологи называют синдромом «пивного сердца» или синдромом «капронового чулка». Пиво быстро всасывается в организм, переполняя кровеносное русло. При большом количестве выпитого возникает варикозное расширение вен и расширение границ сердца. Отмечается неблагоприятное влияние пива на ожирение, уровень артериального давления и выделения с мочой натрия и калия. Смертность среди людей, которые злоупотребляют пивом, выше, чем среди редко пьющих. Пиво, как и другие алкогольные «напитки», влияет на желудочно-кишечный тракт, сначала возбуждая его секрецию, а потом, удручая её, что приводит к гастритам, язвенной болезни, панкреатиту, колиту. Пиво может вызвать цирроз печени, как и другие алкогольные «напитки». Приём пива вне приема пищи увеличивает риск развития алкогольного повреждения печени и поджелудочной железы [22].

Последствия пристрастия чрезвычайно тяжелы: миокардиодистрофия, цирроз печени, гепатит, поражение клеток, нарушение интеллекта, тяжелые психические нарушения.

Успех борьбы с алкоголизмом, в том числе пивным, будет определяться не только совершенствованием методов его лечения, но и эффективной организацией профилактических мероприятий. Ведь, по данным некоторых исследователей, после лечения лишь 10% пациентов полностью готовы к трезвой жизни. При этом, мотивация к лечению у больных с алкогольной зависимостью, в частности и «пивной» определяется совокупностью клинических, социальных и личностных факторов; в том числе удовлетворённостью пациента результатом лечения и длительностью терапевтических ремиссий после предыдущих госпитализаций [23].

В последние десятилетия во всём мире отмечается рост интереса к вопросам социального функционирования и качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. В 70-е годы эти понятия приходят в общую медицину, а с начала 80-х — в психиатрию и с этого времени привлекают всё большее внимание исследователей и практиков [24]. В отечественной наркологии понятие КЖ пока не нашло широкого применения. Результаты обследования лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя (-F10.24), свидетельствуют о том, что структура показателя их КЖ, оцениваемая по шкале J. Mezzich и соавт., неоднородна [25]. В большей степени восприятие качества жизни в целом зависит от физического благополучия и независимости в действиях. В меньшей степени на восприятие качества жизни влияют психологическое благополучие, общественная и служебная поддержка и межличностное взаимодействие. Исходя из этого, можно сформулировать определённые рекомендации для повышения качества жизни у алкогользависимых лиц, проходящих стационарное и поддерживающее лечение. Необходимо уделять большее внимание терапии соматических последствий злоупотребления алкоголем и сопутствующих заболеваний с целью восстановления физического благополучия. Самообслуживание и независимость в действиях — более сложный объект для терапевтического воздействия, поскольку зависит от совокупности объективных условий, в том числе социальных. С другой стороны, учитывая наиболее значимые (сильно взаимосвязанные с восприятием качества жизни) показатели, при проведении рациональной психотерапии имеет смысл указывать на негативные последствия злоупотребления алкоголем в сфере физического благополучия и независимости в действиях. Следует заметить, что показатель служебной и социальной поддержки для алкогользависимых лиц мало связан как с общим восприятием качества жизни, так и с остальными показателями. Возможно, это связано с недооценкой этого показателя либо со сниженными притязаниями больных в социальной сфере. Этот факт также необходимо учитывать при проведении психокоррекции лиц, зависимых от алкоголя для улучшения социальной адаптации (повышать мотивацию в достижении социально значимых целей).

Всё это делает актуальным поиск новых решений в сфере лечения и профилактики состояний алкогольной, в частности пивной зависимости. Таким образом, анализ научных публикаций выявляет ряд дискутируемых проблем, обусловленных региональными особенностями пивного алкоголизма, и их взаимосвязью с коморбидной соматической патологией, возможностями профилактики и прогноза.

Литература

1. Онищенко Г.Г. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации / Г.Г.Онищенко, В.Ф.Егоров // Наркология. — 2002. - №1. — С.4-8.

2. Иванец Н. Н. Актуальные проблемы алкоголизма / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 3. – С. 99-105.
3. Айвазова А. Е. Психологические аспекты зависимости / А. Е. Айвазова. – СПб. : Речь, 2003. – 117с. : ил
4. Артемчук А.П. Клінічні, параклінічні та терапевтичні аспекти сучасних форм алкоголізму // Арх. психіатрії.- 2000.-№ 1-2 (20-21).- С. 55-59.
5. Артемчук А.Ф. Алкоголизм у лиц молодого возраста.- К.: Здоровья, 1985.- 128 с.
6. Аносова Е.В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков / Аносова Е.В., Богушевская Ю.В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых, Курск, 15-16 апр., 2008. 4.1.- Курск, 2008.- С. 238-2393.
7. Гусейнов Ф.С. Социально-психологические и клинические аспекты формирования влечения к алкоголю у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук.- М., 1991.-22 с.
8. Ковалев А.А. Факторы риска, способствующие формированию пивного алкоголизма / А.А.Ковалев // Современные достижения наркологии. / Сб. матер. конф., посвященной 20-летию ННЦ наркологии Росздрава. – М., 2005. – С.61.Ковалев А.А. Факторы риска, способствующие формированию пивного алкоголизма / А.А.Ковалев // Современные достижения наркологии. / Сб. матер. конф., посвященной 20-летию ННЦ наркологии Росздрава. – М., 2005. – С.61.
9. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков : учеб. пособие / Д. Д. Еникеева. – М. : Академия, 1999. – 144 с. – (Педагогическое образование).
10. Коротаев А. В. Российский демографический крест / А. В. Коротаев, Д. А. Халтурина // Общественные науки и современность. – 2006. – № 3. – С. 105-118
11. Арефьев А. Л. Поколение, которое теряет Россия / А. Л. Арефьев // Социологические исследования. – 2002. – № 8. – С. 97-105
12. S.R. Milligan, J.C. Kalita, A. Heyerick, H. Rong, L. de Cooman, D. de Keuleleire // Identification of a potent phytoestrogen in hops (*Humulus lupulus* L.) and beer // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 1999.- V. 84. P. 249-252 .
13. Лавренева Г.В. Пиво и здоровье / Г.В.Лавренева – СПб.: Диалог, 2001. –112 с.
14. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность // Наркология.- 2007.- № 3.- С. 30-42.
15. Шаповалов К. Употребление алкоголя и его последствия / К. Шаповалов, Л. Шаповалова // ОБЖ. Основы безопасности жизни. – 2006. – № 10. – С. 54-58; № 11. – С. 53-56; № 12. – С. 35-41.
16. Новикова Г.А. Особенности пивной алкоголизации среди учащихся общеобразовательных школ / Г.А.Новикова - Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – Архангельск, 2007. – №1. – С.113.
17. Байер К. Здоровый образ жизни / Living Well.Health in Your Hands // Кермис Байер, Луис Шейнберг. – М. : Мир, 1997. – 368 с. : ил.
18. Врублевский А.Г. Клинические варианты алкоголизма // Вопр. наркологии.- 1988.- № 2.- С. 24-28.
19. Ойхер Д.Я. Подросток и пиво: чем раньше, тем хуже / Д.Я.Ойхер, Ю.Н.Ружников // Известия Уральского государственного университета. – 2005. – № 37. – С. 107-110.
20. Нужный В.П. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка / В.П.Нужный, Ю.Д.Пометов, А.В.Ковалева и соавт. // Вопросы наркологии. – 2003. – №2. – С.22-35.
21. The 1999 ESPAD Report / Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. // Stockholm, 2000. – 362 p.
22. Кошкина Е.А., Гутовенко В.М., Паронян И.Д., Шаматова А.З. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи // Алкоголь и здоровье населения России 1990-2000: Матер. Всерос. форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье», состоявшегося в 1996-1998 гг. и Всерос. конф. «Алкоголь и здоровье» - г.Москва, РФ, 17 дек. 1996 г. / Под ред. А.К.Демина.- М., 1998.- С. 233-248.
23. Польшанная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психіатрії. — 2002. — № 2. — С. 5–9.
24. Rivero D. Inhibition of induced DNA oxidative damage by beers: correlation with the content of polyphenols and melanoidins / D.Rivero, S.Perez-Magarino, M.L.Gonzalez-Sanjose et al. // J. Agric. Food Chem. – 2005. – V.59(11). – P.981-985.
25. Foster J. H., Peters T. J., Marshall E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // Alcohol. — 2000. — Vol. 22, № 1.- P. 45–52.

МЕДИКО – СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЗЛОВЖИВАННЯ ПИВОМ ОСОБАМИ МОЛОДОГО ВІКУ (огляд літератури)

І.О. Бабюк, Н.В. Побережна, О.Ю. Табачніков

У статті на підставі аналізу літератури наведені дані про розповсюдженість, виникнення та стан проблеми пивного алкоголізму в країні.

Ключові слова: зловживання пивом, підлітки

SOCIAL AND MEDICAL PROBLEM OF BEER ABUSE AMONG YOUNG PEOPLE (Literature review)

N.V.Poberezhnaya, A.Y.Tabachnicov, I.A.Babiyk

On the base of scientific publications the data on distribution etiology and contemporary situation of beer alcoholism in the country have observed.

Keywords: beer abuse, teenagers

УДК 616.89

С.О.Лобанов

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ХВОРИМ З УРАХУВАННЯМ ОБТЯЖЕННЯ НАРКОМАНІЯМИ

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

Ключові слова: ВІЛ-інфікування, психічні розлади, психологічна корекція, результативність комплексної допомоги

Вступ

З попередніх досліджень відомо, що на ранніх етапах хвороби при ВІЛ-інфікуванні досить часто зустрічаються психічні розлади, пов'язані з реакцією особистості на хворобу, що може проявлятися у вигляді розладів адаптації [1;5; 9].

Попереднє дослідження показало, що психічні розлади на початкових етапах ВІЛ-інфікування можуть суттєво погіршувати функціонування хворих [6]. При цьому за наявності лише біологічного лікування ВІЛ-інфекції відомо, що показники життєдіяльності відновлюються лише частково [4].

Відповідно до підходів до надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам, серед яких можна виділити наявність психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на різних етапах супроводу та лікування, застосування комплексного підходу до реабілітації таких хворих, створення системи до та після тестового консультування, проведення психологічної допомоги відповідно принципів, сформульованих на підставі наступних даних [3], нами була розроблена комплексна програма психологічної корекції.

Програма психологічної корекції містила наступні складові компоненти, що обумовлені визначеними принципами організації та надання психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим [3]. Серед них такі, як проведення дотестового консультування, що спрямоване на зниження тривоги очікування та адаптацію до результатів тестування, формування певної упереджувальної позиції досліджуваного щодо результатів дослідження на ВІЛ-інфекцію. Проведення міжтестового консультування, що спрямоване на підтримання конструктивних, адаптивних типів реагування на хворобу. Особливим фрагментом роботи є проведення після тестового консультування у разі підтвердження діагностування ВІЛ-інфекції. Важливим напрямом роботи в цьому разі є допомога у зниженні емоційного психологічного напруження, пов'язаного з усвідомленням факту ВІЛ-інфікування та актуалізації деструктивних стереотипів поведінки. Важливим напрямом в роботі на цьому етапі є формування стабільного довірливого ставлення пацієнта до лікаря або психолога, формування передумов для заміни деструктивних патернів поведінки та дезадаптивних типів реагування на хворобу.

Окремим важливим напрямом в роботі з такими пацієнтами є проведення психологічної підтримки після тестування, після отримання невизначеного результату тестування на ВІЛ. При цьому зростає

рівень тривоги та напруження [8] внаслідок тривалого очікування негативних результатів тестування. Важливим напрямом також є проведення комплексної медико-психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих хворих на етапах амбулаторного та напівстаціонарного перебування у медичних закладах, що включає також різні види соціально-психологічної допомоги. Серед таких форм допомоги проведення групових форм психологічної роботи, надання соціальної допомоги відповідно до потреб у об'ємі, що дозволяє створити певний рівень стабільної тривалої підтримки пацієнта, проведення соціальних заходів, груп зустрічей, фахових консультацій, психологічних груп, тренінгових груп, проведення лекційно-семінарських освітніх форм роботи за визначеною (відповідно потреб ВІЛ-інфікованих хворих) тематикою.

Об'єкт та методи дослідження

Досліджуючи результативність надання медико-психологічної допомоги, нами було обстежено 137 ВІЛ-інфікованих хворих. Серед них було 88 хворих, що мають ознаки стану наркотичної залежності (64,2% від усієї групи) та 49 осіб без таких ознак (32,8% від усієї групи).

На підставі обґрунтованих нами критеріїв ефективності психокорекційних заходів при наданні комплексної медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим [3], а також спираючись на уявлення про механізми подолання пацієнтами фруструючих ситуацій [7], ми обрали методи дослідження для відстеження результативності різного об'єму надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам.

Серед методик, що застосовувалися при дослідженні ВІЛ-інфікованих хворих, перелічені такі, як методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, що відображає загальний стан емоційної сфери та характеризує рівень внутрішнього психічного напруження; показник депресії за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, що виявився чутливим до вивчення депресивних реакцій у ВІЛ-інфікованих хворих; досліджувався показник самооцінки суб'єктивного функціонування за допомогою методикою САН. За нашим припущенням цей показник може свідчити про рівень фрустрації, яка за даними сучасних досліджень [2] є суттєвим показником при розгляді розладів адаптації.

При проведенні нами математичної обробки даних, статистичний t-критерій Стюдента у даному випадку виявився недосконалим внаслідок великої розбіжності

результатів (середньої похибки). Критерій Стюдента не виявив значимої різниці між показниками тому ми проводили статистичний аналіз відмінностей із застосуванням непараметричного критерію U Манна-Уїтні (непараметричний критерій, що не залежить від характеру розподілу отриманих підсумків). Внаслідок цього ми отримали значимі відмінності у показниках досліджуваних груп.

Результати роботи

При роботі з хворими ми виділили кілька досліджуваних груп, серед яких були ВІЛ-інфіковані хворі з розладами адаптації без ознак наркотичної залежності, ВІЛ-інфіковані хворі з розладами адаптації із ознаками наркотичної залежності, ВІЛ-інфіковані хворі з певними ознаками психологічних реакцій на хворобу ВІЛ та без розладів адаптації і без ознак наркотичної залежності, та ВІЛ-інфіковані хворі без розладів адаптації з ознаками наркотичної залежності.

В кожній з перелічених груп ми виділили осіб, що приймали участь у комплексній програмі медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим. Досліджувані всіх перелічених груп, частина з яких приймали участь у комплексній програмі, і решта осіб, що отримували лише біологічну (медикаментозну) підтримку були обстежені двічі з інтервалом від 1 до 3 місяців.

В структуру комплексного підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим входили надання медичної допомоги за основним захворюванням ВІЛ-інфікування, в залежності від потреб хворого. Наступним компонентом, що входив до комплексного підходу, було призначення симптоматичної або підтримуючої медикаментозної терапії у зв'язку з розладами адаптації. Серед психологічних заходів застосовувалася програма психологічної допомоги, що включала в себе індивідуальні та групові форми психологічної роботи та передбачали

опрацювання різних тематичних напрямів [3], відповідно визначеним у попередніх роботах потребам ВІЛ-інфікованих хворих. Також важливим компонентом в роботі було проведення консультацій інших фахівців, участь у роботі клубу знайомств ВІЛ-інфікованих, отримання юридичних консультацій тощо, що входить в групу заходів соціальної підтримки.

В структуру часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим входили надання медичної допомоги за основним захворюванням ВІЛ-інфікування без наявності інших компонентів соціально-психологічної підтримки, або отримання пацієнтом фрагментарної психологічної підтримки, або отримання ВІЛ-інфікованим пацієнтом тільки одного або двох компонентів, що входять в структуру комплексного підходу.

Підсумовуючи та узагальнивши результати дослідження, ми отримали наступні дані, розміщені в таблиці 1, в якій показана порівняльна характеристика результативності комплексного та часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим.

В таблиці 1 представлені результати порівняння комплексного та часткового підходів до надання медико-психологічної допомоги у ВІЛ-інфікованим хворим протягом перебування на амбулаторній програмі або у напівстаціонарних умовах.

Результати дослідження показали, що надання системи медико-психологічної допомоги у ВІЛ-інфікованим хворим протягом перебування на амбулаторній програмі або у напівстаціонарних умовах призвело до суттєвих змін у психоемоційному стані ВІЛ-інфікованих хворих, що проявилось у достовірно значимих змінах обраних для визначення ефективності програми допомоги, показників психологічного функціонування, при їх порівнянні до та після проведення програми допомоги.

Таблиця 1
Порівняльна характеристика результативності комплексного та часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим

Групи досліджуваних	Характеристика надання допомоги			
	часткова (медична)		комплексна	
	Тенденція показників (+ підвищ.) (- зниз.)	Достовірн. відмінності до та після допомоги p	Тенденція показників (+ підвищ.) (- зниз.)	Достовірн. відмінності до та після допомоги p
Група ВІЛ-інфік. осіб з ознаками наркотичної залежності без ознак розладів адаптації	+	не виявл.	–	$p < 0,05$
Група ВІЛ-інфік. осіб з ознаками наркотичної залежності з ознаками розладів адаптації	–	не виявл.	–	$p < 0,05$
Група ВІЛ-інфік. осіб без ознак наркотичної залежності без ознак розладів адаптації	+	$p < 0,05$	+	$p < 0,01$
Група ВІЛ-інфік. осіб без ознак наркотичної залежності з ознаками розладів адаптації	+	$p < 0,05$	+	$p < 0,01$

При дослідженні було виявлено, що після проведення звичайного медикаментозного лікування ВІЛ-інфекції показники достовірності відмінностей обраних показників до та після надання допомоги зменшувалися менш суттєво ($p < 0,05$ на відміну від комплексної програми з достовірністю відмінностей $p < 0,01$), а в деяких групах достовірність відмінностей між показниками до та після надання допомоги ВІЛ-інфікованим хворим не спостерігалось (на відміну від застосування комплексної програми, при якій показник достовірності відмінностей складав $p < 0,05$).

При проведенні комплексної медико-психологічної роботи, критерії успішності та впливовості таких психокорекційних впливів відрізняються протилежно у групах ВІЛ-інфікованих осіб, що мають ознаки стану наркотичної залежності та без ознак такої. Так в роботі ми відстежили зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у ВІЛ-інфікованих хворих, що мають ознаки стану наркотичної залежності, на ранніх етапах ВІЛ-інфікування та перебувають на етапі стаціонарного та амбулаторного лікування у бік підвищення тривожності (тобто погіршення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „-“).

Відстежуючи зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у ВІЛ-інфікованих хворих без ознак стану наркотичної залежності, на ранніх етапах ВІЛ-інфікування на етапі стаціонарного та амбулаторного лікування, показники психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери змінилися у бік зниження тривожності, збільшення самооцінки власного поточного стану (тобто поліпшення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „+“).

При аналізі результативності надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим з ознаками розладів адаптації, то у таких хворих ми спостерігали прямий ефект проведення медико-психологічної допомоги, у напрямі зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у бік зниження тривожності, збільшення показника самооцінки власного поточного стану (тобто поліпшення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „+“).

Слід відзначити, що інверсія направленості змін показників психологічного функціонування у ВІЛ-інфікованих осіб з ознаками залежності від наркотичних речовин (погіршення показників функціонування, в таблиці зі знаком „-“) визначалася їх психопатологічним станом в рамках наркоманії. Це, спираючись на результати передніх досліджень [3, 4], пов'язано з тим, що особи, що страждають на наркоманію, схильні заперечувати проблеми, пов'язані як з уживанням наркотиків, так і з ВІЛ-інфікуванням, і потребують психокорекційних втручань, спрямованих на початкових етапах допомоги таким хворим на екзацербацию та усвідомлення негативних переживань, прихованого психічного напруження.

Висновки

Проведена психокорекційна робота дала можливість покращити емоційний стан хворих, а аналіз її результативності дозволив довести необхідність застосування комплексного підходу у формуванні медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим особам з ознаками наркотичної залежності та без неї.

Надання комплексної допомоги, на відміну від виключно медичної, дозволило отримати достовірні зміни у результатах досліджень за методиками дослідження психічного стану, що можуть показувати ефективність надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим.

Грунтуючись на результатах дослідження відмічено, що надання комплексної допомоги викликає більш достовірні зміни у ВІЛ-інфікованих хворих, що мають ознаки розладів адаптації та не мають ознак наркотичної залежності.

Проте надання комплексної допомоги також впливає досить суттєво на ВІЛ-інфікованих осіб, що мають ознаки наркотичної залежності. При цьому спостерігаються результати, які суб'єктивно сприймаються часто як негативні, погані зміни у самопочутті. Наприклад такими проявами може бути підвищення тривожності, а також зниження суб'єктивної оцінки власного поточного стану. Такий напрям змін у даній групі на підставі попередніх досліджень ми розглядаємо, як ознаку результативності медико-психологічних втручань.

Отримані дані свідчать про більшу результативність комплексного підходу у наданні медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на відміну від надання виключно медичних форм допомоги. Результати дослідження можуть бути важливими при реалізації програм для ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема з метою налагодження взаємодії лікарів та психологів, що мають, з метою покращення результативності допомоги, об'єднувати зусилля у проведенні медико-психологічної допомоги хворим.

Література

1. Бешимов, А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных / А.Т. Бешимов, К.К. Яхин, В.Х. Фазылов // *Материалы VI Российского съезда врачей - инфекционистов*. - СПб., 2003. - С. 36.
2. Кригіна Л.О. Судово-психіатрична оцінка психогенних короткочасних афективних станів з позиції МКХ-10. // *Архів психіатрії*. - 2008. - т. 14, №2. - с.32-37.
3. Лисенко І.П., Рибальченко О.В., Лобанов С.О. Організація психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. - *Вісник Київського педагогічного університету / Психологія// збірник наукових праць*. - вип.16. -2002. С.191-196
4. Рибальченко О.В., Лобанов С.О. Динаміка психогенних порушень у ВІЛ-інфікованих хворих (тези) // *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Біопсихосоціальна модель як нова парадигма розвитку психіатрії в Україні"*, Київ, (28-30 жовтня 2002р.) С.195
5. Улюкин, И.М. ВИЧ-инфекция: психологические показатели на разных стадиях болезни / И.М. Улюкин, Е.Е. Воронин // *Журн. микробиологии*. - 1999. - №1. - С. 104-106.
6. Чуприков А.П., Лобанов С.О. Психопатологічні порушення при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі // *Медицинский вестник*. №1, Т.3 – 2003р. – с.106-111.

7. Balbin, E.G. *Stress and coping. The psychoneuroimmunology of HIV/AIDS* / E.G. Balbin, G.H. Yronson, G.F. Solomon // *Best Pract. and Res. Clin. Endocrinol. and Metab.* - 1999. - V.13, No 4. - P.615-633.

8. Dew, M.A. *Prevalence and predictors of depressive anxiety and substance use disorders in HIV infected and uninfected men: A longitudinal*

evolution / M.A. Dew, S.T. Becker, J. Sandier // *Psychol Med.* - 1997. - V. 27. - P. 395 -409.

9. Koopman, C. *Acute stress reactions to recent life events among women and men living with HIV/AIDS* / C Koopman, C Gore-Felton, N. Azimi // *Int J Psychiatry Med.* - 2002. - V. 32 (4). - P. 361-378.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ С УЧЕТОМ ОТЯГОЩЕНИЯ НАРКОМАНИЯМИ

С.О.Лобанов

В работе исследована результативность оказания комплексной медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным больным. Изучалась сравнительная результативность комплексной и частичной программы психологической помощи у ВИЧ-инфицированных, отягощенных наркотической зависимостью и без нее, а также с расстройствами адаптации и без них.

Определено, что оказание комплексной помощи ВИЧ-инфицированным лицам лучше воздействует на показатели эффективности психокоррекционной работы, существенно воздействует на психическое состояние больных, и вызывает более достоверные изменения показателей психологического функционирования, в отличие от частичной программы помощи во всех группах исследуемых больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психические расстройства, психологическая коррекция, результативность комплексной помощи

PRODUCTIVITY OF THE COMPLEX HELP FOR HIV- INFECTED PATIENTS IN VIEW OF ADDICTION BURDENING

S.O.Lobanov

In job the productivity of rendering of the complex medical-psychological help for HIV- infected patients was investigated. The comparative productivity of the complex and partial program of the psychological help at HIV- infected patients, burdened by narcotic dependence and without it, and also with frustration of adaptation and without them was studied.

Is determined, that the rendering of the complex help for HIV- infected patients influences parameters of efficiency psychological correction better, essentially influences a mental condition of the patients, and causes more authentic changes of parameters of psychological functioning, as against the partial program of the help in all groups of the researched patients.

Keywords: HIV-infection, mental disorders, psychological correction, productivity of the complex help

УДК: 616.89-008.446

К.В. Аймедов

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ЛУДОМАНІЇ – ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПІДХОДІВ

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

Ключові слова: патологічний гемблінг, надцінні ідеї, мотивація ігроманії

Лікування патологічної схильності до азартних ігор – проблема, яка залишається найменш розробленою у контексті вивчення даної патології [1]. У більшості робіт, присвячених патологічному гемблінгу, описується клінічні особливості залежності, є спроби відтворити класифікацію різних форм цієї патології [2]. Щодо лікування, то здебільшого йдеться про застосування різних психотерапевтичних підходів як у ізолюваному форматі, так і в поєднанні з фармакотерапією (психотропні препарати різних хімічних груп та механізмів дії). Більшість авторів схиляється до необхідності включати у схему лікування антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або антидепресантів подвійної дії. Рідше використовуються атарактики або психостимулятори. Обмеженість застосування перших зумовлена високим адиктивним потенціалом патологічних гравців, доцільність застосування других доводять прихильники ототожнювання патологічної схильності до азартних ігор з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю [3]. Донині в літературі відсутній узагаль-

нюючий принцип психофармакотерапії лудоманії.

Серед дослідників не існує певної точки зору на характер та структуру первинного потягу до гри. Більшість схиляється до того, що у основі його лежить обсесивно-компульсивний розлад, який проявляє себе саме нестримним бажанням постійно повторювати ігрову діяльність, незважаючи на її фруструючий характер через соціальні, сімейні, фінансові та інші проблеми внаслідок гри. З огляду на це, лікування антидепресантами є патогенетично обґрунтованим, оскільки дефіцит серотоніну відіграє принципово важливу роль у механізмах прицепливих станів [4]. В.Б.Альтшулер (1994) розглядає патологічний потяг при хворобах залежності як психопродуктивний розлад [5]. М.В. Винникова (2003) також пояснює це явище як психопатологічний феномен, що включає в себе ідеаторний, афективний та поведінковий феномени [6]. В.В. Чирко та М.В. Деміна (2002) розглядають патологічний потяг до адиктогена як психопатологічний феномен, що має схожість з паранойальним маяченням [7]. О.Ю. Егоров (2004; 2006) відмічає феноме-

7. Balbin, E.G. *Stress and coping. The psychoneuroimmunology of HIV/AIDS* / E.G. Balbin, G.H. Yronson, G.F. Solomon // *Best Pract. and Res. Clin. Endocrinol. and Metab.* - 1999. - V.13, No 4. - P.615-633.

8. Dew, M.A. *Prevalence and predictors of depressive anxiety and substance use disorders in HIV infected and uninfected men: A longitudinal*

evolution / M.A. Dew, S.T. Becker, J. Sandier // *Psychol Med.* - 1997. - V. 27. - P. 395 -409.

9. Koopman, C. *Acute stress reactions to recent life events among women and men living with HIV/AIDS* / C Koopman, C Gore-Felton, N. Azimi // *Int J Psychiatry Med.* - 2002. - V. 32 (4). - P. 361-378.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ С УЧЕТОМ ОТЯГОЩЕНИЯ НАРКОМАНИЯМИ

С.О.Лобанов

В работе исследована результативность оказания комплексной медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным больным. Изучалась сравнительная результативность комплексной и частичной программы психологической помощи у ВИЧ-инфицированных, отягощенных наркотической зависимостью и без нее, а также с расстройствами адаптации и без них.

Определено, что оказание комплексной помощи ВИЧ-инфицированным лицам лучше воздействует на показатели эффективности психокоррекционной работы, существенно воздействует на психическое состояние больных, и вызывает более достоверные изменения показателей психологического функционирования, в отличие от частичной программы помощи во всех группах исследуемых больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психические расстройства, психологическая коррекция, результативность комплексной помощи

PRODUCTIVITY OF THE COMPLEX HELP FOR HIV- INFECTED PATIENTS IN VIEW OF ADDICTION BURDENING

S.O.Lobanov

In job the productivity of rendering of the complex medical-psychological help for HIV- infected patients was investigated. The comparative productivity of the complex and partial program of the psychological help at HIV- infected patients, burdened by narcotic dependence and without it, and also with frustration of adaptation and without them was studied.

Is determined, that the rendering of the complex help for HIV- infected patients influences parameters of efficiency psychological correction better, essentially influences a mental condition of the patients, and causes more authentic changes of parameters of psychological functioning, as against the partial program of the help in all groups of the researched patients.

Keywords: HIV-infection, mental disorders, psychological correction, productivity of the complex help

УДК: 616.89-008.446

К.В. Аймедов

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ЛУДОМАНІЇ – ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПІДХОДІВ

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

Ключові слова: патологічний гемблінг, надцінні ідеї, мотивація ігроманії

Лікування патологічної схильності до азартних ігор – проблема, яка залишається найменш розробленою у контексті вивчення даної патології [1]. У більшості робіт, присвячених патологічному гемблінгу, описується клінічні особливості залежності, є спроби відтворити класифікацію різних форм цієї патології [2]. Щодо лікування, то здебільшого йдеться про застосування різних психотерапевтичних підходів як у ізолюваному форматі, так і в поєднанні з фармакотерапією (психотропні препарати різних хімічних груп та механізмів дії). Більшість авторів схиляється до необхідності включати у схему лікування антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або антидепресантів подвійної дії. Рідше використовуються атарактики або психостимулятори. Обмеженість застосування перших зумовлена високим адиктивним потенціалом патологічних гравців, доцільність застосування других доводять прихильники ототожнювання патологічної схильності до азартних ігор з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю [3]. Донині в літературі відсутній узагаль-

нюючий принцип психофармакотерапії лудоманії.

Серед дослідників не існує певної точки зору на характер та структуру первинного потягу до гри. Більшість схиляється до того, що у основі його лежить обсесивно-компульсивний розлад, який проявляє себе саме нестримним бажанням постійно повторювати ігрову діяльність, незважаючи на її фруструючий характер через соціальні, сімейні, фінансові та інші проблеми внаслідок гри. З огляду на це, лікування антидепресантами є патогенетично обґрунтованим, оскільки дефіцит серотоніну відіграє принципово важливу роль у механізмах прицепливих станів [4]. В.Б.Альтшулер (1994) розглядає патологічний потяг при хворобах залежності як психопродуктивний розлад [5]. М.В. Винникова (2003) також пояснює це явище як психопатологічний феномен, що включає в себе ідеаторний, афективний та поведінковий феномени [6]. В.В. Чирко та М.В. Деміна (2002) розглядають патологічний потяг до адиктогена як психопатологічний феномен, що має схожість з паранойальним маяченням [7]. О.Ю. Егоров (2004; 2006) відмічає феноме-

нологічну схожість патологічного потягу при хімічних та нехімічних адикціях із надцінною ідеєю [1]. В.В. Шабаліна (2006) звертає увагу на те, що у наркозалежних можна помітити спонтанні мовні патерни, які носять характер феномену управління зі сторони. На цій підставі робиться висновок, що відчуття керованості з одного боку є ознакою психічної залежності, особистісно-поведінковим компонентом її когнітивної структури. Окрім особистісно-поведінкового компоненту залежності, автор виділяє також мотиваційно-ціннісний компонент, який полягає в уявленні про об'єкт залежності як безперечну цінність, і емоційно-вольовий компонент, що виражається в уявленні про непереборність потягу до об'єкту залежності [8].

Ю.П. Сиволап (2006), визнаючи достатню переконливість точок зору на адикцію як обсессивно-компульсивний розлад або надцінну ідею, висловлює компромісну думку, що адиктивні розлади є окремим – адиктивно-психопатологічним регістром. Вони належать до сфери мотиваційних розладів і формують особливу нозологічну групу, яка включає залежність від різних ПАВ і нехімічні види залежності [2].

Мета роботи – підвищення ефективності комплексного лікування патологічної схильності до азартних ігор на основі диференційованого підходу до призначення атіпічних антипсихотиків нової генерації.

Було поставлено такі задачі:

1. Виявити серед патологічних гравців осіб, схильних до утворення вершинних концептів, та провести їм комплексне лікування психотерапевтичними методами на фоні прийому атіпічних антипсихотиків.

2. Порівняти ефективність проведеного лікування з контрольною групою залежних від азартних ігор із схожим характером порушень мислення, яким психотерапія та психокорекція проводились в комбінації з прийомом селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну.

3. Запропонувати принципи диференційованого підходу до комплексного лікування лудоманів залежно від переважаючого у психопатологічній картині симптомокомплексу.

Матеріали та методи дослідження

Всього проліковано 62 особи чоловічої статі у віці 18-55 років, які страждали на патологічну схильність до азартних ігор. Клінічним та клініко-психопатологічним методами у них зафіксовано порушення процесу мислення з надмірною фіксацією впливу на їхнє життя, діяльність навколишнього середовища та мікросоціального оточення з тенденцією до надцінної ідеї стосовно цього впливу. Додатково до клініко-психопатологічного методу всім пацієнтам проведено обстеження за допомогою модифікованого нами опитувальника для з'ясування мотивів участі у грі. Мотиви, з'ясовані у ході дослідження, також відбивали помилки мислення, які можна було віднести до надцінних ментальних конструкцій.

Хворих розділено на дві групи. До першої увійшли 32 пацієнти, яким психотерапевтичне лікування прово-

дилось у поєднанні з фармакотерапією: антипсихотиком нового покоління амісульприд у дозі 200 мг на добу протягом місяця. Друга група включала 30 пацієнтів, яким за загальноприйнятими рекомендаціями проведено комплексне лікування антидепресантами в поєднанні з психотерапією [9].

Результати та обговорення

Відомо, що надцінні ідеї – це помилка судження, яка полягає у тому, що деякі факти або події набувають для хворого домінуючого, надмірного, пригнічуючого усі інші варіанти ідеаторної активності значення, що аж ніяк не відповідає реальній ситуації, при чому, таке мислення супроводжується значним афективним напруженням [10]. У групі обстежених ми спостерігали три види надцінних думок:

1) Надцінні думки, які можна асоціювати з відомими у клініці винахідницькими (інноваційними) ідеями або ідеями, які розкривають призначення особистості, її головне завдання у цьому житті. Наприклад, хворий стверджує, що він не просто грає, а винайшов свою особливу систему, яка от-от «запрацює». Або, наприклад, така заява надцінного характеру: «Як на мене, то поруч з грою я не можу поставити ніщо – ані рідних, ані друзів, ані роботу; у ній – сенс мого життя. Вона надає мені відчуття переваги над іншими».

2) Надцінні ідеї, які так чи інакше пов'язані з соціумом та його відношенням до хворого. Дуже характерним є вислів: «Мене не розуміють мої друзі, якщо вони підуть у казино та будуть робити ставки, а я пошкодую грошей». Інколи хворі підозрюють своїх друзів у зневажливого до них ставленні через те, що зробили спробу обмежити чи взагалі припинити участь у грі. У висловлюваннях своїх друзів вони вбачають натяк на свою «неповноцінність». Частина надцінних думок цього напрямку можна розглядати як відбиття «боротьби» між хворими та засобами гри або іншими посередниками між ним та грою: «Всі автомати зроблено так, що виграти у них неможливо. Це – шахрайство, і з ним треба боротися». Часто ми чули від пацієнтів, що «рулетка нахилена, карти помічені, гральні кості намагнічені» тощо.

3) Надцінні думки депресивного типу: «Я – нікчема, оскільки не можу зупинити себе», «...якщо я не граю, то все оточуюче мене пригнічує, а світ втрачає барви», «...я – у розпачі, це – понад моїх сил; гра сильніша за мене, і встояти я не годен». Надцінні думки цього, третього виду слід все-таки розглядати як вторинні, що виникли на ґрунті депресивного синдрому та генеалогічно з ним пов'язані. У наше дослідження хворі з депресивними надцінними ідеями не включалися, оскільки це б суперечило його меті.

Задля уточнення, чи насправді у хворого надцінний характер мислення є домінуючим, ми використали модифікований нами опитувальник провідної мотивації у залежних. Ми звертали увагу на позитивні відповіді на питання за номерами 3, 6, 9, 12, 17, 18, 23, 26, 27, 32, 42, 44, 45 з цього опитувальника (наприклад 17-е твердження, яке безпосередньо вказує на наявність

надцінних думок у хворого типу «не можу ні на що інше відволіктися, всі мої думки постійно занурені у гру») [11]. На нашу думку, саме вони підкреслюють наявність того помилкового типу мислення у хворого, який можна охарактеризувати як надцінне мислення. У цих хворих індекс мотиваційного напруження був вищим, ніж у хворих без надцінних ідей (відповідно $86,5 \pm 2,3$ проти $58,3 \pm 3,4$ у хворих на патологічну залежність від азартних ігор з переважаючими причепливими станами, не схильних формувати надцінні ідеаторні конструкції).

Наша співпраця з патологічними гравцями дозволила виявити у основної групи та аналогічної контрольної групи осіб схильних до азартних ігор, які не мають надцінно-дихотомічної ідеації, те, що у перших, відібраних до дослідження за критерієм відповідного порушення акту мислення, порівняно з іншими гемблерами вище рівень пошукової активності адиктогена, прагнення відновити ігрову діяльність за будь яку ціну. Хворобливий характер процесу знаходить віддзеркалення і в поведінкових реакціях хворих на активуючі мозок події, зокрема, на імовірність ігрового акту.

Хворим першої групи проводилось лікування препаратом соліан у дозі 200 мг на добу, який створював необхідний фон для психотерапевтичної корекції. Амісульприд є антипсихотичним засобом, що належить до класу заміщених бензамідів, та має власний біомодальний механізм дії – пресинаптичний та постсинаптичний. Пресинаптичний полягає у блокуванні D_2 - D_3 рецепторів префронтальної ділянки, що веде до збільшення викиду дофаміну за механізмом негативного зворотного зв'язку та редукції негативних симптомів й когнітивного дефіциту, тобто сприяє активній цілеспрямованій діяльності, яка заміщує адиктивну. Постсинаптичний механізм проявляє себе тільки у дозах 400-800 мг/добу і полягає у блокуванні D_2 - D_3 рецепторів мезолімбічної ділянки, що веде до зменшення продуктивної симптоматики. Оскільки психопатологічна продукція у досліджених нами патологічних гравців обмежувалась надцінною ідеаторною продукцією, ми, відповідно до результатів попередніх спостережень, вважали за доцільне обмежити добову дозу – 200 мг. Перевагою препарату порівняно з іншими антипсихотиками є те, що амісульприд не має спорідненості з рецепторами серотоніну, гістаміну, з адренергічними і холінергічними рецепторами.

Фармакокінетика амісульприду у людини характеризується двома абсорбційними піками: один досягається швидко, через годину після введення дози, а інший – між 3-ю і 4-ю годинами після прийому. Акумуляції амісульприду не відбувається, та його фармакокінетика залишається незмінною після прийому повторних доз, період напіввиведення амісульприду дорівнює 12 годинам після перорального прийому. Оскільки зв'язування з білками плазми є низьким (16%), взаємодія з іншими препаратами малоімовірна. Він практично не метаболізується через печінку, тому пацієнти з печінковою недостатністю не потребують

корекції доз. Ми попереджали хворого, що препарат може спричиняти сонливість, внаслідок чого здатність керувати транспортними засобами або механізмами та виконувати роботи, які потребують підвищеної уваги, може бути ослаблена; що під час лікування необхідно уникати вживання алкоголю та застосування ліків, які містять алкоголь.

Вже на другий-третій день лікування у хворих першої групи відмічено зменшення емоційної напруженості; афективна складова синдрому надцінних ідей швидко піддалася фармакотерапії. Хворі ставали контактними, розсудливими, були готові до співпраці. Проводилась раціонально-поведінкова психотерапія, головним завданням якої було створення нових патернів поведінки, які б базувались на відмінній від гри системі отримання задоволення (наприклад, від азартного заняття спортом – ігрові види, серфінг, дайвінг, парашутний спорт). Поступово, близько 6-го дня лікування система надцінних ідей повністю розпадалась, з'являлось критичне осмислення свого стану. Оскільки хворі першої групи після лікування віддавали перевагу когнітивним формам реагування на навколишню дійсність, з ними легше, ніж з хворими другої групи, було створювати раціональну модель залежності від азартних ігор та всебічно її обговорювати. Таким чином, ми досягали ототожнення ятрогенної та внутрішньої картини хвороби. Частина хворих – 7 (22%) з 32 наших пацієнтів – самостійно висловили бажання приймати препарат і після місяця лікування; їм встановлювалась індивідуальна доза препарату – найчастіше 200 мг один раз у два дні. Ремісія понад півроку зареєстрована у 27 (84,4%) хворих, що можна було оцінити як позитивний результат лікування. Під час повторних зустрічей більшість з них висловлювала бажання стримувати себе відносно ігрової діяльності у майбутньому.

Хворі другої групи згідно з розповсюдженням у адиктології підходом [9], отримували антидепресанти – інгібітори зворотного захоплення серотоніну (рексетин 20 мг на добу). На цьому тлі проводилась когнітивно-поведінкова психотерапія, завдання якої співпадало з аналогічним у хворих першої групи. На фоні прийому антидепресантів, хворі ставали контактнішими, але комплайнс був неповним. Антидепресант, який сприяв покращенню настрою, не забезпечував формування відповідної бази для відновлення критики, а в деяких випадках, навпаки, сприяв посиленню надцінних думок та обумовлював високу пошукову активність і як наслідок, прагнення скоріше відновити ігрову діяльність, що і після лікування свідчить про високе активаційне напруження мозку хворих схильних до формування надцінних ідей, яким не проводилась фармакотерапія антипсихотиком.

Таким чином, доза амісульприду 200 мг на добу протягом місяця є достатньою для медикаментозної корекції синдрому надцінних ідей у патологічних гравців. Дана терапія створює сприятливий фон для проведення психотерапії і може бути рекомендована для включення її до комплексного лікування даної катего-

рії хворих. Навпаки, селективні інгібітори зворотного захоплення катехоламінів доцільно призначати хворому у тих випадках, коли потяг до гри носить чітко виражений обсессивно-компульсивний характер та наявна, так звана, депресивна симптоматика.

Висновки

1. Порушення процесу мислення, зокрема, схильність до надцінних трактувань оточуючої дійсності, є частим атрибутом особистості, залежної від азартних ігор.

2. Рекомендації щодо застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у практиці лікування патологічної залежності від азартних ігор не можна вважати універсальними.

3. Запропоновано диференційований підхід до комплексного лікування лудоманів залежно від переважаючого у психопатологічній картині симптомокомплексу.

4. Для хворих на патологічну залежність від азартних ігор, схильних до формування надцінних думок, ефективним є проведення психотерапії на фоні лікування атипичним антипсихотиком.

Література:

Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 33-37.

1. Сиволоп Ю.П. К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений / Ю.П. Сиволоп // Общество против наркотиков: сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. – Казань: Медицина, 2006. – С. 203-207.

2. Toneatto T. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers / J. Brerman, T. Toneatto // T. Addict. Behav. – 2002. May-Jun. – Vol. 27. – N 3. – P. 465-469.

3. Skokauskas N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling / N. Skokauskas, R. Satkeviciute, B. Burba // Medicina. – 2003. – N. 9. – P. 838-844.

4. Альтиулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. / В.Б. Альтиулер. – Москва, 1994. – 216с.

5. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дис. на соискание науч. ст. д-ра. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психиатрия» / М.А. Винникова. – М., 2004. – 33 с.

6. Чирко В.В. Очерки клинической наркологии (и токсикомании): клиника, течение, терапия / В.В. Чирко, М.В. Демина. – М.: Мед-практика-М, 2002. – 240 с.

7. Шабалина В.В. Когнитивная структура психической зависимости / В.В. Шабалина // Наркология. – 2006. – № 9. – С. 69-72.

8. Saiz-Ruiz J. Sertralin treatment of pathological gambling: a pilot study / J. Saiz-Ruiz, C. Blanco, A. Ibanez // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005. – № 66. – P. 28-33.

9. Снеженский А.В. Общая психопатология / А.В. Снеженский: курс лекций. – Москва, 2007. – 208 с.

10. Бітенський В.С. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00, № 47406 від 25.01.2010, №и200911269. - Бюл. № 2.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛУДОМАНИИ – ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ

К.В. Аймедов

В статье обсуждается лечение патологической склонности к азартным играм в зависимости от доминирующего симптомокомплекса: при близости мышления больного к сверхценному показан атипичный антипсихотик, при преобладании в клинической картине состояний «навязчивости», следует отдать предпочтение серотонинергичным средствам.

Ключевые слова: патологический гемблинг, сверхценные идеи, мотивация игромании

PSYCHOPHARMACOTHERAPY PATHOLOGICAL GAMBLING - THE DIFFERENTIATED APPROACH

К. Aymedov

In article questions of treatment pathological gambling depending on a dominating complex of symptoms are discussed: at supervaluable thinking at the patient to it is shown amisulprid, at prevalence in clinic of emotional infringements it is necessary to use antidepressant.

Key words: pathological gambling, supervaluable thinking, motivation gambling addictive

УДК 616.89+616.08

Е.С.Осуховская

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

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

Ключевые слова: игровая зависимость, азартные игры, лудомания, гемблинг, игровая аддикция, игромания, патологическая склонность к азартным играм, методы исследования

Патологическое влечение к азартным играм (патологическая склонность к азартным играм, игромания, гемблинг, лудомания, игровая зависимость) является одной из актуальных проблем современной психиатрии и наркологии в Украине. Исследования данной проблемы становится все более очевидным в связи с ростом количества лиц, обращающихся за медицинской помощью. Так, в Российской Федерации проблема зависимостей в целом и игровой, в частности, рас-

сматривается как «вызов» обществу и социальной психиатрии, поскольку эпидемиологическое распространение отдельных форм аддикций и сложности медицинских, социальных и правовых сопутствующих аспектов представляют реальную угрозу нации и обуславливают необходимость создания специализированной аддиктологической службы [1,2]. Украина уже в полной мере сталкивается с аналогичными проблемами [3,4]. Несмотря на сходство патологического

рії хворих. Навпаки, селективні інгібітори зворотного захоплення катехоламінів доцільно призначати хворому у тих випадках, коли потяг до гри носить чітко виражений обсессивно-компульсивний характер та наявна, так звана, депресивна симптоматика.

Висновки

1. Порушення процесу мислення, зокрема, схильність до надцінних трактувань оточуючої дійсності, є частим атрибутом особистості, залежної від азартних ігор.

2. Рекомендації щодо застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у практиці лікування патологічної залежності від азартних ігор не можна вважати універсальними.

3. Запропоновано диференційований підхід до комплексного лікування лудоманів залежно від переважаючого у психопатологічній картині симптомокомплексу.

4. Для хворих на патологічну залежність від азартних ігор, схильних до формування надцінних думок, ефективним є проведення психотерапії на фоні лікування атипичним антипсихотиком.

Література:

Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 33-37.

1. Сиволоп Ю.П. К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений / Ю.П. Сиволоп // Общество против наркотиков: сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. – Казань.: Медицина, 2006. – С. 203-207.

2. Toneatto T. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers / J. Brerman, T.Toneatto // T. Addict. Behav. – 2002. May-Jun. – Vol. 27. – N 3. – P. 465-469.

3. Skokauskas N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling / N. Skokauskas, R. Satkeviciute, B. Burba // Medicina. – 2003. – N. 9. – P. 838-844.

4. Альтиулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. / В.Б. Альтиулер. – Москва, 1994. – 216с.

5. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дис. на соискание науч. ст. д-ра. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психиатрия» / М.А. Винникова. – М., 2004. – 33 с.

6. Чирко В.В. Очерки клинической наркологии (и токсикомании): клиника, течение, терапия / В.В. Чирко, М.В. Демина. – М.: Мед-практика-М, 2002. – 240 с.

7. Шабалина В.В. Когнитивная структура психической зависимости / В.В. Шабалина // Наркология. – 2006. – № 9. – С. 69-72.

8. Saiz-Ruiz J. Sertralin treatment of pathological gambling: a pilot study / J. Saiz-Ruiz, C. Blanco, A. Ibanez // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005. – № 66. – P. 28-33.

9. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский: курс лекций. – Москва, 2007. – 208 с.

10. Бітенський В.С. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00, № 47406 від 25.01.2010, №и200911269. - Бюл. № 2.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛУДОМАНИИ – ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ

К.В. Аймедов

В статье обсуждается лечение патологической склонности к азартным играм в зависимости от доминирующего симптомокомплекса: при близости мышления больного к сверхценному показан атипичный антипсихотик, при преобладании в клинической картине состояний «навязчивости», следует отдать предпочтение серотонинергичным средствам.

Ключевые слова: патологический гемблинг, сверхценные идеи, мотивация игромании

PSYCHOPHARMACOTHERAPY PATHOLOGICAL GAMBLING - THE DIFFERENTIATED APPROACH

К. Aymedov

In article questions of treatment pathological gambling depending on a dominating complex of symptoms are discussed: at supervaluable thinking at the patient to it is shown amisulprid, at prevalence in clinic of emotional infringements it is necessary to use antidepressant.

Key words: pathological gambling, supervaluable thinking, motivation gambling addictive

УДК 616.89+616.08

Е.С.Осуховская

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

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

Ключевые слова: игровая зависимость, азартные игры, лудомания, гемблинг, игровая аддикция, игромания, патологическая склонность к азартным играм, методы исследования

Патологическое влечение к азартным играм (патологическая склонность к азартным играм, игромания, гемблинг, лудомания, игровая зависимость) является одной из актуальных проблем современной психиатрии и наркологии в Украине. Исследования данной проблемы становится все более очевидным в связи с ростом количества лиц, обращающихся за медицинской помощью. Так, в Российской Федерации проблема зависимостей в целом и игровой, в частности, рас-

сматривается как «вызов» обществу и социальной психиатрии, поскольку эпидемиологическое распространение отдельных форм аддикций и сложности медицинских, социальных и правовых сопутствующих аспектов представляют реальную угрозу нации и обуславливают необходимость создания специализированной аддиктологической службы [1,2]. Украина уже в полной мере сталкивается с аналогичными проблемами [3,4]. Несмотря на сходство патологического

влечения к азартным играм с иными видами нехимических аддикций, гемблинг имеет свои отличительные особенности, которые требуют специфических методов исследования.

Основным инструментальным методом выявления патологических и проблемных игроков в популяции за рубежом является опросник South Oaks Gambling Screen (SOGS), созданный в 1987 г., валидность и надежность которого проверена на различных группах испытуемых [5, 6]. Опросник модифицировался психологами и психиатрами зарубежных стран с учетом национальных особенностей, возрастной специфики (например, опросник SOGS-RA для выявления лудоманов в среде подростков). SOGS включает в себя перечень следующих вопросов:

1. Пожалуйста, отметьте один ответ на каждый вопрос:

А. Играл в карты на деньги.

Б. Делал ставки на лошадей, собак или других животных (на ипподроме или через букмекера).

В. Заключал ли пари в спорте.

Г. Играл в кости или другие игры на деньги.

Д. Играл в казино (легальных или нелегальных).

Е. Покупал билеты разных лотерей.

Ж. Играл в бинго на деньги.

З. Играл на игровых автоматах.

И. Играл на деньги в боулинг.

К. Играл в моментальную лотерею (телевизионную).

Л. Играл в азартные игры, не упомянутые выше (просьба указать).

2. Самая крупная сумма денег, с которой вы когда-либо играли в один день?

3. Отметьте, у кого из близких людей были проблемы с азартными играми?

4. Как часто вы возвращаетесь на следующий день, чтобы отыграться?

5. Вы когда-нибудь говорили, что выиграли, а на самом деле проиграли?

6. Как вы думаете, у вас были когда-нибудь проблемы с азартными играми?

7. Вы когда-нибудь проигрывали больше, чем хотели?

8. Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема, даже если вы считали, что у вас ее нет?

9. Вы когда-нибудь чувствовали себя виноватым из-за игры?

10. Вы когда-нибудь хотели перестать играть, но думали, что не сможете?

11. Вы когда-нибудь пытались скрыть, от жены, детей и окружающих, что вы

играете (квитанции с бегов, лотерейные билеты, выигранные суммы и т.д.)?

12. Вы когда-нибудь ссорились с близкими людьми из-за того, как Вы тратите деньги?

13. (Если Вы ответили ДА на вопрос одиннадцать). Были ли ссоры из-за денег в связи с игрой в азартные

игры?

14. Вы когда-нибудь занимали деньги и не возвращали их из-за проигрыша?

15. Вы когда-нибудь пропускали работу или занятия из-за игры?

16. Если Вы брали займы для игры или чтобы расплатиться с игорными долгами, то у кого или где?

17. Выберите, пожалуйста, один вариант из предложенных ниже, который больше всего относится к Вам

а) Я не собираюсь прекращать игру или играть меньше;

б) Я серьезно собираюсь прекратить игру или играть меньше в следующие полгода;

в) Я планирую прекратить игру или играть меньше в следующие 30 дней;

г) Я перестал играть или играю меньше в последние 6 месяцев;

д) Я перестал играть более 6 месяцев назад или играю меньше;

е) Я не играю в азартные игры.

Канадский показатель проблемного гемблинга (состоит из 9 вопросов, которые оцениваются по 4-х бальной шкале), введенный в практику в 2001 г., позволяет исследовать распространенность проблемного гемблинга среди населения и выделить три группы риска: низкого риска (1-2 балла), умеренного (3-7 баллов) и проблемных групп (8 и выше баллов) [7].

Вопросник убеждений игроков (GBQ) содержит 21 заявление, по степени согласия с которыми тестируемых лиц определяют иллюзию контроля удачи и настойчивость. Ответы ранжируются по 7-ми бальной шкале и позволяют проанализировать мысли и убеждения, ассоциируемые с игрой [9].

Викторианский опросник, состоящий из 21 вопроса, включает анализ трех факторов: вред, наносимый партнеру (3 вопроса оцениваются по 12-ти бальной шкале), удовольствие от азартных игр (3 вопроса – по 12-ти бальной), ущерб, связанный с азартными играми (15 вопросов – по 60-ти бальной шкале). Невысокий итоговый балл свидетельствует о небольших проблемах, связанных с азартными играми, 21 балл и выше позволяет отнести испытуемого к группе проблемных игроков [10].

Опросник, с помощью которого диагностируется показатель частоты азартных игр, содержащий 20 вопросов для каждого критерия DSM-IV, позволяет оценить поведение гемблера на протяжении всей жизни, в особенности последних 12-ти месяцев. Используемый в виде структурированного интервью, данный диагностический инструмент помогает определять испытуемых, набравших 5 и более баллов (каждой паре вопросов присваивается 1 балл), как патологических игроков [11].

Краткий тест «Lie/Bet», состоящий всего из двух вопросов («Вы когда-нибудь лгали важным для вас людям насчет денег, которые вы потратили на азартную игру?», «Вы когда-нибудь чувствовали необходимость ставить все больше и больше денег в игре?»), наиболее

чувствительных к ключевым проблемам патологического гемблинга, позволяет классифицировать игроманию в 99% случаев и выявить непатологических игроков - в 91%. «Lie/Bet» удобен для клинического экспресс-обследования, однако не пригоден для изучения распространенности игромании в популяции [12].

Опросник NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems) основан на диагностических критериях DSM-IV, содержит 17 вопросов с возможными ответами «да», «нет». Респонденты отвечают на вопросы, связанные с актуальным и предшествующим исследованию игровым поведением, набирают от 1 до 10 баллов: 1-2 балла – игрок в группе риска, 3-4 балла – проблемный гемблер, 5 и более баллов – патологическая зависимость респондента от азартных игр [12]. Однако остается открытым вопрос об отсутствии показателей уровня расходов на игру, а значит о характере и степени зависимости.

Опросник «Анонимные игроки 20» (GA-20), применяемый для обследования как взрослых, так и подростков, состоит из 20 вопросов с возможными ответами «да», «нет». GA-20, включающий разделы, связанные с последствиями азартных игр и анализом игрового поведения, позволяет определить, нуждается ли гемблер в специализированной помощи. Патологический гемблинг диагностируется при результате тестирования 7 баллов и выше [12].

Опросник, включающий 8 пунктов, применим в случае, когда принимается решение о необходимости дальнейшего более глубокого обследования и постановки официального диагноза [13]. Перечень вопросов включает пункты из GA-20, DSM-IV, SOGS; возможные ответы «да», «нет», каждый положительный ответ добавляет 1 балл. При 4 баллах и выше – рекомендовано обращение к психиатру.

Опросник MAGS нацелен на изучение игрового поведения подростков и состоит из 26 вопросов, включенных в 2 шкалы. MAGS позволяет дифференцировать патологических и непатологических гемблеров [14].

Диагностическим инструментом, позволяющим определять способность респондента контролировать игровое поведение, является «Шкала выбора игроков». 18 вопросов теста разделены на 3 категории: способность контролировать игру, установка на ограничение азартных игр, неспособность пресечь азартные игры. Испытуемые отвечают по 5-бальной шкале: 1- никогда, 2 – редко, 3 – иногда, 4 – часто, 5 – всегда. «Шкала» хорошо коррелирует с SOGS.

Все вышеперечисленные опросники на протяжении многих лет показывают высокую надежность и достоверность, коррелируя с DSM-IV и в некоторых случаях с SOGS.

Проанализировав представленные диагностические инструменты, мы пришли к выводу, что наиболее полным и отвечающим целям и задачам нашего исследования патологической зависимости от азартных игр, является метод SOGS. Нами был разработан, апробирован и внедрен опросник для анонимного исследова-

ния распространенности патологической склонности к азартным играм среди граждан Украины в возрасте от 17 до 25 лет, куда вошли вопросы, касающиеся игрового поведения, употребления алкогольных напитков, табакокурения, самочувствия, активности, настроения, расстройств адаптации:

СКРИНИНГ-ТЕСТ

Даю согласие на проведение тестирования:

Дата:

Возраст:

Пол: жен _____; муж _____.

1. Просьба указать, в какие из представленных видов азартных игр вы играли. Для каждого вида выберите, подчеркнув, только один ответ: «Никогда», «Реже, чем раз в неделю», или «Раз в неделю или чаще».

1.1. Играл на игровых автоматах

1.1.1 Никогда

1.1.2. Реже, чем раз в неделю

1.1.3. Раз в неделю или чаще

1.2. Покупал билеты разных лотерей

1.2.1. Никогда

1.2.2. Реже, чем раз в неделю

1.2.3. Раз в неделю или чаще

1.3. Играл в телевизионную лотерею

1.3.1 Никогда

1.3.2. Реже, чем раз в неделю

1.3.3. Раз в неделю или чаще

1.4. Заключал ли пари в спорте?

1.4.1 Никогда

1.4.2. Реже, чем раз в неделю

1.4.3. Раз в неделю или чаще

1.5. Играл в казино (легальных, нелегальных, в интернете)

1.5.1 Никогда

1.5.2. Реже, чем раз в неделю

1.5.3. Раз в неделю или чаще

1.6. Играл в кости или другие игры на деньги

1.6.1 Никогда

1.6.2. Реже, чем раз в неделю

1.6.3. Раз в неделю или чаще

1.7. Играл в карты на деньги

1.7.1 Никогда

1.7.2. Реже, чем раз в неделю

1.7.3. Раз в неделю или чаще

1.8. Как часто вы пользуетесь Интернетом? Укажите также сколько часов?

Ежедневно 1-2 раза в неделю 1 раз в 1 месяц или реже никогда 2. **Самая крупная сумма денег, с которой вы когда-либо играли в один день? (поставьте «+» или «V»)**

2.1. Никогда не играли _____;

2.2. 10 грн. или менее _____;

2.3. от 11 до 100 грн. _____;

2.4. от 101 до 1000 грн _____;

2.5. от 1001 до 10000 грн. _____;

2.6. свыше 10 000 грн. _____

3. Отметьте, у кого из близких людей были про-

блемы с азартными играми?

- 3.1. Отец _____;
 3.2. Мать _____;
 3.3. Сестра / брат _____;
 3.4. Другой родственник _____;
 3.5. Друг или знакомый _____.

4. Как часто вы возвращаетесь на следующий день, чтобы отыграть?

- 4.1. Никогда _____;
 4.2. Иногда _____;
 4.3. В большинстве проигрышей _____;
 4.4. Каждый раз, когда проигрываю _____.

5. Вы когда-нибудь говорили, что выиграли, а на самом деле проиграли?

- 5.1. Никогда _____;
 5.2. Да _____.

6. Как вы думаете, у вас были когда-нибудь проблемы с азартными играми?

- 6.1. Да _____;
 6.2. Нет _____.

7. Вы когда-нибудь проигрывали больше, чем хотели?

- 7.1. Да _____;
 7.2. Нет _____.

8. Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема, даже если вы считали, что у вас ее нет?

- 8.1. За последние 12 месяцев?
 8.1.1. Да _____;
 8.1.2. Нет _____;
 8.2. За всю жизнь?
 8.2.1. Да _____;
 8.2.2. Нет _____.

9. Вы когда-нибудь чувствовали себя виноватым из-за участия в азартных играх?

- 9.1. Да _____;
 9.2. Нет _____.

10. Вы когда-нибудь хотели перестать играть, но думали, что не сможете?

- 10.1. Да _____;
 10.2. Нет _____.

11. Вы когда-нибудь пытались скрыть от родственников и окружающих, что вы играете?

- 11.1. Да _____;
 11.2. Нет _____.

12. Были ли ссоры в семье из-за денег в связи с игрой в азартные игры?

- 12.1. Да _____;
 12.2. Нет _____.

13. Вы когда-нибудь ссорились с близкими людьми из-за того, как вы тратите деньги?

- 13.1. Да _____;
 13.2. Нет _____.

14. Вы когда-нибудь не возвращали деньги из-за проигрыша?

- 14.1. Да _____;
 14.2. Нет _____.

15. Вы когда-нибудь пропускали работу или**занятия из-за участия в азартных играх?**

- 15.1. Да _____;
 15.2. Нет _____.

16. Если Вы брали займы для игры или чтобы расплатиться с игорными долгами, то у кого или где?

- 16.1. Из денег на ежедневные расходы 16.1.1. Да _____; 16.1.2. Нет _____;
 16.2. У вашего друга 16.2.1. Да _____; 16.2.2. Нет _____;
 16.3. У родственников 16.3.1. Да _____; 16.3.2. Нет _____;
 16.4. В банке кредит 16.4.1. Да _____; 16.4.2. Нет _____;
 16.5. У частных лиц под высокие проценты 16.5.1. Да _____; 16.5.2. Нет _____;
 16.6. Продавали личную собственность 16.6.1. Да _____; 16.6.2. Нет _____;
 16.7. Кредит у игорного заведения 16.7.1. Да _____; 16.7.2. Нет _____.

17. Выберите, пожалуйста, один вариант из предложенных ниже, который больше всего относится к Вам (поставьте «+» или «V»):

- 17.1. Я не собираюсь прекращать игру или играть реже _____
 17.2. Я серьезно собираюсь прекратить игру _____
 17.3. Я планирую играть реже в следующие 30 дней _____
 17.4. Я играю реже в последние 6 месяцев _____
 17.5. Я перестал играть более 6 месяцев назад _____

18. Вы отмечаете у себя во время или после участия в азартных играх (поставьте «+» или «V»):

- 18.1. ощущение онемения и боли в кисти руки (при игре на компьютере) _____;
 18.2. боли в спине _____;
 18.3. сухость в глазах _____;
 18.4. головные боли _____;
 18.5. употребление пищи в процессе игры _____?

19. Сказывается ли на учебе ваше увлечение азартными играми?

- 19.1. Да _____;
 19.2. Нет _____.

20. Скрываете ли вы от родителей, педагогов, других близких людей свое увлечение азартными играми?

- 20.1. Да _____;
 20.2. Нет _____.

21. Сколько времени в сутки (в часах) вы можете проводить за азартными играми? _____**22. Как часто вы проводите время за азартными играми?**

- 22.1. 1-2 раза в месяц или реже _____;
 22.2. 1 раз в неделю _____;
 22.3. 2 раза в неделю или чаще _____;

23. Вы использовали азартные игры для ухода

от переживаний, например:

- 23.1. чувства вины_____;
- 23.2. беспомощности_____;
- 23.3. раздраженности_____;
- 23.4. для успокоения или улучшения настроения _____?

24. Возвращаетесь ли вы в мыслях к азартной игре, проигрываете в уме новые игровые комбинации?

- 24.1. Да_____;
- 24.2. Нет_____.

25. Продолжаете ли вы игру при возрастающем подъеме ставок для достижения желаемой остроты ощущений?

- 25.1. Да_____;
- 25.2. Нет_____.

26. Как часто вы отмечаете нарушения сна (трудности в засыпании, пробуждении, бессонницу) в связи с игрой?

- 26.1. Никогда_____;
- 26.2. 1 – 2 раза в неделю_____;
- 26.3. 1 раз в месяц и более _____.

24. Как часто вы чувствуете ухудшение настроения вне игры?

- 24.1. Никогда_____;
- 24.2. 1 – 2 раза в неделю_____;
- 24.3. 1 раз в месяц и чаще _____.

25. Как часто вы чувствуете раздражительность вне игры?

- 25.1. Никогда_____;
- 25.2. 1 – 2 раза в неделю_____;
- 25.3. 1 раз в месяц и чаще _____.

26. Как часто вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, играя в игры:

- 26.1. Никогда_____;
- 26.2. 1 – 2 раза в неделю_____;
- 26.3. 1 раз в месяц и чаще _____.

27. У вас доверительные отношения с родителями?

- 27.1. Да_____;
- 27.2. Нет_____.

28. Отмечаете ли вы не свойственную вам раньше потливость?

- 28.1. Ежедневно_____;
- 28.2. 1-2 раза в неделю_____;
- 28.3. 1 раз в месяц или реже_____;
- 28.4. никогда_____.

29. Отмечаете ли вы агрессивность?

- 29.1. Ежедневно_____;
- 29.2. 1-2 раза в неделю_____;
- 29.3. 1 раз в месяц или реже_____;
- 29.4. никогда_____.

30. Отмечаете ли вы подавленность, тоску?

- 30.1. Ежедневно_____;
- 30.2. 1-2 раза в неделю_____;
- 30.3. 1 раз в месяц или реже_____;
- 30.4. никогда_____.

31. Были ли у вас до увлечения азартными игра-

ми жалобы на плохое самочувствие?

- 31.1. Да_____
- 31.2. Нет_____

32. Как часто вас беспокоит быстрая утомляемость от какого-либо вида деятельности?

- 32.1. Ежедневно_____;
- 32.2. 1-2 раза в неделю_____;
- 32.3. 1 раз в месяц или реже_____;
- 32.4. никогда_____;

33. Вы курите табак?

- 33.1. Да_____;
- 33.2. Нет_____;

34. Если курите, то сколько сигарет в день (поставьте «+» или «V»)?

- 34.1. 1-5_____;
- 34.2. 5-10_____;
- 34.3. 10-15_____;
- 34.4. 15 и более_____;

35. Увеличивается ли количество выкуренных сигарет во время игры?

- 35.1. Да_____;
- 35.2. Нет_____;

36. Употребляли ли вы алкогольные напитки до игры?

- 36.1. Да_____;
- 36.2. Нет_____;

37. Употребляли ли вы алкогольные напитки во время игры? 37.1. Да_____;

37.2. Нет_____;

38. Употребляли ли вы алкогольные напитки после игры? 38.1. Да_____;

38.2. Нет_____;

39. Какие алкогольные напитки и в каком количестве вы можете употреблять в течение суток:

39.1. Водку: 50-мл_____100мл_____150мл_____200мл_____более_____

39.2. Вино: 100-мл_____200мл_____300мл_____500мл_____более_____

39.3. Шампанское: 100-мл_____200мл_____300мл_____500мл_____более_____

39.4. Пиво: 200-мл_____300мл_____400мл_____600мл_____более_____

40. Оцените, пожалуйста, свое состояние в данный момент по каждому из признаков, указанных в списке. Обведите кружком соответствующую (только одну) цифру в зависимости от выраженности признака. Представлен тестовый материал методики САН.

За период с марта 2009 по июнь 2010 г. нами проведено скрининговое анонимное исследование 1750 студентов вузов и 437 учащихся лицеев городов Киева и Донецка, в результате которого у 5,7% респондентов обнаружена игровая зависимость. Симптоматика гемблинг-патологии была представлена постоянной фиксацией мыслей на азартной игре, невозможностью

контролировать влечение к игре, прервать ее волевым усилием, частым повторением эпизодов гемблинга на протяжении года, возвращением к игре снова и снова при наличии негативных последствий игрового поведения для обучения и личностных отношений. Гемблеры, страдающие табакокурением, отмечали увеличение количества выкуриваемых сигарет во время игры, а также употребление спиртных напитков до, во время и после участия в азартных играх. Таким образом, патологическая зависимость от азартных игр взаимопотенцирует никотиновую и алкогольную аддикции с возникновением адаптационных расстройств, что обосновывает медико-социальную актуальность изучения и профилактики игровой зависимости у лиц молодого возраста.

Литература

1. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье и общественная безопасность. <http://serbskyru.56.com1.ru/rus/files/report-eburg2008.doc>

2. Руководство по аддиктологии / Под ред. Менделевич В.Д. / М.: Реч, 2007. – 768 с.
3. Аймедов К.В. Диференційований підхід до лікування гемблінгу на основі корекції базових дисфункціональних переконань / К.В. Аймедов // Інтегративна Антропологія. – 2009. – ?2(14). – С. 75-79.
4. Осуховська О.С., Аймедов К.В. «Дослідження розповсюдженості та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної адикції серед громадян України» // Архів психіатрії. – 2010. – Т.16. – ?1. – С. 58 – 63.
5. The south oaks gambling screen // <http://www.gov.ns.ca/health/gambling/Is There A Problem/South Oaks>
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3631315>
7. <http://www.basionline.org/2004/01/the-wager-vol-2.html>
8. Осуховська О.С. «Діагностика і етіопатогенез ігрової залежності» // Архів психіатрії. – 2009. – Т.15. – ?4. – С. 59 – 63.
9. www.docstoc.com/.../Records-for-1997-Bankruptcy-Discharge
10. www.assissa.eu/easg/thursday/1400-ses4/tolchard_barry.pdf
11. archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2005/0514/pdf/dd.pdf
12. Lightsey O.R., Husley C.D. Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students//J.Counsel. Psychol. 2002. N2. P.202-211.
13. www.nzma.org.nz/journal/120-1257/2605
14. [http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/\\$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf](http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf)

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

О.С.Осуховська

У статті наведені відомості про сучасні методи дослідження патологічної схильності до азартних ігор, а також розроблений опитувальник для дослідження розповсюдженості лудоманії, вживання алкогольних напоїв та тютюнопаління серед громадян України у віці від 17 до 25 років.

Ключові слова: ігрова залежність, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, ігроманія, патологічна схильність до азартних ігор, методи дослідження

RESEARCHING METHODS OF CRAVING TO GAMBLING

Е. Osukhovskaya

The article contains information about modern methods of susceptibility to pathological gambling, as well as a questionnaire designed to investigate the prevalence gambling, alcohol and tobacco among citizens of Ukraine at the age of 17 to 25 years.

Keywords: gamblers, gambling, game addiction, ludomaniya, pathological penchant for gambling research methods

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, психотерапия, методы лечения, рецидивы, ремиссия, эффективность

На сегодняшний день алкоголизм в Украине, как и во многих странах мира, приобретает форму национальной катастрофы. Эпидемическая распространенность злоупотребления алкогольными напитками, его популяционная масштабность представляют реальную угрозу здоровью населения. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из пятидесяти) стран Европы, в которых темпы роста числа пациентов с указанной выше нозологией неуклонно прогрессируют [Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф., 2008].

В последние годы в нашей стране мы наблюдаем существенную трансформацию алкогольных проблем. Прежде всего, в связи с тем, что лица молодого возраста больше отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам по сравнению с традиционными крепкими. Повсеместной стала тенденция «омоложения» формирования алкогольной зависимости; увеличилась частота случаев алкоголизма среди женщин [Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э., 2010].

контролировать влечение к игре, прервать ее волевым усилием, частым повторением эпизодов гемблинга на протяжении года, возвращением к игре снова и снова при наличии негативных последствий игрового поведения для обучения и личностных отношений. Гемблеры, страдающие табакокурением, отмечали увеличение количества выкуриваемых сигарет во время игры, а также употребление спиртных напитков до, во время и после участия в азартных играх. Таким образом, патологическая зависимость от азартных игр взаимопотенцирует никотиновую и алкогольную аддикции с возникновением адаптационных расстройств, что обосновывает медико-социальную актуальность изучения и профилактики игровой зависимости у лиц молодого возраста.

Литература

1. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье и общественная безопасность. <http://serbskyru.56.com1.ru/rus/files/report-eburg2008.doc>

2. Руководство по аддиктологии / Под ред. Менделевич В.Д. / М.: Реч, 2007. – 768 с.

3. Аймедов К.В. Дифференційований підхід до лікування гемблінгу на основі корекції базових дисфункціональних переконань / К.В. Аймедов // Інтегративна Антропологія. – 2009. – ?2(14). – С. 75-79.

4. Осуховська О.С., Аймедов К.В. «Дослідження розповсюдженості та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної адикції серед громадян України» // Архів психіатрії. – 2010. – Т.16. – ?1. – С. 58 – 63.

5. The south oaks gambling screen // <http://www.gov.ns.ca/health/gambling/Is There A Problem/South Oaks>

6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3631315>

7. <http://www.basionline.org/2004/01/the-wager-vol-2.html>

8. Осуховська О.С. «Діагностика і етіопатогенез ігрової залежності» // Архів психіатрії. – 2009. – Т.15. – ?4. – С. 59 – 63.

9. www.docstoc.com/.../Records-for-1997-Bankruptcy-Discharge

10. www.assissa.eu/easg/thursday/1400-ses4/tolchard_barry.pdf

11. archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2005/0514/pdf/dds.pdf

12. Lightsey O.R., Husley C.D. Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students // J. Counsel. Psychol. 2002. N2. P.202-211.

13. www.nzma.org.nz/journal/120-1257/2605

14. [http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/\\$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf](http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf)

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

О.С.Осуховська

У статті наведені відомості про сучасні методи дослідження патологічної схильності до азартних ігор, а також розроблений опитувальник для дослідження розповсюдженості лудоманії, вживання алкогольних напоїв та тютюнопаління серед громадян України у віці від 17 до 25 років.

Ключові слова: ігрова залежність, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, ігроманія, патологічна схильність до азартних ігор, методи дослідження

RESEARCHING METHODS OF CRAVING TO GAMBLING

Е. Osukhovskaya

The article contains information about modern methods of susceptibility to pathological gambling, as well as a questionnaire designed to investigate the prevalence gambling, alcohol and tobacco among citizens of Ukraine at the age of 17 to 25 years.

Keywords: gamblers, gambling, game addiction, ludomaniya, pathological penchant for gambling research methods

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, психотерапия, методы лечения, рецидивы, ремиссия, эффективность

На сегодняшний день алкоголизм в Украине, как и во многих странах мира, приобретает форму национальной катастрофы. Эпидемическая распространенность злоупотребления алкогольными напитками, его популяционная масштабность представляют реальную угрозу здоровью населения. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из пятидесяти) стран Европы, в которых темпы роста числа пациентов с указанной выше нозологией неуклонно прогрессируют [Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф., 2008].

В последние годы в нашей стране мы наблюдаем существенную трансформацию алкогольных проблем. Прежде всего, в связи с тем, что лица молодого возраста больше отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам по сравнению с традиционными крепкими. Повсеместной стала тенденция «омоложения» формирования алкогольной зависимости; увеличилась частота случаев алкоголизма среди женщин [Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э., 2010].

Все это и объясняет актуальность и большой интерес исследователей к поиску, разработке, а также внедрению новых подходов к лечению алкогольной зависимости (АЗ).

Следует отметить, что лечебный процесс АЗ в амбулаторных условиях имеет ряд своих особенностей, обусловленных, в первую очередь, добровольным характером, а также неоднородным составом пациентов - от больных с начальными признаками заболевания (первая стадия) до лиц со второй стадией (легкая, средняя и тяжелая степень тяжести), а также с асоциальными тенденциями, а некоторые из них и с криминальным прошлым.

В связи с вышеизложенным нами разработан и внедрен модифицированный вариант эмоционально-стрессовой психотерапии в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью. При этом мы использовали современные психотерапевтические стратегии, базирующиеся на принципах интегративности и краткосрочности. При выборе методов психотерапии, наиболее важным, на наш взгляд, является клинический подход с учетом этиологии, патогенеза, нозологической принадлежности и многоуровневого терапевтического воздействия [В.Е.Рожнов, 1985; Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, С.И. Витенко, В.В. Чугунов, 2002].

При разработке модифицированного варианта эмоционально-стрессовой психотерапии алкогольной зависимости больных в амбулаторных условиях, мы руководствовались основными теоретическими положениями и концепциями

1. Согласно теории Г. Селье (1979) и Л.Х. Гаркави (1990) эмоциональный стресс может приобретать для организма и личности различные качества, как болезнетворные, так и стимуляционно-активирующие и лечебные.

2. Эмоционально-стрессовая психотерапия (ЭСП) по В.Е. Рожнову (1985) - это система активного лечебного вмешательства, цель которого - произвести в душе больного подобие хирургической операции, которая заставит его на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, а в ряде случаев и радикально изменить отношение к себе, своему болезненному состоянию, окружающей микро- и макросоциальной среде.

3. Базовым принципом ЭСП является ориентация на «специализацию» мозговых полушарий.

4. В основу лечения положена концепция механизмов саногенеза ЭСП с позиции фазатонной теории.

5. Информация, предъявляемая в субсенсорном режиме восприятия, усваивается человеком с эффективностью в тысячи раз превышающей норму.

Таким образом, работа с больными нами строилась на основе принципов системности, комплексности, индивидуальности, этапности, личностных особенностей, клинической картины заболевания, эмоционально-стрессового воздействия на организм больного, а также краткосрочности воздействия.

Разработанный нами лечебный комплекс состоял из 3^х этапов (подготовительный, основной и заключительный) с учетом меняющихся терапевтических задач, психотерапевтического воздействия, направленности и содержания.

Первый этап (длительность – от трех до пяти дней) состоял в ознакомлении с больным и его близкими родственниками (родители, жена, дети и др.), отборе пациентов, диагностику заболевания (в зависимости от стадии, степени тяжести и с учетом показаний и противопоказаний для лечения), направление на консультацию к узким специалистам, а также лабораторное обследование, проведение нейрофизиологического (при необходимости) и психодиагностического исследований. Одним из условий для проведения ЭСП в сочетании с аурикулоиглотерапией было воздержание от приема алкоголя не менее 3^х – 5^и дней. В противном случае с информированного согласия больных мы проводили им дезинтоксикационную, общеукрепляющую, тонизирующую или гипотензивную терапию (для больных с артериальной гипертензией), а также лечение, направленное на устранение бессонницы, тревоги, депрессии и профилактики острых алкогольных психозов. При выраженных депрессивных состояниях и тревоги в период абстиненции чаще назначали соннапакс, феназепам, амитриптилин или афобазол, глицин с биотредином, витамины группы В и С, регидрон и др. Все вышеуказанные препараты применялись нами в сочетании с разъяснительной и косвенной психотерапией, а также внушением наяву или гипнозом - отдыхом. Задачи психотерапии на данном этапе сводились к устранению отрицательной эмоциональной реакции на предлагаемый метод и сроки лечения, переключение внимания пациента на трезвеннический образ жизни, правильному режиму труда и отдыха, формирование готовности к антиалкогольному лечению.

Особое внимание на этом этапе уделяли сбору анамнеза заболевания. Беседу начинали после того, как пациент вместе со своими близкими родственниками заполнил разработанную нами специальную унифицированную карту (подразделы: 1-3). При этом выясняли у них обычаи семьи и ближайшего окружения, возраст и обстоятельства приобщения к алкогольным напиткам, толерантности к ним. Целенаправленно и поэтапно уточняли у них отношение к алкоголю, устанавливали частоту и количество употреблявшегося алкоголя, причины, способствующие или, напротив, препятствующие дальнейшему пьянству. Как правило, исследуемые больные давали нам правильные сведения о нарастании количества употребляемого алкоголя, о времени перехода к более крепким алкогольным напиткам и утрате защитного рвотного рефлекса. Для диагностики АЗ уточняли наличие или отсутствие алкогольного абстинентного синдрома (его тяжесть, длительность, сомато-вегетативные, неврологические и психические нарушения). В присутствии родственников выявляли характерологические особенности

пациента, выясняли, как сказывается злоупотребление алкоголем на отношениях в семье и на работе. Уточняли сведения о том, когда впервые больной обратился за медицинской помощью (методы, длительность ремиссии, рецидивы), а также обстоятельства, приведшие больного на лечение. После тщательного сбора анамнеза, клинико-психопатологического, психодиагностического обследования осуществляли психотерапевтическую беседу с больными и его близкими родственниками.

В процессе беседы разъясняли сущность и закономерность развития АЗ, обсуждали соматические, неврологические и психические осложнения при этом заболевании, а также личностные и социальные проблемы у больного.

Особое внимание обращали на губительное влияние алкоголя на половую сферу и потомство, на то, что пьянство делает человека предрасположенным к заболеваниям и способствует более быстрому старению, сокращает жизнь. Подчеркивали, что алкоголизм разрушает семью и неизбежно приводит к потере уважения окружающих, указывали больному на выявленные у него признаки АЗ, а также нарушения со стороны внутренних органов и нервной системы, вследствие злоупотребления алкоголем. При этом убеждали пациента в том, что имеющиеся у него симптомы, безусловно, свидетельствуют об АЗ, подчеркивали необходимость лечения. Во время беседы кратко давали информацию о методе лечения, объясняли основные цели и задачи терапии. Отмечали, что для проведения лечения необходимо его добровольное согласие. Индивидуальную разъяснительную психотерапию проводили дифференцировано с учетом характерологических особенностей больного, клиники алкогольной зависимости и его терапевтической установки.

Использовавшиеся на этом этапе приемы, были построены на принципах разъяснительной, рациональной, косвенной и семейной психотерапии. Отрицая применение, какого-либо стереотипа эмоционально-стрессового содержания, психотерапевтическое воздействие, базировалось на эмоционально-стрессовом опосредовании любой процедуры. С учетом этого, считали, что психотерапевтические факторы начинают действовать еще до начала применения специальных методов эмоционально-стрессовой психотерапии, в том числе уже и при первом обращении пациента к врачу-наркологу.

У всех больных при первой встрече формировали трезвенническую установку на последующие жизненные этапы, используя при этом весь имеющийся арсенал психотерапевтических воздействий, добиваясь создания твердой и устойчивой установки на комплексное лечение и воздержание от приема алкогольных напитков не менее года.

На втором этапе (3-10 дней) лечебный процесс больным основной группы (120 человек) начинали с проведения активного антиалкогольного лечения в виде ЭСП на фоне которой осуществляли аурикуло-

глотерапию. Пациентам первой группы сравнения (80 человек) проводили только психотерапию, а второй группе (80 человек) – иглорефлексотерапию.

Сеанс ЭСП основной группе проводили на высоком эмоциональном уровне путем использования коротких эмоциональных фраз, высказанных безапелляционно. Изначально создавали высокий уровень концентрации внимания, чему способствовала императивная суггестия больному.

Во время сеанса с каждым пациентом проводили императивную суггестию наяву на фоне танатофобической суггестии и тошнотно-рвотной реакции с впрыскиванием в полость рта алкогольного коктейля (водка, самогон, пиво, вино и др.) через специальный пульверизатор. Появление непереносимости организма к спиртному, проявлялась не только в форме условного рвотного рефлекса, но и в ряде других рефлекторных вегетативных расстройств. В завершение этапа пациенту внушали в бодрствующем состоянии абсолютное безразличие и «неприятие» к алкогольным напиткам.

На данном этапе проводили телесно-ориентированную психотерапию, при которой использовали пальцевое надавливание на точки Валле с продолжением императивной суггестии. Это позволяло нам достичь формирования устойчивой доминанты на сознательно-бессознательном уровне с мощными эмоционально-вегетативными коррелятами.

В процессе внушения блокировали патологическое влечение к алкоголю с целью формирования стойкой поведенческой программы воздержания от этанола.

После ЭСП каждому исследуемому больному основной группы (120 человек) в возрасте от 20 до 70 лет, вводили в нулевые точки обеих ушных раковин одноразовые П-образные изготовленные нами магнитные иглы, которые имели один острый конец и погружали их до начала дуги, а вторая ветвь иглы оставалась лежать на поверхности кожи, после чего покрывали её лейкопластырной наклейкой телесного цвета. Введенные иглы оставляли в ушной раковине на 3-10 и более дней.

Извлекались иглы самим пациентом или их родственниками. Поверхность ушных раковин они протирали согласно нашей инструкции перекисью водорода или спиртом.

Заключительный этап (3-11 месяцев) был направлен на закрепление установок трезвости, проведение поддерживающих сеансов терапии пациентам находящимся в ремиссии.

Основными задачами этого этапа являлось:

- поддержка пациента и его адаптация к реальным жизненным условиям;
- укрепление установок на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей в жизни;
- мотивировка членов семьи пациента на собственное выздоровление;
- предупреждение срывов.

Поддерживающая программа включала индивидуальную и семейную психотерапию.

Семейная психотерапия являлась важным компонентом комплексной терапии АЗ.

Основными задачами семейной психотерапии были:

- выявление нарушений в структуре семейного взаимодействия;
- реконструкция семейных отношений;
- адаптация семьи к режиму трезвости;
- укрепление установок больного на трезвость, достижение позитивных социально-значимых целей в жизни.

При этом применяли разъяснительную, рациональную, косвенную и краткосрочную психотерапию супружеской пары, методику системной интервенции, коррекцию индивидуальных психологических проблем у членов семьи.

В свою очередь, при сборе семейного анамнеза обращали внимание на детальное описание семейного функционирования. В ходе диагностики применяли циркулярный метод опроса, заключающийся в том, что использовали предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношений между ними. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника позволяла нам получать более существенную информацию. Наличие дисфункций в семье и тщательный анализ ее составляющих был важен не только для лечения, но и прогноза эффективности терапии.

Разбор частных семейных структурных проблем осуществляли в ходе психотерапевтических бесед, основными задачами которых являлось получение информации, направленной на помощь в определении ситуационных приоритетов в процессе личного восстановления, учитывая возможную ситуацию в семье.

Исходя из вышеуказанного, для повышения эффективности лечения, мы проводили контрольные явки с пациентами и их близкими родственниками: первая – через два-три месяца после лечения; вторая – на пятом-шестом месяце и третья – за месяц до окончания срока лечения, то есть на 11 месяце.

Таким образом, сравнительная оценка результатов лечения показала достаточно высокую эффективность разработанной нами системы эмоционально-стрессовой психотерапии в комплексном лечении. Так, в основной группе эффективность терапии составила 78,4 %, в то время как в первой и второй группах сравнения она была соответственно 60,1 и 58,3 %.

Литература:

1. Сосин И.К., Гончаров Е.Ю., Чуев Ю.Ф. Алкогольная тревога. – Х.: Коллегиум», 2008.-751 с.
2. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев-Донецк: «Медицина тонких энергий», 2010.-96 с.
3. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия «Руководство по психотерапии. – Т.: Медицина, 1985. – С.156 – 188.
4. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В.: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации. – Х.: Око, 2002. – С.182-243.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

А.Е. Гатицька

У даній роботі викладені актуальні проблеми алкогольної залежності в Україні й за рубежом. Систематизовані сучасні терапевтичні підходи й методи психотерапії в комплексному лікуванні хворих з алкогольною залежністю (АЗ) в амбулаторних умовах. Особлива увага приділяється методу емоційно-стресової психотерапії АЗ у комбінації аурікулоіглотерапії, розробленої автором. Показана досить висока його ефективність.

Ключові слова: алкогольна залежність, поширеність, психотерапія, методи лікування, рецидиви, ремісія, ефективність

THERAPEUTIC APPROACHES AND PSYCHOTHERAPY TACTICS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN AMBULATORY TERMS

A. Gatytska

In this work the actual problems of alcoholic dependence are expounded in Ukraine and abroad. Modern therapeutic approaches and methods of psychotherapy are systematized in the complex treatment of patients with alcoholic dependence (AD) in ambulatory terms. The special attention is spared to the method of an emotionally-stress psychotherapy AD in combination of auriculo acupuncture, worked out by an author. Its high enough efficiency is shown.

Keywords: alcoholic dependence, prevalence, psychotherapy, methods of treatment, relapses, remission, efficiency

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 615.851 – 036.8

О. О. Фільц, О. Л. Лизак

**МЕТОД ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТЕМИ КОНФЛІКТНОГО СТОСУНКУ
ЯК МЕТОД ДОКАЗОВОГО ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ**
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького**Ключові слова:** метод центральної теми конфліктного стосунку ЦТКС, ефективність психотерапії**Вступ**

В умовах гостро дискусійних та часто суперечливих тенденцій розвитку психотерапевтичних напрямків та шкіл, що ми спостерігаємо впродовж останніх 15-20 років, важко вирішити, який з видів психотерапевтичної допомоги буде насправді корисним пацієнтові. Наймасштабніші та найвідоміші на сьогодні дослідження психотерапії не дали однозначної відповіді на це запитання [10, 12, 14, 17]. Перш ніж призначати психотерапію пацієнтові з психіатричним діагнозом у вигляді самостійного або додаткового методу лікування, необхідно впевнитися у тому, що застосовуваний метод насправді має здатність закономірно та послідовно сприяти покращенню стану пацієнта, тобто, є ефективним. З розвитком доказової медицини потреба в об'єктивному підтвердженні достовірності покращення стану пацієнта під впливом психотерапії залишається надзвичайно актуальною не лише в Україні, але й у світі [1, 3]. Однак на сьогодні поняття “оцінка ефективності психотерапії” є однією з найгостріших, а саме поняття “ефективності” надто розмитим [2, 3]. Разом із тим, кількість та спектр методів, використовуваних для її проведення, навіть не дозволяють належним чином систематизувати їх, у той час як “стандартизовані” та узгоджені методи дослідження у психотерапії і досі відсутні. Крім сказаного, жодного разу не проводилися дослідження предикції ефективності психотерапії.

Актуальність дослідження: Відомо, що при психічних розладах межового регістру психопатологічні прояви не лише віддзеркалюють дисгармонійні чи конфліктні міжособистісні стосунки пацієнтів, але й значною мірою провокуються ними [5, 7, 8, 11, 15, 16]. Парадоксально, але міжособистісні стосунки, як один із ключових аспектів психотерапії, залишаються недослідженими. З іншого боку, особливо актуальним сьогодні є пошук інструменту, який міг би встановити об'єктивні показники, що супроводжують суб'єктивне покращення стану пацієнта. У сучасній психотерапевтичній парадигмі прийнято гіпотезу, що між психічним станом пацієнтів та їхнім способом побудови стосунків існує пряма залежність [7, 8, 15, 16]. Тому, міжособистісні стосунки можуть бути також не лише одним із ключових критеріїв оцінки стану пацієнта, як такого, але й показником предикції ефективності психотерапевтичного лікування.

Мета нашого дослідження полягає у вивченні предикторів ефективності психотерапії на основі змін у конфліктних стосунках пацієнтів з важливими для них особами.

Для цього поставлені наступні **завдання**:

1. дослідити стосунки пацієнтів з важливими для них особами на основі конкретних епізодів;
2. визначити центральні конфліктні теми у цих стосунках до і після проходження ними психотерапії та провести їх порівняння;
3. оцінити динаміку психопатологічних симптомів у пацієнтів на початку та в кінці лікування;
4. встановити кореляції між змінами схем міжособистісних стосунків та об'єктивним і суб'єктивним покращенням стану пацієнта.

Дана перша публікація присвячена опису методу ЦТКС. Обґрунтуванням необхідності такого опису є наступні аргументи:

1. Унікальна спроможність методу при оцінці ефективності: на відміну від інших, метод ЦТКС розглядає не лише результати психотерапії, а й сам психотерапевтичний процес, вивчаючи та систематизуючи зміст психотерапевтичних сеансів (так званий контент-аналіз). Крім того, ЦТКС служить діагностичним інструментом у психотерапії та часто визначає терапевтичну тактику [9]. За допомогою методу ЦТКС можна не лише оцінити ефективність проведеної психотерапії, а й шляхом визначення центрального конфлікту пацієнта встановити терапевтичний фокус, спрямувавши психотерапевтичний процес у потрібне русло. У світі метод ЦТКС застосовується вже більше 30 років; і на сьогодні він залишається найбільш поширеним та розвинутим [9]. Дослідження психотерапії упродовж останніх десятиліть успішно проводяться у багатьох країнах світу. У 1968 році було засноване світове Товариство досліджень психотерапії (Society for Psychotherapy Research – SPR), яке представляє результати найсучасніших досліджень у психотерапії.

2. В Україні на нинішній день метод ЦТКС та інші методи психотерапевтичних досліджень залишаються майже невідомими, і жодного разу не були застосовані у наукових дослідженнях.

3. Як нами виявлено вперше, метод ЦТКС у світовій практиці ще не застосовувався для предикції ефективності психотерапії.

Об'єкт та методи дослідження

Як зазначалося, основою нашого дослідження був метод **Центральної теми конфліктного стосунку ЦТКС** (the Core Conflictual Relationship Theme – CCRT). Метод базується на аудіо- або відеозаписах психотерапевтичних сеансів, за якими складають дослівні протоколи (транскрипти). Тривалість дослідження одного інтерв'ю з пацієнтом складає в середньому 10-15 годин. При складанні транскриптів необхідно якомога повніше зафіксувати усе, що відбувалося під час сеансу, включно з додатковими (наприклад, інтонація, тремтіння голосу, зітхання, сміх) вербальними та невербальними (міміка, пантоміміка, паузи тощо) компонентами. У транскриптах дослідники виділяють наративи – розповіді пацієнтів про конкретні випадки їхніх стосунків з іншими особами. Такі випадки мають назву “епізодів стосунків” (relationship episode – RE), у яких досліджують три компоненти, які мають загальноприйняті міжнародні позначення: а) W (wishes) – бажання, потреби або наміри пацієнта стосовно інших людей, (б) RO (reactions of others) – реакції інших осіб на бажання, потреби чи наміри пацієнта, та (в) RS (reactions of self) – реакції пацієнта у відповідь на реакції інших осіб. Усі епізоди стосунків потребують детального опрацювання, виділення та підрахунку усіх наявних компонентів. Для об'єктивізації даних, отриманих з наративів, компоненти епізодів стосунків опрацьовуються принаймні двома дослідниками та переформулюються із застосуванням системи стандартних категорій ЦТКС [4]. Саме тому весь процес отримання та опрацювання матеріалу дослідження є трудомістким та таким тривалим.

Наративи, які містять інформацію про стосунки пацієнтів з важливими для них особами, можна отримати за допомогою двох способів: (1) класичного – повного або часткового запису психотерапевтичних сеансів, проведених з досліджуванним пацієнтом, та виділення у транскриптах спонтанно розказаних епізодів стосунків, та (2) альтернативного, так званого RAP-інтерв'ю (скороч. від англ. Relationship Anecdotes Paradigm – «приклад розповідей про стосунки») – спеціальної бесіди, під час якої пацієнт розповідає конкретні випадки стосунків з важливими для себе особами на прохання дослідника. Перед проведенням RAP-інтерв'ю пацієнта ознайомлюють з інструкцією стандартизованого змісту:

Прошу розповісти про певні випадки або події, у яких брали участь Ви у стосунку з іншою особою. Кожен випадок має бути конкретним. Деякі повинні бути нещодавніми, інші – давнішими. Щодо кожного випадку, розкажіть: (1) коли він трапився, (2) хто був іншою особою-учасником, (3) що сказала або зробила ця інша особа і що сказали або зробили Ви, (4) що сталося в кінці і (5) коли відбулися описані у випадку події. Іншою людиною може бути будь-хто – Ваші батько, мати, брати і сестри або інші родичі, друзі або колеги по роботі. Випадки повинні стосуватися конкретної події, яка була для Вас особисто важливою або

проблемною. Розкажіть щонайменше десять таких випадків. Кожна розповідь повинна тривати близько 3-х, але не більше 5-ти хвилин. Я повідомлятиму Вас щоразу, коли збігатимуть 5 хвилин. Влаштовуйтеся зручніше і поведіть себе під час бесіди так, як Ви б поводити себе з людиною, якій би Ви хотіли розповісти про себе. (перекладено за виданням: Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – P. 110. [13]).

Класичний спосіб отримання наративів може бути застосований лише за умов довготривалої психотерапії, адже достатню для дослідження кількість епізодів стосунків можна зібрати лише з великої кількості протоколів психотерапевтичних сеансів.

Однак, під час короткотривалої психотерапії зручніше застосовувати RAP-інтерв'ю, оскільки кількість спонтанно розказаних пацієнтами епізодів стосунків найімовірніше виявиться недостатньою для дослідження. Крім того, необхідно особливо зазначити, що RAP-інтерв'ю виявилось оптимальним для поставленої у нашому дослідженні мети – визначення предикції короткофокусної стаціонарної психотерапії. Таке дослідження проводиться нами вперше у світовій практиці, і його дизайн узгоджено з автором європейського варіанту методу ЦТКС – проф. Н. Кдсчеle.

Об'єктом дослідження були пацієнти з психіатричним діагнозом, які поступали (первинно або повторно) для проходження курсу стаціонарного психотерапевтичного лікування у клінічне відділення №2 Львівського міського психоневрологічного диспансеру. Дослідження заплановане у рамках співпраці з університетом м. Ульма (Німеччина), як українська частина транскультуральних досліджень з оцінки ефективності психотерапевтичного лікування за допомогою створеної у Німеччині у 2002 р. нової системи стандартних категорій ЦТКС, та з визначення можливості мовного та культурального перенесення даного методу [4].

Початково планувалося відібрати для дослідження 32 пацієнти (16 чоловіків та 16 жінок) з невротичною або пограничною психопатологічною симптоматикою, яким призначатиметься стаціонарна психотерапія. Набору контрольної групи у дослідженні заплановано не було, оскільки стандартний формат аналогічних досліджень не передбачає контрольних груп: не йдеться про порівняння конфліктних ситуацій, а про предикцію ефективності психотерапії у обраної групи.

Критеріями відбору пацієнтів у дослідження були: 1) наявність у пацієнтів клінічного діагнозу психічного розладу невротичного або пограничного регістру; 2) призначення пацієнтам курсу лікування у вигляді короткофокусної психодинамічно орієнтованої психотерапії тривалістю 10 сеансів. При відборі у дослідження перевага надавалася пацієнтам, які під час первинного огляду у відділенні повідомляли про свої конфліктні або проблемні стосунки з важливими (у різний спосіб) для них особами, що викликають у самих

пацієнтів виражений дистрес і які, на думку самих пацієнтів, могли бути одним з визначальних факторів самого виникнення у них психічних розладів.

У дослідження не включалися пацієнти з психотичною симптоматикою, а також з вираженим когнітивним дефіцитом (внаслідок психічних та інших захворювань). Після відбору пацієнтів у дослідження з ними проводилася первинна (підготовча) бесіда, під час якої пацієнтам роз'яснювалися мета та завдання дослідження, остаточно з'ясовувалася відповідність пацієнтів критеріям відбору та отримувалася письмова інформована згода на участь у дослідженні.

Згідно мети дослідження, методика RAP-інтерв'ю була нами дещо видозмінена. Пацієнтові пропонувалося розповідати про свої стосунки з однією найважливішою особою, аби уникнути нерівномірного розподілу епізодів між об'єктами стосунків (за узгодженням з автором статистичного дизайну методу, д-ром D. Pokorny (Ульм, Німеччина)). Пацієнти проходили два інтерв'ю: перше – перед початком курсу психотерапії, а друге – по його закінченні. Усі інтерв'ю були записані на цифровий носій. Після проведення аудіозапису нами було складено дослівні письмові протоколи обох бесід. Опрацювання отриманих компонентів епізодів стосунків проводилося за допомогою переформульованої системи категорій ЦТКС-ЛУ (лейпцизько-ульмської). Оцінка психопатологічних симптомів пацієнтів проводилася у ті самі дні, що й запис інтерв'ю, з використанням Опитувальника з базових симптомів (Symptom Checklist Scale) SCL-90, який пацієнти заповнювали самостійно. Пацієнти, які завершили курс психотерапії, у день заключного інтерв'ю заповнювали також Опитувальник змін у переживаннях та поведінці (Veränderung des Erlebens und Verhaltens – VEV-test), за допомогою якого визначали суб'єктивну оцінку пацієнтом ефективності власного психотерапевтичного лікування. Опитувальники SCL-90 та VEV-test, а також система категорій ЦТКС-ЛУ були перекладені з німецької мови (О. Фільц, узгоджено з авторами опитувальника та системи категорій – проф. Н. Кдселе та д-ром D. Pokorny).

Згідно з визначеними критеріями, у дослідження було відібрано 68 пацієнтів. З них:

1. відмовилися від участі у дослідженні під час первинної бесіди (7 пац.);
2. розпочали вихідне інтерв'ю, однак не закінчили його через подальшу відмову або через невиконання поставленого перед ними завдання (4 пац.);
3. у процесі вихідного інтерв'ю виявили психотичні симптоми (3 пац.);
4. пройшли вихідне інтерв'ю, однак з незалежних від них причин не розпочали стаціонарної психотерапії (3 пац.);
5. пройшли вихідне інтерв'ю та розпочали курс психотерапії однак з різних причин перервали його (21 пац.);
6. пройшли вихідне інтерв'ю та завершили курс психотерапії, по закінченні якого пройшли заключне

інтерв'ю (30 пац.)

Основними причинами відмови пацієнтів від участі у дослідженні були:

- а) нерозуміння мети обстеження та того, як воно може допомогти у лікуванні;
- б) переважна орієнтація пацієнтів на медикаментозне лікування та небажання лікуватися за допомогою психотерапії взагалі;
- в) небажання зв'язатися у своїх переживаннях іншим особам, окрім лікуючого лікаря та психотерапевта;
- г) недовіра пацієнтів до конфіденційності стаціонарного лікування.

Ще одне, окреме, застереження у пацієнтів викликало повідомлення про те, що інтерв'ю з ними будуть записані на диктофон. Цей факт можна пояснити тим, що багатьом пацієнтам хотілося б залишити якомога менше свідчень про своє перебування у психіатричному стаціонарі. У зв'язку з цим, деякі пацієнти намагалися внести свої корективи у процедуру дослідження – наприклад, замінити аудіозапис на стенограму. Однак, після роз'яснення їм необхідності використання саме дослівного протоколу бесіди та повторних гарантій дотримання конфіденційності майже всі пацієнти усе ж таки погоджувалися на аудіозапис.

У зв'язку з тим, що з 51 пацієнтів, які пройшли вихідне інтерв'ю, 21 не завершили курс психотерапії, основну групу пацієнтів було поділено на дві менші групи. У Групу 1 увійшли пацієнти, які завершили курс психотерапії, а в Групу 2 – ті, які його перервали з різних причин.

Основні причини переривання курсу психотерапії:

- 1) Покращення стану пацієнта (як наслідок, відсутність відчуття подальшої потреби перебувати у терапії);
- 2) Переконавання пацієнтів, що психотерапія – не те, що їм потрібно;
- 3) Зміна поглядів на власний стан здоров'я;
- 4) Знецінення психотерапевта та/або психотерапевтичного процесу;
- 5) Виражена декомпенсація психічного стану.

Пацієнти, які завершили курс короткофокусної психодинамічної психотерапії, по закінченні лікування суб'єктивно характеризували свій стан як такий, що покращився. Також при порівнянні вихідних та заключних показників за опитувальником SCL-90 та за результатами VEV-test виявлялося покращення стану пацієнта стосовно психопатологічних симптомів (SCL-90) та психологічних настанов (VEV-test).

Висновки

- 1) Метод центральної теми конфліктного стосунку може бути застосований в Україні з метою доказової оцінки ефективності психотерапії.
- 2) Мотивація пацієнтів до психотерапії залишається в Україні недостатньо високою (41% пацієнтів дочасно перервали курс психотерапії).
- 3) У всіх пацієнтів, обстежених методом ЦТКС, спостерігалася клінічно значиме суб'єктивне та об'єк-

тивізоване опитувальником SCL-90 покращення.

У наступних публікаціях ми відобразимо доказові підтвердження клінічно зафіксованого результату стаціонарної психотерапії, а також дані, що дають змогу прогнозувати її ефективність (предикція).

Література:

1. Калмыкова Е. С. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние / Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – ?1.
2. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский (общ. ред.). – СПб.: Питер Ком, 1998. – С. 332-339.
3. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / В. Лаутербах // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. – СПб., изд. Психоневролог. и-та им. В. М. Бехтерева, 1995. – С. 28-41.
4. Лызак О. Л. Метод центральної теми конфліктного стосунку (CCRT): історія створення, основні етапи розвитку, застосування в клінічній практиці / О. Л. Лызак., З. В. Боднар, О. О. Фільц // Львівський медичний часопис. – 2008. – ? 1-2. – С.110-120.
5. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: Издательство Ленинградского Университета, 1960. – 426 с.
6. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии / Пер. с англ.: Г. С. Салливан. – СПб.: "Ювента", 1999. – 347 с.
7. Ташильков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами Пособие для врачей / В. А. Ташильков. – СПб., 1992.

8. Drapeau M. Interpersonal conflicts in borderline personality disorder: an exploratory study using the CCRT-LU / M. Drapeau, J. C. Perry // Swiss Journal of Psychology. – 2004. – Vol. 63, ?1. – P. 53-57.
9. Eells T. D. Update on psychotherapy case formulation research / T.D.Eells // J Psychother Pract Res. – 2001. – Vol. 10. – P. 277-281.
10. Grawe K. Psychotherapie im Wandel Von der Konfession zur Profession / K. Grawe, R. Donati, F. Bernauer. – Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994.
11. Horney K. Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization / K. Horney. – N.Y.: W.W. Norton & Co, 1950. – 272 p.
12. Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? / L. Luborsky, B. Singer // Archives of General Psychiatry. – 1975. – ?32. – P. 995-1008.
13. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – P. 110.
14. Luborsky L. Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph, J. Mintz, A. Auerbach. – New York: Basic Books, Inc., 1988. – P. 1-416.
15. Mitchell J. Neurosis and the Historic Quest for Security: A Social-Role Analysis / J. Mitchell // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. – 1998. – Vol. 5, ?4. – P. 317-328.
16. Scocco P. Interpersonal problem areas and onset of panic disorder / P. Scocco, I. Barbieri, E. Frank // Psychopathology. – 2007. ?40. – P. 8-13.
17. Wallerstein R. S. The psychotherapy research project (PRP) of the Menninger Foundation: An overview / R. S. Wallerstein // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – ?57. – P.195-205.

МЕТОД ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНОГО ОТНОШЕНИЯ КАК ДОКАЗАТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

А. О. Фильц, О. Л. Лызак

В статье обоснована необходимость использования современного метода оценки эффективности психотерапии — метода центральной темы конфликтных отношений (ЦТКО), отображены его принципиальные преимущества по сравнению с уже используемыми методами оценки эффективности психотерапии, описано первое его использование при изучении прогноза эффективности короткофокусной психодинамической стационарной психотерапии.

Ключевые слова: метод центральной темы конфликтных отношений ЦТКО, эффективность психотерапии

METHOD OF CENTRAL THEME OF CONFLICT ATTITUDE AS APPROVAL RESEARCH OF PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS

A.O. Filtz, O.L. Lyzak

In the article, the necessity for implementation of a modern method for psychotherapy effectiveness assessment – the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) is substantiated; its basic differences from other methods of psychotherapy evaluation are regarded; and the first use of the method for assessing the prediction of effectiveness of short-focused psychodynamic inpatient psychotherapy is described.

Keywords: the Core Conflictual Relationship Theme method (CCRT), psychotherapy effectiveness

А.Е.Табачников, В.С.Табачникова ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ А.АДЛЕРА (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

Психопатологическая модель

«Любой невроз может пониматься как ошибочная с точки зрения культуры попытка избавиться от чувства неполноценности, чтобы обрести чувство превосходства» [1].

Психопатологическая модель любой психотерапевтической теории отражает, как мы помним, взгляды ее автора на сущность и этиопатогенез нарушений психического здоровья, а также на механизмы поддержания этих нарушений.

В целом, разделяя фрейдовское положение о ведущей роли бессознательного в возникновении психопатологических симптомов, Адлер видел их ядро не в конфликте либидо и Сверх-Я (как в классическом психоанализе), а в конфликте между стремлением ребенка к достижению своих целей и его возможностями. Таким образом, к психической дезадаптации, с позиций индивидуальной психологии, приводят не внутриличностные противоречия (т.е. конфликт между структурами личности), а нереалистичность (недостижи-

тивізоване опитувальником SCL-90 покращення.

У наступних публікаціях ми відобразимо доказові підтвердження клінічно зафіксованого результату стаціонарної психотерапії, а також дані, що дають змогу прогнозувати її ефективність (предикція).

Література:

1. Калмыкова Е. С. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние / Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – ?1.
2. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский (общ. ред.). – СПб.: Питер Ком, 1998. – С. 332-339.
3. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / В. Лаутербах // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. – СПб., изд. Психоневролог. и-та им. В. М. Бехтерева, 1995. – С. 28-41.
4. Лызак О. Л. Метод центральної теми конфліктного стосунку (CCRT): історія створення, основні етапи розвитку, застосування в клінічній практиці / О. Л. Лызак., З. В. Боднар, О. О. Фільц // Львівський медичний часопис. – 2008. – ? 1-2. – С.110-120.
5. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: Издательство Ленинградского Университета, 1960. – 426 с.
6. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии / Пер. с англ.: Г. С. Салливан. – СПб.: "Ювента", 1999. – 347 с.
7. Ташильков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами Пособие для врачей / В. А. Ташильков. – СПб., 1992.

8. Drapeau M. Interpersonal conflicts in borderline personality disorder: an exploratory study using the CCRT-LU / M. Drapeau, J. C. Perry // Swiss Journal of Psychology. – 2004. – Vol. 63, ?1. – P. 53-57.

9. Eells T. D. Update on psychotherapy case formulation research / T.D.Eells // J Psychother Pract Res. – 2001. – Vol. 10. – P. 277-281.

10. Grawe K. Psychotherapie im Wandel Von der Konfession zur Profession / K. Grawe, R. Donati, F. Bernauer. – Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994.

11. Horney K. Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization / K. Horney. – N.Y.: W.W. Norton & Co, 1950. – 272 p.

12. Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? / L. Luborsky, B. Singer // Archives of General Psychiatry. – 1975. – ?32. – P. 995-1008.

13. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – P. 110.

14. Luborsky L. Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph, J. Mintz, A. Auerbach. – New York: Basic Books, Inc., 1988. – P. 1-416.

15. Mitchell J. Neurosis and the Historic Quest for Security: A Social-Role Analysis / J. Mitchell // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. – 1998. – Vol. 5, ?4. – P. 317-328.

16. Scocco P. Interpersonal problem areas and onset of panic disorder / P. Scocco, I. Barbieri, E. Frank // Psychopathology. – 2007. ?40. – P. 8-13.

17. Wallerstein R. S. The psychotherapy research project (PRP) of the Menninger Foundation: An overview / R. S. Wallerstein // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – ?57. – P.195-205.

МЕТОД ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНОГО ОТНОШЕНИЯ КАК ДОКАЗАТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

А. О. Фильц, О. Л. Лызак

В статье обоснована необходимость использования современного метода оценки эффективности психотерапии — метода центральной темы конфликтных отношений (ЦТКО), отображены его принципиальные преимущества по сравнению с уже используемыми методами оценки эффективности психотерапии, описано первое его использование при изучении прогноза эффективности короткофокусной психодинамической стационарной психотерапии.

Ключевые слова: метод центральной темы конфликтных отношений ЦТКО, эффективность психотерапии

METHOD OF CENTRAL THEME OF CONFLICT ATTITUDE AS APPROVAL RESEARCH OF PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS

A.O. Filtz, O.L. Lyzak

In the article, the necessity for implementation of a modern method for psychotherapy effectiveness assessment – the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) is substantiated; its basic differences from other methods of psychotherapy evaluation are regarded; and the first use of the method for assessing the prediction of effectiveness of short-focused psychodynamic inpatient psychotherapy is described.

Keywords: the Core Conflictual Relationship Theme method (CCRT), psychotherapy effectiveness

А.Е.Табачников, В.С.Табачникова ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ А.АДЛЕРА (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

Психопатологическая модель

«Любой невроз может пониматься как ошибочная с точки зрения культуры попытка избавиться от чувства неполноценности, чтобы обрести чувство превосходства» [1].

Психопатологическая модель любой психотерапевтической теории отражает, как мы помним, взгляды ее автора на сущность и этиопатогенез нарушений психического здоровья, а также на механизмы поддержания этих нарушений.

В целом, разделяя фрейдовское положение о ведущей роли бессознательного в возникновении психопатологических симптомов, Адлер видел их ядро не в конфликте либидо и Сверх-Я (как в классическом психоанализе), а в конфликте между стремлением ребенка к достижению своих целей и его возможностями. Таким образом, к психической дезадаптации, с позиций индивидуальной психологии, приводят не внутриличностные противоречия (т.е. конфликт между структурами личности), а нереалистичность (недостижи-

мость) целей, к которым личность, как динамическая целостность, стремится. Этот конфликт, во-первых, имеет социальную природу, поскольку и его возникновение, и степень остроты его проявления, и возможность его успешного разрешения тесно связаны с эффективностью взаимодействия между индивидом и его социальным окружением, а во-вторых, «психическая основа, схема нервного заболевания и симптома, в неизменном виде перенимается из детства» [1].

Динамику этого конфликта можно представить следующим образом. С раннего детства, на пути достижения своих целей (удовлетворения желаний) ребенок сталкивается с неудачами и ощущает зависимость от взрослых. В дальнейшем, он осознает, что эти неудачи связаны с его несовершенством – как физическим (незрелость функций отдельных органов и организма в целом, в т.ч., в сексуальной сфере), так и морально-психологическим. В результате ребенок переживает **чувство неполноценности**¹.

«В течение всего периода развития ребенку присуще чувство неполноценности по отношению к родителям, братьям и сестрам и окружающим. Из-за незрелости органов, неуверенности и несамостоятельности, в силу потребности опираться на более сильного и болезненно переживаемого подчиненного положения среди других у ребенка развивается чувство ущербности, которое проявляется во всех сферах его жизнедеятельности...» [1].

В детском возрасте чувство неполноценности, присущее, как следует из вышеизложенного, каждому ребенку, может быть особенно сильным из-за:

- 1) хронических заболеваний, ведущих к «неполноценности органов»,
- 2) реальных или воображаемых недостатков, воспринимаемых индивидом как препятствия к достижению своих целей, «из-за чего ребенок очень часто испытывает обиду или подвергается всеобщим насмешкам и наказанию и становится непригодным для общества» [1];
- 3) неправильного типа воспитания: изнеженности и гиперопеки или, напротив, отвержения; первое вызывает неуверенность в собственной самодостаточности, второе – убежденность в своей ненужности, нежеланности.

Ощущение собственной беспомощности, благодаря упомянутой в философской и психологической модели способности к преодолению (стремлению к превосходству), не только вызывает у индивида тревогу, но и стимулирует процесс его развития для компенсации чувства неполноценности.

«Ни одно человеческое существо не может долго выносить чувства своей несостоятельности, оно ввергает его в такое напряжение, что требуется хоть какое-нибудь действие» (цит. по [3]).

Для описания стремления к преодолению чувства неполноценности Адлер использовал понятие «мужской протест». Он считал, что в соответствии с тогдашними культуральными нормами, ощущение недостаточности связано с женским началом, а преодоление недостаточности – проявление мужественности. Поэтому общество явно или имплицитно ожидает от мальчиков честолубия, агрессивности, настойчивости, опоры на собственные силы, протеста против необходимости подчиняться, а такое же поведение девочек считается неадекватным. Преувеличенные требования и ожидания от жизни, сталкиваясь с действительностью, порождают разочарование в себе и ощущение незащищенности.

На то, каким образом индивид будет преодолевать (компенсировать) чувство неполноценности, влияет, с позиций индивидуальной психологии, ряд факторов, важнейшими из которых являются уровень развития у человека стремления к совершенству (превосходству) и социального интереса. Если влияние первого фактора на результат попыток преодолеть чувство неполноценности очевидно, то о динамике уровня социального интереса и его роли в сохранении психического здоровья индивида следует сказать отдельно.

На уровень развития социального интереса ребенка большое влияние оказывают условия его воспитания. Если окружающие (в первую очередь – родители) оказывают ребенку помощь в удовлетворении его потребностей, проявляют собственный социальный интерес, чувство общности у ребенка возрастает. Если же взаимодействие с окружающими чаще становится психотравмирующим фактором, а не приносит удовлетворение потребностей и чувство безопасности, социальный интерес ребенка снижается.

При высокой степени развития стремления к совершенству индивиду удастся **преодолеть (компенсировать) чувство неполноценности**. Однако только при достаточном уровне социального интереса эта компенсация имеет стойкий и социально позитивный характер.

«Все люди чувствуют свою неадекватность в тех или иных ситуациях. Они чувствуют себя придавленными трудностями жизни и не в состоянии встретиться с ними один на один. Поэтому одной из самых сильных наклонностей человека всегда было стремление объединяться в группы с тем, чтобы он имел возможность жить как член общества, а не как изолированный индивид. Без сомнения, общественная жизнь в значительной степени помогает человеку преодолеть свои чувства неадекватности и неполноценности...»

Пока человек, стремясь к превосходству, умеряет свой пыл общественными интересами, его действия приносят пользу и его активность конструктивна. Когда же его чувство общности приглушено, он теряет способность реально решать жизненные проблемы» [4].

¹ Термин «Minderwertigkeit» дословно означает «меньшая ценность». Последователи Адлера писали, что чувство неполноценности возникает вследствие несоответствия между представлением о себе с одной стороны и тремя другими «убеждениями образа жизни»: Я-идеалом («Я не такой, каким хочу быть»), картиной мира («Я не соответствую требованиям суровой жизни») и этическими убеждениями («Я не соответствую высоким моральным стандартам») [2].

Если же социальный интерес не развит, даже при сильном стремлении к совершенству индивид будет преодолевать свое чувство неполноценности не в сотрудничестве, а в противоборстве с другими людьми.

«Представим себе, что человек потерял уверенность в своих силах; предположим, что он не может представить себе, как его реальные усилия, если даже он их предпримет, смогут улучшить его ситуацию. И этот человек тоже будет не в состоянии вынести ощущения недостаточности, и такой человек тоже будет бороться, чтобы избавиться от них; но он будет пробовать способы, которые не продвинут его вперед... Вместо того чтобы преодолевать препятствия, он будет стараться загипнотизировать самого себя, интоксигировать себя, чтобы вызвать у себя чувство превосходства. Если он чувствует себя слабым, то постарается переместить себя в обстоятельства, в которых почувствует себя более сильным. Он не учится тому, чтобы быть более сильным, более адекватным, он учится тому, чтобы казаться сильнее в собственных глазах» (цит. по [3]).

Описанный в приведенной выше цитате способ псевдокомпенсации не является единственно возможным. В числе других ее вариантов можно назвать уход в болезнь (индивид находит в соматическом заболевании, приводящем к ограничению контактов со средой и поля деятельности, оправдание своим неудачам), тиранию (самоутверждение за счет подавления окружающих, нетерпимости к мнению других) и другие формы. Таким образом, невротические симптомы при всех формах псевдокомпенсации позволяют индивиду, во-первых, объяснить, почему его цели личного превосходства не достигаются (эти объяснения и составляют личную логику), а во-вторых, сохранить их в качестве своих целей, несмотря на их явную нереалистичность. Например, индивид может стремиться к личному превосходству во всех видах деятельности, но объяснять себе и другим отсутствие реальных достижений тем, что при эмоциональном напряжении у него поднимается давление (появляются боли в желудке, голове, груди, возникает чувство тревоги и т.д.) и поэтому он никогда не могу проявить себя полностью. Как мы видим, в отличие от фрейдовских представлений о симптоме как компромиссном способе удовлетворения либидо, Адлер рассматривает симптом как механизм самозащиты - извинения «Я» и поддержания неадекватных личностных установок.

При низкой степени развития стремления к совершенству **компенсация чувства неполноценности невозможна**. В результате у индивида формируется **комплекс неполноценности**, в котором практически прекращаются попытки преодолеть чувство неполноценности.

Поддержанию психических нарушений способствует, с точки зрения Адлера, образ жизни невротика,

побуждаемый его стремлением к превосходству и отсутствием смелости, а именно уклонение от ситуаций, которые могли бы вскрыть нереалистичность его жизненных целей, от кажущихся опасными решений. Адлер определяет это как стремление устанавливать **дистанцию**² между собой и целью для избегания потенциальных неудач, которые могут усилить чувство неполноценности. Например, мужчина, который боится быть отвергнутым женщинами, дистанцируется от них, утверждая, что увлечется, как только найдет кого-то соответствующего своему идеалу. Эта оборотная схема позволяет мужчине самому отвергать женщин до того, как они отвергнут его. Личная логика пациента побуждает его искаженным образом интерпретировать события повседневной жизни.

«Мы не страдаем от душевных потрясений — так называемых травм, а извлекаем из них то, что соответствует нашим целям. Мы самоопределяемы тем значением, какое мы придаем случившемуся с нами; и есть, наверное, что-то неправильное в том, что мы кладем отдельный опыт в основу своей будущей жизни. Не значения зависят от ситуаций, а мы зависим от значений, которыми наделяем ситуации» [5].

Помимо соблюдения дистанции, невротик способствует поддержанию симптома тем, что **провоцирует события** так, чтобы ощущать себя отесненным другими на задний план, обманутым, мучеником, чтобы создать необходимое оправдание для своей последующей агрессивности и объяснение того, почему цели превосходства не были достигнуты.

Объясняя стойкость невротических симптомов, Адлер писал:

«Почему опыт не приносит никакой пользы, почему люди так редко учатся на ошибках. Потому что единство личности тенденциозно окрашивает все переживания и “прокручивает” каждую ситуацию до тех пор, пока ее не удастся превратить в “опыт”, иначе говоря, подогнать под общий жизненный план» [1].

Психотерапевтическая модель.

Цель терапии – формирование новых реалистичных жизненных целей и нового жизненного стиля, которые помогут реализовать потенциал личности³. Для этого необходимо выявить и изменить ложное восприятие и ценности, сформировавшиеся у пациента вследствие его чувства неполноценности и недостаточного социального интереса (как и Фрейд, Адлер считал недостаточными чисто внешние, поведенческие изменения). Этот процесс имеет инсайтный характер. Лишь после внутренних изменений нужно добиваться внешних. Развитие социального интереса отвлечет внимание пациента от собственной самооценки, личной безопасности и престижа и позволит сконцентрироваться на решении жизненных задач. Личная логика будет заменена здравым смыслом.

² Термин А. Адлера

³ Такое понимание цели психотерапии вытекает из понимания психического благополучия как обретения реалистичных жизненных целей.

«Индивидуальная психология рассматривает сущность терапии в осведомлении пациента о недостатке у него социального интереса и убеждении его в том, что этот недостаток имеет происхождение в раннем детстве. Его способность к сотрудничеству повышается во взаимодействии с доктором. Его комплекс неполноценности выявляется как ошибочный. Смелость и оптимизм пробуждаются» [1].

Однако окончательное решение о необходимости и характере личностных изменений должно быть предоставлено самому пациенту⁴.

Один из классиков адлеровской психотерапии, Рудольф Драйкурс (1963) писал: «Нашей основной задачей является не изменение поведенческих паттернов или устранение симптомов. Если пациент достигает изменения, потому что считает такое поведение выгодным на данное время, не изменяя при этом свои базовые предпосылки, мы не считаем такое изменение терапевтическим успехом. Мы пытаемся изменить цели, концепции и взгляды».

Подобный подход позволяет адлеровцам провести границу между консультированием и терапией. Первое имеет целью изменение стиля жизни, вторая – изменение поведения при существующем стиле жизни.

Терапевтический стиль.

В общении с клиентом аналитик выбирает *позицию равенства и взаимного уважения*⁵, поскольку терапевтического эффекта он рассчитывает добиться через развитие социального интереса пациента. Это должно переместить его внимание от самооценки, личной безопасности и престижа на решение жизненных задач. Психотерапевтические отношения должны быть для пациента *моделью* построения новых, продуктивных социальных связей. Как пишет Г. Мосак, «терапевт демонстрирует ценности, которые пациент может попытаться имитировать. Терапевт-адлеровец ведет себя как реальный человек, способный к проявлению заботы, подверженный ошибкам, при этом он может посмеяться над собой. Тем самым он выступает в качестве модели. Если терапевт может обладать такими характеристиками, то, возможно, и пациент сможет, и многие пациенты подражают своим терапевтам, которых они используют как ориентир нормальности» [2].

Позиция равенства и взаимного уважения проявляется в следующем:

- цели терапии устанавливаются совместно;
- терапевт стремится вести себя дружелюбно, однако это не требует обязательного принятия любого поведения клиента – реакции аналитика должны быть честными, а уважение проявляется, в первую очередь, в отношении к клиенту как к *ответственному за свои поступки*;
- терапевт демонстрирует заинтересованность в

понимании жизненного стиля клиента, его уникального мировосприятия. Благодаря этому пациент должен почувствовать, что он не одинок, что компетентность и внимание терапевта приносят ему безопасность;

- терапевт ведет себя тактично, избегая догматических утверждений. Например, пытаясь найти смысл того или иного явления, аналитик употребляет такие выражения: «Можно ли сказать, что...», «Могло быть так, что...?». В этом случае, как пишет Адлер, «пациент быстро осознает и понимает смысл своих собственных переживаний»;

- пациент обычно сидит в кресле, а не ложится на кушетку. Многие адлеровцы предпочитают работать без стола, поскольку дистанцирование и отделение могут породить нежелательную психологическую атмосферу.

Терапевт стремится *побудить клиента к принятию ответственности за изменения, помочь ему обрести смелость*. Лечебный процесс организован так, чтобы пациент осознал, что человек *сам создает свои проблемы* (неправильным восприятием, ложными ценностями) и *сам может все изменить* к лучшему. Тому, чему не научились до этого или научились плохо, можно научиться сейчас. С самого начала лечения не одобряются попытки пациента оставаться пассивным в терапевтическом процессе. Выражение веры в пациента, отсутствие обвинений и избегание явных требований к нему могут побудить пациента к изменениям.

Занятия проводятся как индивидуально, так и в группе, а иногда – и в той, и в другой форме, поочередно. При лечении детей обязательна работа с семьей.

В целом, стиль адлеровской терапии является намного более *активным*, чем в классическом анализе. Исследователи работы Адлера отмечали, что он не только предлагал интерпретации, но и был склонен делать явные внушения для изменения поведения пациента. Терапевты-адлеровцы могут даже в определенных ситуациях давать пациентам прямые советы, при этом, однако, стараясь не поощрять зависимость. На практике терапевт может просто обрисовать альтернативы и, затем позволить пациенту принять свое собственное решение. С другой стороны, терапевт может дать и прямой совет, стремясь, тем самым, поощрить самостоятельность пациента и его желание прочно стоять на своих ногах.

Основные техники.

«Все методы индивидуальной психологии... направлены на выявление сути стремления человека к превосходству, силы его чувства неполноценности и уровня его социального интереса» [7].

1 этап. Установление отношений с клиентом, беседа о его проблемах, определение согласованных целей анализа.

⁴ «В любых обстоятельствах клиент должен иметь абсолютную свободу. Он может двинуться в сторону изменения или отказаться от него, это как ему заблагорассудится» [6].

⁵ По свидетельству близкого друга Адлера, сам он вел себя с пациентами, «как старая бабушка».

Клиент представляет проблему, а терапевт анализирует как вербальную, так и невербальную (поведенческие реакции) информацию о жизненном стиле клиента, его личной логике, уровне развития социального интереса.

«Взгляд, походка, общий тонус пациента могут многое сказать о нем. Можно многое упустить, если сажать пациента на какой-то конкретный стул или диван или жестко определять время встречи. Первая беседа становится тестом, и поэтому она должна быть совершенно непринужденной. Даже то, как пациент пожимает вашу руку, может указать вам на определенные проблемы. Избалованные взрослые часто прислоняются к чему-либо, а дети цепляются за мать. Здесь, как и во всем, что может помешать консультанту в построении его предположений, нельзя придерживаться строгих правил... Расстояние между доктором и пациентом говорит о многом и имеет прямое отношение к характеру человека... Я вижу большую пользу в том, чтобы не мешать движениям пациента. Пусть он встает, приходит и уходит, курит, если ему так хочется. Я даже иногда позволял своим пациентам засыпать в своем присутствии: они сами просили меня об этом, желая таким образом усложнить мою задачу. Подобное отношение было для меня столь же красноречивым, как если бы они прямо сказали мне о своем сопротивлении» [7].

Для оценки социального интереса Адлер использовал специальные структурированные интервью. В частности, проводя терапию детей, он выяснял у родителей, легко ли ребенок заводит знакомства, агрессивен ли он по отношению к людям и животным, соперничает ли с братьями и сестрами, как реагирует на похвалу и критику. Адлерианцы разработали несколько шкал самоотчета для оценки социального интереса.

Телеологический подход Адлера проявляется на этом этапе в вопросе, который задается после сбора жалоб и анамнеза: «Что изменилось бы, если бы Вы были здоровы / если бы у Вас не было этого симптома?». Это позволяет выявить проблемы клиента и его нереалистические цели.

«Поскольку любое поведение целенаправленно, психогенный симптом будет иметь психологическую цель, а органический симптом будет иметь соматическую цель. Если пациент отвечает: “Я бы гораздо чаще выходил на светские встречи” или “Я бы написал книгу”, - то, скорее всего, симптом имеет психогенную природу. Если пациент отвечает: “У меня бы не было этой мучительной боли”, - то симптом, скорее всего, органический [2].

2 этап. Раскрытие динамики клиента (влияния неблагоприятных условий детства на формирование его жизненных целей).

Терапевт собирает и анализирует информацию, необходимую для понимания жизненного стиля клиен-

та и его личной логики. Для этого аналитик использует такие техники:

1) Анализ семейной констелляции (количества, порядка рождения, пола и взаимоотношений между сиблингами и другими членами семьи). Об оценке Адлером влияния семейной констелляции на психическое развитие ребенка мы уже писали при обсуждении психологической модели его теории.

2) Анализ перенесенных в детстве заболеваний (они влияют на формирование чувства неполноценности).

3) Анализ ранних воспоминаний (содержания рассказа пациента о событиях, когда он впервые может вспомнить себя). Ранние воспоминания связаны с периодом, предшествующий формированию непрерывной памяти (в среднем, они относятся к 3,5 годам [8]), и поэтому они могут быть неточными или даже абсолютно вымышленными. Воспоминания трактуются адлерианцами как проективная техника, как способ выявления наиболее существенных представлений клиента о себе и своем жизненном стиле, поскольку люди избирательно вспоминают события своего прошлого, в соответствии со своим стилем жизни. Примером этому может служить одно из ранних воспоминаний самого Адлера.

«Одним из самых ранних моих воспоминаний является воспоминание о себе сидящем на скамье. Из-за рахита я весь перебинтован, при этом мой здоровый старший брат сидит напротив меня. Он мог бегать, прыгать и двигаться вокруг почти без усилий, тогда как для меня движение любого вида представляло напряжение и усилие. Все с великим усердием старались помочь мне, а мои отец и мать делали все, что было в их силах. В ту пору мне должно было быть около двух лет» (цит. по [2]).

Как проективная техника, ранние воспоминания обладают определенными преимуществами перед обычным сбором анамнеза и расспросом о семейной констелляции – пациенты готовы искренне рассказать о своих ранних воспоминаниях, поскольку не придают им особого значения.

Для интерпретации ранних воспоминаний используются различные подходы, в том числе определение символического значения воспоминания или статистический анализ содержания ранних воспоминаний у лиц с различными психическими расстройствами⁶.

4) Анализ сновидений и фантазий. Эта техника занимает у Адлера менее значимое место, чем у Фрейда. Сны, по Адлеру, это «фабрика эмоций», поскольку они создают настроение человека. Они выражают не столько бессознательный конфликт, не реализацию вытесненных желаний, сколько жизненный стиль пациента, а также планируемые шаги в реализации его жизненных целей, подготовку действий, которые затем проявятся в поведении.

⁶ Например, психиатрические пациенты, совершившие преступления, рассказывают в своих ранних воспоминаниях о насилии и агрессии, в 14 раз чаще, чем неопасные больные [9]

«Каждое сновидение, конечно же, преследует определенную цель, но до последнего времени она понималась неотчетливо. Целью сновидения, – если выражаться в общих, а не специальных терминах, – является создание определенного движения чувств, или эмоций, которое в свою очередь способствует движению самого сновидения... Нам снится то, каким образом нам бы хотелось себя вести. Сон – это эмоциональная репетиция планов и установок поведения в бодрствующем состоянии, никогда, репетиция, в которой действительный план может никогда не реализоваться» [4].

Адлер считал, что образы сновидения часто заимствованы из детства, поскольку именно в то время происходит символическое запечатление значимых жизненных ситуаций (сложное испытание в сновидении взрослого может замещаться школьными экзаменами, ожидание неудачи – падением с велосипеда, столкновением с препятствием и т.п.).

В ходе терапии, характер сновидений пациента меняется, отражая изменение его жизненного стиля и целей.

5) Анализ сопротивления. Как и в любых других видах психодинамической психотерапии, в индивидуальной психологии считается, что благодаря невроту индивид поддерживает определенный уровень социальной адаптации. Поэтому психотерапевтический процесс закономерно вызывает **сопротивление**. В частности, это проявляется в том, что пока психотерапевт выявляет и интерпретирует жизненный стиль пациента и его фиктивные цели, пациент не столько отказывается от них, сколько создает новые. Это сопротивление проистекает из желания сохранить чувство превосходства над психотерапевтом в результате срыва лечения. Поэтому наряду с раскрытием смысла симптомов и выявлением ошибок жизненного стиля психотерапевт должен выявлять проявления сопротивления, всячески стимулировать и поддерживать мотивацию дальнейшей работы.

«До сих пор на основе собственного опыта наиболее надежным способом исследования личности я считаю исчерпывающее и всестороннее рассмотрение самых ранних детских воспоминаний, места ребенка в порядке рождения, любых отклонений в детстве, снов и фантазий, природы экзогенного фактора, вызвавшего заболевание [7]».

Исследование динамики и жизненного стиля пациента позволяет установить происхождение “базисных ошибок” пациента – личной логики, которую клиент путает с реальностью, и ложных ценностей.

3 этап. Формирование интерпретаций и доведение их до сознания клиента с целью возникновения инсайта.

Терапевт анализирует всю полученную от клиента информацию (о ранних воспоминаниях, сновидениях, фантазиях, поведении, симптомах, транзакциях пациента с терапевтом и другими людьми и т.д.) и на ее основании формирует гипотезы относительно жизненного стиля и личной логики пациента.

В подходящий момент терапевт в гипотетической форме предлагает клиенту интерпретации, чтобы проверить правильность своих предположений. При этом он стремится последовательно и постепенно продемонстрировать клиенту, *как определенные ситуации или отношения могут вызвать его внутриличностный кризис, поскольку противоречат его жизненному стилю*. Интерпретации – дают пациенту возможность увидеть, как он справляется с жизнью, и причины его проблем. Демонстрируется функция невротических симптомов – они позволяют оправдать и продолжать преследование недостижимых целей. Адлер называет эту демонстрацию – «плюнуть клиенту в суп».

Если клиент не осознает влияния нереалистичных целей на его симптомы, терапевт подводит его к осознанию, задавая вопросы, позволяющие продемонстрировать его личную логику: «Разумно ли ожидать, что...?», «Возможно ли всегда...?».

«Я обнаружил, что единственно верный путь – проследивать невротическую линию поведения пациента во всех его чувствах и мыслях, раскрывать ее и одновременно ненавязчиво учить пациента делать то же самое» [10].

Как и в классическом анализе, осознание пациентом сущности и последствий своего невротического конфликта должно иметь инсайтный характер. Однако, в отличие от фрейдовского психоанализа, если клиент осознал и принял интерпретацию, он сам должен решить – меняться ему или нет.

4 этап. Поддержка переориентации.

Адлер считал, что возникновение инсайта не означает завершения терапии; понимание проблемы должно быть переведено в конструктивные действия. Здесь наступает период терапевтического процесса, когда нужно отказываться от анализа, и перейти к поощрению пациента действовать, вместо того, чтобы говорить и слушать. Терапевт настраивает клиента на выявление и изменение проявлений неадекватного поведения в личном опыте.

У Адлера нет четкого описания техник, которые рекомендуется использовать на этом этапе. В современной психотерапии, основанной на теории индивидуальной психологии, используются поведенческие и когнитивно-поведенческие техники, которые можно считать заимствованными у других школ: репетиции поведения, исполнение ролей, создание образов и т.д.

Более активный, чем во фрейдовском анализе, терапевтический стиль позволяет рассчитывать на скорейшее достижение терапевтического эффекта.

«Очень нелегко ответить на дежурный вопрос относительно продолжительности курса терапии... Правильно проведенная терапия в рамках индивидуальной психологии должна привести к частичному улучшению как минимум уже через три месяца, а в большинстве случаев даже раньше... Нужно особо подчеркивать тот факт, что продолжительность терапии зависит от пациента...» [7].

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. – М.: Академический проект, 2007. – 240 с.
2. Мосак Г. Адлеровская психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. №4.
3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 310 с.
4. Адлер А. Наука жить. – Киев: Port-Royal, 1997. – 288 с.
5. Adler A. What life should mean to you. – New York: Capricorn Books, 1958. – 300 p.

6. Ansbacher, H.L., & Ansbacher, R. (Eds). The individual psychology of Alfred Adler. New York: Basic Books, 1956, 1958; New York: Harper Torchbooks, 1964, p.341.
7. Adler A. Social Interest: a Challenge to Mankind. – London: Faber and Faber Ltd, 1938. – 313 p.
8. Mullen M.K. Earliest recollections of childhood: A demographic analysis. – Cognition. – 1994, N52. – p.55-79.
9. Tobey L.H., Bruhn A.R. Early memories and the criminally dangerous. – Journal of Personality Assessment. – 1992, N59. – p.137-152.
10. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation of selections from his writings. / H.L. & R.R. Ansbacher (-Eds.). – New York: Basic Books, 1956. – 544 p.

УДК 616.89–008.485–053.6:616.831

Михайлов Б.В., Даценко И.Б.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ
НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ
С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, эмоционально-поведенческие расстройства, нарушение формирования личности, абилитация

Среди основных проблем современной медицинской психологии, детской неврологии и психиатрии важное значение приобретают вопросы нервно-психических нарушений у детей и подростков с минимальной мозговой дисфункцией. Под этим термином понимают обычно различные легкие, без выраженных интеллектуальных нарушений, расстройства поведения и обучения вследствие биологически обусловленной недостаточности функции центральной нервной системы, чаще резидуально-органического генеза [1 - 3]. Поведенческие нарушения, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, обусловленные минимальной мозговой дисфункцией, в подростковом возрасте могут трансформироваться в более стойкие личностные нарушения. В специальных работах подчеркивается, что нарушение формирования личности влечет за собой развитие социальной и микросоциальной дезадаптации подростков, повышает риск возникновения у них невротических расстройств и расстройств личности, искажений и задержек психического развития [4 - 8].

Несмотря на то, что эта социально значимая проблема в последние годы занимает все большее место в разного рода исследованиях - психологических, неврологических, психиатрических, социологических - ее многие вопросы не решены окончательно. Недостатком проводимых по этой проблеме исследований является их сравнительно узкая направленность и монотематичность.

До настоящего времени остается практически не разработанной проблема формирования у подростков с мозговой дисфункцией органического расстройства личности.

В этой связи до настоящего времени не разработаны достаточно эффективные методы коррекции нарушения формирования личности подростков с мозговой дисфункцией, а используемые с этой целью психотерапевтические методики нуждаются в существенной модификации, учитывающей специфические особенности данной патологии [9, 10].

Целью нашего исследования явилось изучение механизмов развития и спектра клинических проявлений личностных нарушений у пациентов подросткового возраста с мозговой дисфункцией, что позволило разработать программу своевременной диагностики и системы абилитации.

Материал и методы исследования. Было проведено изучение 259 подростков мужского пола с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческим расстройством в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы УЗ.

Обследуемые были распределены на две группы. Первую составили 209 подростков, в анамнезе которых имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы. Контрольную группу составили 50 подростков того же возраста, которые не имели эмоционально-поведенческих расстройств, хотя, по данным анамнеза, подвергались действию того или иного из вышеперечисленных факторов, но проявлявшихся в легкой степени.

Использовались диагностические критерии МКБ-10. Обследование включало в себя клиническое исследование, изучение психологических, социально-психо-

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. – М.: Академический проект, 2007. – 240 с.
2. Мосак Г. Адлеровская психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. №4.
3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 310 с.
4. Адлер А. Наука жить. – Киев: Port-Royal, 1997. – 288 с.
5. Adler A. What life should mean to you. – New York: Capricorn Books, 1958. – 300 p.

6. Ansbacher, H.L., & Ansbacher, R. (Eds). The individual psychology of Alfred Adler. New York: Basic Books, 1956, 1958; New York: Harper Torchbooks, 1964, p.341.
7. Adler A. Social Interest: a Challenge to Mankind. – London: Faber and Faber Ltd, 1938. – 313 p.
8. Mullen M.K. Earliest recollections of childhood: A demographic analysis. – Cognition. – 1994, N52. – p.55-79.
9. Tobey L.H., Bruhn A.R. Early memories and the criminally dangerous. – Journal of Personality Assessment. – 1992, N59. – p.137-152.
10. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation of selections from his writings. / H.L. & R.R. Ansbacher (-Eds.). – New York: Basic Books, 1956. – 544 p.

УДК 616.89–008.485–053.6:616.831

Михайлов Б.В., Даценко И.Б.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ
НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ
С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Харьковская медицинская академия последиplomного образования МОЗ Украины

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, эмоционально-поведенческие расстройства, нарушение формирования личности, абилитация

Среди основных проблем современной медицинской психологии, детской неврологии и психиатрии важное значение приобретают вопросы нервно-психических нарушений у детей и подростков с минимальной мозговой дисфункцией. Под этим термином понимают обычно различные легкие, без выраженных интеллектуальных нарушений, расстройства поведения и обучения вследствие биологически обусловленной недостаточности функции центральной нервной системы, чаще резидуально-органического генеза [1 - 3]. Поведенческие нарушения, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, обусловленные минимальной мозговой дисфункцией, в подростковом возрасте могут трансформироваться в более стойкие личностные нарушения. В специальных работах подчеркивается, что нарушение формирования личности влечет за собой развитие социальной и микросоциальной дезадаптации подростков, повышает риск возникновения у них невротических расстройств и расстройств личности, искажений и задержек психического развития [4 - 8].

Несмотря на то, что эта социально значимая проблема в последние годы занимает все большее место в разного рода исследованиях - психологических, неврологических, психиатрических, социологических - ее многие вопросы не решены окончательно. Недостатком проводимых по этой проблеме исследований является их сравнительно узкая направленность и монотематичность.

До настоящего времени остается практически не разработанной проблема формирования у подростков с мозговой дисфункцией органического расстройства личности.

В этой связи до настоящего времени не разработаны достаточно эффективные методы коррекции нарушения формирования личности подростков с мозговой дисфункцией, а используемые с этой целью психотерапевтические методики нуждаются в существенной модификации, учитывающей специфические особенности данной патологии [9, 10].

Целью нашего исследования явилось изучение механизмов развития и спектра клинических проявлений личностных нарушений у пациентов подросткового возраста с мозговой дисфункцией, что позволило разработать программу своевременной диагностики и системы абилитации.

Материал и методы исследования. Было проведено изучение 259 подростков мужского пола с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческим расстройством в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы УЗ.

Обследуемые были распределены на две группы. Первую составили 209 подростков, в анамнезе которых имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы. Контрольную группу составили 50 подростков того же возраста, которые не имели эмоционально-поведенческих расстройств, хотя, по данным анамнеза, подвергались действию того или иного из вышеперечисленных факторов, но проявлявшихся в легкой степени.

Использовались диагностические критерии МКБ-10. Обследование включало в себя клиническое исследование, изучение психологических, социально-психо-

логических и биологических аспектов психического здоровья. Инструментальные исследования включали электроэнцефалографию (ЭЭГ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

Психодиагностическое обследование подростков включало в себя анализ психоанамнеза, изучение психологических и социально-психологических характеристик личности пациентов, а также их адаптации на разных уровнях взаимодействия.

Акцентуации характера изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (-ПДО), позволяющего определить 12 типов акцентуаций [11].

С целью изучения личностных особенностей подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими нарушениями нами использован многофакторный личностный опросник Кеттелла для подростков [12].

Изменение структуры психоэмоционального состояния подростков с мозговой дисфункцией определяли по результатам выполнения теста Люшера – методики цветового выбора – восьмицветный вариант по последовательности расстановки и предпочтения цветов [13].

Отношение подростков к своей болезни изучали с помощью Ленинградского опросника Бехтеревского института (ЛЮБИ) [14]. Отношение родителей к заболеванию своего ребенка исследовали по методике В.С.Подкорытова (1995) [15].

Для исследования воспитания наших пациентов был использован опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 1987) [16, 17].

Проведенное последовательное и всестороннее междисциплинарное исследование дало возможность выявить этиологические факторы, механизмы развития, проявления нарушений формирования личности подростков с мозговой дисфункцией и стало базой для разработки их дифференцированной психокоррекции.

Данные клинических и психодиагностических исследований были подвергнуты математической обработке

Результаты проведенного исследования.

Психическое состояние подростков с мозговой дисфункцией определялось характером имеющихся у них эмоционально-поведенческих расстройств и типом нарушения формирования личности. В большинстве случаев (661,1%) отмечалась расторможенность потребностей и влечений. Поведенческие расстройства характеризовались стойким паттерном диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. У 301,0% подростков эти расстройства ограничивались рамками семьи, у остальных наблюдались социализированное, несциализированное, социально-тревожное и тревожно-фобическое расстройства, а также органический (психический и психофизический) инфантилизм. У части больных в более старшем

подростковом возрасте формировались астенические черты.

Исследование психического состояния подростков с мозговой дисфункцией позволило выделить два основных варианта типов нарушения личности:

I. Типы нарушения формирования личности возбудимого круга (671,1%): 1) лабильный (423%); 2) агрессивный (303%); 3) сексуально-фиксированный (143%); 4) расторможенный (103%); 5) истероидный (42%).

II. Типы нарушения формирования личности тормозного круга (331,1%): 1) апатический (696%); 2) шизоидный (185%); 3) параноидный (134%).

При неврологическом обследовании у всех пациентов основной группы была выявлена резидуальная органическая микросимптоматика со следующим синдромальным распределением:

цефалгический синдром (у 129 пациентов, 621,1%);
гидроцефальный синдром (у 143, или 681,1%);
синдром вегетативной дистонии с перманентным или пароксизмальным течением (112, 531,1%);
синдром пирамидной недостаточности, одно- или двусторонний (у 136, 651,1%);
легкий вестибуло-атактический синдром (у 98, 471,1%);
астенический синдром (у 84, 400,9%);
синдром сенсорной недостаточности а) по полиневритическому типу, в дистальных отделах конечностей (у 19, 80,8%), б) по гемитипу (у 24 пациентов, 120,7%).

Были выявлены определенные закономерности изменений биоэлектрической активности мозга у обследованных больных.

У подростков с нарушением формирования личности возбудимого и тормозного круга наблюдались разнонаправленные изменения топографического распределения в коре головного мозга показателей корковой реактивности – усиление усвоения альфа-ритма в передних отделах с формированием передне-заднего градиента в первом случае и противоположного паттерна с формированием задне-переднего градиента – во втором.

У возбудимых пациентов было обнаружено наличие достоверной межполушарной амплитудной асимметрии с правополушарным преобладанием в альфа- и тета-диапазонах в височных отведениях; достоверное снижение межполушарной асимметрии по альфа-диапазону в затылочных отведениях. У пациентов с нарушениями тормозного круга было установлено достоверное снижение межполушарной асимметрии по альфа-диапазону в затылочных отведениях.

Психодиагностическое обследование показало, что у всех подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами имеются явно выраженные акцентуации характера, чаще всего лабильного, астено-невротического и эпилептоидного, реже гипертимного, шизоидного и истероидного типов.

Обнаружена четкая зависимость типа формирующегося у больного расстройства личности от типа

имеющейся у него акцентуации характера. Эпилептоидная акцентуация во всех случаях трансформируется в агрессивное, астено-невротическая у всех обследованных – в апатическое, гипертимная – в расторможенное (509%), реже диссексуальное (479%) и в единичных случаях – лабильное расстройство личности. Лабильная акцентуация характера почти всегда (963%) трансформируется в лабильный, шизоидная – в шизоидный (4810%), реже (339%) в параноидный, в ряде случаев (188%) – в сексуально-фиксированный, истероидная во всех случаях – в истероидный тип расстройства личности.

Изучение отношения подростков с мозговой дисфункцией к своей болезни показало, что оно в основном зависит от имеющегося у них типа акцентуации характера. При эпилептоидной акцентуации чаще всего отмечался анозогнозический (548%), реже эгоцентрический (398%), при астено-невротической – неврастенический (417%), при шизоидной – апатический (828%), при гипертимной – одинаково часто эйфорический, анозогнозический и эргопатический, при лабильной – неврастенический и эйфорический (соответственно 326 и 286%), при истероидной – эгоцентрический типы отношения к болезни (6024%).

Реагирование родителей на болезнь своих детей также в основном было неадекватное. У матерей оно чаще всего было демонстративно-героическим или самообвинительным (соответственно 291,0 и 210,9%), у отцов – игнорирующее (221,0). Реже всего встречались у матерей стыдливо-катастрофическое (60,5%), у отцов – демонстративно-героическое (120,7%) или поверхностное (194%) отношение к болезни ребенка. При этом в подавляющем большинстве случаев (731,0%) в семье наблюдалось несогласованное восприятие родителями болезни сына, что весьма негативно сказывалось на течении заболевания и его лечении.

Полученные данные показали, что формирование органического расстройства личности у подростков с резидуально обусловленной мозговой дисфункцией имеет сложный патогенез, в который вносят свой вклад биогенные, психогенные, социогенные, негативные социально-психологические и личностные факторы.

Каждый из типов нарушения формирования личности характеризуется своими специфическими проявлениями: клиническими – психическими, неврологическими (в том числе вегетологическими), психологическими, сексологическими и нейрофизиологическими.

Комплекс проведенных исследований позволил выделить у подростков с мозговой дисфункцией основные патогенетические механизмы развития нарушения формирования личности по органическому типу и провести их уровневую стратификацию.

Предложенная нами [18] стратификация патогенетических механизмов развития нарушения формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией имеет следующие уровни:

I. Нейробиологический, детерминированный неспецифической органической предрасположенностью и обусловлен нарушениями интегративных функций головного мозга вследствие функционального дисбаланса лимбико-ретикулярного комплекса.

II. Социальный, представленный микросоциальными и макросоциальными факторами, и обусловлен нарушениями способности адекватной оценки социальной ситуации и выбора оптимальной формулы поведения, что приводит к дисгармонии всех сфер социальной коммуникации – эмоциональной, интеллектуальной, личностной и т.д. Социальный уровень репрезентован следующими факторами:

1) микросоциальные:

- семья,
- институт обучения и воспитания,
- социально-референтные группы;

2) макросоциальные.

III. Психологический уровень включает:

- 1) индивидуально-психологические характеристики,
- 2) эмоциональное состояние,
- 3) отношение к своей болезни,
- 4) характеристики полоролевого поведения,
- 5) особенности психосексуального развития.

Проведенная нами уровневая стратификация механизмов нарушения формирования личности подростков с мозговой дисфункцией является обоснованием необходимости уровнево организованной системы реабилитации таких пациентов с использованием биологически-ориентированных методов воздействия, дифференцированной психотерапевтической коррекции и тренинга социальных навыков.

Нами проанализирована и построена система реабилитации подростков с нарушением формирования личности, которая адресуется к каждому выделенному уровню. Это является обоснованием для организации уровнево-системного подхода к построению всей комплексной системы реабилитации таких подростков и создания мультидисциплинарной команды врачей (детский невролог, детский психолог, психотерапевт) с точки зрения профессиональной целесообразности.

Система реабилитации состоит, с одной стороны, из психотерапевтически потенцируемых медикаментозного лечения, направленного на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии (ноотропные, седативные препараты, нейролептики и антидепрессанты), с другой – из психотерапевтической коррекции, задачей которой является нормализация эмоционального состояния и межличностных отношений, адаптация подростков в семье и социуме.

В системе реабилитации используется широкий арсенал современных методов психотерапии, выбор и конкретное содержание которых определяются этапом лечения, типом нарушения формирования личности и индивидуальными особенностями пациента с мозговой дисфункцией. В соответствии с этим подходом проводятся информационная, когнитивная, суггестивная терапия в индивидуальной и групповой форме;

персоналістическа психотерапія; груповая психотерапія з ролевими іграми; на більш пізніх етапах лікування – ролевої і поведінчеський тренінг і на всіх етапах при всіх обставинах – сімейна психотерапія.

Проведення системи психотерапії, потенціюючої медикаментозне лікування, і психотерапевтичеської корекції емоціонально-поведінчеських розстройств у підлітків з мозковою дисфункцією і порушенням формування особистості по органічеському типу дозволило отримати виражений безпосередній клінічеський ефект у більшості з них ($81 \pm 0,8\%$), приче у $50 \pm 1,1\%$ – достатньо високого ефекта. Однак віддалені результати абілітації виявились нижче: чеzez 2 роа наближення терапевтичеський ефект склал $61 \pm 1,1\%$, чо було обусловлено негативним впливом мікросоціальних і соціальних факторів.

Література

1. Белоусова Е.Д. Синдром дефицита внимания/гиперактивности / Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2000. – №3. – С. 39–42.
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // Pediatrics. – 2000. – Vol.105. – P1158-1170.
3. Manos M.J. Фармакологическое лечение гиперактивного расстройства с дефицитом внимания: на пути к успешному результату / М. Manos // НейроNEWS. – 2008. – №2 (07). – С. 46-50.
4. Подкорытов В.С. Невротические расстройства у детей и подростков «чернобыльцев» / В.С. Подкорытов, Л.Ф. Шестопалова. – Киев: Центр соц. экспертиз и прогнозов Ин-та социологии НАНУ, 1999. – 264 с.
5. Психіатрія / О.К. Напрєєнко, І.Й. Влох, О.З. Голубков; за ред. проф. О.К.Напрєєнка. – Київ: Здоров'я, 2001. – 584 с.
6. Моїсєєнко Р.О. Організаційно-методичні основи медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Р.О. Моїсєєнко, В.Б. Педан, В.В. Бережний та ін. // Соц. педіатрія. – 2005. – Вип.ІІІ. – С. 24-29.
7. Детская психиатрия: [учебник / под ред. Э.Г.Эйдемиллера]. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
8. Bllom B. Summary health statistics for U. S. children: National Health Interview Survey, 2005 / B. Bllom, A.N. Dey, G. Freeman // Vital Health. – 2006. – Vol.10. – P. 1-84.
9. Психотерапія: [учебник; под ред. Б.Д.Карвасарського]. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
10. Михайлов Б.В. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / Б.В. Михайлов // Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги (ХІ Платонівські читання): матер. наук.-практ. конф., присвяч. 85-річчю Харківськї мед. академії післядипломної освіти; 145-річчю санаторію «Березівські мінеральні води»; 45-річчю кафедри психотерапії ХМАПО; 90-річчю зі дня народження К.І.Платонова. – Харків, 2008. – С. 96-97.
11. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – С. 81–102.
12. Александровская Э.М. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: [метод. рекоменд.] / Э.М. Александровская, И.Н. Гильяшева. – Л.: ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1985. – 33 с.
13. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики: Метод цветовых выборов – модифицированный цветовой тест Люшера / Л.Н. Собчик. – М.: ИПП, 1990. – 87 с.
14. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕД-пресс, 1998. – 588 с.
15. Подкорытов В.С. Динамика состояния психического здоровья детей, проживающих в загрязненных радионуклидами районах Украины / В.С. Подкорытов // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: тез. докл. междунар. конф. – Киев, 1995. – С. 300.
16. Эйдемиллер Э.Г. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и невротоподобными состояниями: [метод. рекоменд.] / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1987. – 49 с.
17. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2006. – 346с.
18. Даценко І.Б. Порушення формування особистості за органічним типом у підлітків із мозковою дисфункцією (причини, механізми розвитку, клініка, абілітація): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец.19.00.04 «Медична психологія» - Харків, 2008. – 36 с.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Б.В. Михайлов, І.Б. Даценко

Розроблено патогенетичні механізми розвитку, клінічна систематизація та особливості психокорекції порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією на основі системного міждисциплінарного підходу. Показано механізми трансформації акцентуацій характеру в розлади особистості за органічним типом, зв'язки особистісних відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Визначено роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.

Закономірності, що було встановлено у дослідженні, покладено в основу розробленої системи абілітації підлітків із мозковою дисфункцією та емоційно-поведінковими розладами, яка дала змогу досягти стійкого клінічного ефекту у більшості випадків.

Ключові слова: підлітки, мозкова дисфункція, емоційно-поведінкові розлади, порушення формування особистості, абілітація

PATHOGENICALLY MECHANISMS AND PSYCHOCORRECTION FOUNDATIONS OF PERSONALITY FORMATION DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH BRAIN DYSFUNCTION

B. Mychylov, I. Datsenko

Development mechanisms, clinical systematization and psychocorrection peculiarities personality forming disorders in adolescents with a brain dysfunction was determined on the basis of the interdisciplinary approach to studying it. The transformation mechanisms of character accentuations into personality disorders is shown, connections between personality peculiarities of adolescents and emotional-behavioural disorders in them with the family upbringing are shown too. The role of psychogenic, sociogenic, negative social-psychological and somatogenic factors in disorder of personality forming in adolescents with the brain dysfunction was shown.

On the basis of revealed patterns the pathogenic grounded system of abilitation on brain dysfunction adolescents with emotional-behavioural disorders and personality performing disorders was carry out.

Keywords: adolescents, brain dysfunction, emotional-behavioral personality disorders, personality forming disorder, abilitation

УДК 616.89

М.П. Беро, Р. Краузе, С.Я. Беро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока
СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ
ТЯЖЕЛУЮ КРИЗИСНУЮ СИТУАЦИЮ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: психодинамическая психотерапия, психические нарушения у пострадавших при ЧС, преодоление стрессовой ситуации

Многоплановая проблема безопасности человека в современном мире с каждым днем обостряется все больше и больше. Информационные агентства часто приносят сообщения о чрезвычайных ситуациях (ЧС) самого разного происхождения, многие из которых сопровождаются значительными разрушениями материальных объектов и человеческими жертвами.

При этом само понятие «чрезвычайная ситуация» (-ЧС) трактуется как такая совокупность обстоятельств негативной направленности, при которой внезапно возникшие психотравмирующие (травматические) события социального, стихийного, биологического, техно-, антропогенного и др. происхождения представляют повышенную угрозу для интересов государства, собственности, жизни и здоровья населения определенной территории или проживающих на ней отдельных людей [1].

По утвердившемуся в теории медицины катастроф мнению, 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.

По степени своей локализации ЧС могут классифицироваться 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, теракты, 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.

Считаем необходимым отметить, что в научной психологической и медицинской литературе последних лет наряду с термином «чрезвычайная ситуация» все чаще используется такой термин, как «тяжелая кризисная ситуация» (ТКС), в котором акцент делается на негативных психических последствиях у лиц, ставших свидетелями, жертвами или участниками того или иного психотравмирующего события, например, трагического происшествия, катастрофы и т.д.

Как отмечается в датированных 2001 г. документах, подготовленных экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЧС относятся к числу основных причин, приводящих к ухудшению состояния психического здоровья, возникновению и распространению психических расстройств. В частности, у 30-50,5% пострадавших при ЧС наблюдаются переживания тревожного спектра, повышенная эмоциональная возбудимость, депрессии; более 70% - испытывают стойкие нарушения сна, панические расстройства, трудно переносимые головные боли и т.д. Согласно результатам выполненных в последние годы исследований, ЧС вызывают практически двукратное увеличение числа лиц с психическими расстройствами невротического уровня, с такими агрессивными формами поведения, как убийства и самоубийства [2].

В контексте психодинамической психотерапии названные и многие другие психические нарушения, возникающие у лиц, перенесших ТКС, рассматриваются как посттравматическое стрессовое расстройство (-ПТСР) и связываются с таким психогенным фактором, как стресс. К слову, за последние десятилетия объем понятия «стресс» претерпел определенные изменения. Так, если прежде его рассматривали как обширный круг психических состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия окружающей среды [3], то в настоящее время утвердилось точка зрения, согласно которой оно трактуется и как стресс-провоцирующее событие и соответствующее травматическое «стрессовое» переживание [2].

Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома в современной науке присвоено наименование «эмоциональный стресс» (ЭС), под которым пони-

маются аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и психотравмирующих факторов, что связано с вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое в совокупности с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей ЭС может стать причиной серьезных психических расстройств, а при неоднократном повторении или большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. Клиническая практика свидетельствует, что первичные психические расстройства, возникающие при ЭС в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови и др.

ЭС по своему происхождению, как правило, социальны, и устойчивость к ним у разных людей различна. Замечено, что стрессовые реакции на психосоциальные трудности представляют собой не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение. В своем крайнем проявлении психические последствия ЭС находят выражение в ПТСР [4].

С точки зрения психодинамической психотерапии, стресс становится травматическим тогда, когда результатом воздействия вызывающего его фактора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. При этом, согласно существующим концепциям, у пострадавшего нарушается структура самости, когнитивная модель мира, аффективная сфера/неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора здесь выступают психотравмирующие события, то есть ТКС, обладающие мощными негативными последствиями, ситуации угрозы для жизни самого пострадавшего или значимых для него близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности у лиц, перенесших ТКС, вызывая у них переживания ЭС, психологические последствия которого разнообразны.

Имеющийся в нашем ОКПНБ-МПЦ опыт психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, однозначно свидетельствует о необходимости учитывать все вышесказанное в процессе повседневной работы с

пациентами названной категории. Данный опыт находит свое практическое применение не только в условиях клиники, но и непосредственно в процессе ликвидации последствий ЧС как в населенных пунктах, так и за их пределами, где применяется специалистами сформированных при ОКПНБ-МЧС 12 психолого-психиатрических и психотерапевтических бригад постоянной готовности, функционирующих при центральных городских больницах №№1,3,6,9,11,17,18,20,24,25,26,27. Эти специализированные бригады находятся в постоянной готовности к выезду на место ЧС для оказания профильной помощи пострадавшим.

Данный опыт базируется на основных положениях работы И.Реддеманн [5], в центре которой находится метод психодинамической имажинативной травмотерапии (ПИТТ), фактически представляющий собой комбинацию значимых для травмотерапии позиций психотерапевта и применяемых им методов психотерапии, заимствованных из различных психотерапевтических концепций.

Базовая позиция ПИТТ, как известно, основывается на способности человеческого организма к саморегуляции, при помощи которой он в сочетании с системой отношений может сам организовать свое излечение. Как правило, психотерапевтическая поддержка необходима лишь в тех случаях, когда появляются устойчивые симптомы, с которыми перенесший ТКС не в состоянии справиться самостоятельно. При этом за основу берется образ человека, находящийся между повседневным функционированием и гуманистическим единством. В силу этого человек рассматривается как способный к развитию, социально опосредованный и духовно неразрушимый индивидум. Под стабильными и защищающими условиями И.Реддеманн понимает профессионально допустимую доступность психотерапевта в рамках рабочего союза, который следует постоянно контролировать, а также необходимость обеспечения безопасности в рамках психотерапевтической ситуации и вне ее.

Это означает, что перенесший ТКС привлекается к принятию решений о последующих психотерапевтических шагах, после того как его проинформируют о процессе травматизации, теоретических и практических мотивах в отношении того или иного образа действий, а также о психотерапевтических концепциях, лежащих в основе таких действий.

Практика показывает, что вместо подгонки психотерапевтических вмешательств под определенную психотерапевтическую концепцию целесообразнее применять гибкий, лишенный догматизма подход к способностям перенесшего ТКС и его потребностям, который позволяет психотерапевту ориентироваться при выборе методов. При этом полезна установка на самые различные концепции, для чего рекомендуется использование разнообразных психотерапевтических инструментов и творческое их использование психотерапевтом. Следует учитывать, что существует потен-

циал к ретравматизации, поэтому регрессия не поощряется, а идентифицируется как состояние “Я” и регулируется во многом за счет одновременной активизации взрослого, родительского компонента личности перенесшего ТКС, который может ориентироваться на определенную модель, предлагаемую ему психотерапевтом. Наиболее действенными в таких случаях оказываются акцент на рабочие отношения и акцент на когнитивные коммуникационные пути.

Перспектива ориентации на ресурсы, которая отдает предпочтение существующим сильным сторонам личности перенесшего ТКС, имеющимся у него способностям и стратегиям выживания, не занижая при этом его слабых сторон и последствий перенесенных им психических травм, требует, в первую очередь, позитивной коннотации и признания всех симптомов в качестве необходимых стратегий выживания, не имеющих альтернатив в момент возникновения психической травмы.

Методика ПИТТ. Как известно, в ПИТТ не существует ориентации на процесс, т.е. психотерапевтические действия не определяются материалом, спонтанно генерируемым пациентом, поскольку такой материал часто может приводить к повторной инсценировке травматических переживаний. ПИИТ в гораздо большей степени ориентируется на четырехкомпонентную модель взаимообусловленных фаз, которая одновременно и опирается на структуру травматического процесса, и учитывает естественное протекание процесса выздоровления. На этом базируется и опыт применения данной модели в нашем ОКПНБ-МПЦ для лечения перенесших ТКС.

1. Вводная фаза связана с установлением контакта между психотерапевтом и перенесшим ТКС, налаживанием рабочего союза, психодиагностикой и анамнезом. Последние начинаются с восприятия сигналов повышенного стресса на психотерапевтических сеансах. Предположительные диагнозы и гипотезы высказываются только в той форме, которая не приводит к активизации травматических переживаний. Целесообразно отказаться от диагностики в распространенном смысле слова и обращаться преимущественно к актуальным симптомам стресса и возможности вместе с перенесшим ТКС повлиять на его смягчение в рамках существующей ситуации и, таким образом, продемонстрировать опыт самоэффективности пациента. При этом желательно полностью отказаться от использования понятия “травматизация” и от таких диагностических методов, как тесты. Тем не менее, существует необходимость определения симптоматического поведения перенесшего ТКС по циклам переработки им психической травмы для понимания наблюдаемых симптомов и оценки его стабильности. Для того, чтобы избежать обострения ретравматизации вследствие проработки травматического материала, перенесший ТКС и психотерапевт в рамках своего рабочего союза вырабатывают определение цели, которое позволяет постоянно ориентировать фокус на

существующие ресурсы. Контролируемые цели отдельных этапов процесса лечения дают возможность приобретения опыта пошагового движения по пути переработки последствий психической травмы, который зачастую длится долго и дается тяжело.

2. Фаза стабилизации с установлением внешней и внутренней безопасности перенесшего ТКС при помощи психовоспитания, техник стабилизации и саморегуляции, а также его обучения имажинации и работы с внутренними компонентами. Опытным путем установлено, что благодаря психовоспитанию происходит когнитивное просвещение перенесшего ТКС об этапах процесса лечения и лежащих в их основе результатах теоретических и практических исследований, что подчеркивает форму рабочего союза, в котором он поощряется к тому, чтобы активно принять на себя ответственность за себя самого. С другой стороны, такой подход противодействует программе “выученной беспомощности”, которая представляет собой одно из самых распространенных последствий психической травмы. При амбивалентной мотивации перенесшего ТКС шагом, предшествующим всем остальным интервенциям, является выработка стабильности в форме «внутреннего многообразия мотиваций». Это относится как к внутренней агрессии, так и к внешней ситуации перенесшего ТКС. Поддержку “Я” перенесшего ТКС оказывают и ориентация на ресурсы и их генерация, подтверждение и развитие существующих у него способностей к восстановлению, а также его обучение различным модификациям поведения и контролю над аффектами. Усиление и стабилизация “Я” перенесшего ТКС может заключаться и в том, что психотерапевт временно принимает на себя роль помогающего “Я”, поддерживая своего подопечного, воспринимая его потребности и серьезно относясь к ним, включаясь в их реализацию. Следующая функция помогающего “Я” осуществляется в форме модели, на основе которой перенесший ТКС на конкретном примере может ознакомиться с различными возможностями поведения и интериоризировать их. К этому относятся техники самоуспокоения и дистанцирования от психических волнений:

- обучение технике использования прерывающих раздражителей;
- контролируемая диссоциация, например, при помощи техники наблюдателя, при которой перенесшему ТКС, захлестнутому состоянием, вызывающим стресс, противопоставляется профилирование внутренней инстанции, при которой посторонний внутренний свидетель как бы наблюдает за происходящим с нейтральной дистанции, лишённой эмоций;
- техника экранирования дополняет дистанцированную позицию постороннего свидетеля, добавляя еще один аспект самоуспокоения. При этом ТКС как бы проецируется на экран и «перематывается вперед и назад», а при необходимости и модифицируется;
- внутренняя сцена и внутренняя команда;
- закрепление безопасного или приятного места для

компонентов самости, испытывающих страдания или ощущающих угрозу;

- создание внутренних помощников.

Следует подчеркнуть, что стабилизация и усиление “Я” перенесшего ТКС обладают преимуществом перед всеми интервенциями, направленными на “вскрытие” проблем и конфронтацию с ними, так как без этого не может осуществиться конструктивная переработка психической травмы. В противном же случае постоянно будет иметь место усиление опыта поражения и бессилия.

3. Фаза конфронтации с психической травмой. В процессе реализации данной фазы нами используются контролируемая десенсибилизация, дистанцирование, способность многомерного восприятия для регулирования аффектов, дозирование экспозиции травматического материала, рестабилизация. Лишь после того, как в достаточной мере произойдет овладение перенесшим ТКС стабилизирующими способностями и техниками, можно вводить сопровождаемые, контролируемые экспозиции травматического материала, не подвергая его опасности ретравматизации, причем необходимо согласовывать с ним темп, интенсивность и дозировку таких экспозиций. При этом часто проявляется необходимость конфронтации с компонентами, которые идентифицируются как виновники, а также необходимость их интеграции. Полное вовлечение таких компонентов представляет собой эффективную форму профилактики рецидива. В подобных случаях используются техники десенсибилизации.

4. Фаза интеграции, на которой у перенесшего ТКС появляется возможность грустить и печалиться, совместно с психотерапевтом изучать общечеловеческие стратегии преодоления конфликта и конструктивное обращение с негативными аффектами, заниматься проработкой таких тем, как самооценка и самопризнание. Психотерапевтическая задача заключается в поддержке действий и поступков пациента. Здесь находят свое место вопросы о смысле жизни и духовности. Только лишь после этого становится возможным начало процесса ретроспективного восприятия и принятия перенесшим ТКС травматических событий в качестве реальных моментов собственной биографии, что часто сопровождается сильными чувствами гнева и печали. Если такие шаги удастся осуществить, то нередко происходит примирение перенесшего ТКС с психической травмой и ее интеграция как части его собственной идентичности.

Позиция психотерапевта в отношениях с перенесшим ТКС

Общей целью здесь является двухфокусная реакция естественных процессов саморегуляции и восстановления гибкого динамического равновесия как во внутренних, так во внешних системах. Этот процесс осуществляется за счет базовой позиции психотерапевта, которая основывается на его уважении к перенесшему ТКС и самому себе. При сложных психических травмах рекомендуется долгосрочный курс лече-

ния, в рамках которого построение и поддержание доверительных отношений представляет собой фундаментальную базу для всех остальных процессов.

Расширение ресурсов и способностей пациента является основной линией применяемого нами психотерапевтического лечения перенесших ТКС. Как правило, оно реализуется преимущественно в рамках общего фокуса оживления и усиления субъективного позитивного опыта пациента.

Психотерапевт определяет свои предложения по статусу перенесшего ТКС в зависимости от фазы лечения. В качестве общих целей определяются новое усиление, саморегуляция, расширение ресурсов, десенсибилизация, прерывание замкнутого круга ретравматизации, созревание, локально-темпоральная дифференциация и осознанная интеграция.

Интегрированный подход при выборе методики лечения перенесшего ТКС

Как показывает практика, эффективность психотерапевтического лечения перенесшего ТКС повышается при интеграции нескольких психотерапевтических методов. Многие авторы сообщают об успешной комбинации психоаналитической, глубинно-психологической работы с экстернализацией и символизацией, с когнитивно-бихевиористическим расширением знаний о травме и способностью к саморегуляции, с семейно-системной интеграцией, гипнотически-имажинативными приемами и др. Нами, к примеру, успешно используются подходы, основанные на православной психотерапии.

Диагностические инструменты при работе с перенесшими ТКС включают в себя стандартизированные тестовые методы, дополнительное использование вербальных и невербальных сообщений, вплоть до кинезиологических мышечных тестов. Телесно-ориентированные методы, практикуемые нами, используют точное наблюдение за такими сигналами тела, которые дают указания на лежащее в основе энергетически-нейрональное состояние организма. Путем подробного анамнеза нами дифференцируется степень психической травмы и ее положение в двухфазном процессе травматизации между констрикцией и перевозбуждением. Решающим критерием при этом является степень диссоциации или степень осознания ее существования.

По нашему мнению, у лиц, перенесших ТКС на ранних стадиях психофизиологического развития или долгое время подверженных травматическому опыту, изначально необходимо сформировать и стабилизировать способности к ментализации и символизации. При этом мы исходим из того, что выработка дифференциации модуса эквивалентности и модуса “как будто” представляет собой основу последующей психотерапии.

Психовоспитание и когнитивная активизация приводят к первой ориентации перенесшего ТКС и помогают ему наладить доверительные отношения с психотерапевтом. Когнитивная активизация, кроме того,

способствуя оживлению прерванных связей между различными “уровнями”, является одной из наиболее важных контрмер против обусловленной психической травмой ошибочной нейрональной переработки информации. Вербализация выполняет ту же функцию, так как в процесс ее реализации вовлекается речевой центр, исключенный во время травматической ситуации, и невыраженное переходит в символы. В телесно-ориентированной психотерапии эту функцию выполняют вербальное выражение или произнесение пациентом утвердительных предложений, а также их детальная речевая проверка.

Выводы

Рассмотренный в настоящей работе опыт применения метода психодинамической имажинативной психотерапии в процессе психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, свидетельствует о его достаточно высокой эффективности. В сочетании с другими практикуемыми психотерапевтическими методами он является действенным средством при ликвидации пси-

хических последствий ЧС как в условиях стационара, так и непосредственно на месте катастрофы, аварии и т.д. Отличаясь открытостью, он вполне может быть использован приверженцами всех без исключения психотерапевтических школ.

Литература

1. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева 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. Боро. – Донецк: Капитан, 2010. – 360 с.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций: Теория и практика. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.; ил.
3. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
4. Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. – М.: ИД “Медпрактика - М”, 2008. – 144 с.
5. Reddemann L. Eine Reise von tausend Meilen. – 2004.

СУЧАСНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ КРИЗОВУ СИТУАЦІЮ

М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока

У публікації докладно висвітлюється накопичений авторами досвід застосування метода психодинамічної імажинативної травматотерапії (ПІТТ) в процесі психотерапевтичного лікування осіб, які перенесли тяжку кризову ситуацію.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, психічні порушення у постраждалих при ЧС, подолання стресової ситуації

MODERN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AMONG PERSONS OUTLIVED HEAVY CRISIS SITUATION

M.P. Bero, R. Krause, S.Ya. Bero, E.G. Nikiforova, V.V. Soroka

In publications is in detail considered accumulated author experience using psychodynamic imagination traumatic therapy in process of the psychotherapeutic treatment of the persons, outlived become heavy crisis situation.

Keywords: psychodynamic psychotherapy, psychotic disorders among victims of Chernobyl station, overcoming of stress situation

УДК 612.821_615.851

А.Е. Табачников¹, В.С. Табачникова²

БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

(Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Психопатологическая модель

Основным положением психопатологической модели бихевиоризма можно считать следующий тезис: многие психические расстройства можно описать как нарушения поведения, приобретаемые и поддерживаемые благодаря тем же механизмам, что и нормальное поведение. Симптом – это элемент поведения, возникший в результате ошибочного научения: случайного сочетания стимулов во времени или неправильного воспитания.

«За последние годы все более приобретает почву мнение, что многие из болезней, которым подвержена

личность, вызываются скорее недостатками и несовершенством со стороны поведения, чем каким-либо пороком в органическом механизме» [1].

Еще Павлов экспериментально сформировал невротический симптом у животного путем затруднения дифференцировки стимулов [2]. Основатель бихевиоризма Уотсон также продемонстрировал возможность вызывания **фобии** как условного рефлекса на ранее нейтральный стимул (классическое обусловливание), но уже у человека. Вместе с Р. Рейнер (Rosalie Rayner) они сформировали фобию белых мышей у 11-месячного младенца Альберта, который ранее их не

способствуя оживлению прерванных связей между различными “уровнями”, является одной из наиболее важных контрмер против обусловленной психической травмой ошибочной нейрональной переработки информации. Вербализация выполняет ту же функцию, так как в процесс ее реализации вовлекается речевой центр, исключенный во время травматической ситуации, и невыраженное переходит в символы. В телесно-ориентированной психотерапии эту функцию выполняют вербальное выражение или произнесение пациентом утвердительных предложений, а также их детальная речевая проверка.

Выводы

Рассмотренный в настоящей работе опыт применения метода психодинамической имажинативной психотерапии в процессе психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, свидетельствует о его достаточно высокой эффективности. В сочетании с другими практикуемыми психотерапевтическими методами он является действенным средством при ликвидации пси-

хических последствий ЧС как в условиях стационара, так и непосредственно на месте катастрофы, аварии и т.д. Отличаясь открытостью, он вполне может быть использован приверженцами всех без исключения психотерапевтических школ.

Литература

1. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева 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. Боро. – Донецк: Каштан, 2010. – 360 с.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций: Теория и практика. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.; ил.
3. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
4. Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. – М.: ИД “Медпрактика - М”, 2008. – 144 с.
5. Reddemann L. Eine Reise von tausend Meilen. – 2004.

СУЧАСНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ КРИЗОВУ СИТУАЦІЮ

М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока

У публікації докладно висвітлюється накопичений авторами досвід застосування метода психодинамічної імажинативної травмотерапії (ПІТТ) в процесі психотерапевтичного лікування осіб, які перенесли тяжку кризову ситуацію.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, психічні порушення у постраждалих при ЧС, подолання стресової ситуації

MODERN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AMONG PERSONS OUTLIVED HEAVY CRISIS SITUATION

M.P. Bero, R. Krause, S.Ya. Bero, E.G. Nikiforova, V.V. Soroka

In publications is in detail considered accumulated author experience using psychodynamic imagination traumatic therapy in process of the psychotherapeutic treatment of the persons, outlived become heavy crisis situation.

Keywords: psychodynamic psychotherapy, psychotic disorders among victims of Chernobyl station, overcoming of stress situation

УДК 612.821_615.851

А.Е. Табачников¹, В.С. Табачникова²

БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

(Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Психопатологическая модель

Основным положением психопатологической модели бихевиоризма можно считать следующий тезис: многие психические расстройства можно описать как нарушения поведения, приобретаемые и поддерживаемые благодаря тем же механизмам, что и нормальное поведение. Симптом – это элемент поведения, возникший в результате ошибочного научения: случайного сочетания стимулов во времени или неправильного воспитания.

«За последние годы все более приобретает почву мнение, что многие из болезней, которым подвержена

личность, вызываются скорее недостатками и несовершенством со стороны поведения, чем каким-либо пороком в органическом механизме» [1].

Еще Павлов экспериментально сформировал невротический симптом у животного путем затруднения дифференцировки стимулов [2]. Основатель бихевиоризма Уотсон также продемонстрировал возможность вызывания **фобии** как условного рефлекса на ранее нейтральный стимул (классическое обусловливание), но уже у человека. Вместе с Р. Рейнер (Rosalie Rayner) они сформировали фобию белых мышей у 11-месячного младенца Альберта, который ранее их не

боялся. В качестве безусловного раздражителя, вызывающего страх, использовались громкие звуки, одновременно с которыми Альберту демонстрировали условный стимул – белую мышку. Вскоре Альберт начал плакать лишь при виде мышки, а также похожих на нее объектов – кролика, собаки, меховой шубы, комочка ваты (генерализация стимула).

«Психопатологию человека мы понимаем как следствие тех или иных событий, приведших к формированию у индивида отвращения, антипатии по механизму условных рефлексов» [3].

Впрочем, большинство бихевиористов рассматривает реакции страха в определенных ситуациях (высота, темнота, быстро движущиеся объекты), тревоги в незнакомой обстановке и даже депрессии, как пример эволюционно выработанных адаптивных врожденных реакций, о которых мы упоминали в психологической модели. Люди отличаются лишь порогами возникновения этих реакций – у одного страх вызывает необходимость обратиться даже к хорошо знакомой, немногочисленной аудитории, а чтобы привести в аналогичное состояние другого нужно ответственное выступление перед несколькими сотнями незнакомых людей. Второе индивидуальное различие в проявлении этих реакций – скорость их угасания. Одни индивиды быстро осваиваются в незнакомой обстановке, у других эмоциональное напряжение в таких ситуациях долгое время остается на высоком уровне [4]. Впрочем, угасание при длительной экспозиции к стимулу происходит у всех, что используется при некоторых терапевтических техниках, которые мы обсудим позднее.

Если в экспериментах Павлова на животных при отсутствии подкрепления происходило угасание нового условного рефлекса, то Уотсон обнаружил удивительную стойкость условного рефлекса страха у ребенка, даже без последующего подкрепления. Более того, дальнейшие исследования показали, что выработанное благодаря терапии угасание реакции страха не генерализуется на схожие ситуации¹. По мнению исследователей, **поддержанию нарушений** у человека способствует наличие речи и мышления, которые могут замещать реальные стимулы в процессе обусловливания – мысль о вступлении в контакт с данным стимулом вызывает тревогу и ведет к его избеганию («негативное подкрепление»).

«Психопатология в большинстве случаев порождается человеческим языком» [5].

Страх при этом уменьшается, что содействует закреплению такого поведения. Возникает порочный круг страха и избегания. Например, пациентка, страдающая агорафобией, боясь наступления панической атаки на улице, остается дома. Избегая таким образом опасности, она испытывает уменьшение тревоги, в результате чего ей становится еще труднее выйти из дома.

«Выражаясь подробнее, мы подразумеваем, что можем перечислить причины настоящей непри приспособленности в таких терминах, как “недостаточность навыков”, “отсутствие общественных инстинктов” (инстинкт, не измененный навыком), “бурность эмоций” или “недостаток или отсутствие эмоций”, и что мы можем заключить, что с его настоящим снаряжением и пластичностью индивид не в состоянии достигнуть удовлетворительного приспособления ни к настоящей обстановке ни, может быть, к какой-нибудь другой» [1].

Возникновение такой формы психопатологии, как **навязчивости**, тоже можно объяснить исходя из закономерностей формирования новых форм поведения. Если какое-то «событие А» предшествовало желаемому для нас «событию Б», то в следующий раз для наступления «события Б» мы будем стремиться воспроизвести «событие А»². Поскольку на самом деле это не повлияет на появление «события Б», подкрепление будет иметь частичный характер (см. раздел «Психологическая модель»), что затрудняет угасание и, значит, отказ от дезадаптивной модели поведения, а также способствует обрастанию навязчивости дополнительными ритуалами³.

Депрессивные нарушения могут быть объяснены на основе такого состояния, как обученная беспомощность. М. Зелигман (Martin E.P. Seligman) и С. Майер (Steven F. Maier) исследовали, что произойдет, если животное не сможет повлиять своим поведением на ход событий (избежать наказания) [7]. После ряда попыток животное убеждалось в бессмысленности любых усилий и даже в новой ситуации, где определенными действиями можно избежать наказания, оставалось пассивным. Зелигман предположил, что депрессия у человека имеет то же происхождение⁴. Она вызывается не самими неприятными событиями, а опытом неконтролируемости этих событий.

Каузальный детерминизм побуждает бихевиористов, как и психоаналитиков, считать детство периодом, когда под влиянием внешних факторов формиру-

¹ Т.е. реакция страха на гнев родителей легко генерализуется на ситуацию общения с начальством, но при угасании первой реакции вторая угасает не всегда.

² Например, если не уверенный в своих знаниях студент пришел на экзамен в новой рубашке (или споткнулся, входя в экзаменационную аудиторию), после чего вытащил один из немногих проработанных им билетов и получил отличную оценку, отправляясь на следующий экзамен, он наденет ту же «счастливую рубашку» (или нарочно споткнется на пороге). Впервые этот феномен был экспериментально продемонстрирован еще Б. Скиннером, обнаружившим, что голуби, которым дают пищу через регулярные промежутки времени, независимо от их реакций, начинают повторять выполняемые ими в этот момент действия. Например, если голубь случайно получил пищевое подкрепление, когда он ходил кругами против часовой стрелки, то это движение может закрепиться, даже если оно реально никак не связано с подкреплением [6].

³ Студент из приведенного выше примера, конечно, будет чувствовать себя уверенней на следующем экзамене в «счастливой рубашке» и это может в какой-то степени повлиять и на его поведение, и на восприятие его экзаменатором, но не повлияет на «удачный» выбор билета. Однако вместо отказа от идеи о «счастливой рубашке» студент, скорее всего, припомнит, что, надевая ее перед предыдущим экзаменом, он не застегнул две верхние пуговицы (или выполнил / не выполнил какие-то другие действия). Именно с этим он свяжет неудачу на втором экзамене, которую он постарается исправить на третьем. Ритуал подготовки к экзамену станет, таким образом, более изощренным.

⁴ Впоследствии это предположение было экспериментально подтверждено Д. Хирото (Donald Hiroto) [8].

ются основные психологические проблемы индивида – дезадаптивные модели поведения.

«Может быть, никто из нас не проходит неповрежденным через стадии детства и отрочества. Если взрослый вновь сталкивается с ранними положениями, то они могут не вызвать открытых младенческих реакций, но они и не теряют вполне своей способности встряхнуть старую эмоциональную деятельность... Очень многие индивиды сохраняют внутри непроницаемые отделения, наполненные старыми системами реакций, которые противостоят бурям и давлению зрелого возраста... мы можем иметь больную личность на основе извращения навыка — извращения, доведенного до такой степени, когда компенсирующие навыки (полезные навыки) недостаточны для того, чтобы поддержать индивида в обществе... Нарушения навыка могут начаться, а часто и начинаются с младенчества» [1].

Необихевиористы модифицировали и дополнили представления о психопатологических механизмах на основе своих психологических моделей. Так, Дж Уолп (Joseph Wolpe) указывал на возможность выработки страхов в результате общения и формирования у индивида иррациональных убеждений. А. Бандура экспериментально доказал возможность создания неадаптивных моделей поведения путем викарного научения, а также патологического вербального инструктирования (самоинструктирования). Например, наблюдая за агрессивным поведением взрослых, дети начинают вести себя агрессивно в аналогичных ситуациях [10]. Ребенок, которого напугали опасными последствиями инфекций, будет навязчиво мыть руки или бояться выходить из дому.

Подкреплением патологических (как и адаптивных) навыков могут быть мысленные оценки субъектом себя и результатов собственных действий. Еще

одной причиной нарушений поведения и фактором их поддержания может быть отсутствие веры в эффективность собственных действий. Недоверие к собственным возможностям, негативные самооценки (низкая самоэффективность) препятствуют поведенческой активности (человек, как правило, ведет себя так, как он сам от себя ожидает, и видит именно те последствия, которых ждет), создают депрессивный эмоциональный фон. Эти самооценки индивида меняются под влиянием актуальной ситуации, точнее ее субъективной интерпретации.

Проблемы индивида, по Бандуре, Скиннеру и А. Лазарусу (Arnold Lazarus), могут быть связаны не только с патологическими навыками, но и с *отсутствием адекватных навыков*, необходимых для обеспечения важных для него вознаграждений. Терапия в этом случае могла бы быть направлена на преодоление поведенческого дефицита, то есть на помощь пациенту в приобретении требуемых межличностных навыков, в том числе, путем демонстрации таких навыков моделью, т.е., викарного научения.

Исходя из созданной ими на основе теории К. Халла психологической модели, Дж. Доллард и Н. Миллер концептуализировали невроз следующим образом: поскольку в каждый конкретный момент индивид испытывает влияние нескольких драйвов и сигналов, мотивы его поведения могут противоречить друг другу. Если потенциалы этих драйвов сильно отличаются, сильная тенденция просто победит слабую. Однако при примерном равенстве потенциалов возникает конфликт. Возможны три вида таких конфликтов по Долларду и Миллеру:

- «приближение – избегание» (столкновение негативных и позитивных последствий одной и той же реакции);

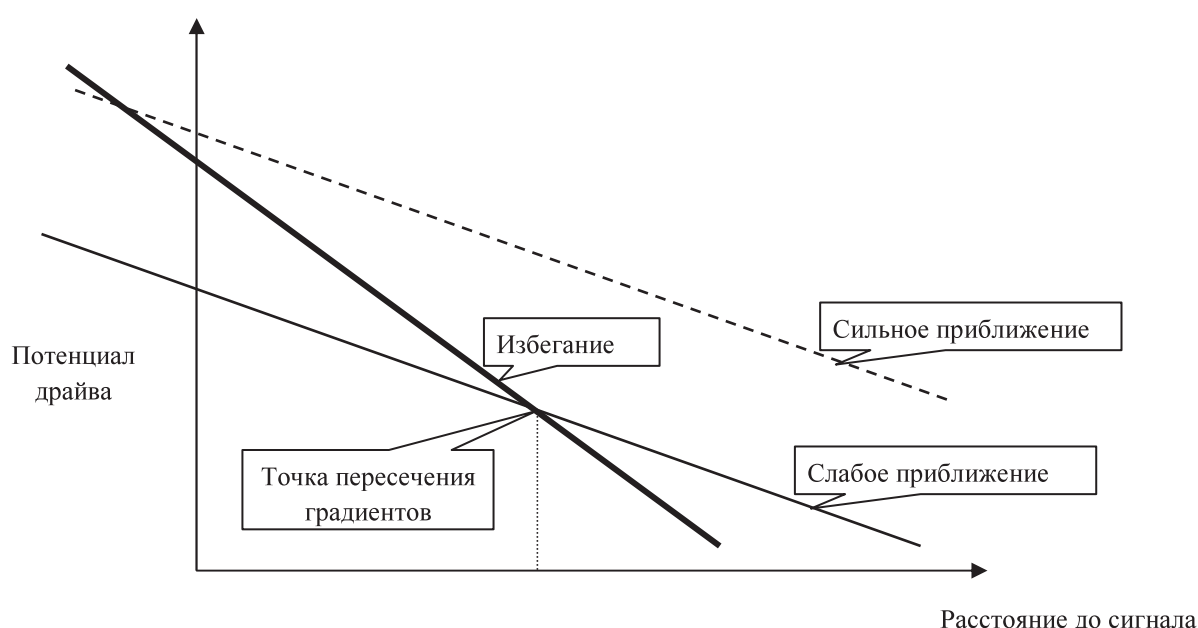


Рис. 1. Конфликт «приближение - избегание» по Долларду и Миллеру

- «избегание – избегание» (столкновение двух негативных мотивов);
- «приближение – приближение» (столкновение двух позитивных мотивов).

Сущность конфликта первого типа отображена на рисунке 1.

Субъект (например, голодный пес) испытывает влияние разнонаправленных драйвов в связи с одним и тем же сигналом (кусоч мяса, лежащий на полу возле столика летнего кафе): драйв голода (тонкая линия на рисунке) подталкивает его к сигналу (объекту), а драйв страха (толстая линия) – в противоположном направлении. В соответствии с описанной в предыдущей лекции психологической моделью, потенциал обоих драйвов нарастает при приближении к сигналу, причем драйв избегания растет быстрее. Если точка пересечения градиентов этих драйвов находится перед объектом (см. рисунок), возникнет конфликт: когда собака находится дальше этой точки, ее поведение будет определяться драйвом приближения, а когда она ее пересечет – драйвом избегания. Неспособность собаки разрешить этот конфликт будет проявляться колебаниями возле этой точки. Если конфликт приобретает затяжной характер, т.е., если ни один из участвующих в нем драйвов не может победить, он становится причиной формирования невроза. В большинстве случаев этого не происходит, поскольку меняются потенциалы драйвов. Например, тенденция приближения усилится, когда повысится потенциал данного драйва при увеличении периода депривации потребности (пунктирная линия на рис. 1). Точка пересечения двух градиентов будет находиться за объектом, и контакт с ним произойдет без проблем (собака проголодалась настолько, что голод побеждает страх приблизиться к объекту).

Конфликт «приближение-избегание» – базовый компонент в развитии невротического поведения. Наиболее вероятными результатами взаимного блокирования драйвов могут быть:

1) **регрессия** – проявление закрепленной в детстве реакции на фрустрацию (например, индивид приучился в детстве, не получая необходимого, плакать, что подкреплялось получением поддержки от взрослых, либо уединяться, что подкреплялось снижением эмоционального напряжения);

2) **смещение** – преобразование действия из одной сферы поведения, которое по причине блокирования не может быть реализовано, в другую сферу, т.е. генерализация реакции (ребенок, испытывающий агрессивные чувства к родителям, но боящийся реализовать эти чувства, уходит в свою комнату, хлопая дверью);

3) **смещенная активность** – осуществление неадекватного обстановке поведения в условиях, когда адекватная деятельность невозможна вследствие взаимного блокирования двух наиболее сильных драйвов. Например, самцы некоторых видов рыб атакуют чужаков, заплывших на их территорию (преобладание драйва приближения), но за ее пределами отступают, встретив хозяина.

Однако, встретившись на границе своих территорий (там, где сила драйвов уравновешена), эти же рыбы принимают позы копательного поведения, которым начинается строительство гнезда, т.е. абсолютно неадекватную ситуации модель поведения. Подобные явления можно наблюдать и у людей, например, в аффективно-шоковых состояниях.

Схема конфликта второго типа («избегание-избегание») отображена на рис. 2. Примером такого конфликта может служить ситуация выбора между двумя негативными стимулами: индивиду приказано выпол-

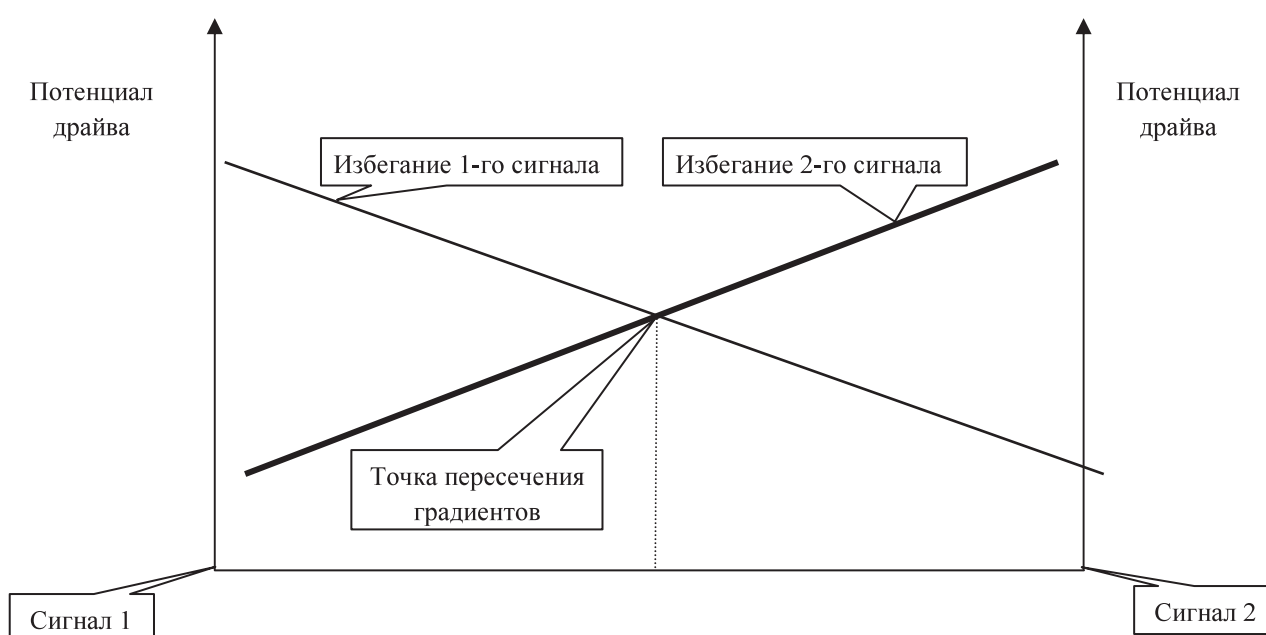


Рис. 2. Конфликт «избегание - избегание» по Долларду и Миллеру

нить неприятную работу, за отказ от которой его ждет наказание.

Чем ближе он к первому сигналу, тем сильнее реакция его избегания, но чем дальше он удаляется от него, приближаясь ко второму сигналу, тем сильнее страх наказания. В точке пересечения градиентов индивид будет демонстрировать аналогичные первому конфликту колебания от одной тенденции к другой. Если изменение потенциала одного из драйвов приведет к смещению точки пересечения за объект, конфликт будет разрешен – из двух зол будет избрано меньшее.

Третий тип конфликта – «приближение – приближение» (необходимость выбора между двумя позитивными стимулами) – Доллард и Миллер считали несущественным и неспособным привести к невротическому конфликту. Его графическое изображение аналогично конфликту второго типа (рис. 2) с той разницей, что вместо драйва избегания действует драйв приближения. Эта замена приводит к существенному изменению результата: стоит индивиду, находящемуся в точке пересечения градиентов, начать движение к одной из целей, потенциал связанного с этим сигналом драйва начнет нарастать, а противоположного драйва – уменьшаться⁵. Поэтому, с точки зрения Долларда и Миллера, там, где кажется, что конфликт между двумя позитивными вариантами выбора все же существует, психотерапевту нужно искать скрытую реакцию избегания.

В силу специфики процесса научения у человека, упоминавшейся при описании психологической модели, разрешению конфликтов мешает недостаточность их осознания (вербализации) вследствие вытеснения. Этот феномен Доллард и Миллер интерпретируют с бихевиористских позиций как реакцию избегания определенных мыслей и действий, подкрепляющуюся, как и другие реакции, редуцией драйвов страха или стыда. Благодаря генерализации, вытеснение распространяется на сходные области опыта. Не имея возможности описать конфликтующие внутри него силы, человек не может распознать и разрешить свои проблемы. Неосознанный конфликт часто приводит к формированию симптома, представляющего собой реакцию, позволяющую редуцировать тревогу, либо врожденный физиологический ответ организма на данный драйв (гипертензия, тахикардия, гипергидроз и т.д.).

Пытаясь перевести идеи З. Фрейда на язык поведенческой психологии, Доллард и Миллер определили четыре типичных ситуации первых лет жизни, в которых родительские воздействия на ребенка могут сформировать интрапсихические конфликты. Прежде чем их описать, отметим, что общей причиной этих конфликтов является противоречивость требований, предъявляемых к ребенку, точнее – недостаточная способность ребенка дифференцировать внешние стимулы и свою реакцию на них. Например, мать поощряет агрессивное и настойчивое поведение сына, когда

малознакомый ребенок на улице пытается забрать его игрушки, и требует от сына уступчивости по отношению к пришедшим в гости детям.

Итак, к ключевым конфликтам раннего детства Доллард и Миллер отнесли:

1. *Конфликт кормления.* Драйв голода является первичным и одним из самых сильных в младенчестве, поэтому вырабатываемые для его редуцирования поведенческие техники становятся моделью решения других проблем в будущем.

Когда ребенок голоден, он плачет, чтобы получить пищу – таким образом он приобретает первый опыт воздействия на среду и манипулирования другими людьми. Если длительный плач не ведет к кормлению, это формирует гипобулию и тревожность, поскольку ребенок, часто испытывавший голод из-за того, что его оставляли в одиночестве, научится бояться одиночества и навязчиво желать присутствия других. С другой стороны, ребенок, которого кормят, когда он еще не голоден, может никогда по-настоящему не научиться ценить пищевое вознаграждение и не увязывать удовлетворение с собственной активностью.

2. *Конфликт обучения чистоте.* Большинство родителей придают большое значение обучению ребенка контролю за сфинктерами. Когда ребенок оказывается неспособным установить этот контроль, его наказывают. В результате у него формируются негативные ассоциации, во-первых, с зоной гениталий, а во-вторых, с родительским присутствием.

3. *Конфликт ранней сексуальности.* Родительские обвинения ребенка в связи с мастурбацией могут привести к формированию у него реакции тревоги на проявления своей сексуальности.

4. *Конфликт «гнев – тревога».* Родители, как правило, наказывают ребенка за проявления гнева. Поэтому ребенок обучается испытывать тревогу при каждом возникновении гнева и подавлять его. В результате ребенок не только социализируется, но и начинает подавлять (вытеснять) все свои сильные чувства.

Психотерапевтическая модель

Хотя термин «поведенческая (бихевиоральная) терапия»⁶ появился лишь в 50-х гг. XX века, ее основные принципы известны давно. Например, Джон Локк в конце XVII века так формулировал принципы постепенного угашения реакций страха:

«Если ваш ребенок плачет при виде лягушки или убегает от нее, пусть другой поймает ее и держит вначале на достаточном расстоянии от ребенка. Сперва приучите последнего глядеть на нее. Когда он это сделает, пусть через некоторое время подойдет ближе и понаблюдает без эмоций, как она прыгает, затем слегка до нее дотронется в то время, как другой держит ее в своей руке и т.д., пока ребенок не сможет обращаться с лягушкой так же уверенно как с воробьем или

⁵ Именно поэтому смерть буриданова осла от голода маловероятна.

⁶ Наряду с ним, довольно широко также используется термин «модификация поведения», особенно для обозначения техник оперантного обусловливания.

бабочкой» (цит. по [4]).

Г.Ю. Айзенк определил поведенческую терапию как применение современной теории научения к лечению поведенческих и эмоциональных расстройств [11], а В.Г. Ромек – следующим образом:

«... поведенческой психотерапией может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым, формам поведения, изменения (модификации) или устранения доставляющих страдания, болезненных форм поведения» [12 22].

Цель бихевиоральной терапии можно определить как замену дезадаптивных форм поведения адаптивными, т.е. **переучивание** пациента, либо (если проблема определяется как поведенческий дефицит) **формирование новых адаптивных форм поведения**. В необихевиоризме объектом изменений помимо поведения может быть аффективное и когнитивное функционирование.

«Цель психотерапии состоит в том, чтобы сделать клиентов эффективными в жизни: в работе, в игре, в отношениях (мы имеем в виду сам процесс, а не результат), а не в том, чтобы подправить состояние “больных” человеческих существ» [5].

«Общая цель психотерапии должна заключаться в том, чтобы помочь клиенту выработать процедуры самоконтроля, полезные в решении проблем и тем самым уменьшающие его зависимость от психотерапевта и повышающие его компетентность, самостоятельность, уровень навыков самоконтроля и веру в себя. Вторая общая цель должна заключаться в оказании помощи клиенту в повышении общего уровня подкрепления в его жизни» [13].

Для конкретизации цели терапии и последующего выбора терапевтической тактики нет необходимости поиска причин возникновения (этиологии) симптома. Достаточно анализа текущих детерминант поведения.

Вот как пишут об этом Дж. Доллард и Н. Миллер:

«Если невротическое поведение - результат научения, то разучивание должно осуществляться посредством некоторой комбинации принципов, по которым проходило обучение... Психотерапия устанавливает систему условий, в которых невротическим навыкам можно разучиться, а не невротическим – научиться... Таким образом, мы рассматриваем терапевта как своего рода учителя, а пациент – как ученика. Таким же образом и по тем же принципам, как неправильные навыки игры в теннис могут быть исправлены хорошим тренером, плохие психические и эмоциональные навыки могут быть исправлены психотерапевтом» [14].

Терапевтический стиль. Как мы видим, отношения между терапевтом и пациентом в бихевиоральной терапии – это отношения тренера и обучающегося, учителя и ученика. Терапевт и пациент совместно устанавливают программу лечения: цели (симптомы – поведенческие реакции, которые должны быть модифицированы), основные этапы и режим работы, при-

чем большая ее часть, как правило, выполняется пациентом самостоятельно, в условиях привычной для него среды. Объясняется это установкой на перенесение в жизнь всех навыков, сформированных в условиях кабинета. Терапевт может сопровождать клиента при выполнении заданий в естественных условиях (например, пойти с клиентом, страдающим агорафобией в магазин), прийти к ребенку-пациенту домой или в школу с целью наблюдения или вмешательства, поговорить по телефону с самим клиентом или членами его семьи, которые могут выполнять функцию ко-терапевта. Стиль поведения терапевта обычно должен быть директивным.

В начале каждого сеанса терапевт контролирует результаты выполнения ранее данных пациенту заданий, а в конце – дает новые. При определении целей и контроле степени их достижения он старается оперировать только четко фиксируемыми и измеряемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими явлениями.

Поведенческие терапевты не делают секретов из своих методов, часто публикуют для клиентов работы, подробно раскрывающие техники бихевиоральной терапии, с помощью которых пациент может без участия врача корректировать свое поведение. Этим и определяется особый характер требований к поведенческому терапевту – иногда в наши дни от него не требуют особой медицинской или психологической подготовки. Вместе с тем, терапевту необходимы и определенные моральные качества: эмпатия, терпимость, умение слушать и вдохновлять пациента на свободное проявление мыслей и чувств. Доллард и Миллер обосновывают их необходимость следующим образом:

«Одобрение и неодобрение имеют силу вторичного вознаграждения и наказания... В повседневной жизни они являются обычным способом влияния на поведение других людей. Разрешение: отсутствие критики или демонстрации беспокойства как эффективное вмешательство.

Когда пациент говорит о чем-либо, что вызывает у него страх, спокойная реакция терапевта кажется ошеломляющим контрастом по сравнению с теми реакциями людей, которые укрепляли страх пациента... Если пациент спрашивает о чем-то, о чем раньше не упоминал или говорил со смущением, терапевту разрешается спокойно и объективно предоставить ему необходимую информацию. Терапевту очень важно самому быть хорошим примером для пациента. Так как он обладает большим авторитетом, его спокойствие, уверенность и рассудительность – образец для пациента, который, в свою очередь, становится сам более спокойным уверенным и рассудительным...

Теплое отношение, внимание, интерес и понимание – хорошее вознаграждение, особенно для тех людей, которые в обычной жизни часто наталкиваются на непонимание...» [14].

Поведенческая терапия, как правило, является краткосрочной, однако она может продолжаться и до

50 сессий. Обычно поведенческий терапевт заключает с пациентом контракт о проведении терапевтических мероприятий в течение двух или трех месяцев (приблизительно 8-12 сессий) с оценкой результатов в конце этого периода. Даже после успешной терапии терапевт нередко поддерживает контакт с клиентом по телефону или по почте для поддержания достигнутого улучшения.

Основные техники. С определенной долей условности техники поведенческой терапии можно разделить на диагностические и собственно терапевтические. С другой стороны, в соответствии с описанными выше видами научения, можно выделить техники, основанные на классической, оперантной и необихевиоральных моделях научения.

Диагностические техники

1. Бихевиоральный анализ (идентификация проблем клиента в терминах поведенческой психологии). Первая задача поведенческого терапевта – получить как можно более подробный сценарий возникновения симптома, описанный в наблюдаемых и измеряемых понятиях. Терапевт делает это посредством сбора детальной информации о конкретных аспектах проблемы: в чем она проявляется, насколько тяжела, как часто дает о себе знать, какие события предшествуют дезадаптивному поведению и следуют за ним, что уже делал клиент, чтобы его преодолеть, имелся ли прежде опыт терапии?⁷ Терапевт стремится выявить конкретные условия, в которых актуализируются дезадаптивные мысли («Я буду выглядеть глупо», «Я потеряю самоконтроль», «Все смотрят на меня» и т.д.), чувства (страх, гнев, робость и др.), физиологические реакции (дрожь, **потоотделение**, диарея и др.) или поведение (избегание стимула, поиск внешней поддержки, навязчивые действия и т.д.). При этом терапевтом редко задаются вопросы «почему?», чаще – «что?», «где?», «как?».

В результате, проблема переживания, например, может быть переформулирована как проблема совладания с тяжелым эмоциональным состоянием, которое сопровождается переживанием. Далее проводится детальный анализ обстоятельств, способствующих переживанию, обстоятельств, в которых пациенту удается воздерживаться от переживания, ресурсов, которые можно привлечь для решения этой проблемы (увеличение источников удовольствия, активные занятия и т.д.).

Для проведения всестороннего анализа А. Лазарус предложил схему «BASIC ID», в соответствии с которой терапевту необходимо в ходе опроса и наблюдения обратить внимание на семь переменных: поведение пациента (B - behavior), его эмоции (A - affect), ощущения и восприятие (S - sensation), сны, мечты и воспоминания (I - imagery), мысли и установки относительно самого себя и других людей (C - cognition), межличностные связи (I - interpersonal relationships), соматиче-

ские факторы и принимаемые лекарства (D - drugs and biological factors). Это позволит всесторонне оценить проблему пациента и выстроить наиболее эффективный план терапии [15].

Далеко не всегда терапевты принимают на веру слова клиента, они выявляют и анализируют противоречия в его рассказе, невербальные знаки, свидетельствующие о его неискренности. Тем не менее, они во многом опираются на самоотчеты клиента, поскольку считают, что самоотчеты лучше предсказывают поведение, чем результаты психологического тестирования. Поскольку описание клиентом себя и своих проблем может быть неправильно истолковано, терапевт часто просит клиента уточнить и переформулировать сказанное, привести конкретный пример.

Для получения более точной информации терапевт может попросить клиента вызвать в своем воображении проблемную ситуацию и словесно описывать все чувства и мысли, приходящие ему в голову, либо разыгрывать эту ситуацию (если речь идет о межличностных проблемах). Терапевт при этом играет роль человека, в отношениях с которым у клиента есть проблемы. Ролевая игра дает терапевту образец проблемного поведения клиента, хотя и полученный в несколько искусственных обстоятельствах.

Доллард и Миллер в бихевиоральном анализе особое внимание обращают на роль вербализации пациентом его проблем. Терапевт побуждает клиента на выражение запретных мыслей и эмоций и проживание сопровождающих их чувств страха и вины. Поскольку за этим не возникает неприятных последствий, а терапевт

«выборочно поощряет свободу и не поощряет молчание и неоригинальность» можно наблюдать постепенное угасание страха. Еще большего эффекта можно добиться, если терапевт выборочно повторяет отдельные позитивные фразы пациента, тем самым, подкрепляя внимание пациента к высказанным в них идеям.

Эффект угасания с менее болезненных проблем, обсуждавшихся на первом этапе, генерализуется на схожие, более значимые проблемы и, тем самым, ослабляет мотивацию их вытеснения. Постепенно погружаясь во все более сложные бессознательные конфликты, пациент вербализует их и, благодаря этому, дифференцирует основной конфликт, которому он научился в детстве. К тому же «угашение страха создает новый навык - “свободу мышления”, который помогает пациенту находить вербальные новации» [14].

Кроме того, адаптивные реакции, выработанные пациентом на психотерапевта, генерализуются на других людей в его окружении.

Последователи Долларда и Миллера помимо высказываний клиента о себе и своем прошлом, анализируют и возникающие в процессе терапии **отношения переноса**. Они также отмечают терапевтическую значимость самой вербализации и **научения** клиента в

⁷ Этот подход называют еще ABC-диагностикой: Antecedent — предшествующие (условия), Behavior — поведение, Consequences — последствия.

процессе анализа различию, **дифференциации стилей** (см. Патопсихологическую модель).

Клиента следует вознаграждать за разговор, который сопровождался для него страхом и тревогой, с целью подкрепить участие в дальнейшей психотерапевтической работе. Такими вознаграждениями являются: 1) внимание, уделяемое словам клиента, 2) демонстрация психотерапевтом понимания и сохранения в памяти того, что сказал клиент; 3) спокойное принятие психотерапевтом всего, что говорит клиент, без осуждения; 4) выражение одобрения в ответ на высказывания пациента о своей способности к адаптивному поведению в прошлом, настоящем или будущем.

2. Самомониторинг и внешний мониторинг поведения

Если информации, полученной в кабинете терапевта в ходе бихевиорального анализа, недостаточно для решения диагностических задач, терапевт может предложить клиенту между сеансами ежедневно подробно описывать важные события и свои реакции на них. Например, клиенту, страдающему переизбытком, предписывается фиксировать данные о количестве съеденного и обстоятельствах принятия пищи, объеме физической активности и тому подобное. Это дает возможность выявить поведенческие паттерны клиента, функционально связанные с его проблемами и, возможно, неосознаваемые им.

Еще более точную диагностическую информацию может дать внешний мониторинг проблемного поведения клиента в естественной среде, однако возможности его применения, в силу социальных причин, ограничены. Чаще всего подобные процедуры используются с детьми в классе или дома, а также с госпитализированными пациентами. Наблюдению могут быть обучены ко-терапевты – родители, учителя, медсестры. Для повышения его эффективности разработаны стандартизированные оценочные процедуры.

Самомониторинг и внешний мониторинг поведения используются не только на этапе идентификации проблем клиента, но и в ходе терапии для оценки ее эффективности.

Терапевтические техники

3. Запрет

Доллард и Миллер следующим образом сформулировали сущность этой суггестивной техники:

«Приобретенный симптом, как и любая другая реакция, может быть устранен при помощи другой, более сильной несовместимой с ним реакции. Терапевт, обладая большим авторитетом, может вызвать такую реакцию с помощью команды или запрета. Эффект от команды или запрета может быть усилен гипнозом» [14].

4. Контрбусливание (реципрокное торможение)

Эта техника использовалась еще в первых бихеви-

ристских экспериментах для переучивания подопытных животных. Одной из первых в психотерапии его применила М. Джонс (Mary Cover Jones), которая излечивала детские страхи, давая пациентам привлекательную пищу, в то время как страшный объект был от них на некотором расстоянии [16]. Для избавления пациента (мальчика по имени Питер) от страха белых крыс, генерализованного на кроликов, шубы, перья и вату, она давала ему еду, которую он любил, в то же время постепенно поднося кролика в проволочной клетке все ближе и ближе. Страх постепенно уступал место положительной реакции.

Вот как сформулировал основную идею этого подхода Дж. Уолп (Joseph Wolpe):

«Если реакцию, противоположную тревоге, можно вызвать в присутствии вызывающих тревогу стимулов так, что ее сопровождает частичное или полное подавление реакций тревоги, связь между стимулами и реакциями тревоги ослабевает» [17].

Исследования бихевиористов показали, что существует антагонизм между реакциями тревоги и пищевыми реакциями⁸. Поэтому оптимальным способом справиться с невротической тревожностью является кормление (при выраженной пищевой потребности) в присутствии вызывающего тревожность стимула. Возможности применения данного метода у взрослых ограничены, так как для них труднее, чем для детей, подобрать пищевое подкрепление.

Помимо пищевых, в антагонизме с тревожными реакциями находятся «утверждающие, релаксационные, и сексуальные реакции», а также гнев («методика вызванного гнева»).

5. Систематическая десенсибилизация

Джозеф Уолп предложил технику, в которой для торможения тревоги используется релаксация. На первом этапе необходимо выявить и ранжировать по тяжести ситуации, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Одновременно пациента обучают произвольной релаксации мышц, которая сопровождается общим успокоением. На втором этапе, когда эта техника хорошо освоена, пациенту в состоянии расслабления предлагают представить себе тревожные сцены, начиная с менее значимых. При нарастании мышечного напряжения его снимают углублением релаксации.

В соответствии с законами научения, успехи в угашении одних реакций генерализуются на следующие.

6. Экспозиция

Ряд авторов подверг сомнению идею Уолпа о ведущей роли релаксации в успешности вышеописанного процесса. Они считали, что главный терапевтический фактор – экспозиция пациента действию вызывающего страха стимула, что само по себе приводит к угасанию, если реакция страха на стимул не подкрепляется. Как мы помним, главным механизмом поддержания фобических нарушений бихевиоризм называет избе-

⁸ Уолп писал: «Когда тревожность становилась очень сильной, тормозилось кормление; когда она была слабой, так что в ее присутствии могло происходить кормление, то вызывание тревожности в этой ситуации в дальнейшем, по-видимому, ослаблялось» [17]

гание. Экспозиция, т.е. конфронтация со стимулом, построена так, чтобы предотвратить избегание.

Был предложен ряд методик, основанных на этом принципе:

- *феддинг (затухание)* – пациент вначале думает о неприятном стимуле, затем видит его на слайдах, а потом взаимодействует с ним в действительности (т.е. интенсивность стимула нарастает постепенно);
- *флудинг (наводнение), имплозия* – пациента резко погружают в неприятную обстановку, быстро и интенсивно предъявляя вызывающий страх стимул.

В промежутках между терапевтическими сессиями пациент проводит экспозицию самостоятельно в домашних условиях с ведением дневниковых записей (фиксируется уровень тревоги и избегания). Роль ко-терапевта при этом могут играть родственники пациента.

Экспериментально установлено, что:

а) воздействие реального стимула является более эффективным, хотя и более дискомфортным, чем его воображение пациентом в ходе терапии. Поэтому к воображению прибегают, когда трудно организовать реальное взаимодействие с объектом страха;

б) долгосрочное воздействие является более эффективным, чем краткосрочное (например, одна двухчасовая экспозиция более эффективна по сравнению с четырьмя получасовыми);

в) чем короче промежутки времени между сеансами экспозиции, тем выше терапевтический эффект.

Экспозиция является одним из примеров бихевиоральных техник, которые могут применяться как с участием терапевта, так и без него (аутотерапия с помощью учебников и ведения дневника).

Необихевиористы – сторонники теории социального научения обратили внимание на значительные различия в эффективности данной техники как у разных пациентов, так и у одного и того же в разные периоды времени (иногда, например, пациент, прошедший экспозицию, успешно справляется с тревогой в одних ситуациях, но не способен устоять перед ней – в других). Это объясняется влиянием промежуточной переменной (см. Психологическую модель необихевиоризма) – ожиданий индивида относительно *личной эффективности*. Если пациент поверил, что сможет справиться с ситуациями, которые прежде вызывали у него страх, он будет более уверенно вести себя [18]. Поэтому после погружения терапевт и клиент обсуждают произошедшее, проясняя, как клиент интерпретирует свой опыт. Терапевт должен быть готов помочь клиенту, используя когнитивные техники, приписать произошедшие в результате экспозиции изменения себе самому, а не случайности или усилиям терапевта, и таким образом повысить ощущение личной эффективности.

7. Терапия с предъявлением модели

Эта методика близка к предыдущим, но использует также идеи А. Бандуры о викарном научении и угашении. Пациент обучается уверенному поведению в проблемных ситуациях, наблюдая на первом этапе за дей-

ствиями модели – терапевта или другого члена группы. Снижение эмоциональной значимости проблемной ситуации (викарное угашение) должно подкрепляться успешной реальной деятельностью самого пациента, положительный результат которой он сможет приписать собственным усилиям. Б.Д. Карвасарский предложил близкую методику: для преодоления страха пациента перед поездками в транспорте больной вначале путешествует в сопровождении медицинской сестры, а потом делает это самостоятельно на все более дальние расстояния.

8. Аверсивная терапия

Данная методика направлена на отучение от нежелательных форм поведения с помощью аверсивных стимулов (удар током, рвотное, воображаемое наказание, денежные штрафы, отказ от предпочитаемых видов активности и т.д.). Применение аверсивной терапии ограничено как этическими соображениями, так и возможностью побочных явлений (нервное расстройство, ненависть к источнику наказания).

Различают два типа аверсивных методик: основанные на модели *классического* и *оперантного обусловливания*. В первом варианте методики стимул, который необходимо сделать непривлекательным, предъявляется *одновременно* с аверсивным стимулом. Примером может служить условно-рефлекторная терапия алкоголизма – пациенту предлагают выпить спиртное, в которое подмешано рвотное; эффект, как правило, потенцируется суггестией. Во втором варианте аверсивное воздействие следует *за нежелательной формой поведения* пациента. Например, когда у пациента появляются нежелательные мысли, он наказывает себя ударом электрического тока, или же для избежания наказания (того же удара током) пациенту необходимо точно выполнить определенное действие – говорить, не заикаясь (при логоневрозе), либо точно попасть металлической палочкой в отверстие все уменьшающегося диаметра (при невротическом треморе) и т.д. Для достижения терапевтического эффекта в этом варианте необходимо, чтобы аверсивный стимул применялся сразу вслед за подлежащей угашению реакцией.

Оптимальной при проведении аверсивной терапии признана схема, при которой на первом этапе применяется постоянное подкрепление, а на втором – частичное.

Аверсивная терапия обычно используется в комплексе с другими методами, направленными формирование желательного поведения. Например, в лечении алкоголизма, отучение от приема спиртного, должно дополняться обучением иным формам общения.

Одним из популярных вариантов аверсивной терапии является *«терапия испытанием»*. Здесь для устранения симптома терапевт придумывает для пациента неприятное задание, которое необходимо выполнять, когда он сталкивается с симптомом или ожидает его наступления. Пациент будет сдерживать наступление симптома, чтобы не выполнять задание.

«Человеку, который хочет избавиться от депрессии, предлагают определить ежедневное время возникнове-

ния депрессии. Лучше всего, если это будет время, когда клиент предпочел бы делать что-нибудь более приятное. Например, терапевт может назначить клиенту время проявления депрессии на те редкие часы, когда тот свободен от всех обязанностей (дети уложены, дела закончены) и может позволить себе расслабиться и посмотреть телевизор» [19].

Вариантом терапии испытанием выступает следующая техника, в которой заданием выступает сам симптом.

9. Парадоксальная интенция

Эта методика предложена В. Франклом (Viktor Emil Frankl) для лечения тревожно-фобических расстройств. И хотя теория Франкла относится к экзистенциальному направлению в психологии, данная техника имеет, безусловно, бихевиоральный характер⁹. При ее использовании пациенту предлагают «перевернуть» отношение к своей фобии (тревоге) – усиленно представлять и даже желать наступления связанных со стимулом неприятных последствий («сейчас я упаду в обморок», «сейчас я начну дрожать изо всех сил» и т.д.). В одной из своих работ Франкл вспоминал пациента, страдавшего очень тяжелой и резистентной к терапии формой заикания:

«Никогда за всю свою жизнь, насколько он мог вспомнить, пациент не был свободен от своего речевого дефекта, за исключением одного случая. Это случилось, когда ему было двенадцать лет и он ехал зайцем на трамвае. Пойманный кондуктором, он подумал, что единственный способ выпутаться – это возбудить у кондуктора жалость, а для этого попытаться продемонстрировать, какой он несчастный заикающийся мальчик. Но когда он попытался заикаться, у него ничего не получилось; он стал неспособен заикаться. Не сознавая этого, он применил парадоксальную интенцию, хотя и не для терапевтических целей» [21].

10. Использование биологической обратной связи (БОС)

Цель этой методики – обучение управлению произвольными или плохо контролируемыми физиологическими функциями (частота сердечных сокращений, артериальное давление, мышечный тонус и др.), в первую очередь теми, которые ассоциированы с реакциями тревоги. Для обучения БОС используется специальная аппаратура. Так, например, для лечения ночного недержания мочи в постели ребенка может быть установлен прибор, действующий на модели классического условного рефлекса. Если ребенок обмочился, включается звонок, который будит ребенка. Постепенно сигналы от мочевого пузыря начинают ассоциироваться с реакцией пробуждения, которая становится опережающей.

Последующие методики более сосредоточены не на отказе от нежелательных форм поведения, а на приоб-

ретении желательных¹⁰.

11. Обучение навыкам общения (тренинги асертивности и социальных навыков)

Эти тренинги используются в работе с людьми, не умеющими вести себя социально позитивно, или робкими в межличностном общении, что может привести не только к интерперсональным проблемам, но и к тревоге, депрессии и др.

Пациент и терапевт совместно устанавливают конкретные цели (освоение определенных навыков) и последовательно приближаются к ним. Например, при обучении уверенности в себе используются отработка асертивных действий и оборотов речи и подкрепление их репетициями поведения (ролевая игра в группе или с участием терапевта) и индивидуальной практикой уверенных действий в естественных условиях с использованием самоконтроля (дневниковые записи с квантифицированной оценкой поведения). Возможно предварительное наблюдение за поведением модели.

Внимание уделяется формированию как невербальных, так и вербальных характеристик поведения (в частности, телесным позам, голосовому тренингу и визуальному контакту).

Важную роль в терапевтическом процессе играет мотивация пациента, поддерживаемая путем обсуждения преимуществ, которые он получит, если освоит соответствующие навыки.

12. Шейпинг

Если желаемое поведение является достаточно сложным, его можно формировать, используя методику **шейпинга** – последовательного приближения к желательной форме поведения. Психологу необходимо разбить процесс овладения желательной формой поведения на этапы (так чтобы клиент мог без труда справиться с каждой отдельной задачей) и подкреплять достижение каждого этапа.

В своей книге «Вербальное поведение» Б. Скиннер писал, что практически все родители сначала ведут себя как первоклассные бихевиористы, не требуя от ребенка правильно построенных в лексическом и грамматическом отношении фраз:

«В обучении маленьких детей речи формальные требования, при соблюдении которых достижимо подкрепление, значительно ослаблены. Любой ответ, отдаленно напоминающий обычное коммуникативное поведение, подкрепляется. Когда он появляется часто, требуется большее приближение к желаемому образцу. Таким путем можно достичь сложных вербальных форм» [22].

В ходе обучения можно использовать как постоянное, так и частичное подкрепление. Вначале лучше, конечно, вознаграждать за каждый успех, но потом делать это все реже.

⁹ «Даже доктора, которые придерживаются теорий, отличных от той, что лежит в основе логотерапии, успешно использовали технику парадоксальной интенции в своей практике. Например, успешно использовали технику парадоксальной интенции многие психоаналитики. Теперь они пробуют объяснить свой успех в психодинамических терминах» [20].

¹⁰ В связи с этим, данные методики скорее относятся не к психотерапии, а к психологической коррекции.

13. Метод накопления жетонов

Методика [23] используется не только в психиатрической практике (хронические психотики, нечувствительные к традиционной терапии; аутичные дети и др.), но и менеджменте, в пенитенциарной системе и других областях. Она включает следующие этапы:

- идентификация желательных форм поведения (например, самостоятельная еда, утренний туалет, выполнение предписаний врача или контакт с другими людьми и т.д.);
- ассоциирование их с условным подкреплением (жетоны), а затем и с безусловным (сигареты, одежда, дополнительное питание и прогулки, кратковременный отпуск и др.), на которое можно обменять определенное количество жетонов.

Литература

1. Уотсон Дж. Психология как наука о поведении // Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. — М.: ООО "Издательство АСТ—ЛТД", 1998. — С. 645—650.
2. Павлов И.П. Полн. собр. соч.: В 6 т. — М.-Л., 1951-1952. — с. 291.
3. Стэмпл 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.
4. *Handbook of individual therapy* / Ed. by W. Dryden. — London: Sage Publications, 1996. — p. 286.
5. Хайес С. Контекстуальная поведенческая психотерапия — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 148.
6. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования / Пер. с англ. М. С. Жамкобян под ред. В. С. Магуна — М.: Аспект Пресс, 2001. — 607 с.

7. Seligman M.E.P. *Helplessness: on depression, development, and death* / New York : W. H. Freeman, 1992. — 250 p.
8. Hiroto D. *Locus of Control and Learned Helplessness*. — *Journal of Experimental Psychology*. — 1974, №102. — p. 187-193.
9. Ротенберг В. «Образ Я» и поведение. — Иерусалим: Маханаим. 2000 г. — 232 с.
10. Bandura A., Ross D., Ross S.A. *Transmission of aggressions through imitation of aggressive models* // *Journal of Abnormal and Social Psychology*. — 1961. — №63 (3). — p. 575-582.
11. Eysenck H.J. *Learning Theory and Behaviour Therapy* // *The British Journal of Psychiatry*. — 1959, v. 105. — p. 61-75.
12. Ромек В.Г. *Поведенческая психотерапия*. — М.: Academia; 2002. — 192 с.
13. Котела Джозеф Р., Кирни Альберт Дж. *Скрытое обусловливание* — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 139.
14. Dollard J., Miller N.E. *Personality and Psychotherapy: An Analysis in terms of Learning, Thinking and Culture*. — NY: McGraw-Hill, 1950.
15. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия*. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
16. Jones M.C. *A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter* // *Pedagogical Seminary*, 1924, №31. —p. 308-315.
17. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. — Stanford University Press, 1958.
18. Bandura A. *Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities* // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1983, №45. — p. 464-469.
19. Хейли Дж. *Терапия испытанием: Необычные способы менять поведение*. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 208 с.
20. Frankl V.E. *Logotherapy and Existential Analysis — A Review* // *American Journal of Psychotherapy*. — 1966, №20. — p. 252-260.
21. Франкл В. *Основные понятия логотерапии* // Франкл В. *Доктор и душа*. — СПб.: Ювента, 1997. — с.242-279.
22. Skinner B.F. *Verbal Behavior*. — New York: Appleton-Century-Crofts, 1957. — 486 p.
23. Ayllon T., Azrin N. *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*. — New York: Appleton-Century-Crofts, 1968 — 288 p.