

науково-практичний журнал

1(64) ' 2011 ●

Архів психіатрії

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, В.Р. Ілейко,
І.А. Марценковський, В.І. Мельник, О.С. Осуховська, 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.com.ua>

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Зяярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 5 від 12.01.2011р.).
Здано до набору 02.02.2011р. Підп. до друку 22.02.2011р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.
Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 13,02. Обл.-вид арк. 12,50. Наклад 500 прим. Зам. № 46-1.
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.

ЗМІСТ

<i>Чернобыль – 25 лет тому</i> ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИН- СКОЙ БРИГАДЫ МИНЗДРАВА УКРАИНЫ Д.М.Н., АКАДЕМИКА АН ВО УКРАИНЫ, ПРОФЕССОРА ТАБАЧНИКОВА С.И.	5
---	---

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ АКТУАЛЬНА ТЕМА

<i>Ю.А. Александровский</i> ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ СТАНЦИИ В 1986 Г.	7
<i>Г. М. Румянцева, А.Л. Степанов, Т.М. Левина</i> СОСУЩЕСТВОВАНИЕ ЭКЗОГЕННО - ОРГАНИЧЕСКИХ И СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ – ОСОБЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ОТДАЛЕННЫХ ЭТАПАХ РАДИАЦИОННОЙ АВАРИИ	11
<i>О.А. Панченко, Л.В. Панченко, И.Ю. Басараб</i> ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИКВИДА- ТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС	18
<i>О.В. Чинкина</i> РАДИАЦИОННАЯ АВАРИЯ КАК ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕРАБОТКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ	21
<i>В.П. Вишневская</i> ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ	26

CONTENTS

<i>Чернобыль – 25 лет тому</i> ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИН- СКОЙ БРИГАДЫ МИНЗДРАВА УКРАИНЫ Д.М.Н., АКАДЕМИКА АН ВО УКРАИНЫ, ПРОФЕССОРА ТАБАЧНИКОВА С.И.	5
---	---

SOCIAL PSYCHIATRY ACTUAL THEME

<i>Yu. O. Alexandrovsky</i> MENTAL DISORDERS AMONG PEOPLE WHO WERE SUFFERED DURING AN ACCIDENT ON CHERNOBYL ATOMIC STATION IN 1986	7
<i>G.M. Rymyantseva, A.L. Stepanov, T.M. Levina</i> COEXISTENCE OF EXOGENOUS-ORGANIC AND STRESS DISORDERS – FEATURE OF MENTAL PATHOLOGY ON REMOTE STAGES OF RADIATION ACCIDENT	11
<i>O.A. Panchenko, L.V. Panchenko, I.U. Basarab</i> DYNAMICS OF PERSONAL CHANGES OF THE LIQUIDATORS BY CHERNOBYL ASSIDENT	18
<i>O. V. Chinkina</i> RADIATION ACCIDENT AS A MENTAL TRAUMA: PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF THE IMPACT AT THE REMOTE STAGE	21
<i>V.P. Vishnevskaya</i> FROM EXPERIENCE OF MEDICAL TREATMENT TO THE PARTICIPANTS OF LIQUIDATION ACCIDENT CONSEQUENCES ON CHERNOBYL ATOMIC ELECTROSTATION	26

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О.О. Фільц, С.С. Кирилюк</i> СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСІЇ: АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	30
<i>О.М. Зінченко, П.В.Паламарчук</i> ДИНАМІКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ	33
<i>О.Є.Смашина</i> ДЕЯКІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ	38
<i>С.Г.Поликова</i> ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД В РОЗУМІННІ АУТОАГРЕСІЇ	44
<i>О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, Н.Г. Астафурова</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ	47
<i>О.О. Хаустова, О.М. Дзюба</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (етап реабілітації)	52
<i>В.Е. Гончаров</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	61
<i>М.В. Данилова</i> КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	63

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>O.Filts, S.Kyrylyuk</i> CONTEMPORARY METHODOLOGICAL DIAGNOSTIC ASPECTS OF DEPRESSION: THE ALTERNATIVE POINT OF VIEW	30
<i>E.N. Zinchenko, P.V. Palamarchyk</i> BASIC MARKERS DYNAMIC OF MENTAL HEALTH STATE AMONG KHERSONSKA OBLAST CITIZENS	33
<i>O.Ye. Smashna</i> SOME CONFORMITIES OF FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA AMONG PATIENTS WITH CONCOMITANT PATHOLOGY OF URINAL SYSTEM	38
<i>S.G. Polshkova</i> PSYCHOSOMATIC APPROACH TO THE UNDERSTANDING AUTOAGGRESSION	44
<i>O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, N.G. Astafurova</i> CLINICAL MEANING OF PERFECTIONISM IN SYNDROME OF MENTAL BURNOUT	47
<i>E.A. Khaystova, A.N. Dzuba</i> MEDICAL PSYCHOLOGICAL MEASURES OF IMPROVEMENT OF PATIENTS' HEALTH STATE WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM (rehabilitation stage)	52
<i>V.E.Goncharov</i> DIFFERENTIAL APPROASH TO CHOOSING MODEL OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	61
<i>M.V. Danylova</i> CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF DEPRESSIVE REACTIONS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS	63

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

С.В. Капранов
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОДУКТОВ
ПИТАНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
СТАРШЕКЛАСНИКОВ68

Т. Н. Пушкарёва
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДЕНЦЕВ
И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА73

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

В. Б. Первомайський, А. В. Каніщев, В. Р. Лейко
ОБМЕЖЕНА ОСУДНІСТЬ НЕПОВНОЛІТНІХ:
СУЧАСНІ НАУКОВІ ПІДХОДИ У ДОСЛІДЖЕННЯХ
РОСІЙСЬКИХ ВЧЕНИХ78

НАРКОЛОГІЯ

Е.С. Осуховская
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИГРОВОЙ
АДДИКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА82

А.Э.Гатицкая
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХО-
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ87

О.А.Ревенок, К.В. Аймедов, Д.М. Корошніченко
АДИКТИВНА КОМОРБІДНІСТЬ У СУЧАСНОЇ
НАРКОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИЦІ92

С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, И. И. Марценковская
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ
НАРКОМАНИИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ95

ПСИХОТЕРАПІЯ

А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ.
ЛЕКЦИЯ ВТОРАЯ105

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк
ПЁТР БОРИСОВИЧ ГАННУШКИН: БИОГРАФИЧЕСКИЕ
И НАУЧНЫЕ АСПЕКТЫ
(к 135-летию со дня рождения)109

CHILD'S PSYCHIATRY

S.V. Kapranov
EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE
NOURISHMENT OF VARIOUS PRODUCTS ON THE
FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL NERVOUS
SYSTEM AT THE SENIOR SCHOOLCHILDREN68

T. N. Pushkaryova
DIAGNOSTIC CLASSIFICATION
OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL
DISORDERS AMONG INFANCY AND
EARLY CHILDHOOD73

FORENSIC PSYCHIATRY

V. B. Pervomayskiy, A. V. Kanishchev, V. R. Ileyko
DIMINISHED RESPONSIBILITY IN ADOLESCENTS:
RECENT TRENDS IN
RUSSIAN RESEARCHES78

NARCOLOGY

E.S. Osuhovskaya
SURVEY RESULTS OF GAMBLING
AMONG THE YOUNG AGE PERSONS82

A.E. Gatytska
CLINICAL-ANAMNESTIC,
CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL,
PSYCHODIAGNOSTIC AND EXPERIMENTAL-
PSYCHOLOGICAL ANALYSIS
OF ALCOHOL ADDICTIVE PATIENTS
IN OUTPATIENT CONDITIONS87

A. Revenok, D. Koroshnichenko, K. Ayumedov
ADDICTIVE COMORBIDITY IN MODERN
NARCOLOGICAL PRACTICAL92

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, I. Martsenkovska
PERSONS OF JUVENILE AND YOUNG AGE HAVE
COMPARATIVE ASPECTS OF DESCRIPTION OF DRUG
ADDICTIONS IN UKRAINE95

PSYCHOTHERAPY

A.Ye.Tabachnikov, Ts.B. Abdryakhimova
GESTALT -THERAPY.
LECTION TWO105

BIBLIOGRAPHIC ESSAY

P.T. Petryuk, O.P. Petryuk
PETER BORISOVICH GANNUSHKIN: BIOGRAPHIC AND
SCIENTIFIC ASPECTS
(To 135th anniversary)109

Чернобыль – 25 лет тому

Из воспоминаний руководителя Медицинской Бригады Минздрава Украины д.м.н., академика АН ВО Украины, профессора Табачникова С.И.

Проходят годы, все меньше и меньше остается тех, кто принимал активное участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Учитывая чрезвычайный характер аварии и её масштабы, руководство всеми работами по её ликвидации было сосредоточено в центральных органах власти СССР. Для организации конкретных действий была образована Правительственная комиссия во главе с заместителем Председателя Совета Министров СССР Щербиной Б.Е. От Украины все их действия направлялись и координировались оперативной группой Политбюро ЦК Компартии Украины, которую возглавлял Председатель Совета Министров УССР Ляшко А.П.

В связи с реальной угрозой разрушения фундамента аварийного реактора раскаленной ядерной массой и радиоактивного загрязнения грунтовых вод и водонос-



Мухамадиева Раиса Алексеевна

ных горизонтов были выполнены силами Министерства угольной промышленности Украины во главе с экс-министром МУП Украины высокой души человеком **Николаем Сафоновичем Сургаем**, которого я знал лично.

Вот тогда в начале мая 1986г. родилась идея поехать в Черно-



Беро Михаил Павлович

быль для оказания медицинской помощи нашим шахтерам. Но так получилось, что в первых числах октября 1986 года меня вызвали в Минздрав Украины, где я получил **Правительственное Задание** срочно организовать медицинскую реабилитационную бригаду, которую необходимо было подгото-

вить для работы непосредственно на рабочих местах оперативного персонала БЩУ-3 Чернобыльской АЭС. Вместе со мной подготовкой врачей занимался мой учитель, зав. кафедрой психотерапии ХИУВ д.м.н., профессор Филатов Аркадий Тимофеевич и д.м.н., проф. Мачерет Евгения Ильинична, зав. кафедрой неврологии и рефлексотерапии КИУВ (ныне – НМАПО).

Наша реабилитационная бригада работала на Чернобыльской АЭС с 01.01.1987 г. (старший Первой группы был канд. мед. наук, ныне д.м.н., профессор, главный врач ДОПБ – Центра, Беро Михаил Павлович, а затем приняла у него эстафету с мая 1987 г. по 20 октября 1987 г. врач психотерапевт высшей категории Мухамадиева Раиса Алексеевна.

На фотографии представлена Первая медицинская бригада Минздрава Украины, которая была сформирована из числа врачей психотерапевтов, рефлексотерапевтов и массажистов из всех регионов Украины, но в большей степени из Донецка.



МЕДИЦИНСКАЯ БРИГАДА МИНЗДРАВА УССР

Слева направо: первый ряд – массажист Юлмасов И.А. / г. Симферополь/; массажист Райбер М.Л. / г. Черновцы/; массажист Ясько А.А. / г. Донецк/; врач Афанасьева Е.С. / г. Москва/; массажист Гузун В.В. / г. Николаев/; второй ряд: асс. Черепков В.Н. / г. Донецк/; массажист Игнатенко В.В. / г. Днепропетровск/; массажист Корнеева Н.И. / г. Макеевка/; проф. Табачников С.И. – руководитель медбригады МЗ УССР; третий ряд: врач Полонец В.В. / г. Винница/; массажист Балий А.В. / г. Днепропетровск/; врач Нижник А.М. / г. Донецк/; к.м.н. Росляков В.С. / г. Днепропетровск/; врач Крыловский А.П. /Днепропетровская обл./; врач Станкевич Б.Б. / г. Донецк/.

Чернобыльская атомная электростанция.

Здравпункт Медсанотдела № 126 111 ГУ при Минздраве СССР

Продолжение следует в номерах журнала
«Архив психиатрии» Т.17. 3(66), 4(67), 2011г.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ АКТУАЛЬНА ТЕМА

УДК 616.89-008.485

Ю.А. Александровский

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ СТАНЦИИ В 1986 Г.*

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»,
Москва

Ключевые слова: психические расстройства, радиационная авария, радиационное загрязнение

26 апреля 1986 г. на четвертом блоке ЧАЭС произошла крупнейшая по своим масштабам техногенная катастрофа, сопровождавшаяся разрушением активной зоны реактора и выбросами в атмосферу значительного количества радиоактивных веществ, что привело к облучению миллионов людей как на территории СССР, так и зарубежных стран. В ликвидации последствий аварии приняли участие примерно 800 тыс. человек. Только в 1986–87 гг., по данным Государственного регистра, в районе Чернобыля работало 224 тыс. ликвидаторов последствий аварии. Сразу после аварии было эвакуировано 116 тыс., а в последующие годы – еще 210 тыс. человек. Чернобыльская катастрофа существенно изменила социальные связи, экономические условия, образ жизни, психологическую атмосферу, формы занятости населения во многих прилегающих к Чернобылю областях Украины, Белоруссии и России.

К поражающим факторам аварии на ЧАЭС специалистами были отнесены не только непосредственное влияние собственно физического (радиационного) воздействия и отсроченных биологических эффектов, но и психологическое (психогенное) действие, в первую очередь информационно-психологический стресс, обусловленный внесенсорным характером радиационного влияния. Это впервые в отечественном здравоохранении потребовало оперативного развертывания психолого-психиатрической службы для помощи пострадавшим и вторичной профилактики психогенных расстройств, ожидавшихся у большого числа жителей регионов бедствия.

Наряду с другими специалистами в работе по ликвидации последствий аварии непосредственно в зоне бедствия в первый период аварии принимали участие психиатры и психологи, направленные в район катастрофы из разных лечебных учреждений Москвы, Киева, Донецка, Харькова Минска, Гомеля и других городов страны**. Впервые в обобщенном виде

наблюдавшиеся психические расстройства у пострадавших были представлены в методическом пособии, изданном непосредственно в г. Чернобыле в 1987 г. под редакцией проф. Ю.А. Александровского, С.И. Табачникова и Ю.П. Спиженко (министра здравоохранения Украины в тот период).

В последующем выдержки из текста этого пособия (см. Приложение) были расширены и проанализированы во многих работах отечественных и зарубежных авторов. При этом было обращено внимание на то, что события на ЧАЭС явились примером экстремальной ситуации, в которой имела место стадийность развития различных психогенных воздействий на большое число людей, оказавшихся в жизнеопасных условиях. Острая угроза жизни и здоровью в первый период после аварии на Чернобыльской атомной электростанции явились примером экстремальной ситуации, в которой имела место стадийность развития различных психогенных воздействий на большое число людей, оказавшихся в жизнеопасных условиях. Острая угроза жизни и здоровью в первый период после аварии сменилась длительной жизнеопасной ситуацией с включением в нее дополнительных стресс-факторов (утрата дома, имущества, изменение жизненного стереотипа и т.д.).

Изучение психогенных расстройств, наблюдавшихся в зоне аварии на ЧАЭС, проводилось бригадой специалистов Минздрава СССР начиная с 29 апреля 1986 г. Перед врачами-психиатрами и психологами, входившими в состав бригады, были поставлены две задачи – во-первых, изучить характер, структуру и динамику психогенных расстройств и, во-вторых, организовать и по мере необходимости осуществлять лечебно-профилактические мероприятия, направленные на выявление и своевременное лечение этой категории больных.

Особенности стрессовых воздействий и своеобразие возникавших под их влиянием психогенных расстройств соответствовали трем периодам. В первый – острый период катастрофы, который начался с момен-

* В тексте использованы материалы, доложенные на научной конференции «Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской атомной электростанции» в Киеве 12 мая. 1988 г. (Сб. науч. работ. – Киев: Здоров'я, 1988. – 232 с.)

** В 1986 г. в СССР еще не существовало организованного в последующем в России Министерства по чрезвычайным ситуациям с его не только хорошо оснащенными службами спасения пострадавших, но и специально подготовленными психолого-психиатрическими подразделениями.

та аварии и условно продолжался в течение 10 дней до завершения эвакуации населения из опасной зоны (5 мая), основным стрессорным воздействием являлась угроза жизни и здоровью в связи с возможностью радиационного поражения.

Второй – период ближайших последствий – начался 6 мая и продолжался по октябрь 1986 г. В это время жителей пострадавшего района, работников ЧАЭС и лиц, прибывших для ликвидации последствий аварии, размещали в населенных пунктах, удаленных от места аварии на 60–80 км. Условия проживания, сохраняющаяся жизнеопасная ситуация в местах работы, неопределенность дальнейшего трудо- и бытоустройства, утрата дома, имущества, изменение жизненного стереотипа явились «подострыми» стресс-факторами, определяющими экстремальность ситуации.

С момента ввода в строй вахтового поселка и завершения трудо- и бытоустройства эвакуированных начался третий период – отдаленных последствий, стрессогенность которого характеризуется опасениями возможности развития последствий лучевой травмы (особенно у родителей в отношении своих детей), трудностями адаптации к новым условиям жизни и работы, субъективными представлениями отдельных групп пострадавших о недостаточности и неравенстве предоставляемых им социальных льгот.

В течение года были обследованы 1572 человека: в острый период – 554, в период ближайших последствий – 416, в период отдаленных последствий – 602. Отбор контингента для обследования в значительной мере носил характер случайной выборки. Как правило, в поле зрения специалистов попадали лица с теми или иными специфическими жалобами. С учетом того, что психоневрологическое обследование всех находившихся в зоне аварии не проводилось, представляемые данные не позволяют выявить общих эпидемиологических закономерностей наблюдавшихся психогенных нарушений. Можно думать, что на всех этапах развития ситуации в зоне аварии специалистами были осмотрены практически все лица с остро развившимися психогенными расстройствами. Доклинические проявления, включающие острые реакции на стресс и адаптационные (приспособительные) реакции, носили непсихотический и, как правило, преходящий характер. В связи с этим при их развитии такие лица обращались к специалистам далеко не во всех случаях. Основным методом обследования был клинико-психопатологический, применялись также психодиагностические, психофизиологические методики, изучалась медицинская документация.

Анализ показал, что в формировании психогенных расстройств и состояний психической дезадаптации в период развития и ликвидации аварии на ЧАЭС имеются определенные тенденции.

В первый период экстремальное стрессовое воздействие развивалось в течение нескольких дней, затрагивало витальные основы существования, и в качестве ответа на него формировались относительно однотип-

ные реакции, определявшиеся в основном тревогой и страхом разной степени выраженности.

Внешнее проявление стрессовых реакций у большинства наблюдавшихся в этот период было аналогичным первой стадии реакции на стресс и выражалось в виде «замирания» – снижения двигательной активности или гипердинамики – аналога «бегства». Тревога и страх за здоровье и жизнь, развиваясь по типичным, описанным в литературе этапам, не достигали, однако, за исключением небольшого числа наблюдений, психотического уровня, формировались только под влиянием информации, при отсутствии конкретного сенсорного воздействия. Благодаря этому оставалась возможность принципиальных корректирующих вмешательств, что являлось благоприятной основой для противодействия панике. Отмечавшиеся в острый период психогенные расстройства проявлялись в реактивных психозах (наблюдались преимущественно у истерических личностей, имевших познания о возможных последствиях радиационного поражения и утрированно воспринимавших ситуацию). В ряде случаев имело место реактивно спровоцированное обострение имевшихся психических заболеваний. Частота психозов в сопоставлении с большими контингентами людей, эвакуированных и принимавших участие в восстановительных работах, была незначительной и во много раз уступала частоте острых психогенных расстройств, отмечаемых при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах с «видимым» спектром поражающих факторов (ураганы, пожары, землетрясения). В период ближайших последствий аварии реактивные психозы наблюдались лишь в единичных случаях. В период отдаленных последствий они вообще не отмечались.

Иная динамика установлена в частоте непсихотических психогенных расстройств. Число лиц с невротическими состояниями практически не изменялось в первый и второй периоды развития ситуации, но в третий период оно значительно возросло. В известной мере это можно объяснить тем, что, в отличие от первого, во второй и третий периоды в формировании психической дезадаптации значительно большее значение имели особенности личности в целом, что можно связать с длительностью стрессовой ситуации. В этот период «сенсibilизированная» предыдущим экстремальным воздействием нервно-психическая деятельность оказалась под мощным влиянием так называемого второго стихийного бедствия – утраты дома, имущества, разобщения с близкими, тяжелых бытовых условий. Указанные психогенные воздействия были растянуты во времени и имели две качественные характеристики, существенные для психологических механизмов психической адаптации и дезадаптации. С одной стороны, это неопределенность разрешения ситуации во времени, с другой – понимание и уверенность в обязательном благополучном завершении последствий аварии, гарантированном государством. Вторая из названных особенностей обусловила мобилизацию механизмов адаптации и в значительной

мере способствовала приостановке развития психогенных расстройств на уровне неглубоких, клинически не структурированных, в основном внеличных астено-аффективных состояний. Эти состояния, определившие нарушения психической деятельности, были детерминированы субъективно переживаемой под острой угрозой здоровью, стрессорное влияние которой снижалось системой защитных мер и ограничением времени работы в опасной зоне.

В третий период продолжал существовать субъективно значимый фактор угрозы здоровью в связи с нахождением на «загрязненной» во время аварии, но дезактивированной территории. Этот фактор как бы стабилизировался, приобрел постоянство, вошел в обыденную жизнь, в связи с чем появилась возможность интеллектуальной переработки ситуации, собственных переживаний и ощущений. Долговременность стресса, недостаток информации о его длительности, прогнозе, реальном влиянии на здоровье, возможных мерах устранения – все это определило перенапряжение и демобилизацию психологических механизмов адаптации. Наряду с сохраняющимися неспецифическими психогенными расстройствами в этот период начали преобладать личностные, характерологические формы дезадаптации, наблюдавшиеся в первый и второй периоды лишь в отдельных случаях. Однако, как и на протяжении всей ситуации, на отдельных этапах катастрофы сохранялось тревожное напряжение. Одновременно в зависимости от структуры личности, соматической отягощенности, наличия экзогенных вредностей развивались соматизированные депрессии, достаточно стойкие радиофобии, психосоматические заболевания, декомпенсировались латентные органические расстройства, начало формироваться психопатическое развитие личности.

Наряду с описанными психогенно спровоцированными психопатологическими проявлениями, на всех этапах развития ситуации у большого числа лиц отмечались кратковременные адаптационные реакции, носившие предболезненный непсихотический характер и обычно быстро завершавшиеся полной компенсацией состояния. В их развитии, помимо характерных для каждого из указанных этапов психогенных факторов, большое значение имели недостаточная подготовленность к работе в конкретных экстремальных условиях, необычные физические и психологические нагрузки.

Представленные данные свидетельствуют о том, что наблюдавшиеся при аварии на ЧАЭС психогенные нарушения можно рассматривать как результат развития единого процесса, динамика которого определяется, с одной стороны, особенностями экстремальной ситуации, а с другой – личностным своеобразием и степенью подготовленности людей. В этом находит отражение общая закономерность формирования состояний психической дезадаптации в экстремальных условиях. При этом важно подчеркнуть, что представленные данные отражают определенные тен-

денции в соответствии между собой особенностями психогении и форм психической дезадаптации. В период, когда сила и темп воздействия объективно избыточны, индивидуальные формы реагирования играют меньшую роль и преобладают простые реакции в виде тревоги и астении. Когда же стресс становится хроническим и рассматривается как жизненная трудность – индивидуальное восприятие его приобретает особую значимость. Своеобразие стрессовой ситуации во все периоды – угроза здоровью – обусловило ряд клинических особенностей наблюдавшихся расстройств, прежде всего большую частоту соматизированных и ипохондрических проявлений. Они сопровождались полиморфными вегетативными дисфункциями, а астеническая симптоматика имела определенный «органический оттенок» (мнестические нарушения, рассеянность, недооценка ситуации). Следует отметить, что у профессионально подготовленных специалистов, особенно у тех, которые имели опыт работы в экстремальных условиях, несмотря на то, что им приходилось выполнять наиболее ответственную работу, невротических реакций и расстройств, как правило, не наблюдалось. Они развивались преимущественно у недостаточно компетентных лиц, не работавших ранее в осложненных условиях. Это указывает на возможность предварительной подготовки к работе в экстремальных условиях.

Выявленные особенности психических расстройств у лиц, переживших чернобыльскую катастрофу и принимавших участие в восстановительных работах, учет влияния этих расстройств на работоспособность и жизнедеятельность людей на разных этапах аварии позволили разработать и использовать на практике дифференцированную систему необходимых профилактических и лечебных мероприятий.

В первый период специализированная лечебная помощь оказывалась главным образом по обращаемости. Она была направлена на выявление и выведение из зоны аварии лиц с острыми психотическими состояниями, их купирование. Для устранения невротических реакций, психовегетативных нарушений, расстройств ночного сна по рекомендациям психиатров многим жителям пострадавших районов эпизодически назначались транквилизаторы. Лицам, принимавшим активное участие в аварийных работах, рекомендовали прием ноотропила и бемитила. Для нормализации сна в период отдыха им назначали транквилизаторы с выраженным сомнолентным действием.

Начиная со второго этапа основное значение в оказании профилактической и лечебной психоневрологической помощи стали приобретать консультативно-диагностические и психотерапевтические мероприятия. В местах проживания рабочих, участвовавших в ликвидации последствий аварии, и в медицинских учреждениях региона были созданы кабинеты психоэмоциональной разгрузки. В одном из стационаров было открыто отделение неврозов. В Киеве начал функционировать реабилитационный центр для участников вос-

становительных работ, в котором оздоровительное лечение, включая психотерапию, получило большое число как жителей пострадавших районов, так и работников станции. К медицинской помощи эвакуированным начали активно привлекаться врачи территориальных психоневрологических учреждений. При этом по возможности использовались общеизвестные методы групповой и индивидуальной психотерапии, рефлексотерапии, физиотерапии, общеукрепляющие средства, психофармакологические препараты. Медицинские мероприятия, как правило, проводились дифференцированно по показаниям, с учетом физического состояния и особенностей профессиональной деятельности.

На всех этапах ликвидации последствий аварии большое внимание психологи и психиатры уделяли выявлению конкретных «вторичных» причин, вызывавших невротические реакции. К числу этих причин в первую очередь относились недостаточная и неточная информация населения, особенно в первый период после аварии, о характере радиационной обстановки (что порождало в ряде случаев панические слухи), плохая организация жилищных условий и быта эвакуированных лиц, занятых в восстановительных работах, запоздалая информация о размерах материальной компенсации и целый ряд более частных психотравмирующих обстоятельств. Своевременное вскрытие социально-психологических и социально-гигиенических причин невротических расстройств дало основание обращаться в различные инстанции с требованием их незамедлительного устранения. В результате принятия соответствующих мер, как правило, наблюдалось снижение психоэмоционального напряжения и частоты невротических расстройств, улучшались микросоциальные контакты, работоспособность.

Таким образом, лечение и профилактика нервно-психических расстройств при аварии на ЧАЭС требовали широкой и многоплановой деятельности психоневрологов, направленной на решение как собственно медицинских, так и медико-социальных вопросов. Можно думать, что во всех жизнеопасных ситуациях

деятельность врача-психиатра и медицинского психолога оказывается значительно шире, чем их непосредственная диагностическая и лечебная работа.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Динамика психического здоровья населения в районах, пострадавших во время аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: Тез. Докл. Междунар. Конф. – К., 1995. – С.10
2. Табачников С.И., Чуркин А.А., Найдено С.И. Новые организационные формы психопрофилактики и психотерапии больных с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. Конф. – Витебск, 1989. – С. 100 – 103,
3. Табачников С.И., Титиевский С.В., Найдено С.И. Психологические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и их коррекция // Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: Материалы респ. Науч.-пркт. Конф. (Кисловодск, 5-7 окт. 1994 г.). – Кисловодск, 1994. – С. 255-257.
4. Крыжановская Л.А. Пограничные нервно-психические расстройства, возникшие после Чернобыльской катастрофы: обзор литературы. – К., 1997. – 66 с. Деп. В УкрИТЭИ 21.01.97, № 62. – Укр 97
5. Александровский Ю.А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на АЭС. – К.: Здоров'я, 1993. – С.171-176.
6. Александровский Ю.А., Табачников С.И., Бебешко В.Г. Особенности клинических проявлений невротических и психосоматических расстройств у работников Чернобыльской АЭС и среди населения пострадавших районов на разных этапах развития аварии и ликвидации ее последствий // Прогнозы изменения радиационной обстановки и дозовых нагрузок в зоне аварии на Чернобыльской АЭС (Чернобыль'88) / Под ред. Е.И. Игнатенко. – М.: М-во атом. Энергетики СССР, ПО «Комбинат», ИТК «Индекс», 1989. – Т.3, ч.1. – С. 199-210.
7. Титиевский С.В. Клиника, диагностика пограничных психических расстройств у шахтеров – участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук:14.01.16/ Институт неврологии, психиатрии та наркології АМН України – Харьков, 1998. – 45 с.
8. Табачников С.И., Панченко О.А., Кутько И.И. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсаков. – 1996. – Т.96, № 5. – С. 34 – 37
9. Кутько И.И., Табачников С.И., Долганов А.И., Панченко О.А. Медико-психологическое обеспечение безопасности и надежности работы персонала атомных электростанций. – К.: Здоров'я, 1994. – 228 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ СТАНЦИИ В 1986 г.

Ю.А. Александровский

В статье рассматривается проблема психологического стресса на миллионы людей, возникшего в связи с крупнейшей по своим масштабам техногенной катастрофой на Чернобыльской АЭС в апреле 1986 года. Автор выделяет три периода влияния психогенных расстройств: первый – острый, который начался с момента аварии и условно продолжался в течение 10 дней, то есть до 5го мая; второй – период ближайших последствий - начался 6 мая и продолжался по октябрь 1986 г. Третий период – отдаленных последствий.

На всех этапах ликвидации последствий аварии на ЧАЭС большое внимание ученые психологи и психиатры Москвы и Донецка уделяли выявлению конкретных «вторичных» причин, вызывавших невротические реакции и невротические расстройства и соответственно разрабатывали систему психопрофилактических, психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: Чернобыльская катастрофа, психогенное расстройство, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС

MENTAL DISORDERS AMONG PEOPLE WHO WERE SUFFERED DURING AN ACCIDENT ON CHERNOBYL ATOMIC STATION
IN 1986

Yu.O. Alexandrovsky

The article observes a problem of psychological stress on millions of people, which appear in connection with a large technological disaster on Chernobyl AES in April 1986. The author stresses three influencing periods of psychotechnological disorders: the first- heavy, which start from the moment of accident and conditionally leads during 10 days, i.e. till 5th of May; the second- a period of closest consequences – starts from 6 the of May and continued till October, 1986. The third period –remote consequences.

Keywords: Chernobyl catastrophe, psychotechnological disorder, liquidators of ChAES accident consequences

УДК 616.89-008.485

Г. М. Румянцева, А.Л. Степанов, Т.М. Левина
**СОСУЩЕСТВОВАНИЕ ЭКЗОГЕННО - ОРГАНИЧЕСКИХ И СТРЕССОВЫХ
НАРУШЕНИЙ – ОСОБЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
НА ОТДАЛЕННЫХ ЭТАПАХ РАДИАЦИОННОЙ АВАРИИ**
ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России, Москва

Ключевые слова: радиационная авария, психологический стресс, психические расстройства

Радиационные аварии являются новым видом стресса, который возник в последние десятилетия прошлого столетия, как результат выхода из-под контроля одной из самых сложных технологий - атомной.

В радиационных катастрофах человечество впервые столкнулось со сложным, многофакторным стрессовым воздействием, которое включает два разнонаправлено влияющих фактора:

- биологическое воздействие радиации, влияющее не только на здоровье вовлеченных индивидуумов, но и через эмбриотоксические и генетические эффекты, на здоровье последующих поколений;
- психологический стресс сложной структуры, который характеризуется отсутствием сенсорного восприятия опасности радиационного воздействия, ожиданием отсроченных эффектов для здоровья в будущем или у будущих поколений, особым представлением о безусловной патогенности ионизирующей радиации, закреплённом в обыденном сознании после атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки.

Такая структура психологического стресса является новой, непривычной для человека и затрудняет формирование защитных психологических механизмов, приспособительного поведения и стратегий совладания с ситуацией [20;28;38].

Непосредственно наиболее опасными и значимыми для здоровья вовлеченных людей являются биологические (соматические) последствия воздействия радиации. Степень выраженности последних определяется количеством оказавшихся в среде радиационных веществ.

После радиационной аварии большинство вовлеченного населения оказывается под влиянием, так

называемых малых доз радиации. Само понятие «-малые дозы» является неоднозначным, и критерии его определены недостаточно четко: от доз, не вызывающих лучевую болезнь [18], до доз на порядок выше природного радиационного фона [4] или ниже конкретных цифр – 100м Зв [31]. Такое отсутствие единства в определении основного понятия, которое используют специалисты, обосновывая свои выводы о ничтожности радиационного воздействия для большинства населения, уже само может стать основой для стрессовых интерпретаций пострадавшими.

Наиболее важным и спорным вопросом в предикции воздействия радиации на центральную нервную систему является вопрос о радиочувствительности мозговой ткани. Высокодифференцированные клетки головного мозга относятся к высокорезистентным, однако порог этой резистентности постоянно меняется. Например, в работах А.И. Нягу, А.Г. Нощенко с соавт. (1992), Г.А. Зубовского с соавт. (1993), Н.А. Мешкова с соавт.(1993) было выявлено, что облучение приматов в дозе 0,7 гр может вызвать органические дефекты в ЦНС. С другой стороны, с точки зрения А.К. Гуськовой (2001), только дозы не ниже 10-50 гр могут вызывать органические поражения.

В 90-е годы появилось много данных о том, что нейроны реагируют даже на малые дозы радиации. Было обосновано понятие пострадиационных энцефалопатий (Деденко И.К. с соавт. 1998).

Большинство авторов придерживаются точки зрения, что патологические изменения в ЦНС, как и следующие за ними психические расстройства, являются вторичными и зависят от сосудистых нарушений, как на уровне регуляции, так и на уровне поражения сосудистой стенки [21].

MENTAL DISORDERS AMONG PEOPLE WHO WERE SUFFERED DURING AN ACCIDENT ON CHERNOBYL ATOMIC STATION
IN 1986

Yu.O. Alexandrovsky

The article observes a problem of psychological stress on millions of people, which appear in connection with a large technological disaster on Chernobyl AES in April 1986. The author stresses three influencing periods of psychotechnological disorders: the first- heavy, which start from the moment of accident and conditionally leads during 10 days, i.e. till 5th of May; the second- a period of closest consequences – starts from 6 the of May and continued till October, 1986. The third period –remote consequences.

Keywords: Chernobyl catastrophe, psychotechnological disorder, liquidators of ChAES accident consequences

УДК 616.89-008.485

Г. М. Румянцева, А.Л. Степанов, Т.М. Левина
**СОСУЩЕСТВОВАНИЕ ЭКЗОГЕННО - ОРГАНИЧЕСКИХ И СТРЕССОВЫХ
НАРУШЕНИЙ – ОСОБЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
НА ОТДАЛЕННЫХ ЭТАПАХ РАДИАЦИОННОЙ АВАРИИ**
ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России, Москва

Ключевые слова: радиационная авария, психологический стресс, психические расстройства

Радиационные аварии являются новым видом стресса, который возник в последние десятилетия прошлого столетия, как результат выхода из-под контроля одной из самых сложных технологий - атомной.

В радиационных катастрофах человечество впервые столкнулось со сложным, многофакторным стрессовым воздействием, которое включает два разнонаправлено влияющих фактора:

- биологическое воздействие радиации, влияющее не только на здоровье вовлеченных индивидуумов, но и через эмбриотоксические и генетические эффекты, на здоровье последующих поколений;
- психологический стресс сложной структуры, который характеризуется отсутствием сенсорного восприятия опасности радиационного воздействия, ожиданием отсроченных эффектов для здоровья в будущем или у будущих поколений, особым представлением о безусловной патогенности ионизирующей радиации, закреплённом в обыденном сознании после атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки.

Такая структура психологического стресса является новой, непривычной для человека и затрудняет формирование защитных психологических механизмов, приспособительного поведения и стратегий совладания с ситуацией [20;28;38].

Непосредственно наиболее опасными и значимыми для здоровья вовлеченных людей являются биологические (соматические) последствия воздействия радиации. Степень выраженности последних определяется количеством оказавшихся в среде радиационных веществ.

После радиационной аварии большинство вовлеченного населения оказывается под влиянием, так

называемых малых доз радиации. Само понятие «-малые дозы» является неоднозначным, и критерии его определены недостаточно четко: от доз, не вызывающих лучевую болезнь [18], до доз на порядок выше природного радиационного фона [4] или ниже конкретных цифр – 100м Зв [31]. Такое отсутствие единства в определении основного понятия, которое используют специалисты, обосновывая свои выводы о ничтожности радиационного воздействия для большинства населения, уже само может стать основой для стрессовых интерпретаций пострадавшими.

Наиболее важным и спорным вопросом в предикции воздействия радиации на центральную нервную систему является вопрос о радиочувствительности мозговой ткани. Высокодифференцированные клетки головного мозга относятся к высокорезистентным, однако порог этой резистентности постоянно меняется. Например, в работах А.И. Нягу, А.Г. Нощенко с соавт. (1992), Г.А. Зубовского с соавт. (1993), Н.А. Мешкова с соавт.(1993) было выявлено, что облучение приматов в дозе 0,7 гр может вызвать органические дефекты в ЦНС. С другой стороны, с точки зрения А.К. Гуськовой (2001), только дозы не ниже 10-50 гр могут вызывать органические поражения.

В 90-е годы появилось много данных о том, что нейроны реагируют даже на малые дозы радиации. Было обосновано понятие пострадиационных энцефалопатий (Деденко И.К. с соавт. 1998).

Большинство авторов придерживаются точки зрения, что патологические изменения в ЦНС, как и следующие за ними психические расстройства, являются вторичными и зависят от сосудистых нарушений, как на уровне регуляции, так и на уровне поражения сосудистой стенки [21].

Значительную роль в формировании патологии нервной системы занимает дисбаланс системы антиоксидантной защиты и активизация перекисного окисления липидов, приводящая к свободнорадикальному повреждению клеточных структур, а также формированию вторичных радиационных иммунодефицитов.

Совершенно новую концепцию повреждения клеток «малообновляющихся тканей» (например эндотелия сосудов) выдвигает Р.Ф. Федорцева с соавт. (2007). Независимо от величины облучения в этих тканях происходят изменения на внутриклеточном уровне, которые ведут к изменениям эндотелия и последующим развитием отдаленной сосудистой патологии.

Представители всех направлений в радиологии признают факт увеличения церебральной патологии у участников ликвидации аварии на ЧАЭС, однако в зависимости от научных пристрастий, относят эти факты или за счет стресса или за счет сочетанного действия факторов аварии (Цыб А.Ф., Иванов В.К., Иванов С.И. 2001, Нягу А.И., Логановский К.Н. 1998, Никифоров А.М. с соавт. 2002, Меских Н.Е. 2001).

Таким образом, в оценке биологического влияния малых доз радиации, которым подвергаются вовлеченные в радиационные аварии люди, не существует единой, принятой научным сообществом и доказанной, точки зрения, что естественно затрудняет выработку обоснованной научно и доказанной социальной политики, которая строится на понятии ущерба для здоровья и выплате соответствующих компенсаций.

Перейдем теперь к анализу особенностей влияния психологического стресса радиационных аварий. Вскоре после аварии на атомной станции Три Майл Айленд [39] были сформулированы особенности антропогенных аварий такого типа. Эти катастрофы имеют начальную точку, но не имеют окончания, поскольку токсический фактор не исчезает из среды в течении нескольких поколений. Нередко отсутствует острый период, либо большинство участников не видели его.

Число вовлеченных в аварии оказывается значительно больше, чем непосредственно пострадавших, за счет потери доверия и неясности величины загрязнения и ущерба. Эти катастрофы вызывают, по выражению Erikson K. (1990), у населения ужас, значительно больший, чем природные явления и катаклизмы, поскольку они связаны с потерей контроля над процессами, считавшимися безопасными.

Существенным свойством радиационных катастроф является формирование после них «нетерапевтического» сообщества, отличающегося значительной конфликтностью, оппозиционностью к властям, формированием неконструктивных форм поведения. Это связано с неясностью и размытостью во времени величины ущерба, особенно для здоровья, существованием разных точек зрения на причины катастрофы, значительным будущим риском и длительно продолжающимися контрмерами.

Ключевая роль в развитии и формировании послед-

ствий радиационных катастроф принадлежит информации. В большинстве случаев люди узнают о радиационной угрозе из таких «вестников риска», как официальные сообщения, средства массовой информации и свои частные каналы [2;27;36;44;45].

Подобно тому, как биологические эффекты зависят от условий радиационного воздействия (вида излучения, времени, индивидуальной чувствительности и др.), психологические эффекты в значительной степени зависят от условий получения информации, источников, из которых она получена, ее достоверности и способности индивида к ее осмыслению и переработке.

Если информация достаточно противоречива, то на этой основе формируется закономерное замещение реальности мифологическими суждениями, преувеличение или искажение образа угрозы [20].

Возникает состояние «когнитивного диссонанса» [34], которое вносит значительный вклад в психологический дистресс.

Радиационная катастрофа нарушает витальную потребность человека – потребность в безопасности не только в момент воздействия радиации, но и всю последующую жизнь индивидуума и его потомков, поскольку последствия радиационного поражения могут проявиться через многие годы, а за счет эмбриотоксических и генетических эффектов и через поколения.

Такая авария, как Чернобыльская, опасна не только сама по себе, но и имеет высокий «сигнальный потенциал», поскольку является предвестником дальнейших катастрофических бедствий (Гейл, 1991).

Особенностью радиационной аварии является необходимость принятия многих, достаточно жестких контрмер, включая переселение, которые сами могут привести к психологической дезадаптации вовлеченного населения. Кроме того, после аварии обязательно принимается специальное законодательство, которое определяет различные аспекты поставарийного существования, закрепляет особый статус загрязненных территорий и пострадавшей популяции на многие годы, льготы и компенсационные выплаты. При этом нередко это законодательство с годами меняется, часто не в пользу пострадавших. Этому есть объективные причины, поскольку невозможно точно и в короткие сроки определить причиненный ущерб, который уточняется еще долгие годы.

Все перечисленные особенности психологического стресса радиационных аварий определяют и характер психопатологического ответа, который формируется на разных уровнях - от невротически-стрессового до экзогенно-органического.

Двадцатипятилетний период наблюдения за разными категориями населения, вовлеченного в аварию, и участниками ликвидации последствий аварии (УЛПА), а также анализ литературных данных позволил обобщить весь диапазон психических нарушений (рис.1), встречающихся после радиационной аварии [21;24;26;28;30;37;39;40;41;42].



Рис. 1 Диапазон психических нарушений, встречающихся после радиационной аварии

Перечень психических нарушений, выявленных после аварии на Чернобыльской АЭС, несколько отличается от приведенного выше. Наиболее значимыми психическими нарушениями являются:

- органическое психическое расстройство сосудистого или смешанного генеза (УЛПА);
- нарушения адаптации (население);
- соматизированные расстройства (население, УЛПА);
- депрессии (УЛПА);
- посттравматическое стрессовое расстройство (УЛПА, переселенцы).

При этом выявлены определенные приоритеты: нарушения адаптации и соматоформные и соматизированные нарушения встречаются как среди населения, так и ликвидаторов. Т.е. стрессзависимые расстройства распространены примерно с одинаковой частотой.

Для группы участников ликвидации аварии характерно формирование органического психического расстройства преимущественно сосудистого или смешанного генеза и депрессивных синдромов. Посттравматическое стрессовое расстройство встречается преимущественно среди участников ликвидации аварии, однако отдельные составляющие синдрома отмечены и у жителей загрязненных территорий.

Посткатастрофное развитие личности диагностируется достаточно редко как среди УЛПА, так и населения, однако это расстройство является наиболее глубоким и почти всегда инвалидизирует пациентов.

И, наконец, патоморфоз психических расстройств имеет место во всех категориях пострадавших на начальных этапах аварии. В настоящее время этот феномен отмечается значительно реже.

Отдельно следует отметить эмбриотоксические эффекты. В исследованиях японских ученых было выявлено увеличение случаев умственной отсталости и микроцефалии у детей, находившихся в момент облучения *in utero* (Otake M. et al. 1988). Среди населения пострадавших территорий также обнаружено некоторое снижение невербального интеллекта у детей, облученных на 15 неделе внутриутробного развития [3;16].

Изучение распространенности умственной отсталости в однолетних интервалах среди родившихся в загрязненных и чистых районах Брянской области, начиная с 1987 г., показало, что рост числа случаев умственной отсталости и органической патологии среди детей, родившихся в 1987 г., имел место, однако более значительное число детей с этой патологией отмечено среди родившихся в более поздние годы, что не позволяет связать этот факт с внутриутробным облучением [29].

Японские авторы отметили также небольшой рост числа случаев шизофрении у детей, облученных внутриутробно, и у последующих поколений. Среди последствий других радиационных аварий такой феномен пока не был отмечен.

Разница структуры психической патологии опреде-

ляется удельным весом биологических и стрессогенных факторов в генезе расстройств. Так у УЛПА, дозы облучения, у которых были определены выше, чем у населения, отмечен сдвиг заболеваемости к экзогенно-органическому полюсу. У этой же категории было более выражено стрессовое воздействие за счет личного участия в аварийных работах, которое и сформировало в определенном числе случаев ПТСР.

Остановимся на особенностях психопатологических реакций у населения, вовлеченного в аварию. В течение первого десятилетия были проведены обширные эпидемиологические исследования [26;36], также выборочные обследования отдельных групп населения [7;35], которые показали, что распространенность различных синдромов, выявленных с помощью опросника общего здоровья, среди населения загрязненных после аварии и чистых территорий достоверно различается. К 1993 г. показатель составил 60,9 %, при 41,6 % на чистых территориях.

Изучение рейтинга факторов риска, с которыми население связывает имеющиеся симптомы, показало, что для пострадавшей популяции на первом месте, с большим отрывом, стояли проблемы, связанные с радиацией и обеспокоенностью возможным или реальным нарушением здоровья в этой связи. О значительной связи психических нарушений с радиационным стрессом свидетельствовала и зависимость распространенности расстройств от информации о медицинских и радиологических последствиях аварии. Появление негативной информации о возможных радиационных последствиях приводило к пандемии стрессовых реакций.

О стрессовом характере большинства выявленных нарушений говорила и их клиническая картина, где на первом месте были симптомы соматизации и тревоги. Большинство обследованных относили совершенно разные физические симптомы за счет радиационного воздействия и крайне низко оценивали уровень своего здоровья.

До принятия классификации МКБ-10 эти расстройства в большинстве случаев расценивались как донозологический уровень патологии. Только в 24, 9 % случаев на загрязненных территориях и в 6,7% - на чистых мог быть установлен диагноз. В этом случае в основном диагностировались невротические, аффективные

и психопатоподобные нарушения на фоне соматических заболеваний. Распространенность шизофрении, циклотимии и эпилепсии не подверглась существенным изменениям.

Й. Хавенар (1996) характеризовал психические отклонения у жителей загрязненных территорий как «поведение, ориентированное на болезнь». Согласно критериям МКБ-10 эти нарушения могли быть расценены в рамках нарушений адаптации и соматоформных расстройств.

В более поздние годы эпидемиологических исследований уже не проводилось, но появление новых данных, например о росте числа случаев рака щитовидной железы у детей, приводило к усилению тревоги и депрессивных настроений.

Было выявлено, что макросоциальные мероприятия (адекватно организованное переселение) могли снижать уровень стрессовых симптомов у населения, как это было установлено при сравнении психического состояния переселенцев в трех странах.

В последующие годы, исследователи (Бронский В.И. 2005, Толканец 1996 и др.) также отмечали, что стрессовые нарушения среди населения остаются на высоком уровне, несмотря на проводимые контрмеры и изменение радиационной обстановки.

В.И. Бронский (2005) значительную роль отводит присоединению алкоголизма, который по мнению автора является синдромообразующим фактором. Действительно, алкоголизм распространен на загрязненных территориях значительно, но по данным официальной статистики не более, чем в аналогичных чистых сельских районах. Это скорее коморбидная стрессовым заболеваниям патология со сложным социо-культурально-стрессовым генезом, поэтому отнести все особенности психических нарушений только за счет алкоголизма не представляется возможным.

Таким образом, среди населения, пострадавшего от Чернобыльской аварии, на протяжении всего поставарийного периода преобладают нарушения, связанные со стрессом аварии и ее последствий.

Иная картина выявляется при анализе психических расстройств у участников ликвидации аварии. Структура заболеваемости ликвидаторов на 2003 г. представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (в%)

Психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F 06, F 07)	59,7
Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1)	9,0
Соматоформное расстройство (F 45)	9,5
Расстройства личности, в том числе стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F 60- F 62)	12,8
Прочие расстройства	9,0

Следует подчеркнуть, что такая структура заболеваемости была свойственна УЛПА не весь поставарийный период. Органические психические расстройства стали определенно выявляться к 10-12 году после аварии и с каждым годом занимали все более значимое место.

По данным В.А.Солдаткина (2002) формированию органических расстройств предшествовали: первичная реакция, латентный и инициальный периоды, каждый из которых характеризовался своим объемом нарушений.

По данным Российского медико-дозиметрического регистра психическая заболеваемость среди этой группы пострадавших занимает 5 место (Иванов С.И., Цыб А.Ф., Иванов В.К. 1999). По данным Экспертных Советов, устанавливающих связь заболеваний с факторами аварии, доля психических расстройств еще выше (Хрисанфов С.А., Меских Н.Е. 2001). Психические расстройства вносят значительный вклад в инвалидизацию этой категории больных (Бирюков А.П., Иванов В.К. и др. 2001). Многие авторы подчеркивают, что сосудистые заболевания у УЛПА характеризуются прогрессирующим течением, быстрым нарастанием массивных когнитивных расстройств [8;15;24;30]. С нарастающими сосудистыми изменениями связывают и преждевременное старение организма УЛПА [21;33].

Под нашим наблюдением находится более 1000 больных УЛПА, страдающих различными психическими нарушениями. Углубленное клиническое обследование позволило сформулировать ряд обобщенных клинко-психопатологических признаков, характеризующих основную психическую патологию этой категории пострадавших:

- амбулаторный уровень нарушений + полиморфизм нарушений;
- астенический синдром - как облигатное расстройство;
- когнитивные нарушения: память, речь, внимание;
- рудиментарные пароксизмы преимущественно в виде амбулаторных автоматизмов;
- психические микропароксизмы;
- рекуррентные аффективные фазы сложной феноменологии: тревога, дисфория;
- высокий суицидальный риск;
- рудиментарные нарушения восприятия: акаозмы, фотопсии, дереализация.

Сходные характеристики психической патологии экзогенно-органического полюса были выявлены и в работах А.И. Нягу, К.Н. Логановского (1998), А.М. Морозова, Л.А. Крыжановской (1998), В.Н. Краснова с соавт. (1995), Б.Д. Цыганкова (2002) и др.

Протекание расстройств на амбулаторном уровне, крайний полиморфизм симптомов, а также преобладание на переднем плане церебрастенических проявлений затрудняет диагностику и нередко направляет клиническое мышление врача в сторону диагностики невротических, стрессовых симптомов. Выявление когнитивных нарушений, а также микропароксизмальных

расстройств, особенно в области психических функций, требует специального психологического обследования, которое на местах не проводится. А наличие расстройств восприятия нередко трактуется, как проявление алкогольного или процессуального галлюциноза, что еще больше вуалирует адекватную диагностику.

В то же время своевременное и адекватное параклиническое обследование выявляет изменения на ЭЭГ (перераспределение альфа ритма и эпилептиформная активность), РЭГ (нарушения геморегуляции), КТ (признаки смешанной атрофии мозга и гидроцефалии).

Все эти нарушения свидетельствуют о диффузном органическом поражении головного мозга с локализацией преимущественно в лобной области, а реализующим механизмом развития органического процесса является длительное состояние ишемии, возникшее вследствие нарушения регуляторных механизмов [30]. Важное место в генезе экзогенно-органических психических расстройств играют аутоиммунные и дисметаболические нарушения [15].

Изучение факторов риска развития психических расстройств сосудистого генеза, выявило значимость как факторов, связанных непосредственно с радиационным воздействием:

- восстановленной методом биологической дозиметрии дозой радиации,
- с длительностью работ, которая также связана с дозой облучения [1;25;30], так и факторов, непосредственно отражающих стрессовое влияние аварии:
- низкая оценка собственного здоровья и своих возможностей по сравнению со сверстниками [28];
- отнесение болезненных проявлений только за счет аварийных работ.

В большинстве случаев клиническая картина органических психических расстройств у УЛПА окрашена высокой эмоциональной лабильностью, зависимостью проявлений от психогенных, информационных и социальных воздействий, что говорит о высокой значимости стрессовых аварийных и поставарийных факторов даже на таком отдалении от катастрофы.

Симптомы органического расстройства и психогенные нарушения представляют собой довольно сложный конгломерат и предстают в единой клинической картине на протяжении многих лет, что дало возможность ряду авторов (Рудой И.С. 2001) выдвинуть концепцию о «единой радиационной психосоматической болезни».

Все выявленные клинко-психопатологические феномены позволили построить гипотетическую модель психических расстройств у УЛПА (рис. 2), которая отражает стадийность и комплексность биологического и стрессового воздействия, формирующего сосуществующие (коморбидные) экзогенно-органические и стрессовые расстройства.

Принципиально схожую модель выдвинул в своей работе В.А. Солдаткин (2002).



Рис. 2 Модель формирования психической патологии у участников ликвидации аварии на ЧАЭС

На первом этапе самой аварии все факторы (биологические и психогенные) вызвали глубокую вегетативную дисфункцию, ставшую впоследствии почвой, на которую влияли все стрессы жизни и постчернобыльской ситуации. Присоединившиеся соматические заболевания углубляли нарушения и превращали почву в сосудистый органический процесс.

Следует остановиться еще на одной группе психогенных заболеваний у УЛПА- посттравматических стрессовых расстройствах. Хотя удельный вес их в структуре психической заболеваемости ликвидаторов не велик - около 9%, однако отдельные элементы этого синдрома сосуществуют одновременно с экзогенно-органическим процессом, примерно у 50% пациентов.

Особенностью ПТСР является отсутствие острой реакции на стресс, хроническое течение, преобладание в отдаленном периоде симптоматики «избегания», своеобразная клиническая картина «флэшбэк» эффектов в виде состояний близких к пароксизмальной дереализации, малая выраженность содержательного и эмоционального компонента воспоминаний и снов.

Для всей психической патологии у УЛПА характерен глубокий пессимизм, отсутствие перспективы, ипохондрический радикал переживаний. Нередко выявляется «перманентная» установка на суицид.

Следует подчеркнуть, что присоединение экзогенно-органического процесса нивелирует, но не стирает полностью симптомов ПТСР.

Выводы

Психическая патология, выявляющаяся после радиационной аварии, состоит из симптомов двух противоположных полюсов: экзогенно-органического и психогенного. Стрессзависимые реакции и состояния отмечаются у всех контингентов пострадавших и на всех этапах поставарийного периода. Экзогенно-органические (прежде всего сосудистые расстройства) формируются у тех участников аварии, которые были подвержены большим радиационным и другим биологическим воздействиям.

Оба типа расстройств сосуществуют синергически, спаянно, и усиление одного полюса не приводит к торможению или обратному развитию другого. Более того, психогенный радикал как бы противодействует редукции и достижению терапевтических эффектов при лечении органических симптомов, поскольку в рамках концепции болезни существование симптомов условно желательно. Соответственно лечение таких расстройств крайне сложно.

Такой сложный конгломерат психических симптомов нередко затрудняет диагностику, поскольку психогенные расстройства могут камуфлировать более глубокие сосудистые.

Очевидно, прогностически во всех радиационных инцидентах можно ожидать такой же структуры психической патологии и соответственно аналогичным образом строить психиатрическую и социальную помощь.

Этот факт необходимо учитывать не только в решении диагностических и экспертных вопросов, но и в организации терапии и реабилитации пострадавших.

Терапевтическая и реабилитационная тактика должна быть направлена на:

- Смягчение и компенсацию болезненных симптомов путем проведения комплексной (биологической и психологической) коррекции. Следует особо подчеркнуть, что биологическое лечение постоянно нуждается в психологическом сопровождении. Отрыв психологической помощи от медицинской нецелесообразен, поскольку в центре всей психологической декомпенсации стоит «образ болезни», связанный с аварией. Только одновременное лечение больного и работа с образом болезни может принести значимый результат.
- Многолетнюю реабилитацию пострадавших, адаптацию их к жизни и труду на том уровне здоровья, которого удалось достичь. Реабилитация должна включать как информационные, социаль-

но-психологические меры, так и разумные, гарантированные компенсации и льготы. При этом предпочтительными являются ограниченные во времени, возможно одномоментные компенсации, которые позволяют оставить стресс аварии позади и перешагнуть определенную черту в будущее.

Любое изменение законодательства или подзаконных актов, касающихся пострадавших, должно просматриваться с позиций психологических реакций и предотвращения возможного ухудшения обоих, описанных выше, составляющих психического здоровья. При этом следует помнить, что не изжитой стресс является катализатором патологической активности у реально больных людей, что следует принимать во внимание при изменении уже длительно действующих законодательных документов, определяющих поставленный льготы и компенсации.

Подобных условий реабилитации, повидимому, не знала никакая другая авария.

Литература:

1. Артюхова М. Г. Депрессивные расстройства у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС – инвалидов по соматическим заболеваниям. Дисс. канд. мед. наук. М., 2000, 152с.
2. Архангельская Г.В., Зыкова И.А. Мониторинг радиотревожности. *Международный журнал радиационной медицины*, 5(1-2), 2003, с.146-151.
3. Базыльчик С.В., Дрозд В.М., Райнерс Ч., Гаврилин Ю.И. Интеллектуальное развитие детей, подвергшихся облучению радиоизотопами йода внутриутробно или в возрасте 0-1,5 года в результате аварии на ЧАЭС. *Международный журнал радиационной медицины*, 5(1-2), 2003, с. 151-155.
4. Барабой В.А. Особенности биологического действия ионизирующего излучения в малых дозах // *Врачеб. дело*. 1991. № 7. С.111-112.
5. Бриллиант М.Д., Воробьев А.И., Гочин Е.Е. Отдаленные последствия действия малых доз ионизирующей радиации на человека // *Терапевт. архив*. 1987. №6. С.3-8.
6. Василенко И.Я. Малые дозы ионизирующей радиации // *Мед. радиология*. 1991. №1. С.48-51.
7. Ветров С.Д. Особенности расстройств невротического уровня у эвакуированных из Припяти (период отдаленных последствий аварии на ЧАЭС. Автореф. канд. мед. наук. М., 1997, 34 с.
8. Вишневская В.П. Психосоматические расстройства у лиц, подвергшихся радиационному воздействию. – Минск: Институт национальной безопасности республики Беларусь, 2007.- 253 с.
9. Григорьев А.Ю. Индивидуальная радиочувствительность. М., 1991. 80с.
10. Гуськова А.К. Радиация и мозг человека. Медицинская радиология и радиац. безопасность. 2001, Т.46, N 5, с.47-55
11. Деденко И.К., Стариков А.В., Торбин В.Ф., Пострелко В.М. Эфферентные методы лечения радиационных и токсических энцефалопатий. Киев, 1998. 398с.
12. Зубовский Г.А., Холодова Н.Б. Неврологический статус участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // *Мед. радиол.* 1993. Т.33. №12. С.31-34.
13. Иванов В.К., Цыб А.Ф., Иванов С.И. Ликвидаторы Чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий, М., 1999, 310 с.
14. Ильин Б.Н. Биологические и медицинские аспекты действия малых доз радиации // *Радиац. гигиена*. Л., 1986. С.27-35.
15. Ковтун А.В. Роль некоторых патогенетических аспектов в механизмах формирования и прогрессирования хронической цереброваскулярной недостаточности у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1999. 24с.
16. Козлова И.А., Пуховский А.А., Рябухин В.Ю. Психологическое и психиатрическое исследование детей, проживающих в Калужской и Брянской областях России (последствия Чернобыльской аварии) // *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*, - 1995.- т.95, N 1.- с. 70-74.
17. Краснов В.Н., Юркин М.М., Петренко Б.Е. и др. Клинико-патогенетическая оценка нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и подходы к терапии. *Ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС. Состояние здоровья. Материалы ВОЗ*. - М., 1995, с. 98-107
18. Ливанов М.Н. Некоторые проблемы действия ионизирующей радиации на нервную систему. М., 1962. 196с.
19. Мешков Н.А., Рыжов Н.И., Кузнецова Г.Д. и др. Отдаленные последствия радиационных воздействий на неврологический статус организма. // *Воен.-мед. журн.*-1993,-4- С. 70-73
20. Моляко В.А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // *Психол. журн.*-1992.-Т.13- I-С.135-148
21. Морозов А.М., Крыжановская Л.А. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Киев, 1998. 330с.
22. Никифоров А.М., Алексанин С.С., Чугунова Л.Н. Особенности психологического статуса и медико-психологическая реабилитация участников аварийно-восстановительных работ на Чернобыльской АЭС. // *Мед. радиология и радиац. безопасность*, 2002, Т.47, N 5, С.43-50
23. Нягу А.И., Ноценко А.Г., Логановский К.Н. Отдаленные последствия психогенного и радиационного факторов аварии на Чернобыльской АЭС на функциональное состояние головного мозга человека // *Журн. невропатологии и психиатрии*. - 1992. Т.92, вып.4. - С.72-77.
24. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев, 1998. 350с.
25. Перевертова Ю.Г. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Дисс. канд. мед. наук. М., 2004. 135 с.
26. Румянцева Г.М., Левина Т.М. и др. Психическое здоровье населения некоторых регионов России // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. - 1995, N2, с.55-66
27. Румянцева Г.М., П.Аллен, Левина Т.М. и др. Роль радиационных и психологических факторов в формировании невротических симптомов у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС. // *Ж. Медицина катастроф*. - 4 (16).-1996.-С 61-70
28. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. и др. Психическая дезадаптация участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // *Современная психиатрия*. 1998.- №1. С.26-30.
29. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Муравьев А.И. Сравнительный анализ распространенности умственной отсталости среди жителей радиационно загрязненных и «чистых» районов Брянской области // *Ж. "Медико-биологические последствия жизнедеятельности"* Беларусь, 2010.-1 (3), С. 104-113.
30. Солдаткин В.А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (клинико- патогенетический анализ). Дисс. канд. мед. наук. М., 2002. 213с.
31. Ставицкий Р.В., Гуслистый В.П., Ковальчук И.В. и др. Оценка реакции организма человека на однократное облучение в малой дозе // *Медицинская радиология и радиационная безопасность*. 1999. №3. С.66-72.
32. Толканец С.В. Роль социально-средовых факторов в возникновении пограничных нервно-психических расстройств у сельского населения, пострадавшего от аварии на ЧАЭС. Автореф. дисс. канд. мед. наук /Гомельский филиал НИИ радиационной медицины.- Гомель,1996,30 с.
33. Ушаков И.Б. Комбинированные воздействия в экологии человека и экстремальной медицине. - М.: ИПЦ "Издательство", 2003.- 442 с.
34. Фестингер Л. Когнитивный диссонанс, СПб.: Ювента, 1999, 318 с.
35. Филипенко В.В. Особенности формирования невротических расстройств в условиях хронического радиационного стресса. Автореф. канд. мед. наук. М., 1995 -22с.

36. Хавенар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы (перевод с английского). – М., 1996. – 189 с.

37. Цыганков Д.Б. Клиника и патогенетическая терапия психических нарушений у больных метаболической энцефалопатией радиационного генеза : Дисс. канд. мед. наук. М., 2001. 133с.

38. Чинкина О.В. Когнитивные возможности ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с цереброваскулярной патологией и вопросы экспертизы. // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии». –С.-Петербург., 2005, с.123.

39. Baum A., Fleming I., Davidson L.M. Natural disasters and technological catastrophe // *Environment and Behavior*. - 1983. - Vol.15. - P.333-354.

40. Bromet E., Dew M.A. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters // *Epidemiol. Rev.* - 1995. - Vol.17. - P.113-119.

41. Davidson L.M., Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorders // *Journal of consulting and clinical psychology*.-1986, Vol. 54, No.3, P.303-308.

42. Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. et al. Mental Health effects of the Three Mile Island nuclear reactor restart// *Am. J. Psychiatry*. - 1987. - 144. - P. 1074 - 1077.

43. Erikson K. Toxic reckoning: Business faces a new kind of fear // *Harvard Business Rev.* - 1990. - Jan./Febr. - P.118-126.

44. Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Psychological effects of toxic contamination // *Individual and community responses to trauma and disaster*. - Cambridge Univ. Press, 1994.

45. Kasperian R.E., Renn O., Slovic P. et al. The social amplification of risk: a conceptual framework // *Risk Anal.* - 1988. - Vol.3. - P.177-191.

46. Jaworowski Z. Beneficial effects of radiation and regulatory policy // *Australasian Physical & Engineering Sciences in Medicine*. 1997. №20(3). P.125-138.

СПІВІСНУВАННЯ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНИХ І СТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ –ОСОБЛИВІСТЬ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ВІДДАЛЕНИХ ЕТАПАХ РАДІАЦІЙНОЇ АВАРІЇ

Г. М. Румянцева, А.Л. Степанов, Т.М. Левіна

На основі 25 річного досвіду спостереження за різними групами осіб, які залучені до аварії на ЧАЕС, представлена структура стресової дії радіаційної аварії, особливості психічних розладів, що виникли і можливі механізми їх формування.

Ключові слова: радіаційна аварія, психологічний стрес, психічні розлади

COEXISTENCE OF EXOGENOUS-ORGANIC AND STRESS DISORDERS – FEATURE OF MENTAL PATHOLOGY ON REMOTE STAGES OF RADIATION ACCIDENT

G.M. Rymyantseva, A.L. Stepanov, T.M. Levina

On a base of 25 years' experience of observation over different groups of people, who are involved into the accident on ChAES, represented structure of radiation accident's stress effect, appeared mental disorders' features and possible mechanisms of its formation.

Keywords: radiation accident, psychological stress, mental disorders

УДК 616.89-008.485+612.014.482

О.А. Панченко, Л.В. Панченко, И.Ю. Басараб

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ГУ «Научно-практический медицинский

реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», г. Донецк

Ключевые слова: пострадавшие от аварии на ЧАЭС, психическое здоровье, адаптация

Введение

Техногенные катастрофы являются одними из наиболее сложных по структуре воздействующих патогенных факторов: это и токсическое влияние, и психогенные воздействия аварийного и поставарийного стресса, и социальные факторы поставарийной ситуации. Причем длительность воздействия отдельных факторов катастрофы может определяться десятилетиями или даже жизнью целого поколения [1]. Авария на Чернобыльской АЭС – одна из крупнейших радиационных катастроф в истории человечества. В результате аварии воздействию ионизирующего излучения подверглось более 5 млн. жителей Украины, России и Беларуси [3].

Изучение влияния Чернобыльской аварии на психическое здоровье населения Украины, в том числе

ликвидаторов аварии, остается чрезвычайно актуальным [2]. Последствия аварии являются моделью хронической экстремальной ситуации, на которой возможно изучение закономерностей развития нарушений психологического здоровья. Результаты многолетних исследований свидетельствуют, что спустя 20 и более лет после ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС практически у всех пострадавших формируются многообразные изменения личности и нарушения социальной адаптации [5]. Факты также свидетельствуют об устойчивой отрицательной динамике психических нарушений у данного контингента, имеющей тенденцию постоянного роста с выходом на плато насыщенности [6].

На настоящий момент нами накоплен большой фактический материал о состоянии здоровья ликвида-

36. Хавенар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы (перевод с английского). – М., 1996. – 189 с.

37. Цыганков Д.Б. Клиника и патогенетическая терапия психических нарушений у больных метаболической энцефалопатией радиационного генеза : Дисс. канд. мед. наук. М., 2001. 133с.

38. Чинкина О.В. Когнитивные возможности ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с цереброваскулярной патологией и вопросы экспертизы. // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии». –С.-Петербург., 2005, с.123.

39. Baum A., Fleming I., Davidson L.M. Natural disasters and technological catastrophe // *Environment and Behavior*. - 1983. - Vol.15. - P.333-354.

40. Bromet E., Dew M.A. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters // *Epidemiol. Rev.* - 1995. - Vol.17. - P.113-119.

41. Davidson L.M., Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorders // *Journal of consulting and clinical psychology*.-1986, Vol. 54, No.3, P.303-308.

42. Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. et al. Mental Health effects of the Three Mile Island nuclear reactor restart// *Am. J. Psychiatry*. - 1987. - 144. - P. 1074 - 1077.

43. Erikson K. Toxic reckoning: Business faces a new kind of fear // *Harvard Business Rev.* - 1990. - Jan./Febr. - P.118-126.

44. Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Psychological effects of toxic contamination // *Individual and community responses to trauma and disaster*. - Cambridge Univ. Press, 1994.

45. Kasperian R.E., Renn O., Slovic P. et al. The social amplification of risk: a conceptual framework // *Risk Anal.* - 1988. - Vol.3. - P.177-191.

46. Jaworowski Z. Beneficial effects of radiation and regulatory policy // *Australasian Physical & Engineering Sciences in Medicine*. 1997. №20(3). P.125-138.

СПІВІСНУВАННЯ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНИХ І СТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ –ОСОБЛИВІСТЬ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ВІДДАЛЕНИХ ЕТАПАХ РАДІАЦІЙНОЇ АВАРІЇ

Г. М. Румянцева, А.Л. Степанов, Т.М. Левіна

На основі 25 річного досвіду спостереження за різними групами осіб, які залучені до аварії на ЧАЕС, представлена структура стресової дії радіаційної аварії, особливості психічних розладів, що виникли і можливі механізми їх формування.

Ключові слова: радіаційна аварія, психологічний стрес, психічні розлади

COEXISTENCE OF EXOGENOUS-ORGANIC AND STRESS DISORDERS – FEATURE OF MENTAL PATHOLOGY ON REMOTE STAGES OF RADIATION ACCIDENT

G.M. Rymyantseva, A.L. Stepanov, T.M. Levina

On a base of 25 years' experience of observation over different groups of people, who are involved into the accident on ChAES, represented structure of radiation accident's stress effect, appeared mental disorders' features and possible mechanisms of its formation.

Keywords: radiation accident, psychological stress, mental disorders

УДК 616.89-008.485+612.014.482

О.А. Панченко, Л.В. Панченко, И.Ю. Басараб

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ГУ «Научно-практический медицинский

реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», г. Донецк

Ключевые слова: пострадавшие от аварии на ЧАЭС, психическое здоровье, адаптация

Введение

Техногенные катастрофы являются одними из наиболее сложных по структуре воздействующих патогенных факторов: это и токсическое влияние, и психогенные воздействия аварийного и поставарийного стресса, и социальные факторы поставарийной ситуации. Причем длительность воздействия отдельных факторов катастрофы может определяться десятилетиями или даже жизнью целого поколения [1]. Авария на Чернобыльской АЭС – одна из крупнейших радиационных катастроф в истории человечества. В результате аварии воздействию ионизирующего излучения подверглось более 5 млн. жителей Украины, России и Беларуси [3].

Изучение влияния Чернобыльской аварии на психическое здоровье населения Украины, в том числе

ликвидаторов аварии, остается чрезвычайно актуальным [2]. Последствия аварии являются моделью хронической экстремальной ситуации, на которой возможно изучение закономерностей развития нарушений психологического здоровья. Результаты многолетних исследований свидетельствуют, что спустя 20 и более лет после ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС практически у всех пострадавших формируются многообразные изменения личности и нарушения социальной адаптации [5]. Факты также свидетельствуют об устойчивой отрицательной динамике психических нарушений у данного контингента, имеющей тенденцию постоянного роста с выходом на плато насыщенности [6].

На настоящий момент нами накоплен большой фактический материал о состоянии здоровья ликвида-

торов после аварии. Психоневрологические расстройства занимают одно из ведущих мест в картине заболеваемости пострадавших, а проведенные исследования и динамические наблюдения говорят о высокой распространенности и неблагоприятном клиническом течении психических расстройств [4].

Цель настоящей работы – оценить динамику личностных изменений ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с учетом воздействия на них соматических заболеваний, социальных факторов и стресса.

Материалы и методы

Ежегодные комплексные осмотры ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, которые проводятся на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины», включают экспериментально-психологическое обследование для подтверждения и уточнения клинико-психологического заключения, изучение личностных особенностей пациентов, анализ динамики состояния обследованных. Всего на диспансерном учете в ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» состоит 439 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, из них 163 чел. (37,1%) являются инвалидами.

Проводимое нами психодиагностическое исследование направлено на изучение когнитивно-познавательной и эмоционально-волевой сфер. Мы использовали: методики исследования зрительной и слуховой памяти, запоминания 10 слов, таблицы Горбова-Шульте, шкалу самооценки САН, методику многостороннего исследования личности (СМИЛ), метод цветowych выборов Люшера.

Результаты исследования и их обсуждение

Жалобы данных лиц отличались высокой представленностью астенического синдрома комплекса различной степени выраженности с органической «окрашенной» проявлений, наличием «стойких» ипохондрических переживаний сверхценного уровня, насыщенностью многообразными перманентными и пароксизмальными вегетативными расстройствами. Отношение к пережитому стресс-событию предусматривает глубокое и всестороннее изучение личности, что позволяет выявить различные деформации картины жизни, включая и ее временную ориентацию, которые оказывают негативное влияние на психическое состояние, психологическую реализацию времени жизни и жизненный путь человека.

Психодиагностические исследования, проведенные в динамике последних 10 лет, свидетельствуют о тенденции ухудшения здоровья. Доля здоровых лиц среди ЛПА на ЧАЭС уменьшилась с 68,7% до 11,2%. Наиболее значимыми для ликвидаторов являются факторы – год участия в аварийных работах, длительность работы, доза облучения и ее восприятие. В первые годы после аварии основными проявлениями нарушений были астенические и неврозоподобные расстройства (75,3%), в дальнейшем постепенно увеличивалась доля расстройств органического регистра. В исследованиях, проведенных в 2010 году преобладающей формой являются различные варианты органического

заболевания головного мозга (53,9%) с аффективными, интеллектуально-мнестическими, церебростеническими нарушениями. Соматоформные нарушения (29,1%) занимают второе место, смешанное тревожно-депрессивное расстройство – третье (16,1%).

Результаты многолетних обследований ЛПА на ЧАЭС при ежегодной диспансеризации и повторных госпитализациях позволили проанализировать динамику личностных изменений и сопоставить ее с результатами углубленного клинического обследования данного контингента. Структура выявленных нарушений, как и данные неврологического, клинического и психиатрического обследований, свидетельствуют в пользу органической природы интенсивно развивающихся состояний.

Анализируя полученные данные, мы видим, что психопатологические проявления у лиц, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС, усугубились в позднем периоде. Данные психодиагностического исследования когнитивно-познавательной и эмоционально-волевой сфер ЛПА на ЧАЭС в пределах 4-х лет представлены в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, показатели по всем диагностируемым признакам и их нарушения имеют ежегодный рост. Также результаты, полученные при помощи опросника СМИЛ, выявили своеобразную личностную структуру исследуемых. Там, где имеет место «плавающий» профиль личности с одновременным подъемом по невротическим и психотическим шкала отражаются психические расстройства с признаками дезинтеграции интеллектуальной и эмоциональной сфер. Из всех анализируемых личностных профилей 78% высокорасположенные. Структура профиля личности по методике СМИЛ позволяет говорить об устоявшейся структуре отношений испытуемых к сложившейся ситуации, о хронически протекающей психической дезадаптации, о состоянии общего стресса, в котором задействованы различные защитные механизмы и напряжены множественные компенсаторные функции психической деятельности, направленные на нивелировку дезадаптации.

Выводы

Анализ данных свидетельствует о наличии психических расстройств, выявляемых у ЛПА на ЧАЭС, позволяет врачам объективизировать тяжесть эмоционального состояния, оценить работоспособность, опираясь на данные психофизиологических показателей, выявить личностные особенности, а также определить методику проведения успешной реабилитационной работы.

Таким образом, проводимая оценка динамики личностных изменений ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС свидетельствует о выраженности психопатологических расстройств у пострадавших, значительном снижении ресурсов социально-психологической адаптации, ухудшении соматического состояния обследуемых и значительном росте органических нарушений психической деятельности.

Таблиця 1

Сравнительная частота показателей психодиагностического обследования

Показатели	2006г.		2007г.		2008г.		2009г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нарушения памяти	332	40,7	364	40,9	393	51,7	412	53,6
Снижение концентрации внимания	181	26,5	200	32,5	315	47,9	376	49,2
Сужение объема внимания	311	38,7	357	42,0	402	41,5	413	44,4
Повышенная утомляемость	252	23,7	297	34,7	305	39,2	386	47,1
Колебания работоспособности	257	33,6	289	31,6	327	35,6	358	42,8
Самочувствие: - хорошее	142	32,2	148	36,4	209	30,4	312	35,7
- удовлетворительное	98	44,1	124	42,5	207	36,4	296	34,7
- неудовлетворительное	105	23,7	160	21,1	226	33,2	263	29,6
Активность: - хорошая	186	26,9	186	31,3	135	29,2	157	33,1
- удовлетворительная	206	47,7	209	42,1	163	43,9	202	32,1
- неудовлетворительная	170	25,4	127	26,6	205	26,9	193	34,8
Настроение: - хорошее	199	28,2	142	27,8	254	31,5	267	26,1
- удовлетворительное	124	39,9	151	36,6	178	33,3	198	43,8
- неудовлетворительное	139	31,9	159	35,6	202	35,2	208	30,1
Эмоциональная уравновешенность (0 б.)	130	12,2	170	13,8	149	11,6	105	10,6
Эмоциональная неуравновешенность (1-3 б.)	291	27,4	293	23,8	430	33,5	245	22,6
Эмоциональное напряжение (4-9 б.)	452	42,6	538	43,7	453	35,3	327	46,9
Эмоциональный стресс (10-12 б.)	189	17,8	231	18,7	251	19,6	305	19,9

Литература:

1. Волошин П.В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / П.В.Волошин, Л.Ф.Шестопалова, В.С.Подкорытов. - Междунар. мед. журн. - 2000. - Т.6, №3. - С. 31-34.
2. Головаха Е.И. Психологическое время личности / Е.И.Головаха, А.А.Кронин. - М.: Смысл, 2008. - 272с.
3. Кожеевникова В.А. Эмоциональные особенности лиц, переживших различные экстремальные условия / В.А.Кожеевникова. - Укр. вісник психоневрології. - 2002. - Т.10, Вип.1 - С. 191-192.

4. Панченко О.А. Психосоматические расстройства у участников ликвидации аварии на ЧАЭС / О.А.Панченко, Е.А.Пугач. - Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: итоги 15-летних исследований. - 3-я Международная конференция, 2001. - Т.3, №1-2. - С. 263-264.

5. Румянцев Г.М. Психосоматические аспекты психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Г.М.Румянцев, О.В.Чинкина, Т.М.Левина. - Психиатрия и психофармакотерапия, 2002. - Т.4, №1, - С. 19-23.

6. Табачников С.И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С.И.Табачников, С.В.Титиевский. - Doctor, 2002. - №6. - С. 14-16.

ДИНАМІКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН ЛІКВІДАТОРІВ
НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

О.А. Панченко, Л.В. Панченко, І.Ю. Басараб

Проведено психодіагностичне обстеження потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС. Надано аналіз динаміки виявлених психопатологічних розладів, ступінь їх вираженості.

Ключові слова: постраждалі від аварії на ЧАЕС, психічне здоров'я, адаптація

DYNAMICS OF PERSONAL CHANGES OF THE LIQUIDATORS
BY CHERNOBYL ASSIDENT

O.A. Panchenko, L.V. Panchenko, I.U. Basarab

The psycho diagnostic inspection of persons who have suffered owing to Chernobyl accident is conducted. The exposed dynamic of abnormal psychology disorders, degree of their expressed are described.

Keywords: persons who have suffered owing to Chernobyl accident, psychical health, adaptation

УДК 616.89-008.485

О.В.Чинкина

РАДИАЦИОННАЯ АВАРИЯ КАК ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕРАБОТКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, г. Москва

Ключевые слова: радиационная авария, психическая травма, копинг-стратегия, психическое здоровье

Радиационная авария обладает комплексом свойств, существенно отличающих ее как от стрессов обыденной жизни, так и от других, в целом знакомых человеку экстремальных воздействий, таких как стихийные бедствия, военные действия и др. (Хавенаар Й.М. 1996; Солдаткин В.А., 2002; Румянцева Г.М., 2005).

В ней есть все элементы стрессового воздействия, которые значимы для формирования психогенных расстройств:

- сложная структура стресса, длительность и хроническое воздействие как биологических, так и психологических факторов;
- зависимость стресса от восприятия информации;
- объективные сложности формирования образа угрозы и восприятия риска от радиации на основе внутренней переработки;
- индукция при вовлечении больших масс людей;
- воздействие стресса на население с низким уровнем физического здоровья;
- не всегда адекватная и своевременная социальная поддержка.

Психологическую основу индивидуальной и коллективной психической травмы при радиационных авариях составляет восприятие радиационного риска, который часто не отражает величину реальной радиобиологической угрозы, а имеет сложную структуру источников и психологических законов формирования.

Для адекватной оценки патогенного потенциала восприятия радиационной угрозы с точки зрения развития психологической дезадаптации необходимо учитывать процессы, опосредующие восприятие риска, включающие многие переменные и отражающие собственно структуру человеческого восприятия как высшего психического процесса. Вне учета этих механизмов многие специалисты приходят к констатации зачастую резкого несоответствия незначительной величины риска собственно радиобиологического ущерба и значительной потребности пострадавших в помощи компенсационного, социально-психологического, а в некоторых случаях психолого-психиатрического характера.

Помимо активного формирования образа радиационной угрозы, психический процесс ее восприятия предполагает одновременно: а) запуск механизма копинга (совладания) с возникшей угрозой; б) ситуационный и личностный риск при принятии решений по преодолению угрозы.

Радиационное воздействие представляет собой

объективную действительность. Однако, учитывая его психологические свойства, очевидно, что нормальный процесс его восприятия и развертывание на этой основе эффективной приспособительной деятельности невозможен и у взрослого здорового человека в онтогенезе не формируется.

Образ радиационной угрозы не имеет устойчивости, константности, приобретает случайный, чрезмерно индивидуализированный характер, вытесняется в бессознательное, или, напротив, оказывается чрезмерно опосредованным содержанием коллективного сознания, социумом в широком смысле понимания. Зачастую и то, и другое происходит одновременно. Именно этот феномен нарушает процесс адаптации, способствует развитию стресса и лежит в основе безусловной патогенности радиационных аварий для психической сферы человека.

Когнитивно-личностные составляющие восприятия риска можно рассматривать в качестве базисных психологических процессов переработки радиационного стресса. Личностная включенность в ситуацию принятия реализуется не столько в контексте оценивания последствий выбора, сколько в контексте цены этого выбора для собственного Я. Выработка когнитивно-личностных репрезентаций, посредством которых происходит осознание субъективной неопределенности ситуации, включает переживание субъективных усилий, которое предшествует акту выбора. Эти переживания свидетельствуют об акте принятия риска, даже если сам субъект не вербализует их таким образом.

Для эффективной адаптации и снижения величины воспринимаемого радиационного риска существенно наличие достаточных социальных и психологических ресурсов преодоления и возможности их расширения. К социальным ресурсам относится весь спектр возможных источников информации о радиационной угрозе и степень доверия к ним, от официальных структур, несущих ответственность за безопасность, до друзей, коллег по работе, других частных структур и т.п. Важнейшим психологическим ресурсом является степень, до которой угрожающий фактор рассматривается подвластным контролю личности. Значительную роль играет не только наличие предварительных знаний, навыков, собственно эффективность мышления конкретного индивида, но и «Я-концепция» личности, позитивное или негативное отношение к самому себе. Наличие коллективного риска, включающего опасность для себя, детей, будущих поколений, биологические стохастические (вероятностные) отдаленные

эффекты, усиливает восприятие риска, даже если абсолютные величины коллективного биологического риска ничтожны в применении к отдельному индивиду.

Когнитивные и эмоционально-ценностные оценки пострадавшими величины риска от радиации, в сочетании с используемыми устойчивыми стратегиями преодоления стресса, определяют исходы длительной психологической переработки и эффективность адаптации на отдаленном этапе аварии.

Примером могут служить результаты исследования 300 мужчин-ликвидаторов спустя более 20 лет после аварии на ЧАЭС. Большинство обследованных (91%) участвовали в аварийных работах в наиболее радиационноопасный период 1986-87 гг. Для 80% из них длительность работ составила менее трех месяцев, а для 11% - менее 15 суток, что может свидетельствовать об относительно высокой мощности дозы. Диапазон суммарных доз облучения 5-50 бэр (средняя 19,9 бэр). Обследованный контингент –соматически больные люди, среднее количество соматических заболеваний у одного обследованного – 5,63. Средний возраст на момент обследования – 51,4 года.

В состав комплексного психолого-психиатрического обследования включались: 1)Расширенная консультация психиатра; 2) Консультация психолога, психологическое обследование с использованием комплекса психодиагностических методик; 3)Субъективная реконструкция индивидуального маршрута работы на аварии; 4) Исследование индивидуальной структуры стресса радиационного воздействия;4)Анализ медицинских документов. В клинко-психологическом обследовании изучались восприятие риска от радиации, стратегии преодоления стресса (Roger D.,1993),

глубина и синдромальная структура психических расстройств (Goldberg D.,Williams P.,1988), социальные и психологические характеристики(Horowitz M et.al.; Zung W.K.,1965; .Tarabrina N.et.al., 1995), включая оценку когнитивной сферы (состояние основных психических функций) и особенности личности.

В синдромальной структуре психических расстройств у пострадавших от радиационного воздействия, независимо от нозологии, наиболее часто встречались следующие синдромы: психовегетативный (27%), астенический (25%), невротический (с преобладанием тревоги) (24%), депрессивный (16%), психопатоподобный (9%). Границы между синдромами часто размыты и в структуре каждого из них обнаруживаются общие расстройства, которые можно назвать облигатными для всей группы больных.

Радиационный риск вследствие участия в ликвидации последствий аварии они ставят на первое место с большим отрывом от других витальных опасностей.

В результате создается почва для невротического конфликта, который заключается в сочетании фрустрации потребности в актуальной и будущей безопасности и социальной защите с ожиданием негативных последствий для здоровья и переживанием вины за попадание в ситуацию радиационной угрозы. При этом вероятность развития невротических расстройств тем больше, чем ниже ликвидаторы оценивают актуальное состояние своего здоровья. Важным фактором психической дезадаптации является уверенность пациента в том, что у него есть заболевание, связанное с аварией, т.е. своеобразная защитная ипохондризация. Субъективная оценка пострадавшими любого соматического заболевания как непосредственного радиационного эффекта также способствует развитию невротических расстройств. Этот конфликт нередко втягивает в себя невротические конфликты обыденной жизни, что потенцирует развитие невротического расстройства.

Такую же дезадаптирующую роль играет и оценка своего участия в аварии как недобровольного(81%), что становится базой для восприятия себя в качестве «жертвы». Для многих ликвидаторов типично формирование и закрепление такой позиции «жертвы», сужение круга жизненных стратегий и изменение уровня и качества социального функционирования. Характерен экстернальный локус контроля, тенденция к уходу от ответственности за себя и свое здоровье, фаталистическая позиция в отношении жизненных перспектив.

Структура преобладающих копинг-стратегий адаптации в группе ликвидаторов существенно отличается от структуры копинг-стратегий других популяций соответствующего пола (табл. 2). По литературным данным, для мужчин преобладающими являются рациональные копинг-стратегии, тесно связанные с отстраненным способом совладания с возникающими трудностями (положительная корреляционная связь). Среди ликвидаторов преобладающими являются эмоциональные копинг-стратегии и избегание, которые имеют сильную взаимосвязь между собой (положи-

Таблица 1
Структура психических расстройств у ликвидаторов
(n=300)

	Код МКБ-10	Кол-во больных	
		абс	%
Психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга или соматической болезнью	F 06, F 07	207	69,0
Посттравматическое стрессовое расстройство	F 43.1	36	12,0
Соматоформное расстройство	F 45	21	7,0
Расстройства личности, в том числе стойкое изменение личности после переживания катастрофы	F 60 - F 62	30	10,0
Прочие расстройства		6	2,0
Всего		300	100,0

Таблиця 2

Средние значения и интеркорреляционные связи факторов копинг-стратегий в целом по группе ликвидаторов аварии на ЧАЭС (1 группа) и в группах сравнения (2,3)*

Группа	Фактор Копинга	MD	SD	Отстран.	Эмоц.	Избег.
1 N=300	Рациональный	14,95	4,50	-0,095	0,123	-0,396
	Отстраненный	26,31	7,03		0,102	0,204
	Эмоциональный	48,67	6,39	0,492	0,405	0,417
	Избегание	51,03	6,45			-0,051
2 N=149	Рациональный	27,26	5,83	0,21	0,272	-0,106
	Отстраненный	18,71	6,42		-0,36	0,327
	Эмоциональный	16,80	6,11	0,28		
	Избегание	15,38	5,0			
3 N=200	Рациональный	41,64	4,80			
	Отстраненный	34,95	5,77			
	Эмоциональный	27,71	3,96			
	Избегание	32,52	6,03			

* 2 группу сравнения составили мужчины - жители Нью-Йорка в возрасте 31-42 лет (Роджер Д., Джарвис Г., 1993) (20)

3 группу сравнения составили мужчины в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст 32 года) сотрудники Московского и Тульского объединений инкассации, непосредственно осуществляющие инкассацию и перевозку материальных ценностей (Даровская Н.Д., 2000)(21)

тельная корреляционная связь). Таким образом, если в сравниваемой мужской группе ведущими являются объектно-ориентированные адаптивные стратегии совладающего поведения, то у ликвидаторов - основными являются субъектно-ориентированные неадаптивные виды копинг-реакций. Анализ данных обследованной когорты показал, что неадаптивные виды копинг-стратегий характерны для 82% ликвидаторов.

Следует подчеркнуть, что у ликвидаторов, в отличие от групп сравнения, рациональный и отстраненный копинги не объединяются в общую эффективную совладающую стратегию, а имеют даже тенденцию к отрицательной корреляции, в то время, как эмоциональный и отстраненный, напротив, слабоположительную. Тенденцию к положительной взаимосвязи у ликвидаторов имеют отстраненный и избежательный

совладающие стили. Эти особенности могут указывать на то, что отстраненность в структуре копинга у ликвидаторов не вносит вклад в адаптивный характер совладающего поведения, а является отражением астенического и депрессивного компонентов психического статуса.

Высокие абсолютные величины показателей ведущих шкал копинг-стратегий у ликвидаторов свидетельствуют о выраженной неэффективности совладающего поведения у большинства обследованных.

Результаты проведенного исследования выявили существенные отличия в структуре копинг-стратегий и их общей эффективности у ликвидаторов в зависимости от глубины нарушений психической адаптации, т.е. уровня дистресса, выявляемого с помощью Опросника общего здоровья GHQ-28 (табл. 3).

Таблиця 3

Средние значения факторов копинг- стратегий в группах ликвидаторов с различной степенью выраженности психических расстройств (GHQ-28)

Характеристика психического состояния GHQ-28	Рацион.		Факторы копинга				Избегание	
	MD	SD	Отстран. MD	SD	Эмоц. MD	SD	MD	SD
"не случай" (балл < 5; n=34)	31,41	5,67	24,32	3,55	29,95	5,95	21,34	5,66
"случай" (балл >= 5 < 15; n=95)	21,35	6,09	19,22	6,82	45,59	6,14	56,18	5,47
"случай с выраж. нарушениями" (балл >= 15; n=171)	10,18	4,01	29,36	4,52	65,37	7,02	63,02	6,81

В структуре копинг-стратегий ликвидаторов с выраженными пограничными психическими расстройствами, которые, как правило, требуют врачебного вмешательства, лечения и реабилитации (“случай с выраженными нарушениями”), с большим отрывом преобладает диада из эмоционального и избегающего совладающего поведения. Этот комплекс представляет собой субъектно-ориентированный тип реагирования с выраженной неэффективностью способности справляться с возникающими стрессами, в том числе без ущерба для собственного здоровья и социального благополучия. Высокие абсолютные показатели стратегий избегания и эмоционального реагирования, имеющие тесную корреляционную связь между собой ($k=0,521$) и отрицательную корреляционную связь с показателями способности к рациональному копингу ($k=-0,415$), указывают на глубину неэффективности совладающего поведения. Неэффективный копинг проявляется в виде недостаточно адекватной оценке проблемы, попыток вытеснить ее из сознания и не думать о ней вообще, в поиске помощи извне, ориентированном, главным образом, на сопереживание и подтверждение своей позиции “жертвы”, в замещении активных совладающих поступков повышенным употреблением алкоголя и курением. Относительно высокий абсолютный показатель отстраненности в решении проблем, отмеченный в этой подгруппе, имеет, в отличие от характеристик в группах сравнения, слабopоложительную корреляционную связь не с показателями рационального копинга, а с избеганием ($k=0,231$). Этот феномен может указывать на слабость побудительной силы мотива в совладающем поведении, отгороженности и апатичности, слабой опоры на социальные связи и социальный копинг-ресурс в целом.

Структура копинг-стратегий у ликвидаторов с менее выраженной степенью психических расстройств (“случай”), и абсолютное значение показателей также подтверждают преобладание неэффективных стратегий совладающего поведения. Вместе с тем, абсолютные показатели рационального копинга вдвое выше, чем у ликвидаторов с более тяжелыми психическими расстройствами.

В группе ликвидаторов без признаков отклонений в психической сфере (“не случай”), преобладают более эффективные стратегии преодоления, отражающие проблемно-ориентированный тип реагирования. Однако относительно высокие показатели эмоционального копинга, положительно коррелирующие с показателями рационального ($k=0,323$), образуют диаду “штормующего” совладающего поведения, свойственного так называемому личностному типу А (более, чем у половины ликвидаторов данной подгруппы отмечены начальные стадии эссенциальной гипертонии).

В структуре копинга преобладающими являются тесно связанные между собой эмоциональные копинг-реакции и избегание. Такие стратегии соответствуют степени выраженности психических расстройств. Чем более выражен дистресс, тем менее адаптивный харак-

тер в проблемной ситуации носят используемые копинг-стратегии, тем беднее их репертуар. Возможна и обратная зависимость - чем менее эффективны используемые копинг-стратегии, тем беднее используемые социальные и психологические копинг-ресурсы, тем глубже психическая дезадаптация, изменения медико-социального статуса и уровня социального функционирования.

Структура копинг-стратегий у ликвидаторов с выраженными симптомами тревоги и депрессии характеризуется преимущественно неэффективным субъектно-ориентированным стилем преодоления, триадой избегания, эмоционального реагирования и отстраненности, в которой отстраненность во многом отражает депрессивный компонент расстройства.

Фактором, усиливающим неэффективность копинга, является значительная распространенность среди ликвидаторов сосудистой патологии головного мозга (69%), что значительно снижает возможности интеллектуальной переработки. Когнитивные нарушения (снижение основных свойств памяти, внимания, стереотипия, истощаемость) коррелируют у этих больных с клиническим синдромом астенического аутизма и зачастую оказываются в центре низкой противоречивой самооценки.

Копинги у этих пациентов отличаются высоким уровнем эмоциональных реакций, бедностью копинг-репертуара вплоть до стереотипии неэффективных совладающих реакций в различных по содержанию проблемных ситуациях. Приписывание этих проявлений отдаленным последствиям Чернобыля усугубляет процесс дезадаптации личности пострадавших на отдаленном этапе аварии.

Известно, что стиль восприятия, ориентированный на подавление, предполагает избегание, отрицание информации, а лица, выбирающие повышение чувствительности, скорее ориентированы на увеличение объема информации.

В ситуации радиационного воздействия оба стиля - отрицания и поиска информации - имеют дезадаптирующий эффект. В первом случае - активного поиска информации - развивается тревожность как способ реагирования на любые новые воздействия, особенно связанные по смыслу с радиационным, и неспособность сформировать непротиворечивую основу ориентировочного поведения. Во втором случае - при отрицании - практически отсутствует ориентировочная активность и легко закрепляется личностная позиция жертвы.

Само по себе радиационное воздействие обладает свойствами, объективно сужающими необходимые ресурсы преодоления. В результате происходит модификация совладающих стратегий в сторону неадаптивных и менее эффективных. Возникают малодифференцированные, не имеющие достаточного содержания представления, с которыми личности самостоятельно трудно справиться когнитивным путем. Они сопровождаются ярким эмоциональным радикалом, выраженными вегетативно-сосудистыми проявлениями с

одновременной опорой на сочувствие, сопереживание, перенесение ответственности за контроль над текущей ситуацией на соответствующие технические инстанции и социальные структуры общества. Благодаря этому возникает специфический для радиационного воздействия акт субъективного принятия риска в деятельности и относительная стабилизация состояния. Отказ этих инстанций и структур от своей роли на любом этапе воздействия, приводит к росту восприятия величины риска от радиации и усилению его патогенности для психического здоровья человека. У ликвидаторов это проявлялось усугублением психических расстройств на отдаленном этапе и формированием протестного поведения.

Таким образом, радиационное воздействие вызывает нарушение нормального копинга, обуславливает его специфические отличия от привычных стилей преодоления, которые мог бы демонстрировать пострадавший в условиях других видов стрессов. Происходит массовое закрепление неадаптивных их форм, которые генерализуются и распространяются, зачастую, на другие риски обыденной жизни, как это было отмечено у ликвидаторов Чернобыльской аварии.

Облигатные психологические свойства радиационных аварий приводят к нарушению нормального процесса восприятия, принятия риска и формирования личностью адаптивного поведения. Можно предположить, что в ситуации радиационной аварии устойчивость достигается за счет патологического замещения одних компонентов другими или за счет переноса механизмов опосредствования на другой (более высокий), не свойственный нормальному процессу, уровень.

Нарушения и искажения восприятия риска на разных уровнях организации психической деятельности и поведения отчетливо просматриваются в феноменологии психопатологических симптомов у вовлеченных в радиационную аварию. Эти факторы обнаруживают взаимосвязь с клиническими особенностями наиболее распространенных психических расстройств (ПТСР, тревожно-депрессивных, органических психических, посткатастрофного развития личности, и др.), отличающихся от сходных нозологий обычного происхождения.

Например, в клинической картине ПТСР, вызванного участием в ликвидации последствий радиационной аварии (Румянцева Г.М., Степанов А.Л., Чинкина О.В., 2005), в отличие от ПТСР, вызванных другими причинами, отсутствует острая реакция на стресс и классические «флэшбэк-эффекты». Они замещаются возникновением состояний дереализации в ответ на значимые раздражители, которые у каждого больного сугубо индивидуально связаны с угрожающей ситуацией. Эти особенности связаны с невозможностью сенсорного восприятия опасного фактора, сложностью формирования первичного образа угрозы и специфической механизма «опредмечивания» в процессе восприятия радиационной опасности.

Агрессивность в рамках ПТСР, депрессивных состояний, органических психических расстройств,

вызванных радиационной аварией не имеет направленности против ближайших конкретных индивидов. Она адресована макросоциуму, власти, государству, общественным институтам, принадлежащим к ним специалистам, т.е. структурам, на поведенческом уровне опосредующим радиационный риск и его восприятие в исходной ситуации психической травмы. Происходит своеобразный бессознательный сдвиг и перенос реакции с истинного источника на ассоциируемые с ним объекты. В результате симптомы психической дезадаптации, которые на первый взгляд кажутся сопутствующими и вызванными обычными социальными конфликтами и характерологическими особенностями пострадавших, в основе своей имеют психическую травму радиационной аварии.

Поскольку в процессе восприятия радиационной угрозы затруднено формирование предметного образа и закрепление его в слове, происходит сдвиг эмоциональной и вегетативной составляющей на основную мишень радиационного воздействия, представленную в сознании пострадавших, – состояние здоровья. У 58% обследованных соматические заболевания, в том числе обычного происхождения, порой сопровождались формированием особой – «радиационной» – внутренней картиной болезни.

К двум основным поражающим факторам радиационной аварии – ионизирующему излучению и стрессу – присоединяются и другие модулирующие факторы, характерные для конкретного события. Например, особенно значимы для ликвидаторов чернобыльской аварии специфические условия трудовой деятельности, десинхронизм, необходимость выполнения сложных работ в дефиците времени, не всегда строго контролируемое радиационное воздействие, колебание внешней температуры, агрессивные компоненты дезактивационных средств. Подобные факторы и синергизм их действия обычно недостаточно учитываются при трактовке причин развивающихся расстройств.

Заключение

Особая структура психологического стресса радиационного воздействия является новой, непривычной для человека и затрудняет формирование защитных психологических механизмов, приспособительного поведения и стратегий совладания с ситуацией. В результате радиационная авария представляет собой психическую травму со сложной конфигурацией специфических травмирующих воздействий, выходящих за рамки обыденного человеческого опыта. Формируя травматический стресс в своей начальной точке, она может приводить к психическим нарушениям, связанным со стрессом (МКБ-10) на всех этапах своего развития, усугублять течение других нервно-психических и соматических заболеваний, снижать адаптационные возможности вовлеченных.

Радиационный фактор, в сущности которого имплицитно заложен риск, а психический процесс его восприятия трансформирован, обуславливает своеобразие психологической структуры восприятия риска от

ионизирующей радиации и стратегий преодоления, придает ей свойства, которые сами по себе могут оказаться основой психической травмы и источником дополнительного ущерба здоровью вовлеченных в радиационную аварию.

Литература:

1. Румянцев Г.М. Психиатрия экологических катастроф//Психиатрия катастроф.-М.,2005.-С.106-137.
2. Румянцев Г.М., Степанов А.Л., Чинкина О.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников ликвидации аварии на ЧАЭС// Посттравматическое стрессовое расстройство Под ред. Т.Б.Дмитриевой – М., 2005. – С. 96-109.
3. Солдаткин В.А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (клинико-патогенетический анализ): Автореф. дис. ...канд. мед. Наук. - М., 2002. - 24 с.
4. Хавенаар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологиче-

ских факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы /Пер.с англ. - М., 1996.- 189 с.

5. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход. СПб.2008.Автореф. дис. док. психол. наук. 50 с.
6. Даровская Н.Д. Индивидуальные особенности психической адаптации личности в опасных профессиях (на материале деятельности инкассаторов). Автореф.дисс.канд.психол.наук, М.,2000. 25 с.
7. Goldberg D., Williams P.// A user's guide to the general health questionnaire. - Nfer-Nelson, Windsor, Berkshire,1988. - 129 p.
8. Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress // Psychosomatic medicine. – 1979/- Vol.41.- No.3.- P. 209-218.
9. Roger D.,Jarvis G., Najarian B. Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. -Pergamon Press. Person. individ. Diff.-1993.-Vol.15.- N6.- P. 619-626.
10. Tarabrina N., Lazebnaja E., Zelenova M., Lasko N.,Orr S.,Pitman R. Psychophysiological and Psychological Assessment of PTSD Imagery in Chernobyl Disaster Workers // Proceedings of IY European Conference on Traumatic Stress.- Paris, 1995.- P. 144-145.
11. Zung W.K. A self-rating depression scale// Arch. Gen. Psychiatry.- 1965.-N12.-P.63-70.

РАДІАЦІЙНА АВАРІЯ ЯК ПСИХІЧНА ТРАВМА: ПСИХОЛОГІЧНЕ ПЕРЕРОБКА ВПЛИВУ НА ВІДДАЛЕНОМУ ЕТАПІ О.В.Чинкіна

Радіаційна аварія для залучених до неї осіб завжди являє собою психічну травму, яка виходить далеко за рамки буденного людського досвіду. Стрес радіаційної аварії володіє специфічними для неї якостями, що об'єктивно редукують соціальні і психологічні ресурси та репертуар стратегій його подолання. На основі результатів клініко-психологічного дослідження 300 ліквідаторів Чорнобильської аварії через більш ніж два десятиліття після впливу показало, що поєднання особливого сприйняття ризику від радіації з формуванням не адаптивних стратегій подолання стресу, відмічене у 82% випадків, тісно пов'язане з виразністю порушень психічного здоров'я на віддаленому етапі.

Ключові слова: радіаційна аварія, психічна травма, копінг- стратегія, психічне здоров'я

RADIATION ACCIDENT AS A MENTAL TRAUMA: PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF THE IMPACT AT THE REMOTE STAGE O. V. Chinkina

Radiation accident for those involved is always a trauma that goes far beyond ordinary human experience. Stress of a radiation accident has specific properties, which objectively reduce social and psychological resources as well as an array of strategies aimed to overcome the trauma. Results of a clinical study of 300 Chernobyl liquidators more than two decades following the exposure showed that a combination of a particular perception of risk from radiation with a formation of non-adaptive strategies to cope with stress, noted in 82% of cases, is closely related to the severity of mental health problems at the remote stage.

Keywords: radiation accident, mental health, mental trauma, coping-strategies

УДК 616.89-008.485+612.014.482

В.П. Вишневская ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ ГУО «Институт национальной безопасности Республики Беларусь» г. Минск

Ключевые слова: образ болезни, психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, информационные потоки

В аспекте выяснения роли психического фактора в клинике соматических заболеваний был давно провозглашен и положен в основу врачебного подхода в отечественной клинической медицине принцип психосоматического единства. «Идея целостного подхода к больному, учитывающего как состояние морфо-физиологических систем организма, так и специфику личности больного, была выдвинута и обоснована русскими клиницистами М.Я. Мудровым, Г.А. Захарьиным, С.П. Боткиным и др. в качестве фундаментального терапев-

тического принципа» [1, с.1040-1041].

Учитывая то, что в работе с участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (УЛПА на ЧАЭС), психотерапевты, как правило, применяют самые разнообразные психотехники, с различной степенью их эффективности. В процессе индивидуального консультирования использовалась структурно-динамическая модель психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, которая была разработана на основе результатов кли-

ионизирующей радиации и стратегий преодоления, придает ей свойства, которые сами по себе могут оказаться основой психической травмы и источником дополнительного ущерба здоровью вовлеченных в радиационную аварию.

Литература:

1. Румянцев Г.М. Психиатрия экологических катастроф//Психиатрия катастроф.-М.,2005.-С.106-137.
2. Румянцев Г.М., Степанов А.Л., Чинкина О.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников ликвидации аварии на ЧАЭС// Посттравматическое стрессовое расстройство Под ред. Т.Б.Дмитриевой – М., 2005. – С. 96-109.
3. Солдаткин В.А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (клинико-патогенетический анализ): Автореф. дис. ...канд. мед. Наук. - М., 2002. - 24 с.
4. Хавенаар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологиче-

ских факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы /Пер.с англ. - М., 1996.- 189 с.

5. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход. СПб.2008.Автореф. дис. док. психол. наук. 50 с.
6. Даровская Н.Д. Индивидуальные особенности психической адаптации личности в опасных профессиях (на материале деятельности инкассаторов). Автореф.дисс.канд.психол.наук, М.,2000. 25 с.
7. Goldberg D., Williams P.// A user's guide to the general health questionnaire. - Nfer-Nelson, Windsor, Berkshire,1988. - 129 p.
8. Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress // Psychosomatic medicine. – 1979/- Vol.41.- No.3.- P. 209-218.
9. Roger D.,Jarvis G., Najarian B. Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. -Pergamon Press. Person. individ. Diff.-1993.-Vol.15.- N6.- P. 619-626.
10. Tarabrina N., Lazebnaja E., Zelenova M., Lasko N.,Orr S.,Pitman R. Psychophysiological and Psychological Assessment of PTSD Imagery in Chernobyl Disaster Workers // Proceedings of IY European Conference on Traumatic Stress.- Paris, 1995.- P. 144-145.
11. Zung W.K. A self-rating depression scale// Arch. Gen. Psychiatry.- 1965.-N12.-P.63-70.

РАДІАЦІЙНА АВАРІЯ ЯК ПСИХІЧНА ТРАВМА: ПСИХОЛОГІЧНЕ ПЕРЕРОБКА ВПЛИВУ НА ВІДДАЛЕНОМУ ЕТАПІ О.В.Чинкіна

Радіаційна аварія для залучених до неї осіб завжди являє собою психічну травму, яка виходить далеко за рамки буденного людського досвіду. Стрес радіаційної аварії володіє специфічними для неї якостями, що об'єктивно редукують соціальні і психологічні ресурси та репертуар стратегій його подолання. На основі результатів клініко-психологічного дослідження 300 ліквідаторів Чорнобильської аварії через більш ніж два десятиліття після впливу показало, що поєднання особливого сприйняття ризику від радіації з формуванням не адаптивних стратегій подолання стресу, відмічене у 82% випадків, тісно пов'язане з виразністю порушень психічного здоров'я на віддаленому етапі.

Ключові слова: радіаційна аварія, психічна травма, копінг- стратегія, психічне здоров'я

RADIATION ACCIDENT AS A MENTAL TRAUMA: PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF THE IMPACT AT THE REMOTE STAGE O. V. Chinkina

Radiation accident for those involved is always a trauma that goes far beyond ordinary human experience. Stress of a radiation accident has specific properties, which objectively reduce social and psychological resources as well as an array of strategies aimed to overcome the trauma. Results of a clinical study of 300 Chernobyl liquidators more than two decades following the exposure showed that a combination of a particular perception of risk from radiation with a formation of non-adaptive strategies to cope with stress, noted in 82% of cases, is closely related to the severity of mental health problems at the remote stage.

Keywords: radiation accident, mental health, mental trauma, coping-strategies

УДК 616.89-008.485+612.014.482

В.П. Вишневская ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ ГУО «Институт национальной безопасности Республики Беларусь» г. Минск

Ключевые слова: образ болезни, психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, информационные потоки

В аспекте выяснения роли психического фактора в клинике соматических заболеваний был давно провозглашен и положен в основу врачебного подхода в отечественной клинической медицине принцип психосоматического единства. «Идея целостного подхода к больному, учитывающего как состояние морфо-физиологических систем организма, так и специфику личности больного, была выдвинута и обоснована русскими клиницистами М.Я. Мудровым, Г.А. Захарьиным, С.П. Боткиным и др. в качестве фундаментального терапев-

тического принципа» [1, с.1040-1041].

Учитывая то, что в работе с участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (УЛПА на ЧАЭС), психотерапевты, как правило, применяют самые разнообразные психотехники, с различной степенью их эффективности. В процессе индивидуального консультирования использовалась структурно-динамическая модель психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, которая была разработана на основе результатов кли-

нико-психологического исследования и теоретической модели образа болезни.

«Образ болезни» – многомерное психологическое понятие, включающее внешнее и внутреннее информационное поле. Он отражает эмоционально-когнитивное отношение пациента к собственному заболеванию, причинам его возникновения, изменившейся социальной ситуации и выступает в роли фактора, определяющего особенности формирования и терапии психосоматической патологии, образ жизни, поведение и деятельность личности.

«Образ болезни» (как позиция пациента) – это отражение в сознании пациента его психического и соматического состояния на эмоционально-перцептивном (представления, восприятия, воображения как результат болезненных ощущений, эмоций) и когнитивном (анализ своего состояния, причин заболевания и прогнозов его развития) уровнях.

Как многомерное явление его необходимо рассматривать в ракурсе четырех позиций (отношений) – врач, психолог, пациент, социум (общество, семья).

Образ болезни пациента у врача – дифференциация, идентификация субъективных и объективных данных о состоянии пациента с эталонным образом той или иной болезни.

Образ болезни у психолога – это образ психологического статуса личности пациента у психолога, как оценка и сравнение психического состояния пациента с эталонным образом здорового человека. [2]

Цель психологической коррекции – перевод полуосознанного набора деструктивных и неадекватных представлений пациента о своей болезни в систему осознанных конструктивных представлений, соотносимых с эталонными представлениями о здоровом человеке.

Психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией была направлена на решение следующих задач:

- стабилизацию болезненного процесса и формирование механизмов преодоления;
- активное включение пациента в процесс лечения и психологической коррекции;
- формирование у пациента осознанного образа болезни и - на этой основе - совершенствование способов самопознания психического и соматического состояния с целью определения им модуса своего поведения, деятельности и оценки жизненных перспектив;
- восстановление у пациента эталонного образа здорового человека посредством модифицированной переработки информационных потоков.

В соответствии со структурно-динамической моделью психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией проводилось в три этапа. Первый этап – психодиагностический, второй – непосредственно психокоррекционный, третий – реабилитационный. Ее сущность в кратком изложении состоит в следующем.

На первом этапе работы с пациентом основной задачей в процессе психологической диагностики

было определение его образов-представлений о болезни. Важным являлось уточнение индивидуальных особенностей самопознания, самооценки соматического, психического, сексуального здоровья пациента; особенностей его ощущений, восприятия, представлений, воображения; путей активизации памяти, мышления, умения анализировать все происходящее с его организмом, а также способности к вербализации этой информации.

Затем определялся вектор направленности самопознания в отношении таких восприятий пациента как тяжесть заболевания, причины, вызвавшие его, возможные последствия, информированность о методах лечения и реабилитации. Важным было определение у УЛПА на ЧАЭС предпочтений в использовании тех или иных информационных потоков, уточнения источников получения информации, оценки их содержательной стороны и индивидуальной значимости, а также их роли в модификации поведения пациента. В обязательном порядке уточнялось, в состоянии ли пациент принимать другую, отличную от его собственной, точку зрения относительно ситуации, сложившейся в связи с его болезнью и ее возможных последствиях. Значимым являлось определение у пациента способности к осознанной, волевой саморегуляции, необходимой для возможного принятия им решений относительно изменения поведения и образа жизни. Уточнялась степень определенности представлений УЛПА на ЧАЭС о его жизненных перспективах, что позволяло, в совокупности с перечисленными выше данными, определить у пациента сформированность основы образа его болезни. При наличии сформированной основы проводилась ее закрепление с помощью информирования пациента о результатах объективной (клинической и параклинической) диагностики, а также использовалось стимулирование пациента на самопознание внутренних резервов его организма.

В случае неполной сформированности основы образа болезни, пациенту предоставлялась информация о болезни из авторитетных для него источников, дополняя ее данными объективной диагностики, включающей и оценку его психологического статуса.

На первом этапе работы обязательным являлось установление необходимого уровня взаимопонимания пациента и лечащего врача в оценке образа болезни и отношения к ситуации, связанной с ее возникновением. Кроме того, среди других специалистов данного лечебного учреждения уточнялось наличие наиболее авторитетного для пациента лица, которого при необходимости «включали» в работу с образом болезни пациента.

На этом этапе работа с пациентом велась на протяжении 2-4 встреч продолжительностью от 20 минут до 1,5 часа.

Второй этап психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией была ориентирована на решение ниже перечисленных задач.

1. Уточнение и согласование оценочных позиций специалистов (врачей, психолога) относительно образа болезни пациента.

2. Определение оптимальной тактики проведения психологической коррекции и ее конкретной технологии, включающей выбор соответствующих психотехник. Проводилось на основе оценки результатов диагностики психологического статуса личности пациента, его образа болезни, основного и сопутствующих заболеваний, а также учета дополнительно привнесенных психотравмирующих факторов (конфликты с медицинскими работниками, в семье, болезнь детей, психотравмирующая ситуация на работе, смерть друзей, родственников и т.п.).

Такая работа с пациентом, в большинстве случаев, проводилась в присутствии лечащего врача или авторитетного для него лица («узких» специалистов) с целью составления индивидуальных программ терапии, психологической коррекции и реабилитации, при необходимости - углубленной диагностики. Это позволяло выработать оптимальную тактику активного включения пациента в процесс терапии и психологической коррекции на основе «опорных точек» болезни. В дальнейшем, по мере необходимости, в индивидуальную программу терапии, психологической коррекции и реабилитации вносились изменения.

3. Выявление динамики формирования и функционирования образа болезни у пациента, влияния на эти процессы привнесенных психотравмирующих факторов, а также внесения изменений в индивидуальную программу терапии, психологической коррекции и реабилитации пациента.

Описанная технология подхода позволила сформировать образ болезни у пациента и заложить основу для осознания им возможности разрушения сложившегося образа болезни и восстановления эталонного образа здорового человека.

Временной период проведения психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией в процессе развернутой терапии не имел четких границ и зависел от ряда факторов (диагноза болезни, тяжести основного и сопутствующих заболеваний; индивидуально-психологических особенностей личности пациента, привнесенных психотравмирующих факторов, не связанных с болезнью, возможности стационарного лечения и т.д.) и в своем большинстве составлял от 3-х месяцев до 3-3,5 лет.

На третьем этапе вся работа с пациентом была направлена на восстановление эталонного образа здорового человека. Для этого использовались элементы различных психотехник с целью осознания УЛПА на ЧАЭС своих возможностей в восстановлении и сохранении психического и физического здоровья.

Важно отметить, что на протяжении всех трех этапов психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией максимально использовались следующие информационные потоки: объективные данные обследования паци-

ента, заключения «узких» специалистов; научные публикации зарубежных и отечественных ученых о влиянии радиационного излучения на организм человека и возможных мерах безопасности; о воздействии «малых доз» облучения и мерах профилактики; о влиянии стресса на развитие психосоматической патологии; о достижениях современной медицины; об использовании внутренних резервов человека с целью восстановления и сохранения здоровья и др.

Информация о влиянии радиационного воздействия на организм человека в целом и на сердечно-сосудистую, нервную системы, половую сферу и др. в частности, предъявлялась дифференцированно, в зависимости от имеющейся психосоматической патологии у пациентов. Это было обязательной частью работы с УЛПА на ЧАЭС при каждом их посещении.

На всех этапах работы с пациентом психологическая коррекция образа его болезни была ориентирована на учет таких факторов, как логика (рассудительность) и аутосуггестивные процессы.

Необходимо отметить, что процесс восстановления эталонного образа здорового человека, у названной категории пациентов, практически возможен на любом этапе формирования и функционирования их образа болезни, например, в таких условиях как:

- полной сформированности образа болезни (у пациента полностью сформирован образ его болезни, имеется четкое представление о ситуации, возникшей в связи с болезнью, и прослеживается определенная линия поведения);
- образ болезни сформирован частично (пациентом принята основа образа болезни, однако отсутствует четкое представление о ситуации, возникшей в связи с болезнью, имеет место социальная дезадаптация);
- начало формирования образа болезни (пациентом частично осознана основа образа его болезни, идет поиск информации с целью устранения имеющихся противоречий или закрепления собственного мнения, имеют место тенденция манипулирования микро - и макросоциальным окружением и социальная дезадаптация);
- отказ пациента осознать основу образа его болезни.

Оказание психологической помощи заключалось в запуске механизма восстановления у УЛПА на ЧАЭС эталонного образа здорового человека, посредством модификации информационных потоков.

Восстановление эталонного образа здорового человека у пациента происходит в процессе видоизменения информационных потоков, воздействующих на его сознание.

В связи с этим определились: а) особенности усвоения и переработки информации пациентом; б) уровень информационных потоков; в) степень влияния информационных потоков на сознание пациента; г) источники информационных потоков; д) желаемый объем и качество информации, которыми хотел бы обладать пациент; ж) авторитетность источников информации для пациента.

В ходе психологической диагностики и психологи-

ческой коррекции учитывался уровень информационных потоков, который может быть низким, средним, высоким, очень высоким.

Низкий уровень информационных потоков характеризуется недостаточной информационной насыщенностью (имеется малое количество убеждающих пациента фактов).

Средний уровень информационных потоков характеризуется достаточной, разноплановой информационной насыщенностью (имеется достаточно фактов, однако они могут носить противоречивый характер).

Высокий уровень информационных потоков характеризуется достаточным объемом информативности (убеждающих, значимых фактов значительно больше, нежели требуется для пациента). В этом случае проводилась психологическая диагностика информационно-стресса у пациента.

Уровень информационных потоков определялся в процессе наблюдения, беседы, анкетирования.

Степень влияния информационных потоков на пациента диагностировался посредством анализа его реакций на упоминаемые сведения и источники их получения.

Источники информационных потоков устанавливались в процессе беседы с пациентом, его близким окружением, коллегами по работе и т.д.

Желаемый объем и качество информации определялся в процессе беседы с пациентом, на основе анализа его ответов на косвенные или открытые вопросы.

Авторитетность источников информации устанавливалась как в процессе беседы с самим пациентом и общения с его близким окружением, так и в результате анализа его обращений за медицинской и психологической помощью. Определение факторов, оказывающих влияние на усвоение информационных потоков, позволяло структурировать схему информационного воздействия на пациента. В процессе модификации информационных потоков запускается механизм восстановления у пациента, эталонного образа здорового человека, происходит переработка ситуации, возникшей в связи с болезнью, начинается процесс «размывания» доминанты образа болезни и

замены ее на более сильную – осознание пациентом своих возможностей в восстановлении психического и физического здоровья. Наблюдается двойственность процесса: разрушается образ болезни и одновременно восстанавливается эталонный образ здорового человека.

Эффективность процесса восстановления эталонного образа здорового человека определялся не только объемом и качеством полученной пациентом информации о его проблеме, но и рядом его индивидуальных особенностей, которые учитывались при проведении психологической коррекции. К их числу следует отнести индивидуально-психологические особенности личности пациента, уровень его интеллектуального развития, наличие опыта фильтрации информационных потоков, возраст, а также тяжесть сопутствующей патологии, возможное поражение центральной нервной системы.

Следует обратить внимание на то, что используемая на практике структурно-динамическая модель информационно-психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией может рассматриваться как основной компонент и ведущая составляющая системы оказания медико-психологической помощи пациентам, предполагающей единство психокоррекционной и терапевтической работы, а также социальную адаптацию, понимаемую как систему социо-реабилитационных мероприятий.

Разработанная система психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией представляет собой новую форму организации взаимодействия врача, психолога, пациента с целью познания его образной сферы и, в частности, образа болезни, а также совершенствования процесса самопознания пациентом своего соматического, психического и сексуального здоровья, и - на этой основе - активного включения в процесс терапии, психологической коррекции и реабилитации.

Литература:

1. Большая медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский. – Т.21, 3-е изд. М.: Изд-во «Совет. Энцикл.», 1983. – С. 1040-1041.
2. Вишневская В.П. Образ болезни. Мн., 2006. – 247с.

ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В.П. Вишневская

В статье представлена разработанная автором структурно-динамическая модель психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС, которая является новой формой организации взаимодействия врача, психолога, пациента с целью познания его образной сферы и, в частности, образа болезни, а также совершенствования процесса самопознания пациентом своего соматического, психического и сексуального здоровья, и на этой основе – активного включения в процесс терапии, психологической коррекции и реабилитации.

Ключевые слова: образ болезни, психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, информационные потоки

FROM EXPERIENCE OF MEDICAL TREATMENT TO THE PARTICIPANTS OF LIQUIDATION ACCIDENT CONSEQUENCES ON CHERNOBYL ATOMIC ELECTROSTATION

V.P. Vishnevskaya

The article describes developed by the author structure dynamic model of psychological correction of Chernobyl NPP ULPA (accident parties) illness images. The model represents new form of medical practitioner, psychologist and patient interaction to perceive the figurative sphere of the patient. Particularly it refers to perception of their illness image and improvement of patient self-knowledge proceedings regarding their somatic, mental and sexual health, and after that their active inclusion into therapy, psychological correction and rehabilitation activities.

Keywords: illness image, psychological correction of Chernobyl NPP ULPA (accident parties) illness images with psychosomatic pathology, information flows

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89-008.19-07

О.О. Фільц, С.С. Кирилюк

СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСІЇ: АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: депресія, діагностика, спектр скарг, методологічні аспекти

В сучасній клінічній медицині однією із найбільш актуальних проблем є своєчасна діагностика депресивних розладів та, відповідно, надання спеціалізованої допомоги. [5;7;11]. За даними МОЗ України, в структурі захворюваності на психічну патологію 71,1% становлять психічні розлади неспихотичного рівня, серед яких переважають депресії [7;9;11].

Депресивні розлади у своїх проявах, як правило, є поліморфними та мінливими у симптоматиці [1;2]. З часу Е.Крепеліна (1886-1916 рр.) класична депресія визначається відомою тріадою ознак: гіпотимії, когнітивному та психомоторному гальмуванні [4;8;12]. Крім цього, є характерними ангедонія, втрата волі та ініціативи, а також зниження працездатності [19]. Важливими в діагностиці є й вегетативні прояви депресії, передусім, втомлюваність, відсутність апетиту, порушений сон [9]. Зважаючи на такий «усталений» підхід до діагностики депресивних розладів, феноменологічна зміна – клінічна «інакшість» та невпізнання психіатрами відомої до тепер клініки цих розладів, на жаль, поки що залишається поза увагою [6;16;20;21].

У зв'язку з вище наведеним, особливої ваги впродовж останнього десятиліття набрали дослідження, присвячені соціо-культуральним особливостям [3;17;18], які накладають відбиток на підходи до діагностики і класифікації депресій та на формування сучасних уявлень про типовий набір скарг депресивних пацієнтів. Так, Марсела (Marsella, 1980; Marsella et al., 1985) висунув гіпотезу, що вегетативні симптоми є незалежними від культури формами, в яких люди відчувають депресію. Китайські дослідники частіше повідомляють про соматичні скарги (Kleinman, 1988). [10].

На базі кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та стаціонарного клінічного відділення №2 Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру нами проведено дослідження, актуальність якого є зумовлена по-перше – суперечностями щодо класифікації і дефініції депресій (як «афективного» розладу); по-друге - відчутним патоморфозом депресивних розладів.

Метою даної публікації було з'ясування актуального спектру депресивних скарг пацієнтів та їх об'єктивізація при діагностиці депресії відповідно до сучасних критеріїв МКХ-10 та DSM-IV з подальшим опи-

сом виявлених феноменів.

Ця публікація охоплює наступні завдання:

1. Визначення спектру значимих спонтанних «активно висловлених» скарг депресивних пацієнтів в процесі анамнестичного інтерв'ю і порівняння його зі спектром значимих «пасивно висловлених» скарг депресивних пацієнтів на основі базового опитувального симптома SCS-90;

2. Формулювання гіпотези для інтерпретації виявлених даних на клінічному рівні.

Об'єкт дослідження: клінічна діагностична цінність сучасних критеріїв МКХ-10 та DSM-IV щодо спектру скарг депресивних.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні особливості, характерні для сучасних депресій.

Матеріали і методи дослідження: описово-психопатологічний (дескриптивний); психологічно-експериментальний – для об'єктивізації та деталізації скарг, симптомів, особистісних характеристик депресивних пацієнтів з застосування; розширений анамнестичний; математичний і статистичний методи [15].

Для послідовного та ґрунтовного обстеження пацієнтів сформовано протокол обстеження пацієнтів, який передбачав наступні блоки.

1. На етапі відбору матеріалу вибірка формувалась “природньо-рандомізованим” способом: пріорітетно в дослідження включались хворі, що поступили у стаціонар з попереднім діагнозом “депресивний синдром” та дали усвідомлену інформовану письмову згоду на обстеження та лікування.

Основні критерії включення в дослідження визначалися наявністю депресії згідно критеріїв депресивного епізоду за МКХ-10 (F.32 (.0-9), F.33 (.0-9).

По тривалості (як і по МКХ-10, так і по DSM-IV) дані симптоми мали бути наявними у пацієнта на протязі не менше двох тижнів. Верифікація депресивного синдрому здійснювалася використанням шкали депресії Гамільтона. Вік пацієнтів, включених у дослідження становив з 18 по 65 р.

Нозологічна однорідність вибірки вимагала дотримання наступних критеріїв виключення: 1) пацієнти із гетерономною (невідповідною до афекту) психотичною симптоматикою; 2) біполярний афективний розлад; 3) пацієнти з органічним ураженням ЦНС; 4) пацієнти з актуальним прийомом призначених до

поступлення в стаціонар ліків (наприклад, стероїдів), які могли виявляти побічну дію при застосуванні у вигляді коливань настрою; 5) депресивні розлади після 65 років.

Контрольну групу, вибір якої диктувався необхідністю вивчення «чистих» депресій, склали 24 пацієнта (6 чоловіків (25 %) та 18 жінок (75 %)) з наявним тривожним синдромом, який додатково верифікувався із застосуванням шкали тривоги Спілбергера.

2. На етапі обстеження кожен з пацієнтів заповнював опитувальник з базових симптомів SCS-90 (Symptom Checklist Scale), який складається з 90 стандартних психіатричних скарг, без втручання дослідника. Скарги, виявлені таким чином, в подальшому позначені нами як «пасивні» - без «активного» втручання сторонньої думки дослідника.

3. Після досягнення комплаєнсу проводилося детальне анамнестичне інтерв'ю. Особлива увага зверталася на «життєву криву» пацієнта, кризові моменти (психотравмуючі ситуації) та способи відреагування на них. Ґрунтовно фіксувалися висловлені депресивні скарги, які в даному дослідженні розцінювалися як «активні», тобто, спонтанно повідомлені досліднику.

4. З отриманих скарг формувалися каталоги, з яких було виділено по п'ять найвагоміших по частоті виявлення, що пояснюється критеріальними вимогами сучасних діючих класифікацій МКХ-10 та DSM-IV.

5. Розпитуванням виявлялися дані про суб'єктивне відношення пацієнта до хвороби. Для встановлення особистісної структури пацієнт проходив бесіду за планом SKID-II - напівструктурованим стандартизованим діагностичним інтерв'ю для дослідження структури особистості пацієнтів.

Найсуттєвішою перевагою саме такої, сформованої

нами, методології була можливість поступового «фільтрування» всіх клінічних проявів депресій з подальшим виділенням тих факторів, які могли б спричинитися до формування депресивного синдрому комплексу.

Результати та обговорення

За п'ять років обстежено 64 пацієнти. 18 (28,1 %) пацієнтів, в подальшому, виключені з дослідження, оскільки їх депресія виявилася «вторинною» та не визначала картини психічного розладу.

Відтак, матеріал даного дослідження склали 46 хворих, серед яких було 30 (65,2 %) жінок та 16 (34,8 %) чоловіків. Розподіл пацієнтів за ознакою статі наближається до типового гендерного співвідношення, характерного для депресій взагалі (близько 2/3 жінок і 1/3 чоловіків).

За основними соціометричними показниками обидві групи виявилися однорідними ($p > 0,05$). Статистично достовірно відрізняються кількість інвалідів у досліджуваній групі ($p < 0,05$) та повторність поступлення на лікування в стаціонар протягом життя ($p < 0,01$). За показниками вираженості депресії в досліджуваній і контрольній групі за результатами опитувальника депресії Гамільтона обидві групи також були однорідними ($p > 0,05$).

За результатами розширеного анамнестичного інтерв'ю виявився наступний розподіл найвагоміших депресивних скарг у досліджуваній та контрольній групі (табл. 1).

Отримані скарги достовірно відрізняються у досліджуваній групі від контрольної ($p < 0,05$). Тільки перша скарга належить до основного переліку, чотири наступні – до факультативного. Скарги пацієнтів з досліджуваної групи можна віднести до скарг т.з. «вітального» регістру.

Таблиця 1
Розподіл депресивних скарг за даними анамнестичного інтерв'ю («активно висловлені скарги»)

Критерії „Депресивного епізоду” згідно МКХ-10		Критерії „Великого депресивного розладу” згідно DSM-4	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		p
			Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
1	Втрата енергії, втомлюваність	Втома або втрата енергії	32	69,57%	8	33,33	p=0,00517
2	Зниження здатності концентрувати увагу	Зниження здатності мислити, концентрувати увагу, нерішучість	32	69,57%	9	37,50	p=0,01211
3	Похмуре, песимістичне бачення майбутнього	—	27	58,70%	16	66,67	p=0,60912
4	Порушення сну	Безсоння або сонливість	34	73,91%	11	45,83	p=0,03435
5	Змінений апетит	—	32	69,57%	8	33,33	p=0,00517

Таблиця 2

Порівняльний каталог «пасивно» висловлених депресивних скарг за даними опитувальника SCS-90

Скарги SCS-90	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		p
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
1.Відчуття, що Вас ніщо не цікавить	33	71,74	6	25,00	p=0,00030
2.Втрата енергії або сповільнення в рухах чи думках	32	69,57	15	62,50	p=0,59839
3.Відчуття безнадії перед майбутнім	32	69,57	14	58,33	p=0,42886
4.Неспокійний або порушений сон	34	73,91	12	50,00	p=0,06390
5.Відчуття самотності, навіть коли Ви є в товаристві	31	67,39	8	33,33	p=0,01069

З отриманих нами скарг шляхом заповнення опитувальника SCS-90 відібрано п'ять найвагоміших, які є представлені у вигляді таблиці 2.

Ці скарги також належать до групи т.з вітальних. Чотири скарги з п'яти (окрім останньої) співпадають із «активно» висловленими скаргами. Перша та п'ята скарга у досліджуваній та контрольній групі статистично достовірно відрізняються ($p < 0,01$), четверта (порушений сон) з тенденцією до достовірної різниці.

Результати за даними SKID-II та суб'єктивне відношення до хвороби, як уточнюючі до основних даних, будуть подані у наступних публікаціях.

Висновки

1. Серед обстежених пацієнтів набір основних п'яти скарг відрізняється від зафіксованих базових в МКХ-10 та DSM-IV.

2. Анамнестична процедура («активні» скарги) та стандартизований опитувальник SCS-90 («пасивні» скарги) фіксують аналогічний список основних скарг.

3. Серед основних п'яти скарг чотири з них (1.відчуття, що Вас ніщо не цікавить; 2.втрата енергії або сповільнення в рухах чи думках; 3.відчуття безнадії перед майбутнім; 4.неспокійний або порушений сон) відносяться до розладів вітальності.

Література:

1. Бобров А.С. Два принципа группировки депрессивных расстройств. Сообщение 1. Модальность гипотимии. / А.С. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002 - №3. - с.29-34
2. Михалевиц И.М. Два принципа группировки депрессивных расстройств. Сообщение 2. Коморбидные расстройства. / А.С. Бобров, И.М. Михалевиц // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002 - №4. - с.14-19
3. Вербенко М.В. Етно-культуральный аспект диагностики і терапії депресій / М.В. Вербенко // Нова медицина. - 2003 - №3(8). - с.36-38
4. Вертоградова О.П. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака / О.П.Вертоградова, В.М. Волошин // Журн. невропат. и психиатр. - 1983. - №8. - с.

1189-1194

5. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Седок // В 2 тт. Т.1. М.: Медицина, 1994. С. 317.

6. Лаврова Т.Н. К вопросу о факторах и механизмах клинического полиморфизма невротической депрессии у женщин. / Т.Н. Лаврова, Д.М. Давыдова // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №1. - с.17-23

7. Мішисев В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. / В.Д. Мішисев // - Львів: Видавництво Мс. - 2004. - 208 с.

8. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов // Санкт-Петербург: Медицинское информационное агенство, 1995. - С.565

9. Маляров С.А. Проблема депрессий в общемедицинской практике. Рекомендации по выявлению и лечению (метод. рекомендации) / С.А. Маляров // Вісник психічного здоров'я. - 1999 - №3. - с.31-38

10. Marsella, A.J. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders. / Marsella, A.J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F.R. // In A. Kleinman & B. Good (Eds.), Culture and depression (pp.299-324). Berkeley: University of California Press.

11. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка // Худож.-оформитель И.В. Осипов. - Харьков: Торнадо, 2003. - 352 с.

12. Ротштейн В.Г. Эпидемиология депрессий / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, С.А. Долгов // Депрессия и коморбидные расстройства под ред. А.Б. Смулевича, М., 2000.

13. Михайлов Б.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации. / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, С.И. Витенко, В.В. Чугунов // Х.: Око, 2002, - 768 с.

14. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. - К.: ЧП ВМБ, 2009. - 216 с.

15. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. / О.Ю. Реброва // М., МедиаСфера, 2002. - 312 с.

16. Решетников М.М. Интерперсональный психоанализ Гарри Саливана / М.М. Решетников // Психоаналитический вестник, - №1, 1999. - С.38-52.

17. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002 - №3. - с.97-105

18. Холмогорова А.Б. Эмоциональные расстройства и современная культура / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. - 1999. - №2. - С.1-31

19. Шевалев Е.А. Душевнобольной, как социальная личность / Е.А. Шевалев // Вісник психічного здоров'я. - 1999 - №1. - с.58-67

20. Чуприков А. Депрессия - Философия реальности (природа депрессий, депрессивные состояния) / А.Чуприков, Г.Пилягина // Ліки України - 1999. - №10-11. - с.47

21. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: депрессивный аффект. / С.Ю. Циркин // Российский психиатрический журнал. - 2002. - №3. - с.33-37

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ: АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

О.О.Фильц, С.С.Кирилук

В публикации представлен обнаруженный спектр основных жалоб депрессивных пациентов, который отличается от базовых, зафиксированных в МКБ-10 и DSM-IV. Данный спектр жалоб относится к группе т.н. расстройств витальности. Актуальное состояние исследования депрессии, представленного в статье, предопределяет необходимость пересмотреть устоявшиеся подходы к их диагностике и типологии.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, спектр жалоб, методологические аспекты

CONTEMPORARY METHODOLOGICAL DIAGNOSTIC ASPECTS OF DEPRESSION: THE ALTERNATIVE POINT OF VIEW

O.Filts, S.Kyrylyuk

As shown in the article, a range of major complaints of depressed patients is different from the basic one listed in the ICD-10 and DSM-IV. The detected range belongs to a group of vitality disorders. Current state of depression research, presented in the article, causes the need for the revision of approaches to their diagnostics and typology.

Keywords: depression, diagnosis, range of complaints, methodological aspects

УДК. 616.895.87

О.М. Зінченко¹, П.В.Паламарчук²

ДИНАМІКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹

Херсонська обласна психіатрична лікарня²

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

Стан психічного здоров'я населення окремо взятого регіону України обумовлений не тільки комплексом соціально-економічних факторів, але й ефективністю діяльності існуючої психіатричної служби, її ресур-

сною забезпеченістю, кадровим потенціалом і рівнем кваліфікації фахівців, що надають спеціалізовану допомогу. Відомо, що об'єктивна оцінка стану психічного здоров'я населення може бути отримана лише на осно-

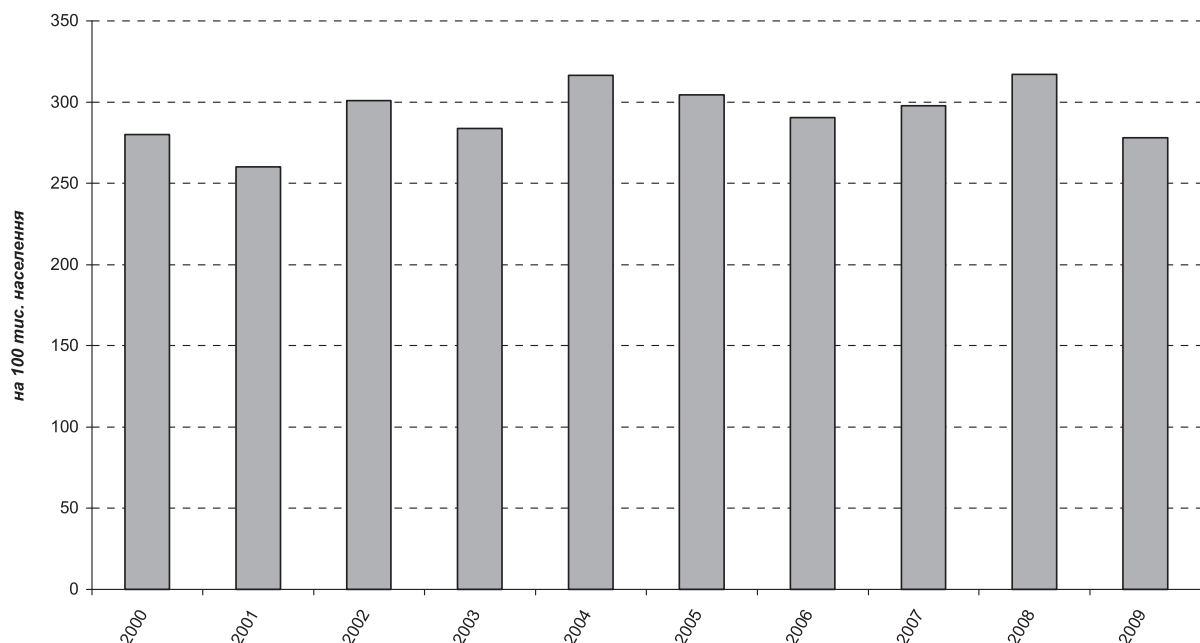


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців Херсонської області у 2000-2009 роках.

20. Чуприков А. Депрессия - Философия реальности (природа депрессий, депрессивные состояния) / А.Чуприков, Г.Пилягина // Ліки України - 1999. - №10-11. - с.47

21. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: депрессивный аффект. / С.Ю. Циркин // Российский психиатрический журнал. - 2002. - №3. - с.33-37

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ: АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

О.О.Фильц, С.С.Кирилук

В публикации представлен обнаруженный спектр основных жалоб депрессивных пациентов, который отличается от базовых, зафиксированных в МКБ-10 и DSM-IV. Данный спектр жалоб относится к группе т.н. расстройств витальности. Актуальное состояние исследования депрессии, представленного в статье, предопределяет необходимость пересмотреть устоявшиеся подходы к их диагностике и типологии.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, спектр жалоб, методологические аспекты

CONTEMPORARY METHODOLOGICAL DIAGNOSTIC ASPECTS OF DEPRESSION: THE ALTERNATIVE POINT OF VIEW

O.Filts, S.Kyrylyuk

As shown in the article, a range of major complaints of depressed patients is different from the basic one listed in the ICD-10 and DSM-IV. The detected range belongs to a group of vitality disorders. Current state of depression research, presented in the article, causes the need for the revision of approaches to their diagnostics and typology.

Keywords: depression, diagnosis, range of complaints, methodological aspects

УДК. 616.895.87

О.М. Зінченко¹, П.В.Паламарчук²

ДИНАМІКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹

Херсонська обласна психіатрична лікарня²

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

Стан психічного здоров'я населення окремо взятого регіону України обумовлений не тільки комплексом соціально-економічних факторів, але й ефективністю діяльності існуючої психіатричної служби, її ресур-

сною забезпеченістю, кадровим потенціалом і рівнем кваліфікації фахівців, що надають спеціалізовану допомогу. Відомо, що об'єктивна оцінка стану психічного здоров'я населення може бути отримана лише на осно-

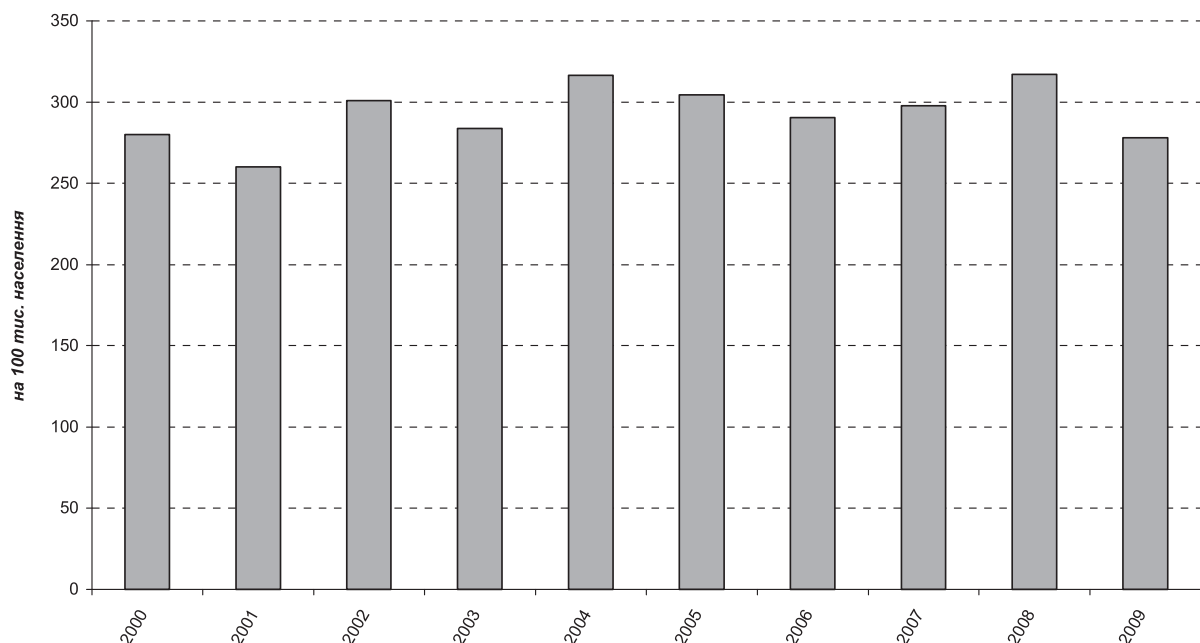


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців Херсонської області у 2000-2009 роках.

Таблиця 1

Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки

Види розладів	Херсонська область						Україна	
	2000 рік		2004 рік		2009 рік		2009 рік	
	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.
Розлади психіки психотичного характеру	504	41,2	554	48,24	424	38,33	18620,0	40,51
Розлади психіки непсихотичного характеру	2067	169,0	2365	205,94	2262	206,05	78993,0	171,9
Розумова відсталість (усі ступені)	856	69,97	715	62,26	366	33,34	9188,0	20,0

ві аналізу комплексу показників, таких як захворюваність, поширеність на психічні розлади, інвалідність, тощо, динамічно відстежених протягом певного часу.

В Херсонській області було проведено дослідження з оцінки динаміки психічного здоров'я населення регіону за десятирічний період (2000-2009 рр.), що дозволило виявити деякі його характерні особливості.

Чисельність наявного населення в Херсонській області на 01.01.2010 становила 1093,4 тис. осіб (міське населення – 668,5; сільське – 424,9 тис. осіб). У цілому чисельність населення за досліджуваний період, скоротилась на 119,6 тис. осіб.

Аналіз показника захворюваності на розлади психіки та поведінки населення Херсонської області свідчить про щорічні незначні його коливання протягом останнього десятиріччя. Так, у 2000 р. цей показник становив

280,1, у 2009 р. – 278,0 на 100 тис. населення (рис. 1). По Україні ці показники були дещо нижчими і складали відповідно 260,7 і 232,4 на 100 тис. населення.

Порівняльний аналіз за статевими ознаками свідчить, що захворюваність у чоловіків (348,5 на 100 тис. населення) у 2009 році була значно вищою ніж у жінок (128,7 на 100 тис. населення). По Україні даний показник складав відповідно 207,2 і 192,9 на 100 тис. населення.

Під час аналізу захворюваності на психічні розлади населення Херсонської області нами встановлено наступне: перше рангове місце займала група непсихотичних психічних розладів (табл. 1). В динаміці років спостерігалось збільшення зазначеного показника з 169,0 у 2000 році до 206,05 у 2009 році.

Показник захворюваності на розумову відсталість займав друге рангове місце і в динаміці простежувало-

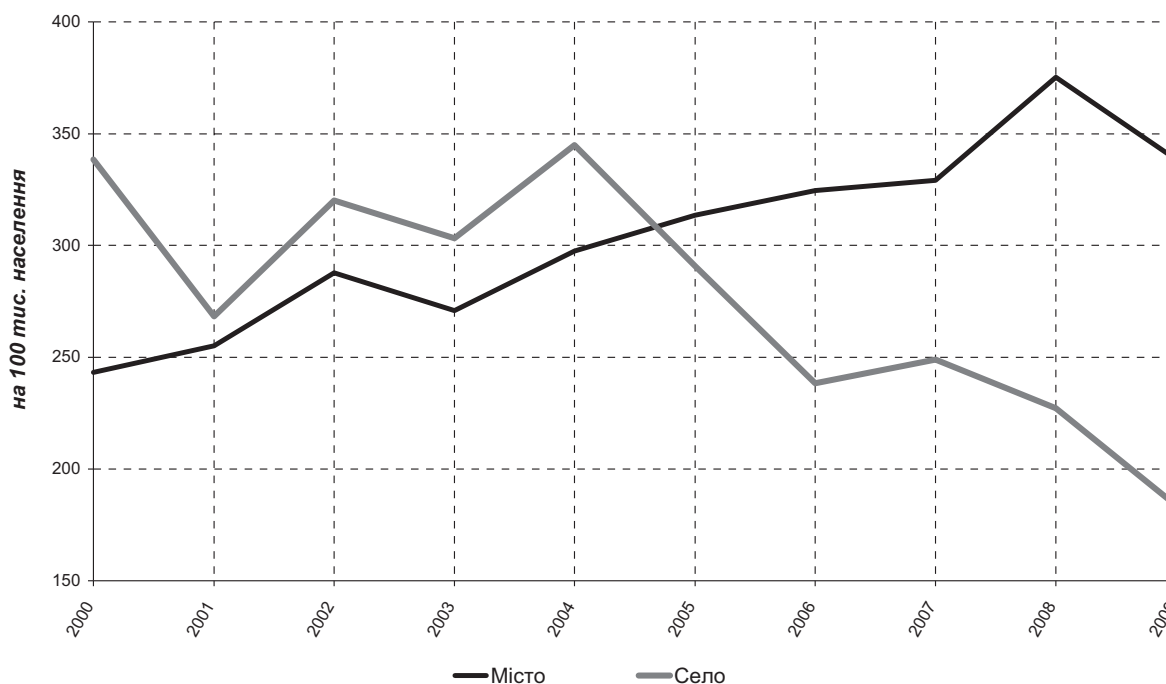


Рис. 2. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців міста та села у 2000-2009 роках.

Таблиця 2

Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців міста та села

Психічні розлади	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Органічні, вкл.смп. розл психіки (F00-F09)	74,3	33,8
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	17,5	13,8
Афективні розлади (F30-F39)	8,7	4,2
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F49)	65,9	15,2
Розумова відсталість (усі ступені)	21,2	52,2
Розлади особ. та поведінки (F50-F69, 80-98)	150,9	64,6
Усього (F00-F09 F20-F99)	338,5	183,7

ся його зменшення на 47,64%.

Захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади залишалася відносно стабільною в динаміці 10 річного періоду (18,8 на 100 тис. населення 2000 р. і 16,03 – 2009 р). Цей показник характеризувався незначними коливаннями у різні роки залежно від кількості хворих і зміни чисельності населення.

Показник захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади в динаміці років мав тенденцію до зниження. Так, у 2009 р. цей показник становив 46,09, у 2000 р. - 74,63 на 100 тис. населення.

Порівняльний аналіз показників захворюваності на психічні розлади за місцем проживання свідчить, що захворюваність у мешканців міста (338,5 на 100 тис. населення) була вищою ніж у мешканців села (183,7 на 100 тис. населення) (рис. 2).

У структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села у 2009 році перше рангове місце займали неспсихотичні психічні розлади (табл. 2).

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів у мешканців Херсонської області з 2000 по 2009 рр. свідчить про те, що у 2009 р. в психіатричних закладах під диспансерним та консультативним спостереженням перебували 33805 осіб з різними формами цієї патології (3079,4 на 100 тис. населення). За 10 річний період цей показник поступово збільшився на 26,5% .

Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки виявляє поступове зростання усіх груп психічної патології. Проте, у поширеності різних форм розладів психіки та поведінки в окремих групах патології виявляються деякі коливання (табл. 3).

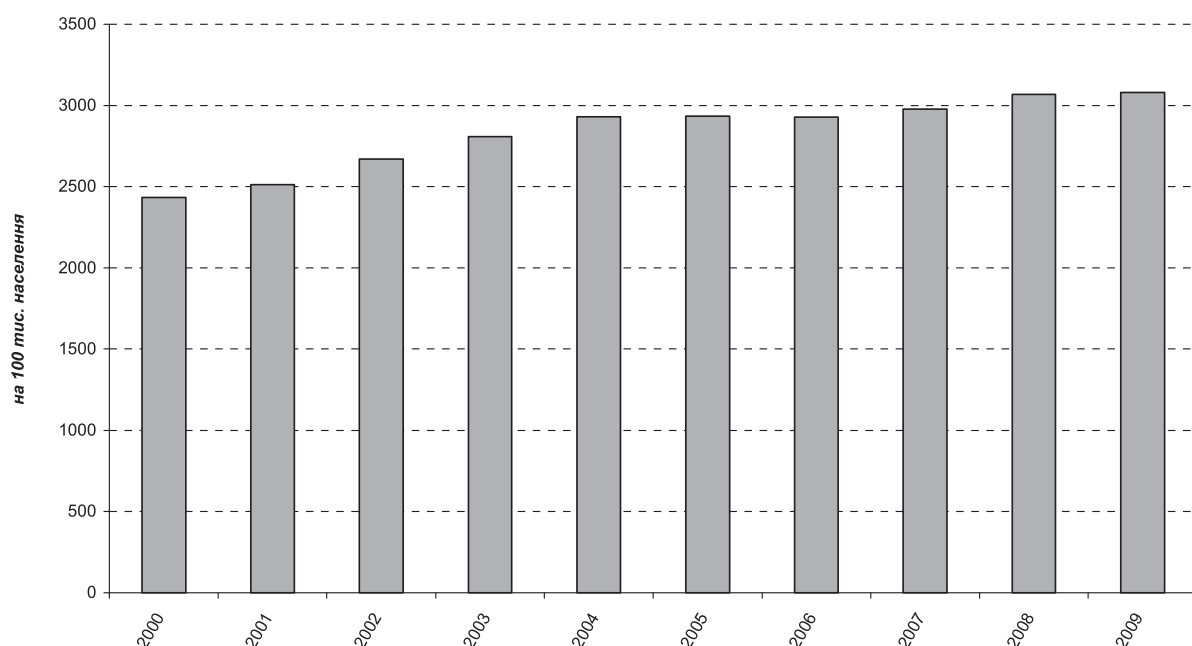


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців Херсонської області у 2000-2009 роках.

Таблиця 3

Структура поширеності на розлади психіки та поведінки

Види розладів	Херсонська область						Україна	
	2000 рік		2004 рік		2009 рік		2009 рік	
	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.
Розлади психіки психотичного характеру	7383	603,5	7664	667,38	7395	673,64	309222	672,76
Розлади психіки непсихотичного характеру	13136	1073,7	14915	1298,79	18703	1378,71	585089	1272,95
Розумова відсталість (усі ступені)	9276	758,21	11083	965,1	11275	1027,08	276822	602,27

Аналіз зареєстрованої поширеності психічних розладів у мешканців Херсонської області виявив наступне: перше рангове місце займала група непсихотичних психічних розладів. В динаміці років спостерігалося збільшення зазначеного показника з 1073,7 у 2000 році до 1378,71 на 100 тис. населення у 2009 році.

Найбільш у динаміці десятирічного періоду збільшився показник поширеності на розумову відсталість з 758,21 у 2000 році до 1027,08 у 2009 році. При чому зазначений показник перевищує середньоукраїнський майже у 2 рази.

Поширеність групи захворювань на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки (F00- F09), зросла на 16,1%. На 21,3% (з 384,17 до 466,13) збільшились показники поширеності непсихотичних форм органічних, включаючи симптоматичні розлади психіки.

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів у міського та сільського населення України свідчить про щорічні коливання цього показника протягом останнього десятиріччя з тенденцією до зростання (рис. 4).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села у 2009 році займали непсихотичні психічні розлади.

Вагоме значення при вивченні стану психічного здоров'я населення має вивчення інвалідності. Рівень і структура первинної інвалідності є одним з об'єктивних показників якості діагностики, лікування та реабілітації хворих на психічні та поведінкові розлади. В Херсонській області у 2009 р. інвалідами внаслідок розладів психіки та поведінки, первинно визнано 278

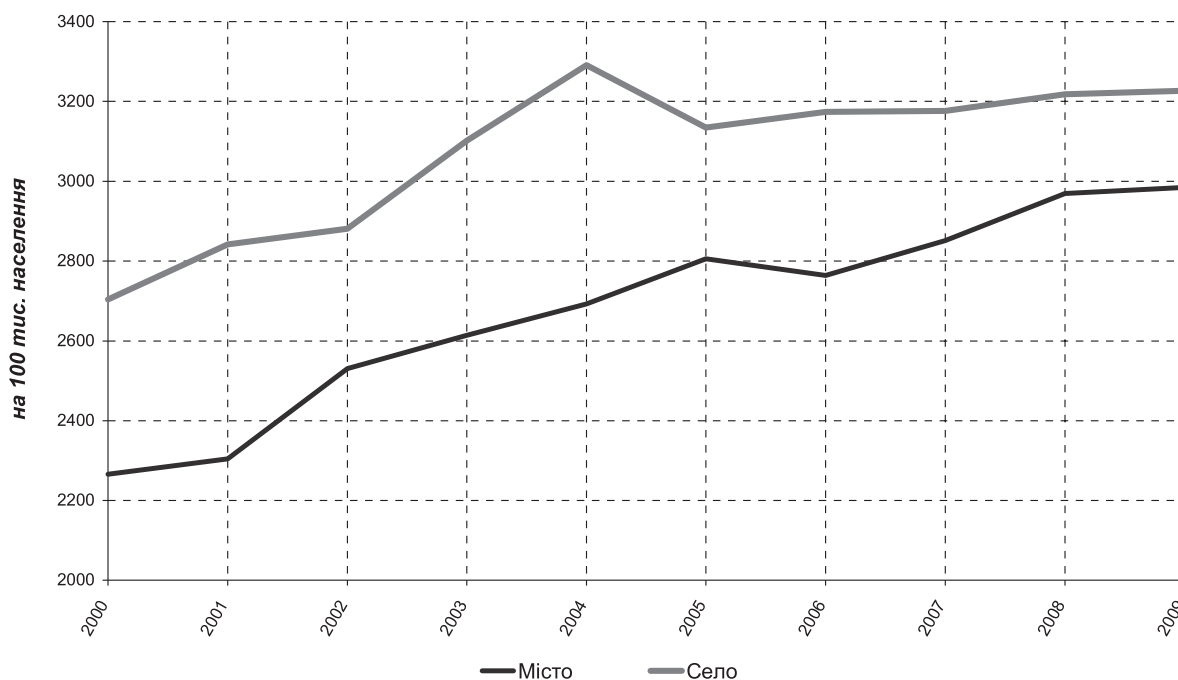


Рис. 4. Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців міста та села у 2000-2009 роках.

Таблиця 4

Структура поширеності на розлади психіки та поведінки у мешканців міста та села

Психічні розлади	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Органічні, вкл.симп. розл психіки (F00-F09)	727,6	530,3
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	550,0	336,6
Афективні розлади (F30-F39)	60,3	38,0
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F49)	336,8	413,5
Розумова відсталість (усі ступені)	815,9	1356,3
Розлади особ. та поведінки (F50-F69, 80-98)	494,5	551,9
Всього	2985,0	3226,6

осіб (або 25,32 на 100 тис. населення). У динаміці десятирічного періоду цей показник знизився на 8,63% (з 27,71 до 25,32 на 100 тис. населення). В структурі визнаних первинно інвалідами у 2009 р. - 46% становили хворі на розумову відсталість, 38% – на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, 15% - на розлади психіки внаслідок епілепсії. Динаміка загальної інвалідності внаслідок психічних захворювань характеризувалася відсутністю явних підйомів і спадів показників, більш плавною тенденцією до росту, що характеризує процес накопичення осіб із психічними та поведінковими розладами, які мають групу інвалідності. З 2000 по 2009 рр. контингент інвалідів внаслідок психічних розладів збільшився на 16,86%.

Проведені дослідження свідчать про необхідність посилення організаційних заходів, спрямованих на виконання наказів МОЗ України від 14.11. 2005 № 603 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо профілактики розумової відсталості» та від 31.03.2010 № 283 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010-2012 роки».

Представлені епідеміологічні аспекти стану психічного здоров'я населення Херсонської області можуть бути підґрунтям стратегії реалізації регіональних державних програм покращання психіатричної допомоги і охорони психічного здоров'я населення.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Н. Зинченко, П.В.Паламарчук

В статье представлен анализ статистических показателей состояния распространенности психических и поведенческих расстройств среди сельского населения Украины вследствие употребления психоактивных веществ за период с 2008 по 2010 г.г. Выявлены основные тенденции и особенности заболевания и распространенности в регионах Украины.

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

BASIC MARKERS DYNAMIC OF MENTAL HEALTH STATE AMONG KHERSONSKA OBLAST CITIZENS E.N. Zinchenko, P.V. Palamarchuk

In the article has represents analysis of statistic markers of prevalence state of psychological and behavioral disorders among village citizens of Ukraine in consequence of psychoactive substances consuming during a period from 2008 to 2010 years is represented. Were identified the main tendencies and peculiarities of diseases and prevalence in regions or Ukraine.

Keywords: mental disorders, morbidity, prevalence, villagers, psychiatric care

УДК. 616.895.87 – 02:616.63

О.Є.Смашна

ДЕЯКІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Ключові слова: параноїдна шизофренія, медична коморбідність, синдромогенез, внутрішня картина захворювання

Сучасний контингент пацієнтів, що страждає на шизофренію, має ряд характеристик, серед яких важливу роль займає висока коморбідність з супутніми соматичними захворюваннями, що в свою чергу, зумовлює не тільки підвищення показників захворюваності і смертності, скорочення тривалості життя на 20 %, але і серйозні проблеми в наданні психофармакологічної допомоги цьому контингенту пацієнтів [14] .

Актуальність проблеми клінічного поєднання психічної та соматичної патології займає вагоме місце у психопатології, оскільки визначає, окрім суто теоретичних, і ряд безумовно важливих практичних терапевтичних, медико-психологічних і фінансових питань, оскільки пацієнти з комбінованою психічною і соматичною патологією піддаються чисельним додатковим лікувально-діагностичним обстеженням, які приводять до значних економічних втрат. Також пацієнти з шизофренією отримують менш адекватну медичну допомогу при їхніх соматичних захворюваннях [2;4;6;8;15].

Хворі на шизофренію, внаслідок їхнього психопатологічного стану, не до кінця усвідомлюють переваги здорового способу життя та його значення їх повного благополуччя і майбутнього здоров'я. До чинників, які приводять до надмірної природної смертності, відносяться: неправильний спосіб життя, особливо куріння, невчасна діагностика соматичних захворювань і недостатнє їх лікування [3].

У структурі медичної коморбідності у пацієнтів із параноїдною формою шизофренії важливе місце займають пацієнти із супутньою нефрологічною патологією [7;8;11;13] .

Сучасний патоморфоз структури психічних розладів поєднаних з нефрологічною патологією в першу чергу характеризується різким зниженням частоти уремичних психозів і збільшенням питомої ваги афективних розладів, що пов'язане з збільшенням тривалості життя пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю завдяки гемодіалізу [2;11] . При дослідженні систематики психічних розладів, що виявляються у пацієнтів з хронічною патологією сечовидільної системи у пацієнтів, виявлено, що психічні порушення у даного контингенту хворих представлені головним чином розладами настрою (71%), астеничними (54%) і невротичними (27%) порушеннями [7].

Часто клінічна картина патології сечовидільної системи проявляється порушеннями регуляції сечопу-

ску; спектр дизуричних порушень при шизофренії проявляється гіпореклексивним варіантом: ослаблення чи відсутність позивів до сечопуску, великий об'єм сечі за один сечопуск, мала частота сечопуску, парадоксальне нетримання сечі [2;11]. Також клініка нефрологічних порушень у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії, окрім дизуричних явищ характеризується також наявністю больового синдрому. Незалежно від типу болю він включає в себе 4 основні компоненти: ноцицепція, сприйняття болю, переживання болю і больова поведінка. За кожною з цих клінічних категорій знаходиться анатомічний, психофізіологічний і психологічний субстрат [5;12]. Клінічна картина хронічних больових синдромів є результатом багатофакторного патогенезу, він включає не тільки взаємодію ноцицептивної та антиноцицептивної систем, індивідуально-типологічних особливостей, функціональні характеристики мозку пацієнта, але й генетичні адаптивні реакції, які лежать в основі пароксизмальності, депресії, тривоги, механізмів стресу, часткової психічної депривації, психосоматичних взаємодій [3]. Доказом такого погляду є дані про застосування антидепресантів, що є ефективними у 50-75% хворих з хронічними больовими синдромами, причому вираженість анальгетичного ефекту при використанні антидепресантів не залежна від переважання органічної чи психологічної основи болю і від антидепресивної активності препарату [5]. У пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії, відмічається спотворення больової чутливості, коли порушуються декілька компонентів болю (ноцицепція, сприйняття болю, переживання болю і больова поведінка) [12;15;16], що впливає на формування дезадаптивної внутрішньої картини соматичного захворювання серед даної когорти пацієнтів.

Клінічна картина будь-якого прогресуючого психічного захворювання, у тому числі і шизофренії, незалежно від того, чи розвивається воно безперервно, у вигляді приступів або періодично (але з погіршенням якості ремісій), завжди ускладнюється. Першопочатково клінічно однорідний стан (астеничний, депресивний, істеричний, паранойяльний, стан навязливостей, тощо) при прогресивному протіканні захворювання стає все більш складним. Даний процес зміни і формування різних синдромів в рамках захворювання окреслює процес синдромогенезу. Наявність коморбідного соматичного захворювання робить суттєвий вплив на

формування клінічних синдромів в рамках основного захворювання, доповнюючи клініку шизофренії психогенними психопатологічними включеннями, а зумовлює виникнення нових комплексних синдромів. Ці дані і визначали актуальність нашого дослідження.

Метою дослідження було на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик хворих дослідити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії у періоді екзацерації та коморбідній патології сечовидільної системи, а також дослідити особливості нозогенного впливу соматичного захворювання на клінічну симптоматику у пацієнтів з шизофренією на етапі становлення ремісії.

Об'єкт дослідження – пацієнти, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні захворювання сечовидільної системи.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні, експериментально-психологічні, катamnестичні особливості синдромогенезу у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою патологією сечовидільної системи у періоді загострення та на етапі становлення ремісії.

Для реалізації мети дослідження на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні за період 2008-2010 років нами було обстежено 64 стаціонарних пацієнтів, що лікувалися із діагнозом „Шизофренія, параноїдна форма”. Пацієнтів було розділено на дві групи:

1 група -32 пацієнти, з них 14 чоловіків(43,75%), 18 жінок(56,25%), середній вік пацієнтів 40,56 років (від 18 до 61 років) з діагнозом параноїдної шизофренії і коморбідними захворюваннями сечовидільної системи (9 пацієнтів з хронічним піелонефритом, 19 пацієнтів з сольовим діатезом, 4 пацієнти з циститурином). Середня тривалість захворювання на шизофренію – 14,58 роки (від 1 до 28 років).

2 контрольна група -32 пацієнти, з них 16 чоловіків (50%), 16 жінок (50%), середній вік пацієнтів 32 роки (- від 23 до 53 років) з діагнозом параноїдної шизофренії без соматичної коморбідності. Середня тривалість захворювання на шизофренію – 10,66 роки (від 2 до 28 років). Соціально-демографічні, катamnестичні характеристики пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялися.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, клініко-катamnестичний.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження. До його структури входило ретельне дослідження анамнезу захворювання та життя, кількісна та якісна оцінка скарг, проявів психопатологічної симптоматики та вивчення медичної документації для верифікації психічного стану пацієнтів з параноїдною шизофренією та динаміки патологічного процесу з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, діагностування нефрологічної патології проводилось спеціалі-

стом терапевтичного профілю.

З метою психометричної оцінки шизофренічної симптоматики у хворих використовувалася стандартизована шкала PANSS з рядом під шкал (позитивної, негативної та загальної психопатології, композитний індекс та редукція симптоматики), оцінка афективних розладів проводилася за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HAMD).

Експериментально-психологічне обстеження включало дослідження мислительних операцій, таких як класифікації (Л. С. Виготський, Б. В. Зейгарник, 1958), узагальнення, аналіз, порівняння понять (М. Л. Кононова, 1963), а також використовувалася проєктивна методика піктограм за Херсонським (Л. С. Виготський, Б. Г. Херсонський, 1982), з вирахуванням факторів абстрактності, індивідуальної значимості, частоти вибору, адекватності. Для визначення рівня особистісної та реактивної тривожності застосовували методику Спілберґера, у модифікації Ю. Л. Ханіна (1995).

Для типології нозогенного впливу соматичного захворювання на клінічну картину параноїдної шизофренії використовували опитувальник діагностики типів відношення до захворювання (ТОБОЛ), з допомогою якого можна визначити 12 типів особистісного реагування пацієнта на захворювання (гармонійний, ергопатичний, анозогнозтичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний). З метою систематизації шкали об'єднані в наступні блоки, які відображають різну направленість дезадаптивної поведінки пацієнтів при схожих афективно-окреслених ситуаціях і визначають ступінь соціальної дезадаптації пацієнта у зв'язку з захворюванням: нозогнозія (гармонійний, ергопатичний), гіпнозогнозія (анозогнозтичний, меланхолічний, апатичний), часткова нестійка нозогнозія (дисфоричний, неврастенічний), гіпернозогнозія (іпохондричний, тривожний, сенситивний, егоцентричний), паранозогнозія (паранойяльний).

Соціально-демографічне дослідження включало вивчення медичної документації та аналіз анамнестичних даних, преморбідних рис, соціальних показників.

У рамках клініко-катamnестичного методу проаналізовані особливості динаміки клінічних проявів параноїдної шизофренії в періоді загострення та на етапі формування ремісії.

Результати дослідження

Серед пацієнтів контрольної групи динаміка симптоматики (редукція) становила 13, 76 %, у пацієнтів з супутніми захворюваннями сечовидільної системи - 16,64 %.

У пацієнтів контрольної групи у порівнянні з пацієнтами із супутньою нефрологічною патологією при загостренні шизофренії переважала класична психотична продуктивна симптоматика у вигляді галюцинаторно-параноїдних станів, психомоторного збудження, агресивності, синдрому Кандінського-Кле-рамбо з психічним автоматизмами. У пацієнтів кон-

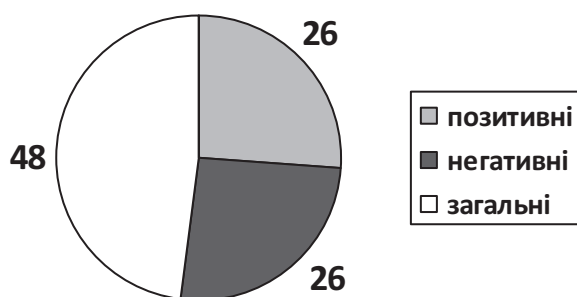
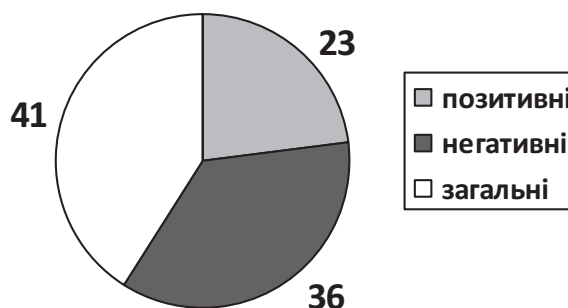
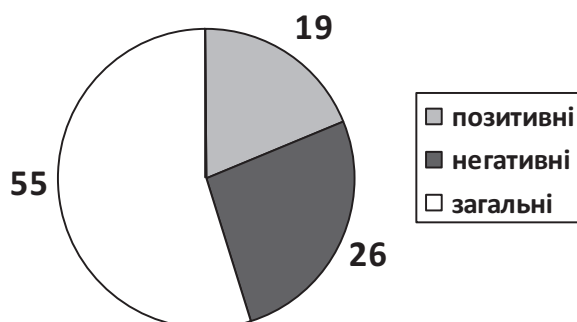
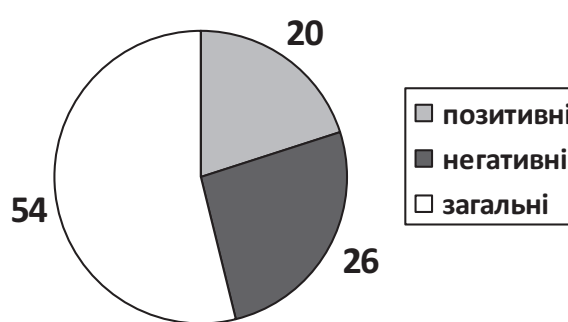
трольної групи у гострій фазі захворювання частіше спостерігалось психомоторне збудження, дисфорія, емоційна неадекватність, кататонічні паракінези, кататонічна малорухомість, ауто психічна і соматопсихічна деперсоналізація, агресивність. Майже всі вищевказані симптоми належать до продуктивних психотичних порушень.

У пацієнтів з коморбідною нефрологічною патологією у гострій фазі захворювання частіше спостерігалися порушення мислення, параноїдний, тривожний, агрипнічний, депресивний, депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричний, астенично-аненергичний, депресивно-апатичний синдроми, розлади потягів, когнітивна неспроможність. У пацієнтів даної групи, в порівнянні з контрольною, при загостренні і при формуванні ремісії відмічалась більша частота синдрому соматопсихічної деперсоналізації (порушення усвідомлення соматичного Я), що була представлена вісцеральними галюцинаціями та псевдогалюцинаціями, аутометаморфопсіями, сенсорними автоматизмами в рамках синдрому Кандінського-Клерамбо, сенестопатіями. Дані психопатологічні феномени часто були первинним базисом для виникнення вторинного чуттєвого маячення із формуванням складних депресивно-параноїдно-іпохондричних синдромів, сенесто-іпохондричних, параноїдно-іпохондричних, сенесто-параноїдних синдромів.

У фазі становлення ремісії у пацієнтів контрольної групи симптоматика параноїдної шизофренії проявлялась негативними дефіцитарними симптомами у вигляді

Таблиця 1

	Фаза загострення		Фаза затухаючого загострення (становлення ремісії)	
	Контрольна група	Пацієнти з патологією сечо-статевої системи	Контрольна група	Пацієнти з патологією сечо-статевої системи
Позитивні симптоми	30,5	29,31	23,65	20,87
Негативні симптоми	31,55	29,6	31,2	27,13
Загальні симптоми	58,1	64,1	43,25	53,27
Загальна оцінка	122,8	125,32	105,9	104,47


Малюнок 1. Пацієнти контрольної групи у фазі загострення

Малюнок 3. Пацієнти контрольної групи у фазі формування ремісії

Малюнок 2. Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією

Малюнок 4. Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією у фазі формування ремісії

ді втрати спонтанності, цілеспрямованості, емоційного компоненту діяльності, мотиваційного збіднення, зниження загального енергетичного потенціалу особистості.

У пацієнтів з супутньою патологією сечовидільної системи у фазі редукції гострої психотичної симптоматики відмічалась більша частота когнітивного зниження, що проявлялась неструктурованістю процесів мислення - операційних порушень (порушення мислительних операцій, таких як аналіз, класифікація, узагальнення та ін.); порушень мислення як діяльності (відсутність суб'єкту діяльності і його відмінних ознак – мети, мотиву і результату діяльності, наслідком чого є беззмістовність когнітивної активності, заміна її ригідними стереотипами); порушень уваги; некритичності; аутизації психічної діяльності.

Результати психометричного оцінювання пацієнтів обох груп по шкалі PANNS відображено в Таблиці 1.

При психометричному дослідженні за шкалою PANNS у пацієнтів з коморбідною патологією сечовидільної системи у порівнянні з контрольною групою у фазі загострення спостерігалась незначно вища (на 2, 52 бали) загальна оцінка по шкалі PANNS, проте якісне наповнення цього показника у даних двох групах порівняння була різною.

У пацієнтів з супутньою патологією сечовидільної системи при психометричному оцінюванні по шкалі PANNS загальну оцінку наповнювали в основному загальні психопатологічні симптоми (51,15 %), оцінка яких була більшою ніж серед пацієнтів контрольної групи і у фазі загострення шизофренії, і у фазі становлення ремісії.

У фазі затухаючого загострення і становлення ремісії при практично однаковій загальній оцінці симптоматики по шкалі PANNS у пацієнтів контрольної групи були вищі показники оцінки і негативних і позитивних симптомів, а у пацієнтів з нефрологічною патологією вища оцінка по шкалі загальнопсихопатологічних симптомів.

При дослідженні наявності депресивної симптоматики у клінічній картині параноїдної шизофренії серед пацієнтів обох груп, виявлено, що у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією у фазі загострення у 29 % відмічався депресивний синдром важкого ступеню, в той час як у пацієнтів контрольної групи важка вираженість депресії була лише у 15 % пацієнтів. У фазі формування ремісії частота важкого депресивного синдрому у пацієнтів обох груп була приблизно однаковою (2 % - у пацієнтів контрольної групи та 28 % у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією).

Таблиця 2

Результати оцінки за шкалою Гамільтона для оцінки депресії

	Контрольна група		Пацієнти з нефрологічною патологією	
	У фазі загострення	У фазі становлення ремісії	У фазі загострення	У фазі становлення ремісії
Висока (більше 16 балів)	15 %	25 %	29 %	28 %
Середня (7-16 балів)	60 %	50 %	59 %	54 %
Низька (0-6 балів)	25 %	25 %	12 %	18 %

При дослідженні тривожності виявлено, що у фазі загострення високий рівень реактивної тривожності у пацієнтів обох груп відмічався приблизно з однаковою частотою, проте у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією високий рівень особистісної тривож-

ності мав місце у 61,1% випадків, а у пацієнтів контрольної групи – у 47,4%. У фазі становлення ремісії високий рівень особистісної і реактивної тривожності спостерігався частіше у пацієнтів з супутньою патологією сечовидільної системи.

Таблиця 3

Результати оцінки особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у фазі загострення

	Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією		Контрольна група	
	Реактивна	Особистісна	Реактивна	Особистісна
Оцінка тривожності				
Висока	76,2%	47,4%	72,2%	61,1%
Середня	21,6%	31,2%	16,7%	22,2%
Низька	2,2%	21,4%	11,1%	16,7%

Таблиця 4

Результати оцінки особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у фазі затухаючого загострення (становлення ремісії)

Оцінка тривожності	Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією		Контрольна група	
	Реактивна	Особистісна	Реактивна	Особистісна
Висока	31,4%	25,9%	27,8%	11,1%
Середня	65,2%	54,3%	66,7%	50,0%
Низька	4,4%	19,8%	5,5%	37,9%

Для кількісного дослідження факторів, які впливають на синдромогенез параноїдної шизофренії, що поєднується з патологією сечовидільної системи, на підставі якісного аналізу окремих симптомів шкали PANSS було проведено їх додаткову класифікацію; як підставу для класифікації було вибрано стандартизова-

ний зміст окремих шкал і розуміння завершених та незавершених синдромів. В кожену групу ввійшли позитивні, негативні і загальні симптоми. Було виділено наступні групи факторів: афективні порушення, порушення вольової сфери, когнітивні порушення, порушення соціальної активності.

Таблиця 5

Співвідношення психопатологічних порушень із типом реагування на захворювання сечовидільної системи

Направленість психопатологічних порушень	Тип реагування на захворювання, що найчастіше зустрічався
Афективні порушення	меланхолічний, дисфоричний, тривожний
Порушення вольової сфери	апатичний, дисфоричний, ергопатичний
Когнітивні порушення	іпохондричний, паранояльний, анозогностичний
Порушення соціальної активності	сенситивний, егоцентричний, апатичний

Висновки

1. Клінічна картина екзацербції параноїдної шизофренії у пацієнтів без супутньої патології сечовидільної системи проявляється класичними продуктивними психопатологічними синдромами з їх редукцією і поступовим наростанням дефіцитарної симптоматики у процесі становлення ремісії.

2. У пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню патологію сечовидільної системи, синдромоутворення при екзацербції шизофренії представлено комплексними (складними) депресивними синдромами.

3. У пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії без соматичної коморбідності, депресивний синдром спостерігався у фазі затухаючого загострення, що свідчило про постшизофренічні депресивні розлади.

4. Серед пацієнтів із супутньою соматичною патологією у фазі формування ремісії більша частота середнього та важкого ступеню депресії спричиняло вищий ступінь когнітивного дефіциту.

5. У пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією на синдромогенез у гострій фазі параноїдної шизофренії впливав високий рівень особистісної тривожності, а у фазі формування ремісії високий рівень реактивної тривожності віддзеркалював нозогенний вплив соматичного захворювання на клінічну картину шизофренії.

6. Важливу роль у синдромоутворенні при екзацербції параноїдної шизофренії у пацієнтів з коморбідною патологією сечовидільної системи відіграють явища соматопсихічної деперсоналізації.

7. Задіяність в синдромоутворенні параноїдної шизофренії певної психічної сфери визначає направленість типу реагування на захворювання у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією.

Отже, дане дослідження дозволило дати комплексну характеристику клініко-психопатологічних факторів синдромогенезу параноїдної шизофренії, інтеграційну структуру синдромогенезу, що охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної діяльності.

Література:

1. Берсенева М.И. Клинические варианты течения хронических гломерулонефритов и особенности психического состояния больных // *Врач и общество*, том 1. - Москва, 2002. - 78.
2. Ванчакова Н.П. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек и проблемами адаптации // *Нефрология*. - 2002. - Т. 6, № 4. - 25 - 33.
3. Ванчакова Н.П. Роль эмоций и поведения в хронической боли. Ученые записки. - 2000, т. УП, №3. - Санкт-Петербург, 2000. - 59-64.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.Н., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. *Сибир. психол. журнал*. 2008; 27: С. 67-71.
5. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. М.: Медицина, 1997. 280С.
6. Герман Г.Н. О психических нарушениях при заболеваниях почек // *Здравоохранение* №4. - Кишинев, 1971. - 23-25.
7. Коркина М.В., Цивилько М.А. Психические нарушения у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и их динамика в процессе лечения гемодиализом // *Неврология и психиатрия*. Вып. 4. - Киев, 1974. 78 - 82.
8. Петрова Н.Н. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к болезни и лечению гемодиализом // *Афтореф. диссерт. на соиск.уч. степени д.м.н.* - СПб, 1997
9. Anderson R.T., Anderson S.T. Culture and pain. In *The puzzle of pain*. - New York, 1994. -P. 120-138.
10. Brickman A.L., Fins A.I. Kidney allograft survival: Relationship to dialysis compliance and other behaviors // *Dial. Transpl.* - 1996. - № 25. - P. 88-93.
11. Finkelstein F.O., Finkelstein S.H. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. // *Nephrol Dial Transplantant.* - 2000. - Vol.15, №12. -P. 1911-1913.
12. Gatchel R.J., Turk D.C Ed. *Psychosocial Factors in Pain. Clinical Perspectives*. The Guilford Press, New York, London, 1999. 51 Op.
13. Kimmel PI, Weihs KL, Peterson RA et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. // *Kidney Int.* - 2000. -№ 57 - P. 2093-2098.
14. Newman S.C., Bland R.C.. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. // *Can J Psychiatry* 1991; 36 - P. 239 - 245.
15. Rosenthal H., Porter K.A., Coffey B. Pain insensitivity in schizophrenia. Case report and review of the literature. // *Gen. Hosp. Psychiatry*. - 1990. - Vol. 12. - N 5. - P. 319 - 322.
16. Rickelman BL. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Ment Healt Nurs.* - 2004, Apr-May; 25(3). - P. 27-42.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Е.Е.Смашна

В статье представлены результаты обследования 32 пациентов с параноидной шизофренией и 32 пациента с параноидной шизофренией и коморбидной патологией мочевыводящей системы.

Исследовались особенности патопластического влияния имеющегося нефрологического заболевания на синдромоформирование у пациентов с параноидной формой шизофрении в фазе обострения и в фазе формирования ремиссии. Выявлено, что сопутствующее заболевание мочевыводящей системы влияет на клиническую картину параноидной шизофрении таким образом, что в фазе обострения вместо классических галлюцинаторно-параноидных состояний формируются сложные смешанные депрессивные синдромы (депрессивно-параноидный, депрессивно-ипохондрически-параноидный, тревожно-депрессивный, и прочие).

Также исследовались закономерности связи нарушений определенной психической сферы с типом внутренней картины заболевания.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, медицинская коморбидность, синдромогенез, внутренняя картина заболевания

SOME CONFORMITIES OF FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA AMONG PATIENTS WITH CONCOMITANT PATHOLOGY OF URINAL SYSTEM

O.Ye. Smashna

Results of inspection of 32 patients with paranoid schizophrenia and 32 patients are with paranoid schizophrenia and comorbid pathology of the urinal system was presented in the article.

The features of pathoplastic influence of present nephrological disease on syndromogenesis for patients with the paranoid form of schizophrenia in the phase of exacerbation and in the phase of forming of remission were investigated. Was educed, that the concomitant disease of the urinal system influences on clinical presentation of paranoid schizophrenia like so that in the phase of exacerbation instead of the classic hallucinatory-paranoid states the difficult complex depressive syndromes (depressive -paranoid, depressive -hypochondrical-paranoid, anxiously-depressiv, and other) are forming.

Conformities of connection of violations of certain psychical sphere were also investigated with the type of internal picture of disease.

Keywords: paranoid schizophrenia, medical comorbidity, syndromogenesis, internal picture of disease

УДК: 616.89-008-053.8

С.Г.Полшкова

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД В РОЗУМІННІ АУТОАГРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: небезпечні професії, аутоагресія, психосоматика

Актуальність дослідження психічного здоров'я осіб, що працюють в небезпечних умовах обумовлена частими екстремальними ситуаціями на підприємствах, низькою ефективністю існуючих терапевтичних та психопрофілактичних заходів.

Найнебезпечнішою серед цивільних професій вважають професію гірника [1]. Цьому є багато підтверджень, а саме, постійні повідомлення про аварії на вугільних шахтах, які забирають життя гірників. Найбільша у світі аварія на шахті відбулася в Китаї у квітні 1942 року, під час якої вибух вугільного пилу забрав життя 1572 осіб. Однак, Україна, разом із Китаєм та Росією лідирує за показниками смертності в даній галузі. Кількість загиблих гірників на 1 млн. т. вугілля у цих країнах близько до 2, а за деякими даними в Китаї він досягає 4. Середня тривалість життя радянського гірника була 49 років. Але на відміну від нашої країни, в Китаї відмічено позитивні зміни. Так в найбільшій створеній вугільній компанії China Shenhua Energy Co рівень смертності в шахтах порівняно із американським – 0,027 смертей на 1 млн. т. видобутого вугілля.

Якщо проаналізувати дані Департаменту праці США, то ми побачимо іншу статистику [2]. Так, найбільш небезпечними професіями там вважають працівників рибальської промисловості (118,4 смертельні випадки на 100 тис. працюючих). На другому місці лісоруби (92,2), на третьому – професійні пілоти та бортінженери (66,9) і т.д. Для порівняння рівень смертності представників більш «ризикованих» професій значно нижчий – працівники поліції – 18,2 на 100 тис. випадків, пожежники – 11,5. Слід зауважити, що більш ніж в 90 % випадків жертвами нещасних випадків на роботі стають чоловіки.

На відміну від американської статистики за даними Федеральної служби праці та зайнятості РФ щорічно на виробництві гинуть біля 4,5 тис. росіян. Частіше це люди працездатного чи репродуктивного віку. Більш ніж 10 тис. осіб стають інвалідами, кожний четвертий працівник працює в умовах, невідповідних вимогам охорони праці. Серед найбільш «травматичних» галузей традиційно будівництво та сільське господарство [3].

Якщо проаналізувати статистику нещасних випадків з тяжкими наслідками, коли людина стає інвалідом, розподіл за галузями такий: сільське господарство, рибальство, видобуток корисних копалин та будівництво [2].

В Україні однією з найнебезпечніших професій одноголосно вважають професію гірника. Також на перших місцях посідають співробітники правоохорон-

них органів. Ще одна з найризикованіших спеціальностей – журналістика. Відомо, що їх зарплата залежить від того, наскільки унікальним та важко здобутим є матеріал. А в процесі підготовки репортажу їх очікує не тільки високий рівень стресу, але й реальна небезпека, як то репортажі із «гарячих місць» [4].

Частіше за все причиною нещасних випадків на виробництві є ігнорування норм охорони праці, а іноді працівники перебувають в стані алкогольного сп'яніння на робочому місці.

Відомо, що збереження трудових ресурсів, життя та здоров'я працездатного населення це один з найважливіших факторів економічного зростання. Внаслідок усвідомлення цього факту в Європі, рівень виробничого травматизму та профзахворювань знизився за останній час та на сьогодні є в 4,5 рази нижчий, ніж в Росії.

Вищезазначене обумовлює високу значущість проблеми вивчення людини як суб'єкта діяльності. Відомо, що від рівня підготовки особистості: професійної, правової, психологічної – залежить її особистий успіх, успіх підприємства та суспільства в цілому. Давно вивчається проблема впливу професійної діяльності на особистісні особливості професіонала [5-7]. Як показують дослідження, кожна професія вимагає від індивідуальних психологічних якостей людини свої вимоги, тим більш наполегливі, чим складніше та відповідальніше зміст цієї професії.

В той же час сама професійна діяльність помітно впливає на ціннісні орієнтири, установки та мотиви діяльності професіонала. Особливе значення при цьому набуває вивчення професійної діяльності осіб, що працюють в небезпечних умовах, а саме гірників. В наш час накопичено багато матеріалу, присвяченому проблемам психічного здоров'я гірників, які постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, однак, нажалі недостатньо розробленими залишаються особливості професійного відбору та прогнозування успішності професійної діяльності співробітників [8;9].

Існують дані, що вибір небезпечних видів професій, а саме співробітників охорони, визначається такими психологічними характеристиками, як прагнення до нового, виражена активність, що поєднується із високим рівнем мотивації досягнення, високим ступенем незадоволеності собою та перевагою в професійній направленості особистості мотивів самореалізації та самоактуалізації [5]. При прийомі на роботу майбутні охоронці керуються не цілком реалістичними, декілька ідеалізованими уявами про майбутню професійну діяльність.

В той же час професійна діяльність охоронців призводить до деяких позитивних змін їх особистості. А саме: зростає активність, самостійність, незалежність, збільшується здатність до нестандартного вирішення проблем, підвищується особистісна зрілість професійної мотивації, знижується незадоволеність собою. А також відмічаються й негативні зміни: зростає підозрілість, збільшується тенденція до суперництва, наростає симптоматика емоційного вигорання, тобто відбувається професійна деформація особистості.

Існує також думка, що вибір небезпечної професії на ряду із екстремальними видами спорту, ризикованою сексуальною поведінкою, алкоголізмом та наркоманією, можна вважати за прояви деструктивної поведінки, а саме, активності, спрямованої (свідомо чи підсвідомо) на спричинення собі шкоди в фізичній та психічній сферах. Людина, як будь-яка жива істота, в нормі не повинна направляти агресію на самого себе, так як це суперечить його основній задачі – жити. Різноманітні дослідники по-різному розуміють причини виникнення саморуйнівної поведінки.

Так в психоаналізі аутоагресія (чи «поворот проти себе») розглядається як захисний механізм психіки. Вважається, що така поведінка є наслідками перенаправлення агресії, що первинно направлена на зовнішній об'єкт, але в силу будь-яких обставин є неприємлемою [10].

Відома теоретична модель аутоагресії, яка робить акцент на зовнішній її обумовленості [11]. Тобто для виникнення аутоагресії необхідна система, що включає як мінімум три компоненти:

1. Фрустрована людина із внутрішнім конфліктом, яка подавляє свою агресію та одночасно заперечує свої соціалізовані інтроекти;
2. Психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні патерни поведінки, які обумовлені внутрішньоособистісним конфліктом;
3. Зворотній негативний зв'язок – очікування стосовно об'єкту, що не відбулися, та зростаюча напруга ситуації, агресивність суб'єкта, потреба розв'язання внутрішньо особистісного конфлікту.

Дана теоретична модель робить акцент на зовнішній обумовленості аутоагресії.

На відміну від цієї моделі, Реан займався вивченням внутрішньої структури аутоагресії. Він запропонував ввести поняття «аутоагресивний патерн особистості», в якому він виділив 4 субблоки, які позитивно чи негативно корелюють із рівнем аутоагресії [12]:

1. Характерологічний субблок – рівень аутоагресії позитивно корелює із деякими рисами та особливостями характеру: інтроверсією, педантичністю, демонстративністю, а також із репресивністю та невротичністю.
2. Самооціночний субблок – зв'язок аутоагресії та самооцінки. Чим вищою є аутоагресія особистості, тим нижче самооцінка особистих когнітивних здібностей, тіла, власної здатності до самостійності, автономності поведінки та діяльності.
3. Інтерактивний субблок – зв'язок аутоагресії осо-

бистості із здатністю/нездатністю до успішної соціальної адаптації, із успішністю/неуспішністю міжособистісної взаємодії. Рівень аутоагресії особистості негативно корелює із товариськістю.

4. Соціально-перцептивний субблок – наявність аутоагресії пов'язано із особливостями сприйняття інших людей. Аутоагресія практично не пов'язана із негативізацією сприйняття інших. Навпаки, рівень аутоагресії корелює із позитивністю сприйняття значущих «інших».

Психосоматичний підхід, на відміну від попередніх, є набагато ширшим, ніж сучасна традиційна медицина, він спирається на біо-психо-соціальне розуміння тілесних захворювань та розладів, займає проміжне положення між соматичною медициною, психіатрією та психологією. Саме тому збільшується кількість досліджень в галузі психосоматичного розуміння різноманітних станів, в тому числі аутоагресії в психосоматичному розумінні [13].

Якщо казати про етіологію психосоматичних захворювань, то на сьогодні існує велика кількість факторів, що здатні викликати психосоматичний розлад. Сучасна медицина розділяє усі фактори на зовнішні відносно організму – екзогенні, та внутрішні – ендогенні. До екзогенних агентів відносять інфекції, інтоксикації, травматичні ушкодження головного мозку, церебральні опухолі, психогенії, соматогенії. Ендогенні причини пов'язані із спадковістю, конституційними особливостями людини, віковими змінами. Даним розподілом часто користується загальна психіатрія.

Але якщо представити собі, що усі реакції організму людини сформувалися в ході тривалої еволюції як відповідь на різноманітні впливи оточуючого середовища. Деяка доля цих реакцій, що були корисними для виживання, закріпилася в обміні речовин та стала спадковою особливістю. Тобто, те що було екзогенним для попередніх поколінь, є ендогенним для сучасних осіб. Однак, навіть при наявності однакової спадковості у близнюків, психосоматичний розлад одного не є 100 % ризик для іншого, тому що причина хвороби з методологічних позицій є процес взаємодії хворобливого впливу з організмом, який може відповідним чином відповісти на цей вплив. Саме тому можна казати не про спадковість психосоматичного розладу, а про прихильність до його розвитку [13].

Згідно епідеміологічних досліджень спонтанний початок захворювання відмічається тільки в 30 % випадків, а у більшості хворих початок захворювання пов'язаний із психотравмуючою ситуацією, соматичними хворобами чи алкогольною інтоксикацією.

Велика роль статі та віку як факторів, що сприяють чи перешкоджають виникненню певних психосоматичних захворювань. Підвищена емоційність, більш виражена циклічність та обмінні зсуви, що пов'язані із особливостями генеративної функції (менструальний цикл, вагітність, пологи, лактація, клімакс), - все це пояснює набагато більшу частоту психосоматичних порушень у жінок, ніж у чоловіків.

Усі фактори, що сприяють виникненню психосоматичних захворювань, можна розділити на вікові, виробничі та сезонні.

Так віковий фактор є одним з основних, тобто існує тільки невелика кількість психосоматичних захворювань, які не прив'язані до вікового фактору. Різкі вікові зсуви (пубертатний криз, клімакс) із складнощами адаптації та компенсації, які присутні в ці періоди, є факторами, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. Ще більшу роль грає віковий фактор при психопатологіях старечого віку.

На відміну від вікового, виробничий фактор предстает в різній якості – то як причина психічного розладу (при професійних захворюваннях), то як його умова. Тобто шум, вібрація, емоційні перевантаження в умовах виробництва можуть збільшити судинну патологію та цим сприяти появі психопатологічної симптоматики.

Сезонний фактор є значущим для ендогенний психопатологій, що перебігають періодично, метеотропний фактор грає вагомую роль у розвитку хвороби у осіб із судинною патологією чи резидуальними наслідками перенесеної черепно-мозкової травми.

Можна назвати ще й інші фактори індивідуального чи масового значення, що сприяють початку захворювання. Важливо підкреслити, що тільки умови без наявності причин, не здатні викликати психосоматичне захворювання. Таким чином, причини хвороб чи умови, що провокують їх виникнення, можуть бути як екзогенними, так й ендогенними. На практиці буває дуже важко, а іноді й неможливо розділити причини й умови захворювання в кожному конкретному випадку [13].

Більш того з вищенаведеного слідує, що при зміні умов, в яких знаходиться особа, на більш сприятливі, можна казати про запобігання розвитку психосоматичного захворювання. Наприклад, якщо пацієнт має обтяжену спадковість, жіночу стать, а також переживає період клімаксу, то це не є 100 % гарантія розвитку психосоматичного захворювання, при умовах, що вона веде здоровий спосіб життя та уникає «шкідливих» умов.

Якщо розглядати аутоагресію з позицій психосоматики, то можна вплинути на умови її виникнення, тобто уникнути того, що сприяє розвитку аутоагресії. А саме, зменшити до мінімуму кількість психотравмуючих ситуацій та пропрацювати із пацієнтом його внутрішні конфлікти, для зниження рівня фрустрації особистості.

Виходячи з вищенаведеного, ми розпочали вивчення аутоагресивної поведінки гірників, як приклад осіб, які в силу життєвих обставин працюють в небезпечних умовах. Риторичним залишається питання - чи вибір цієї професії та особливості поведінки в заборі не є, в деяких випадках, реалізацією їх прихованої деструктивної поведінки. Виявлення таких осіб дасть можливість зменшення кількості аварій пов'язаних з людським фактором.

Обстеження проводиться на базі Донецької обла-

сної лікарні профзахворювань. Для оптимізації роботи з пацієнтами нами використовується карта обстеження, що розроблена відділом соціальної та екстремальної психіатрії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Наша карта включає в себе декілька розділів: загальна інформація, сімейний та соціальний стан, опис існуючих проблем, модальний аналіз існуючих проблем, біологічні фактори, а також низку психодіагностичних методик.

Так розділ «Загальна інформація» включає дані про вік обстеженого, його стать, освіту, професію та особливості роботи, що виконує. В розділі «Сімейний та соціальний стан» збираються відомості про сім'ю, про матір та батька, взаємовідносини в сім'ї. В розділах «Опис існуючих проблем» та «Модальний аналіз існуючих проблем» проаналізовано проблеми, що турбують зараз, а також відновлено все життя за п'ятиріччями, особливо найбільш позитивні та найбільш негативні події життя. Розділ «Біологічні фактори» збирає інформацію про спадковість, особливості фізіологічних показників, як то ваги, артеріального тиску, пульсу і т.д., особливо важливо їх коливання за останній період. Додатком до карти є низка психодіагностичних методик, а саме: Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека, проективний тест «Малюнок людини».

На сьогодні нами обстежено 76 гірників, постраждалих внаслідок аварій на вугільних шахтах. Зараз проводиться статистична обробка отриманого матеріалу за допомогою стандартних статистичних методів.

Таким чином ми бачимо, що важливим завданням у контексті подальших досліджень даної теми є вивчення психосоматичних механізмів та відносин розвитку аутоагресії, а також її ролі в розвитку психосоматичних захворювань у даного контингенту. Це допоможе краще зрозуміти патогенез психічних захворювань, а також може бути корисним для подальшого врахування цієї ознаки при проведенні професійного відбору, що вдосконалисть профілактичні заходи.

Література:

1. Самые опасные профессии в мире // www.denga.com.ua/index.php?option=com_content&id...
2. Статистика Департамента США самых опасных профессий в мире www.keywork.ru/journal/158.php
3. Alexander, F. (1971): *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter
4. Ainsworth et al. (1978): *Patterns of attachment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.
5. Абакумов О.Н. Влияние профессиональной деятельности на личностные особенности сотрудников частных охранных предприятий (ЧОП) : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 Ростов н/Д, 2005 180 с.
6. Сумароков И.В. Влияние экстремальных факторов профессиональной деятельности на психическое и соматическое здоровье судей. Дис. ... канд. психол. наук: - Москва, 2005. – 190 с.
7. Леви М.В. Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных: Автореф. дис. канд. псих. наук. –М., 2000. –32 с.

8. Гриневич Є. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих // *Архів психіатрії*. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 16.

9. Абрамов А.В. Хронический стресс и стойкие изменения личности у сотрудников спецподразделений милиции (психолого-психосоциальное исследование) // *Журнал: Архів психіатрії*. — 2004. Т. 10, № 2 (37). С. 29–35.

10. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / З. Фрейд: Пер. М.В. Вульф, А.А. Спектор. — Мн.: Харвест, 2004. — 400 с.

11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2004. — 32 с.

12. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping // *European J Personality*, 1: 141 – 169.

13. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боевом А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия аутоагрессивное поведение <http://www.vsmc.ac.ru/publ/vest/032/site/index4.htm>

14. Мультимодальна карта обстеження психосоматичного пацієнта // Чабан О.С., Хаустова О.О. — 2008 р. — 14 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ АУТОАГРЕССИИ

С.Г. Полшкова

В статье показана статистика самых опасных в мире профессий по данным Американского, Российского и Украинского департамента труда. Аргументирована высокая значимость проблемы изучения человека как субъекта деятельности, влияния профессиональной деятельности на личностные особенности профессионала. Выдвинуто предположение о взаимосвязи высокого уровня аутоагрессии и выбором опасных видов профессий. Рассмотрено понятие аутоагрессии в рамках психосоматического подхода. Описаны факторы риска и условия развития психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: опасные профессии, аутоагрессия, психосоматика

PSYCHOSOMATIC APPROACH TO THE UNDERSTANDING AUTOAGGRESSION

S.G. Polshkova

The article describes the statistics of the most dangerous professions in the world according to American, Russian and Ukrainian Department of Labour. The author demonstrates the high significance of the problem the study of man as a subject of activity, the impact of professional activities on the personal characteristics of a professional. The assumption about the relationship of high-level autoaggression and choice hazardous occupations. The concept autoaggression in the psychosomatic approach. Describe risk factors and conditions for the development of psychosomatic diseases.

Keywords: dangerous professions, autoaggression, psychosomatics

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Н.Г. Астафурова³

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев²

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва³

Часть I

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Разнообразные аспекты личностной деформации, связанные с профессиональной деятельностью, всё чаще привлекают внимание специалистов в сфере психического здоровья [1]. В этом аспекте большое внимание сегодня уделяется диагностике, профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Н.И. Freudenberger в 1974 г. [2]. Иногда его переводят на русский язык как: «эмоциональное сгорание» или «профессиональное выгорание».

СЭВ проявляется в следующих признаках: а) чувстве безразличия, эмоциональном истощении, изнеможении (человек не может отдаваться работе так, как

это было прежде); б) дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам); в) негативном самовосприятии и недостатке чувства профессионального мастерства.

Клинически СЭВ часто выражается в депрессии, тревоге, психосоматических расстройствах и аддикциях. Хорошо очерченными синдромами при «выгорании» являются депрессия и тревога. По данным А.Б. Смулевича и др. от 6% до 23% лиц из общей популяции обращаются за помощью в связи с депрессией [3]. Тревожные расстройства выявлены у 4-15% населения [4].

Депрессивные и тревожные расстройства традиционно связывались с личностными дисфункциями и описываются при синдроме выгорания [2]. Отечественные клинические психологи последовательно рассматривали различные психические расстройства в контексте личностных особенностей больных [6;7;8].

8. Гриневич Є. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих // *Архів психіатрії*. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 16.

9. Абрамов А.В. Хронический стресс и стойкие изменения личности у сотрудников спецподразделений милиции (психолого-психопатологическое обследование) // *Журнал: Архів психіатрії*. — 2004. Т. 10, № 2 (37). С. 29–35.

10. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / З. Фрейд: Пер. М.В. Вульф, А.А. Спектор. — Мн.: Харвест, 2004. — 400 с.

11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2004. — 32 с.

12. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping // *European J Personality*, 1: 141 – 169.

13. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боевом А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия аутоагрессивное поведение <http://www.vsmc.ac.ru/publ/vest/032/site/index4.htm>

14. Мультимодальна карта обстеження психосоматичного пацієнта // Чабан О.С., Хаустова О.О. — 2008 р. — 14 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ АУТОАГРЕССИИ

С.Г. Полшкова

В статье показана статистика самых опасных в мире профессий по данным Американского, Российского и Украинского департамента труда. Аргументирована высокая значимость проблемы изучения человека как субъекта деятельности, влияния профессиональной деятельности на личностные особенности профессионала. Выдвинуто предположение о взаимосвязи высокого уровня аутоагрессии и выбором опасных видов профессий. Рассмотрено понятие аутоагрессии в рамках психосоматического подхода. Описаны факторы риска и условия развития психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: опасные профессии, аутоагрессия, психосоматика

PSYCHOSOMATIC APPROACH TO THE UNDERSTANDING AUTOAGGRESSION

S.G. Polshkova

The article describes the statistics of the most dangerous professions in the world according to American, Russian and Ukrainian Department of Labour. The author demonstrates the high significance of the problem the study of man as a subject of activity, the impact of professional activities on the personal characteristics of a professional. The assumption about the relationship of high-level autoaggression and choice hazardous occupations. The concept autoaggression in the psychosomatic approach. Describe risk factors and conditions for the development of psychosomatic diseases.

Keywords: dangerous professions, autoaggression, psychosomatics

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Н.Г. Астафурова³

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев²

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва³

Часть I

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Разнообразные аспекты личностной деформации, связанные с профессиональной деятельностью, всё чаще привлекают внимание специалистов в сфере психического здоровья [1]. В этом аспекте большое внимание сегодня уделяется диагностике, профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Н.И. Freudenberger в 1974 г. [2]. Иногда его переводят на русский язык как: «эмоциональное сгорание» или «профессиональное выгорание».

СЭВ проявляется в следующих признаках: а) чувстве безразличия, эмоциональном истощении, изнеможении (человек не может отдаваться работе так, как

это было прежде); б) дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам); в) негативном самовосприятии и недостатке чувства профессионального мастерства.

Клинически СЭВ часто выражается в депрессии, тревоге, психосоматических расстройствах и аддикциях. Хорошо очерченными синдромами при «выгорании» являются депрессия и тревога. По данным А.Б. Смулевича и др. от 6% до 23% лиц из общей популяции обращаются за помощью в связи с депрессией [3]. Тревожные расстройства выявлены у 4-15% населения [4].

Депрессивные и тревожные расстройства традиционно связывались с личностными дисфункциями и описываются при синдроме выгорания [2]. Отечественные клинические психологи последовательно рассматривали различные психические расстройства в контексте личностных особенностей больных [6;7;8].

Специального исследования взаимосвязи аффективных расстройств, личностных черт и перфекционизма при СЭВ не проводилось.

Начиная с 80-х гг. XX столетия интенсивно дискутируется вопрос связи депрессивных и тревожных расстройств с «перфекционизмом» - дисфункциональной личностной чертой, предполагающей стремление устанавливать чрезмерно высокие стандарты и невозможность испытывать удовлетворение от результатов деятельности. Высказываются мнения о том, что чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим субъективным дискомфортом, риском психических расстройств и низкой продуктивностью [9;10].

В существующей модели клинической диагностики личностные дисфункции и аффективные расстройства рассматриваются как независимые, биологически детерминированные феномены. Однако на эмпирическом уровне имеются данные о высокой коморбидности аффективных и личностных расстройств [11;12]. В ряде концепций классической психиатрии - модели спектра эти расстройства описываются как взаимосвязанные фазы одного процесса: а) хронификация аффективных нарушений изменяет личность; б) личностные дисфункции перерастают в отчетливые аффективные фазы. Предиспозиционная модель рассматривает личностные черты в качестве фактора риска для манифестации аффективных расстройств. Ей соответствуют некоторые классические и современные психоаналитические и когнитивно-бихевиоральные теории. Обсуждаемые патопластическая модель и модель осложнения описывают взаимовлияния аффективных и личностных дисфункций: каждое расстройство влияет на клиническую картину, длительность и курбельность другого [13]. Анализируются преимущества и ограничения основных методологических подходов к изучению указанной взаимосвязи (типологического и параметрического). Типологический подход устанавливает соотношение между депрессией и принадлежностью к определенному личностному типу; параметрический - фиксирует связь эмоциональных расстройств с дисфункциональными личностными чертами (зависимостью, экстраверсией, невротизмом, обсессивностью, склонностью к самокритицизму и т.д.).

Теоретический анализ показывает, что на всех этапах развития клинических концепций аффективных расстройств исследования личности играли важную роль, содействуя решению вопросов о нозологической самостоятельности тех или иных форм. Эта проблема остается остро дискуссионной и для тревожных расстройств, в том числе потому, что сторонники унитарной модели рассматривают тревожные и депрессивные расстройства как варианты одного заболевания [14]. Приводятся клинические описания типов личности больных монополярной депрессией или другими формами аффективных расстройств с преобладанием симптомов депрессии. Показаны их общие черты: склонность к негативному аффекту и повышенная реактив-

ность на стресс, особая чувствительность к неудачам, неверие в собственные силы, склонность к симбиотическим отношениям, пессимизм. Установлено соответствие между описаниями депрессивной конституции и чертами, описывающими структуру перфекционизма в более поздних исследованиях: страх перед неудачей, высокие требования к результатам работы, постоянное отыскивание в ней недочетов, предвидение неразрешимых трудностей в предстоящей деятельности, чувство ответственности, повышенная требовательность к себе.

Современные исследователи рассматривают перфекционизм как сложный личностный конструкт, включающий различные параметры, однако вопрос о конкретной структуре этого феномена остается дискуссионным

Можно выделить наиболее дискуссионные аспекты в современных исследованиях перфекционизма:

1. Психологическая структура и формы перфекционизма.
 2. Связь перфекционизма с депрессивными и тревожными расстройствами.
 3. Диагностика перфекционизма.
 4. Стабильность перфекционизма как личностной черты. Актуален вопрос о стабильности перфекционизма у больных депрессивными и тревожными расстройствами.
 5. Связь перфекционизма с различными типологическими измерениями личности. Возможно, перфекционизм является важной индивидуальной чертой современного человека и может присутствовать в структуре разных личностных типов и личностных расстройств, что нуждается в проверке.
- Задачей настоящего исследования являлась изучение связи между личностной чертой «перфекционизм» и депрессивными и тревожными расстройствами в рамках синдрома «психического выгорания».
- Гипотезой исследования являлось допущение, что личностная черта «перфекционизм», являясь устойчивой характеристикой личности с доминирующими защитными тактиками избегания неудачи, способствует развитию «синдрома психического выгорания» с симптомами тревоги и депрессии.

Теоретико-методологической основой данного исследования служит параметрический подход к исследованию личности (R. Cattell, 1970; H. Eysenk, 1973; A. Frances, 1982; S. Cloninger, 2003), теория мотивации достижения (X. Хекхаузен, 2001), идеи когнитивно-бихевиоральной психотерапии (А.Бек, А. Фримен, 2001; А. Бек, 2003), а также многофакторная психосоциальная модель депрессивных и тревожных расстройств (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараян, 1998).

Научная новизна исследования определялась выявлением связи между личностной чертой «перфекционизм» и клиническим содержанием (депрессии и тревоги в соответствии с критериями МКБ-10) при СЭВ. Впервые исследовалась взаимосвязь перфекционизма у испытуемых при СЭВ с депрессивной и тревожной симптоматикой.

Обследовались медицинские работники терапевтического профиля с синдромом психического выгорания (N=150 чел.). Группу сравнения составили 30 человек по полу, возрасту, уровню образования и профессиональной деятельности сопоставимые с обследуемыми основной группы.

Использовались следующие методики обследования: 1) шкала психологического стресса PSM-25 (-Lemur, Tessier & Fillion, 1991); 2) опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко; 3) клиническая шкала самоотчета SCL-90-R (L. Derogatis, 1977); 4) шкала депрессии Гамильтона (HRDS); 5) клиническая шкала тревоги (CAS); 6) методика «Уровень притязаний» Н. Нешкхаузен (адаптирована Н.С. Куреком, 1982); опросник перфекционизма, разработанный А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян.

Теоретическая и практическая значимость исследования: проведенное исследование предлагает новое решение широко дискутируемой проблемы психологической структуры перфекционизма и его связи с симптомами аффективных расстройств при СЭВ. Полученные результаты позволяют выделить важные личностные мишени психотерапевтической работы с пациентами, страдающими синдромом «психического выгорания» с депрессивными и тревожными расстройствами.

Результаты исследования. Первый этап исследования включал измерение стрессовых ощущений испытуемых основной группы. По шкале психологического стресса PSM-25 (Цит. [15]) испытуемые распределились следующим образом. Средний уровень стресса (100-125 баллов) наблюдался у 100 человек, высокий уровень стресса (более 125 баллов) у 46 человек; низкий уровень стресса (меньше 99 баллов) у 4 человек.

В исследуемой основной группе симптомы выгорания наблюдались у всех испытуемых основной группы. У 4 человек отмечался складывающийся симптом по терминологии Бойко [16]. У 146 человек фаза сфор-

мировалась: «тревожное напряжение» наблюдалось у 30 человек, «резистенция» - у 80 человек, «истощение» - у 36 человек. Фаза «тревожное напряжение» - предвестник и запускающий механизм в формировании эмоционального выгорания, проявляется в четырех симптомах: 1) переживание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности; 2) неудовлетворённость собой; 3) ощущение «загнанности в клетку»; 4) тревога и депрессия. Фаза «резистенция» проявляется: 1) неадекватным избирательным эмоциональным реагированием; 2) эмоционально-нравственной дезориентацией; 3) расширением сферы экономии эмоций; 4) редукцией профессиональных обязанностей. Фаза «истощения» характеризовалась: 1) эмоциональным дефицитом; 2) эмоциональной отстранённостью; 3) личностной отстранённостью; 4) психосоматическими и вегетативными нарушениями.

При оценке степени выраженности депрессивной симптоматики с помощью шкалы Гамильтона – сумма баллов по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона, соответствует МКБ-10: 1) 7 – 16 баллов – лёгкий депрессивный эпизод; 2) 17 – 27 баллов – умеренный депрессивный эпизод; 3) более 27 баллов – тяжёлый депрессивный эпизод. Степень тяжести тревожной симптоматики, имеющейся в течение двух дней, оценивалась с помощью клинической шкалы тревоги CAS в баллах от 0 до 4.

В процессе структурированного интервью выявлена клиническая структура аффективных расстройств (табл. 1). У обследованных были выявлены следующие психические расстройства из рубрики F43.2 «Расстройства адаптации» по МКБ-10: F43.20 Кратковременная депрессивная реакция не более одного месяца; F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция не более двух лет; F43.22 Смешанная тревожно-депрессивная реакция; F43.23 С преобладанием нарушений других эмоций (тревога, депрессия, беспокойство, напряжённость и гнев); F43.25 Со смешанным нарушением эмоций и поведения.

Таблица 1

Клиническая структура расстройств психики и поведения у обследованных

Диагностическая категория	Основная группа (N=150)		Группа сравнения (n=30)	
	абс. число	%±m	абс. число	%±m
F43.20	-	-	1	3,3±1,8
F43.21	18	12,0±3,3	-	-
F43.22	44	29,3±4,6	6	20,0±3,4
F43.23	76	50,7±5,0	6	20,0±3,4
F43.25	12	8,0±2,7	2	6,7±2,5

У лиц основной группы преобладали расстройства адаптации преимущественно смешанного типа (тревожно-депрессивные и полиморфные). Интересно, что у половины обследуемых из группы сравнения тоже были выявлены расстройства адаптации, той же структуры, что и в основной группе.

Клинические особенности и степень выраженности депрессивной симптоматики оценивались с использованием шкалы Гамильтона (HDRS) (табл.2).

Как видно из представленных в таблице 2 данных, средний балл степени выраженности депрессии в основной группе составил $15,06 \pm 0,88$, что по шкале Гамильтона соответствует проявлениям лёгкого депрессивного эпизода, ближе к границе со средней степенью выраженности симптома.

В структуре депрессивной симптоматики наибольшую выраженность имели такие симптомы: соматическая тревога, средняя инсомния, депрессивное настро-

Таблица 2

Показатели выраженности психопатологических симптомов по шкале HDRS

Симптомы HDRS	Средняя выраженность (балл $\pm$ m)	
	Основная группа (N=150)	Группа сравнения (n=30)
Депрессивное настроение	$1,31 \pm 0,31$	$0,24 \pm 0,11$
Чувство вины	$0,91 \pm 0,25$	$0,63 \pm 0,18$
Суицидальные намерения	$0,20 \pm 0,26$	$0,17 \pm 0,06$
Ранняя инсомния	$0,97 \pm 0,26$	$0,60 \pm 0,16$
Средняя инсомния	$1,57 \pm 0,12$	$0,62 \pm 0,12$
Поздняя инсомния	$0,83 \pm 0,09$	$0,26 \pm 0,09$
Ажитация	$0,19 \pm 0,19$	$0,26 \pm 0,09$
Психическая тревога	$1,29 \pm 0,17$	$1,24 \pm 0,17$
Соматическая тревога	$1,56 \pm 0,19$	$1,29 \pm 0,16$
Желудочно-кишечные симптомы	$0,15 \pm 0,12$	$0,52 \pm 0,12$
Общие соматические симптомы	$0,97 \pm 0,14$	$0,71 \pm 0,14$
Генитальные симптомы	$0,11 \pm 0,07$	$0,16 \pm 0,11$
Ипохондрия	$1,09 \pm 0,10$	$1,11 \pm 0,10$
Утрата массы тела	$0,29 \pm 0,14$	$0,30 \pm 0,14$
Критическое отношение к болезни	$0,72 \pm 0,10$	$0,34 \pm 0,10$
Суточные колебания	$1,12 \pm 0,14$	$0,29 \pm 0,14$
Деперсонализация и дереализация	-	-
Параноидные симптомы	-	-
Обсессивно-компульсивные симптомы	$0,45 \pm 0,11$	$0,04 \pm 0,02$
Общий балл	$15,06 \pm 0,88$	$8,78 \pm 0,85$

Примечание: здесь и далее разница в сравнении достоверна при $p < 0,05$.

ение. У лиц из группы сравнения средний балл депрессии тоже находился в пределах лёгкого депрессивного эпизода, но немного выше показателей нормы. Наиболее выраженные были ипохондрические проявления и показатели психической и соматической тревоги.

Степень выраженности тревожной симптоматики оценивалось с помощью клинической шкалы тревоги (CAS) (табл.3).

Как видно из представленных в таблице 3 данных, средний балл выраженности тревожной симптоматики

в обследованной группе составил $18,0 \pm 9,1$, что по шкале CAS соответствует клинически выраженному тревожному эпизоду. В структуре тревожной симптоматики в основной группе наибольшую выраженность имели следующие показатели: реакция испуга, психическое напряжение, опасения. В группе сравнения показатели повышенной тревожности не достигали выраженности тревожного эпизода и формировались за счет психического напряжения, опасений и беспокойства.

Таблица 3

Показатели выраженности психопатологических симптомов в баллах по шкале CAS

Симптомы CAS	Средняя выраженность (балл $\pm$ m)	
	Основная группа (N=150)	Группа сравнения (n=30)
Психическое напряжение	$3,6 \pm 1,2$	$2,8 \pm 0,9$
Трудности расслабления	$1,5 \pm 1,9$	$1,6 \pm 1,2$
Реакции испуга	$3,8 \pm 0,9$	$1,9 \pm 2,0$
Беспокойство	$3,1 \pm 1,7$	$2,3 \pm 1,5$
Опасения (предчувствие дурного)	$3,3 \pm 1,5$	$2,4 \pm 1,5$
Суетливость	$2,7 \pm 1,9$	$2,1 \pm 1,7$
Общий балл	$18,0 \pm 9,1$	$13,1 \pm 4,5$

Литература:

1. Юрєва Л.Н. Гореть на работе, но не сгорать: современные направления профилактики и лечения синдрома выгорания у врачей. – Здоров'я України - №2 (13) червень 2010. – С.39.
2. Freudenberger H.J. Staff burn-out//Journal of Social Issues. – 1974. – V.30. – P. 159-165.
3. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
4. (Kaplan H.J., Sadock B.J.) Каплан Г.И., Сэддок В.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. с доп./под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГОЭТАР, 1998. – 505 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд. МГУ, 1976. – 237 с.
6. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Изд. «Мысль», 1988. – 301 с.
7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 215 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных

и тревожных расстройств//Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – №2. – С.61-90.

10. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: дисс. ... кандидата психологических наук. – М., 2007. – 275 с.

11. Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T. & Betz F. Prevalence of personality disorder among patients with anxiety disorders.// Psychiatry Reseach. – Vol. 51, Issue 2, Feb. 1994. – P.167-174.

12. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review.//J. Affect. Dosord. – 1996. – Vol. 37. – P. 157-170.

13. Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С., Коньков С.А. Роль личности в социально-психической дезадаптации при депрессиях // Материалы международной конференции психиатров, Москва 16-18 февраля 1998. – С.76-77.

14. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. – СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. – 565 с.

15. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е издание. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

16. Практическая психодиагностика. Методики и тесты/Сост. Д.Я. Рейгородский: Самара, 2000. – С. 161-169.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ПРИ СИНДРОМІ ПСИХІЧНОГО ВИГОРАННЯ

О.Г. Сиромятов, Н.О. Дзеружинська, Н.Г.Астафурова

Аналізується роль перфекціонізму у походженні тривоги та депресії при психічному вигоранні.

Ключові слова: стрес, тривога, депресія, перфекціонізм, психічне вигорання

CLINICAL MEANING OF PERFECTIONISM IN SYNDROME OF MENTAL BURNOUT

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, N.G.Astafurova

Analysis of the role of perfectionism in origin of anxiety and depression with mental burnout.

Keywords: stress, anxiety, depression, perfectionism, mental burnout

УДК 616.89

О.О. Хаустова, О.М. Дзюба

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (етап реабілітації)Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ**Ключові слова:** медико-психологічні заходи, хвороби системи кровообігу

Психосоматична медицина, за сучасними поглядами, є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з оточуючим середовищем [1 – 3; 6; 7; 15; 16; 25; 28], тобто вона є провідником та рупором принципу холистичного підходу до curaції пацієнта. Такий принцип, що опирається на єдність тілесного і душевного, є основою медицини. Міждисциплінарний підхід вбирає в себе комплексну оцінку біологічних, психологічних і соціальних шкідливих і корисних факторів, що впливають на окремі нейросоматично уразливі органи і системи організму людини; комплексну оцінку перебігу і прогнозу психосоматичного захворювання; комплексний менеджмент догляду за пацієнтами в клінічній практиці, що передбачає спеціальні заходи щодо інтеграції психотерапії і психокорекції в систему профілактики, лікування і реабілітації.

Перші фази розвитку психосоматичної медицини були осяяні ідеєю психогенезису (Nurminen 1930-1960), на тлі якої була сформована концепція про психосоматичні захворювання (фізичні хвороби, такі, як виразкова хвороба, ймовірно викликані психологічними факторами) [7; 15; 23; 25]. Попри критичне сприйняття класичною медициною, постулати щодо значення психогенних впливів приваблюють своєю значною пояснювальною аргументацією [7]. Психоаналітичні

методи стараються розкрити приховані поверхневою соматичною симптоматикою внутрішні психологічні конфлікти, проблеми і фіксації, що походять, як правило з раннього дитинства пацієнта (табл. 1.).

Наукові праці G.L. Engel, Z.J. Lipowski та D.M. Kissen стали підґрунтям для подальшого розвитку психосоматичної медицини. Відповідно до розробленої G.L. Engel багатофакторної моделі хвороби [15;16], її потрібно розглядати як результат взаємодії механізмів на клітинному, тканинному, організменному, міжособистісному та середовищному (забруднення навколишнього середовища) рівнях. Таким чином, дослідження кожної хвороби має включати в себе людину, її тіло і навколишнє середовище в якості важливих компонентів системи в цілому [6;7;16], с акцентом, за думкою L.E. Hinkle, на екологічному компоненті [7]. Z.J. Lipowski, в свою чергу, критикував застаріле поняття психогенезису як несумісне з вченням про multicausality, визначив сфери застосування, завдання і методи психосоматичної медицини, дав тлумачення соматизації як схильності переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [15]. D.M. Kissen уточнив, що питома вага соціально-психологічних факторів може варіюватися від однієї особи до іншої в рамках тієї ж хвороби, і підкреслив основні концептуальні недоліки розгляду психосоматичних захворювань, як однорід-

Таблиця 1**Психоаналітичні концепції психосоматичної медицини**

З. Фрейд	Конверсійна модель	З появою соматичного симптому пацієнт відчуває емоційне полегшення завдяки пом'якшенню утиску безсвідомого конфлікту
Ф. Александер	Модель вегетативного неврозу	Безсвідомий конфлікт без виходу у відповідному зовнішньому прояві приводить до емоційної напруги зі стійкими змінами у вегетативній нервовій системі, зміни тканин, ураженню органів
М. Шур	Концепція десоматизації	В результаті несприятливого розвитку і фрустрацій нормальний процес десоматизації може обернутися регресією в формі ресоматизації афекту.
Дж. Енгель, А. Шмале	Модель відмови від віри в майбутнє ('giving up' u 'given up')	Почуття втрати, розриву взаємозв'язку між минулим і майбутнім, безнадії ведуть до психосоматичних розладів.
А. Мітчерліх	Модель двохешелонної лінії оборони	Якщо не спрацює перша лінія оборони (психічні засоби), підключається захист другого ешелону – соматизація, яка веде до структурних змін в органах
О. Кернберг	третій рівень захисту	Психотичне симптомування
Г. Фрайбергер	Концепція втрати об'єкту	Провідні психодинамічні фактори - психосоматична лінія розвитку (симптом, конфлікт, особистісні особливості)

них утворень [23]. Такі погляди надалі були розвинуті у низці базових психосоматичних теорій (табл. 2).

К. Менінгер запропонував поняття «часткове самогубство» для деяких форм невротичного сомопошкодження. Він мав на увазі трихотілломанію (виривання волосся), оніхофагію (обгризання нігтів), видалення зубів, мікроампутації. В цих випадках, за К.Меннінгером, суїцидальний імпульс зосереджувався для пацієн-

та на окремій частині тіла, замість цілого [4 – 7; 29]. Надалі Е.Г.Ейдемільер висунув гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним из різновидів саморуйнуючої поведінки (табл. 3). Ця гіпотеза була підтримана та розвинута низкою інших дослідників [5- 7;10; 11; 18] .

Найбільш новими та такими, що набувають все більшого поширення, є інтегративні теорії, які створювалися на основі вивчення великих контингентів хво-

Таблиця 2

Базові психосоматичні теорії

П. Куттер	Модель боротьби за своє тіло	Існує порушення комунікації психосоматичного хворого зі своїм тілом (не сприймається втома або внутрішнє виснаження), що веде до психосоматичних розладів
М. Балінт	Модель початкового порушення	Негативні почуття пацієнта обертаються проти нього, сприяючи розвитку психосоматичного розладу
М.Селігман	Теорія “надбаної безпорадності”	Зустріч з неконтрольованими подіями приводить до когнітивного та емоційного дефіциту, який трансформується в “надбану безпорадність”, а потім в психосоматичне захворювання .
Ф.Данбар	Особистість психосоматичного пацієнта	Типи особистісного преморбиду (наприклад, коронарний тип – трудоголики: домінуючі, агресивні, нетерплячі і т.п.)
П. Федерн	Слабкість Его	Накопичення неперероблених переживань веде до психосоматичних, афективних, аддиктивних розладів
Дж. МакДугалл	Дефіцит егоцентричності	Психологічна загроза сприймається пацієнтом і як фізична, що викликає соматичні симптоми
Г. Крістал	Формування переносу	Пацієнти переживають фізичний біль разом з емоціями або замість них
Г.Аммон	Відновлення інтеграції особистості	Психосоматичний процес як захист від складних життєвих проблем

Таблиця 3

Додаткові психосоматичні теорії

К. Меннінгер	«Часткове самогубство»	Невротичне сомопошкодження
Е.Г. Ейдемільер	Гіпотеза саморуйнуючої поведінки	Психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнуючої поведінки.
Ю.Г. Фролова	Контроль - безпорадність	Недооцінка (переоцінка) можливостей, неадекватний контроль, тривога, зневіра
М. Фрідман, Р. Розерман	Типи особистості пацієнта	Тип А: протиборний; тип В: непротиборний
Т. Морріс, С. Грір	Особистість онкологічного пацієнта	Тип С: Депресія, надбана безпорадність, придушення негативних емоцій, відсутність підтримки соціуму
В.Д. Тополянський, М.В. Струковська	Емоційний інфантизм	Бурхливі амбівалентні афективні реакції, фіксація емоційного конфлікту веде до соматизації
Я. Басіаанс	Точки фіксації агресії	Неспроможність регуляції або сублимації агресивних імпульсів сприяє соматизації
П. Марті, М. де М'Юзан	Модель алекситимії	Порушення вербальної та символічної експресії провокує психосоматичний розлад
Ю.Ю. Елісєєва	Психологічні джерела психосоматичних захворювань	Внутрішній конфлікт, мотивація, ефект навіювання, ідентифікація, самопокарання, травматичний досвід минулого, алекситимія
С. Мінухін	Типові паттерни психосоматичної родини	Соматичне захворювання стає звичним засобом “вирішення” прихованих сімейних конфліктів
Е.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицький	Родинні “шкідливості”	Емоційне напруження, порушення родинної комунікації та структурно-ролевої взаємодії
Г. Стайерлін	Типи відносин батьківських родин	Зв'язування, відчуження, делегування

Таблиця 4

Інтегративні психосоматичні теорії

Р.П. Ліберман	Особливості психосоматичних родин	Психосоматична родина як ригідна система, де існування хвороби запобігає конфронтації з внутрішньо родинними міжособистісними конфліктами
Г. Шефер	Системний підхід – соціопсихо-соматика	Вплив середовища, міжособистісних конфліктів та фрустрацій через “мову тіла” на самореалізацію особистості
Д.Н. Оудсхоорн	Інтегративний підхід	Шість рівнів: середовище, родина, «Я», психодинаміка, особистість, тіло
Х. Вайнер	Інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану	Здоров'я, хвороба та хворобливий стан створюють єдиний континуум, місце знаходження людини в якому визначається впливом низки факторів
Т. Ікскуль, В. Везіак	Біопсихосоціальна модель	Хвороби готовності як результат взаємодії людина та середовища (динамічна цілісність)
В. Вайцзеккер	Медична антропологія	Психосоматичні захворювання як результат патологічного пристосування
А.Б.Холмогорова	Біопсихосоціальна модель	Подолання біологічного, психологічного і соціологічного редукціонізму; комплексна терапія психосоматичних розладів

рих з функціональними порушеннями без патологічної органічної основи (табл.4) [5 – 7; 18; 26].

В останні десятиліття багаточисельні психосоматичні дослідження призвели до вражаючого збільшення обсягу знань в цій галузі, про що свідчить безліч публікацій у всіх великих медичних та спеціально призначених психосоматичним проблемам журналах. Психосоматична медицини визначена як комплексна, міждисциплінарна галузь, що визначає наступні рамки курації пацієнта:

- оцінку біопсихосоціальних факторів, що впливають на індивідуальну нейросоматичну уразливість пацієнта, на перебіг та прогноз будь-якого захворювання;
- комплексне стаціонарне/амбулаторне лікування в рутинній загальній клінічній практиці;
- інтеграцію психокорекції і психотерапії (психологічної медицини) в профілактику, лікування і реабілітацію будь-якого захворювання.

Закономірним результатом розвитку галузі є те, що психосоматична медицина як окрема спеціальність вже існує в США, Німеччині, Японії [18; 27; 30], причому лікарі-психосоматологи в повсякденній діяльності тісно пов'язані як з психологією і психіатрією, так і з внутрішньою медициною. Також значно збільшилась кількість медичних психологів в стаціонарах і первинній мережі [28], які зосереджують свої зусилля в роботі з пацієнтом на корекції саморуйнівної поведінки та факторів ризику (таких, як куріння і зловживання алкоголем) [29; 30]. Психосоматичний підхід привів до появи декількох субдисциплін у межах своєї області застосування: психоонкології, психонейроендокринології, психодерматології, психоімуннології, психонейроендокринології та інших.

Стає все більш очевидним, що ми можемо поліпшити медичну допомогу психосоматичним пацієнтам

в первинній мережі, приділивши більше уваги психологічним аспектам в межах комплексної терапії, [1-7; 18] з особливим акцентом на ролі стресу [5; 8; 9; 12; 20; 21] та низки інших факторів, причетних до модулювання індивідуальної вразливості пацієнта до хвороби. Варто також враховувати, що деякі фактори (-такі, як здоровий спосіб життя та психологічне благополуччя) позитивно впливають на зміцнення здоров'я, а не тільки на зменшення кількості хвороб.

В багатьох клінічних дослідженнях з позицій доказової медицини доведено, що події і ситуації в життя людини, які є значущими особисто для неї, можуть викликати зміни стану соматичного здоров'я. З використанням структурованих методів збору даних і порівнянням з контрольними групами було обґрунтовано зв'язок між життєвими подіями і низкою захворювань: ендокринних, серцево-судинних, дихальних, шлунково-кишкових, аутоімунних, шкіряних та онкологічних. [6;7;19; 24-27].

Нездоровий спосіб життя є основним чинником ризику для багатьох з найбільш поширених захворювань, таких як цукровий діабет, ожиріння і серцево-судинні захворювання. [6; 16; 22; 31].

Так, в дослідженні INTERSTROKE (3000 пацієнтів з інсультом з 22 країн), результати якого були представлені в попередньому онлайн-виданні Lancet 2010; виявлено 10 факторів ризику, що обумовлюють 90% ризику інсультів в світі. П'ять факторів ризику – АГ, паління, абдомінальне ожиріння, нераціональне харчування і гіпродимамія визначили 83,5% ризику інсульту. Приєднання цукрового діабету, вживання алкоголю, наявність психологічного дискомфорту, хвороб визначало 90,3% ризику інсульту. Отже, мотивоване підтримання пацієнтами здорового способу життя є одним з основних джерел як реабілітації, так і профілактики.

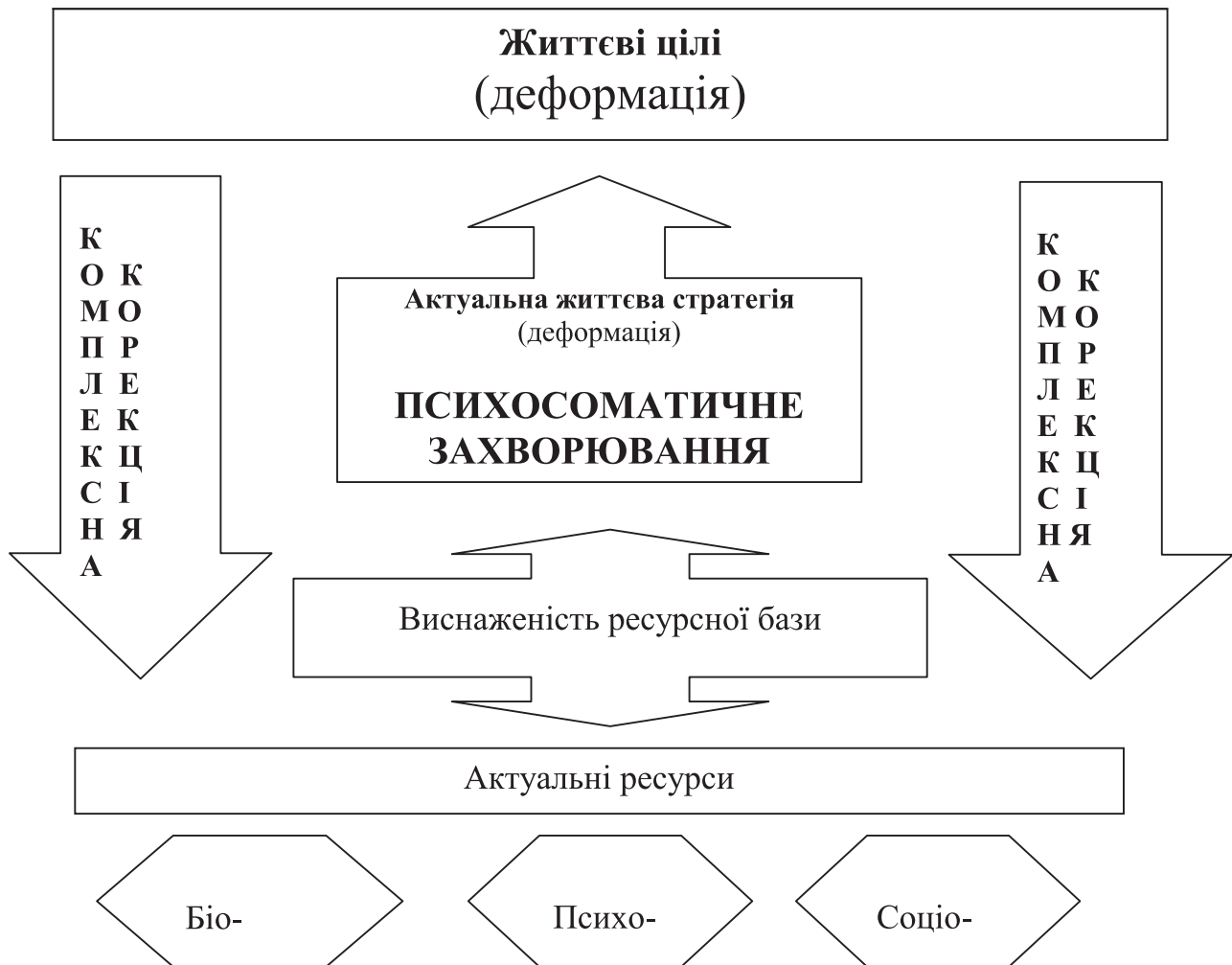


Рис. 1. Модель формування та комплексної корекції психосоматичного захворювання.

Саме тому необхідність зміни хворобливої поведінки пацієнтів необхідно враховувати в реорганізації первинної медичної практики [2; 6; 7; 30; 31], що підтверджено і нашими власними розробками щодо формування і комплексної корекції психосоматичних захворювань з урахуванням динаміки біопсихосоціальної ресурсної бази на тлі змін особистісних життєвих стратегій пацієнтів (рис. 1).

Перспективні дослідження населення також знайшли зв'язок між заходами соціальної підтримки і смертністю, психіатричною та фізичною захворюваністю, ефективністю терапії і реабілітації хронічних хвороб [1; 2; 7; 24].

В світі активно розвивається галузь «соціальних нейронаук», що займається усуненням наслідків негативного впливу соціального середовища на головний мозок та фізіологію людини [18; 28].

Особлива увага приділена психологічному благополуччю [3; 7; 22; 31], яке походить від взаємодії декількох аспектів [31]. Деякі дослідження показали, що психологічне благополуччя постає буфером в подоланні стресу і сприятливо діє на перебіг хвороби [2; 6; 11; 31].

На першому етапі основним механізмом лікуваль-

ної дії є пасивне навчання через надання пацієнту необхідної інформації й емоційної підтримки. Це дозволяє задовольнити потреби і сподівання пацієнта, поліпшити його самопочуття. На відміну від цього, на наступних етапах зміна особистості і її установок відбувається в основному свідомо, шляхом активного переучування. В стаціонарі застосовують методику колективно-групової психотерапії.

Коли хворий повертається в домашні умови, але ще не включається в активну трудову діяльність, проводиться психотерапевтична робота з активного переключення його на самообслуговування і перехід до дозованої активності в побутовій поведінці (вихід на вулицю, прогулянка і т.д.).

Далі йде етап повного перекладу пацієнта на спокійну особистісну активність у побуті і праці при формуванні навичок повного володіння своїми емоціями і т.п.

Останній етап реабілітації – повне звільнення пацієнта від думки, що він хворий, і ствердження впевненості в тому, що він цілком здоровий, спроможний і повинен працювати. Разом з кардіологом психотерапевт враховує межі трудової і соціальної реадаптації і створює орієнтування хворого або на повноцінну про-

фесійну працю, або на необхідність переходу до інших форм праці.

Метою даної роботи було представити алгоритм системи медико-психологічних заходів (МПЗ) на етапі амбулаторної реабілітації протягом року.

Методи і матеріали. Запровадження системи МПЗ щодо пацієнтів з хворобами системи кровообігу (на прикладі інфаркту міокарда і гіпертонічної хвороби) здійснювалось у п'ять етапів.

Перший – короткострокова психотерапевтична інтервенція із застосуванням методів «малої» і частково «великої» психотерапії, метою якої є формування комплайєнсу та профілактика ятрогенії.

Другий – визначення «мішеней» психотерапевтичного впливу.

Третій – активна психотерапевтична інтервенція щодо створення умов зміни життєвої стратегії (спочатку індивідуальна ПТ, потім – групова ПТ).

Четвертий – рекомендації щодо супроводу зміни

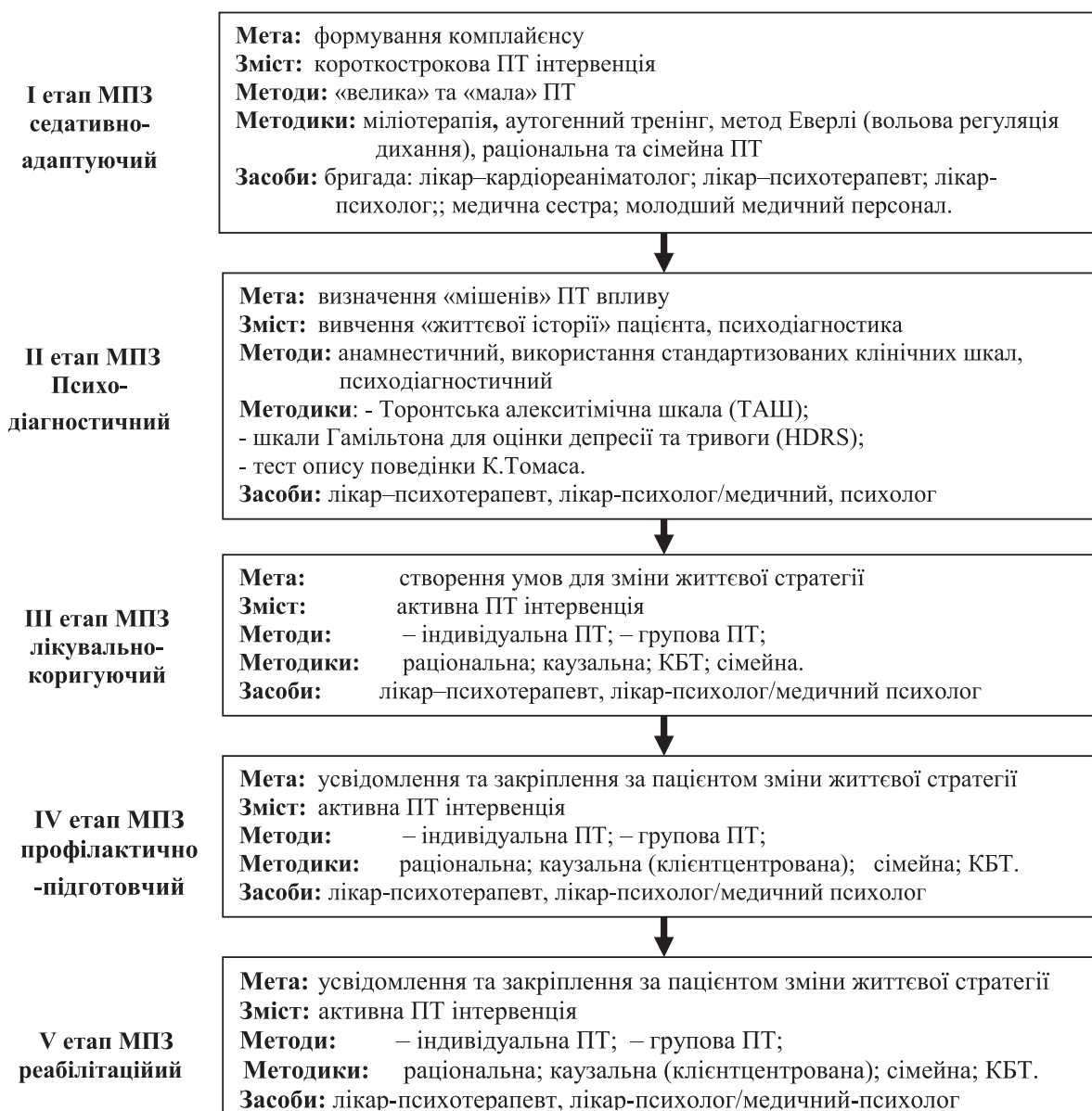
життєвої стратегії пацієнта.

П'ятий – реабілітаційний, зміни життєвої стратегії пацієнта.

Отже, метою медико-психологічних заходів на етапі реабілітації є зміна активної життєвої стратегії та комплексного впливу на психосоціальні та біологічні фактори ризику. Зміна активної життєвої стратегії передбачає аналіз і перебудову мети та способу життя, засобів досягнення цієї мети, системи його відношень, світогляду хворого, а також відновлення повноцінності його соціального функціонування (суб'єктивного та об'єктивного).

Біологічна модифікація способу життя передбачає зменшення впливу біологічних факторів ризику. Це – нормалізація артеріального тиску, відмова від тютюнокуріння та вживання алкоголю, дотримання дієти, помірна, адекватна фізична активність.

Основний принцип МПЗ спрямований на «мішені» розвитку несприятливих психічних розладів тривож-



Мал. 1 Алгоритм системи медико-психологічних заходів

но-депресивного спектру (НПРТДС) при ІМ та АГ та направлений на зміну активної життєвої стратегії пацієнтів і покращенню якості їх життя.

Наступний принцип психотерапії полягає в зміні її спрямованості від нозоцентричної (орієнтація на хворобу) до антропоцентричної (орієнтація на людину) і далі до соціоцентричної (орієнтація на зв'язок особистості з навколишнім середовищем) установки. Ще один принцип пов'язаний на встановленні глибини і тривалості наявних у пацієнта психопатологічних розладів.

Реабілітаційний (V етап) – це стадія амбулаторного лікування (на протязі не менш одного року). Характеризується: закріпленням досягнутого терапевтичного результату. П'ятий етап включає не менш 12 сеансів індивідуальної психотерапії, що спрямовані на покращання стану здоров'я та якості життя пацієнтів при зміні життєвої стратегії, використовувався той же психотерапевтичний інструментарій.

Алгоритм системи медико-психологічних заходів представлений на малюнку 1.

Всі особи, що були заплановані для участі в дослідженні, дали інформовані згоду на участь в ньому. Формування основної та контрольної груп проводилося за принципом гніздової вибірки. В дослідженні приймали участь 162 пацієнти, що проходили амбулаторне лікування в Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України і приймали участь у попередніх етапах дослідження. Попередньо після курсу стаціонарного лікування респонденти були розподілені на дві групи за наявністю психосоматичного захворювання: пацієнти з перенесеним гострим інфарктом міокарду – 85 осіб, пацієнти з перенесеним гіпертонічним кризом – 77 осіб. Кожна з цих основних груп незалежно одна від однієї були рандомізовані на дві групи терапії. Групи стандартної реабілітації були контрольними по відношенню до груп комплексного лікування з виконанням медико-психологічних заходів за приведеним алгоритмом. Групи хворих були співставні за демографічними характеристиками і тяжкості психосоматичного захворювання.

Результати річної реабілітації оцінювалися за наступними критеріями: якість життя за SF-36 та прихильність терапії для всіх респондентів; толерантність до фізичного навантаження для пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарду та рівень артеріального тиску для пацієнтів з гіпертонічною хворобою.

Поняття “якість життя” сьогодні міцно увійшло в медичну термінологію і все частіше використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці [6;7]. Сфера застосування оцінки якості життя сьогодні охоплює широке коло проблем [2, 6- 9] і включає:

1. Загальну оцінку стану не тільки конкретного здорового або хворої людини, але і певної популяції осіб.
2. Вивчення впливу різних виробничих, соціальних та інших факторів, профілактичних і реабілітаційних програм.
3. Оцінку ефективності лікування.
4. Розробку індивідуалізованої програми терапії.

5. Комплексну експертизу працездатності.

6. Клінічні випробування нових медикаментозних і немедикаментозних лікувальних підходів.

Для оцінки якості життя (ЯЖ) пацієнтів з захворюваннями с системи кровообігу (ІМ, ГХ) ми застосували один з найбільш часто використовуваних у популяційних дослідженнях опитувальників «SF-36» [7]. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник «SF-36» на початку етапу амбулаторної реабілітації та наприкінці нього – через 1 рік. Вимірювальна модель, що лежить в основі конструкції SF-36 має 3 рівні: пункти (питання); вісім шкал, кожна з яких об'єднує разом від 2 до 10 пунктів; два сумарних вимірювання, які об'єднують разом шкали. При обробці результатів отримані відповіді по всіх 36 пунктам формують 8 шкал. Пункти, пов'язані з кожною визначеною шкалою, підсумовуються і перетворюються в значення від 0 до 100, де 100-максимальне значення, а 0 - мінімальна. Більш високі бали представляють більш високий рівень здоров'я.

1. Фізичне функціонування - відображає ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).

2. Фізичне обмеження рольових функцій - вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).

3. Фізичний біль - інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом.

4. Загальне здоров'я - оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. Життєва сила - мається на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленням.

6. Соціальне функціонування - визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. Емоційне обмеження рольових функцій - припускає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. Психічне здоров'я - характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Наступною категорією оцінювання був комплаєнс. Комплаєнс (від англ. compliance — згода, поступливість, догідливість) —у медичному розумінні готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря, точність прийому ліків і виконання немедикаментозних процедур, дотримання дієти, обмеження шкідливих звичок, формування здорового способу життя. В більшості досліджень комплаєнс стосується, в основному, питань оцінки якості медикаментозного лікування хворих: при прийнятних

результатах йдеться про позитивний комплаєнс, а за відсутності даного ефекту — про недостатній або негативний. Це дещо обмежує розуміння проблеми, як з боку хворих, так і з боку лікарів і несе відтінок патерналізму. Зовсім іншим є визначення комплаєнтності як градації, з якою поведінка хворого узгоджується з медичними вимогами: пасивно або активно (в останньому випадку пропонується альтернативний комплаєнс і більше нейтральний термін “прихильність” - adherence, або конкорданс). Таке розуміння комплаєнсу адекватно визначенню нонкомплаєнсу як будь-якому відхиленню від приписаних лікарських рекомендацій.

Також у пацієнтів з ІМ проводився тест 6-хвилинної ходьби за рекомендаціями Американського торакального товариства. Показником адекватної реакції на фізичне навантаження на етапі реабілітації є частішання пульсу на піку навантаження і в перші 2-3 хвилини відпочинку не більше ніж на 20 ударів, почастішання числа дихальних рухів не більше ніж на 6-9 за 1 хвилину (допускається короточасне відчуття задишки, якщо воно не супроводжується іншими неприємними симптомами і зникає самостійно протягом 2-3 хвилин), підвищення САД на 20-40 мм рт.ст. і ДАТ на 10-12 мм рт.ст. Підставою для припинення проби з фізичним навантаженням у хворих на ішемічну хворобу серця є наступні клінічні ознаки: клінічні: тахікардія до субмаксимальної вікової норми; поява нападу стенокардії; зниження артеріального тиску на 25-30% від початкового; значне підвищення артеріального тиску; поява вираженої задишки, нападу задухи; поява загальної різкої слабості, запаморочення, нудоти, сильного головного болю; відмова хворого від подальшого проведення проби внаслідок боязні, дискомфорту. Всі зміни функціональних показників за адекватного

фізичного навантаження повинні повертатися до вихідного рівня протягом 2-3 хвилин (максимально протягом 5 хвилин) після закінчення навантаження.

У пацієнтів з ГХ була оцінена динаміка показників артеріального тиску за рік реабілітації

Результати та їх обговорення. Всі пацієнти у віддаленому періоді мали достовірно більш високі середні показники по більшості критеріїв якості життя відносно вихідних даних в усіх досліджуваних групах, але амплітуда змін достовірно різнилася.

Так, річна реабілітація достовірно покращила всі показники SF-36 у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда, що свідчить про достатню дієвість класичної програми реабілітації, що рутинно застосовується в клінічній кардіологічній практиці (табл.1).

Разом з тим, приєднання медико-психологічних методів дозволило суттєво покращити психосоціальну складову: за рахунок збільшення життєвої сили (-Д+32,2 %); підвищення соціального функціонування (-Д+25,5 %); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій (Д+29,9 %); відновлення психічного здоров'я (Д+23,4 %). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів з ІМ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня загального здоров'я (Д+18,8 %) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (ФФ, ФР, ФБ) коливається в межах 10,8 – 13,4%, що не відповідає критеріям достовірності.

В групі пацієнтів з ГХ результати річної реабілітації також достовірно покращили всі показники SF-36, але більшою мірою на кінцевий результат впливала також частота повторних госпіталізацій протягом 3–6 мес після виписки із стаціонару, особливо серед літніх пацієнтів.

Таблиця 1

Якість життя пацієнтів групи ІМ протягом етапу амбулаторної реабілітації

Шкали SF-36	Контрольна група ІМ (n=44)		Основна група ІМ (n=41)	
	Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
ФФ	28,6 ± 2,5*	47,6 ± 1,4	26,3 ± 2,4*	59,4 ± 2,5
ФР	15,6 ± 1,6*	37,6 ± 1,5	15,2 ± 1,8*	51,0 ± 2,3
ФБ	34,3 ± 1,7*	42,8 ± 2,1	32,8 ± 2,7*	53,6 ± 2,4
ЗЗ	26,9 ± 2,1*	44,3 ± 2,5	25,2 ± 2,1*	62,4 ± 1,5
ЖС	33,4 ± 2,1*	42,1 ± 2,0	33,8 ± 2,3*	74,3 ± 2,4
СФ	41,3 ± 2,4*	53,2 ± 2,4	41,3 ± 2,4*	78,7 ± 2,6
ЕР	37,8 ± 3,3*	46,3 ± 2,1	38,8 ± 3,6*	76,2 ± 2,5
ПЗ	36,9 ± 2,9*	52,3 ± 1,8	36,7 ± 2,7*	75,7 ± 2,4

Показники якості життя: ФФ - фізичне функціонування; ФР - фізичне обмеження рольових функцій; ФБ - фізичний біль; ЗЗ - загальне здоров'я; ЖС - життєва сила; СФ - соціальне функціонування; ЕР - емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ - психічне здоров'я.

* - P < 0,05 достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

Таблиця 2

Якість життя пацієнтів групи ГХ протягом етапу амбулаторної реабілітації

Шкали SF-36	Контрольна група ГХ (n=39)		Основна група ГХ (n=38)	
	Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
ФФ	43,8±3,4	57,2±3,4	42,4±3,7*	79,8 ± 3,7
ФР	25,4±3,9*	66,9±3,6	25,7±2,4*	75,3 ± 2,8
ФБ	45,8±3,9	69,9±4,1	46,5±4,2*	84,1 ± 3,6
ЗЗ	29,9±2,3*	63,7±4,6	31,1±2,2*	68,7 ± 5,1
ЖС	34,4±2,2*	65,1±3,2	33,7±3,1*	79,2 ± 3,6
СФ	40,7±2,8	57,9±3,7	36,6±3,7*	78,6 ± 2,7
ЕР	28,2±4,8	59,5±3,8	32,2±3,6*	76,4 ± 3,6
ПЗ	38,3±1,6	53,6±4,1*	38,9±2,1	81,3 ± 4,2

Показники якості життя: ФФ - фізичне функціонування; ФР - фізичне обмеження рольових функцій; ФБ - фізичний біль; ЗЗ - загальне здоров'я; ЖС - життєва сила; СФ - соціальне функціонування; ЕР - емоційне обмеження рольових функцій; ПЗ - психічне здоров'я.

* - P < 0,05 достовірність відмінностей між показником якості життя в порівнюваних групах.

Приєднання медико-психологічних методів до амбулаторної реабілітації пацієнтів з ГХ також насамперед впливає на психосоціальну складову, але дещо меншою мірою і нерівномірно в порівнянні зі стандартним спостереженням: за рахунок збільшення життєвої сили (Д+14,1 %); підвищення соціального функціонування (Д+20,7 %); мінімізації емоційного обмеження рольових функцій (Д+16,9 %); відновлення психічного здоров'я (Д+27,7 %). В межах фізичної складової SF-36 у пацієнтів з ГХ звертає на себе увагу достовірно краща оцінка рівня фізичного функціонування (-Д+22,6 %) в групі комплексної реабілітації в порівнянні зі стандартною. Різниця в оцінці інших показників (-ФР, ФБ, ЗЗ) коливається в межах 5,0 – 14,5% (табл. 2).

При визначенні комплаєнсу, а в нашому розумінні – прихильності до терапії, з урахуванням виконання пацієнтом рекомендацій щодо змін способу життя, ми визначили, що пацієнти з більш тяжким в їх уяві захворюванням (ІМ) майже вдвічі більш прихильні до терапії в порівнянні з групою ІМ в межах стандартних реабілітаційних програм (табл. 3).

Разом з тим, приєднання медико-психологічних заходів додатково збільшує комплаєнс у пацієнтів з ІМ на 20,8% - до 83,4%. Щодо групи пацієнтів з ГХ зро-

Таблиця 3

Комплаєнс у пацієнтів з захворюваннями системи кровообігу на етапі реабілітації

Групи реабілітації	Стандарт	МПЗ
Група ІМ	62,8±5,4%	83,4±3,8 %
Група ГХ	33,6±4,1 %	78,1±4,3 %

Таблиця 4

Кількість пацієнтів з ІМ з адекватною реакцією на фізичне навантаження (%)

Контрольна група ІМ (n=44)		Основна група ІМ (n=41)	
Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
22,6±6,4	57,8±5,4	21,8±5,8	76,4±3,2

стання комплаєнсу від групи стандартної реабілітації до комплексної складає вже +44,5% - в 2,3 рази – і сягає 78,1%. Варто зауважити, що попри масований психологічний вплив майже чверть пацієнтів з ГХ не притримуються лікарських рекомендацій в повному обсязі.

Цікавою виявилася кореляція покращання показника адекватності реакції пацієнтів з групи ІМ на фізичне навантаження з динамікою комплаєнсу і показником покращання загального здоров'я за SF-36: відповідно 18,6 – 20,8 – 18,8 % (табл. 4).

Для пацієнтів з групи ГХ ми визначали динаміку показників артеріального тиску (табл. 5). Відмічена

Таблиця 5

Кількість пацієнтів з ГХ з показниками АТ<140/90 мм рт. ст. (%)

Контрольна група ГХ (n=39)		Основна група ГХ (n=38)	
Початок реабілітації	Завершення реабілітації	Початок реабілітації	Завершення реабілітації
78,2±6,1	37,8±5,4	77,8±5,4	56,4±6,2

негативна динаміка показників стабільності АТ, причому в групі стандартної реабілітації вона майже співпадає з показниками комплаєнсу. В групі МПЗ тільки половина пацієнтів продемонструвала справжню ефективність комплексної програми, що обумовлено особливостями психологічного портрету цієї групи пацієнтів (за результатами наших попередніх досліджень)

Висновки. Таким чином, медико-психологічні заходи суттєво впливають на перебіг хвороб системи кровообігу, формування адекватного ставлення до хвороби, підвищують ефективність лікування, як основного захворювання, так і психолого-психіатричних феноменів. Позитивний клінічний ефект у хворих на ІМ супроводжується поліпшенням якості життя, збільшенням прихильності до терапії, зростанням толерантності до фізичного навантаження. У хворих на ГХ також поліпшується якість життя, збільшується прихильності до терапії, стабілізується артеріальний тиск, але існує резерв підвищення ефективності програми комплексної реабілітації.

Література:

1. Коваленко В.М., Корнацький В.М та співавт. Медико-психологічні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник). – Київ, 2009. – 146 с.
2. Корнацький В.М., Клименко В.І. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я // Київ. 2009. – 176 с.
3. Лытаев С.А., Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2008. – 320 с.
4. Петрова Н.Н., Коновалова А.В. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств // Обзор. психиатр. и мед. психол. – 2004. – № 3. – С. 25–27.
5. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208с.: ил.
6. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – Київ: Медкнига, 2009. – 126с.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с
8. Abbass A., Kisely S., Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 265–274.
9. Aspy C.B., Mold J.W., Thompson D.M. et al. Integrating screening and interventions for unhealthy behaviors into primary care practices. // Am. J. Prev. Med. – 2008. Vol. 35(5S). – P. 373–380.
10. Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care.// JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 2469–2475.
11. Chida Y., Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality.// Psychosom. Med. – 2008. – Vol. 70. – P. 741–756.
12. Deter H.C. Psychosomatic medicine and psychotherapy.// Adv. Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 26. – P. 181–189.
13. di Matteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment.// Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 2101–2107.
14. Djouss L., Driver J.A., Graziano J.M. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure.// JAMA. – 2009. – Vol. 302. – P. 394–400.
15. Engel G.L. The concept of psychosomatic disorder. // J. Psychosom. Res. – 1967. – Vol. 11. – P. 3–9.
16. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.// Science. – 1977. – Vol. 196. – P. 129–136.
17. Fava G.A., Sonino N. Psychosomatic assessment. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 333–341.
18. Fava G.A., Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later.// Psychother. Psychosom. – 2008. – Vol. 77. – P. 1–2.
19. Forman J.P., Stampfer M.J., Curhan G.C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. // JAMA. – 2009. Vol. 302. – P. 401–411.
20. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction.// Arch. Gen. Psychiatry. – 2003. – Vol. 60. – P. 627–636.
21. Green L.A., Cifuentes M., Glasgow R.E., Stange K.C. Redesigning primary care practice to incorporate health behavior change. // Am. J. Prev. Med. – 2008. – Vol. 35(5S). – P.347–349.
22. Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H. et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. // Psychother. Psychosom. – 2008. – Vol. 77. – P. 219–226.
23. Kissen D.M. The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. // J. Nerv. Ment. Dis. – 1963. – Vol. 136. – P. 34–42.
24. Leventhal H., Weinman J., Leventhal E.A., Phillips L.A. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. // Annu. Rev. Psychol. – 2008. – Vol.59. – P. 477–505.
25. Lipowski Z.J. Psychosomatic medicine: past and present. // Can. J. Psychiatry. –1986. – Vol. 31. – P. 2–21.
26. Martens E. J. et al. Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease. // JAMA. – 2010. – Vol. 67(7). – P.750–758.
27. Novack D.H., Cameron O., Epel E. et al. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. // Acad. Psychiatry. – 2007. – Vol. 31. – P. 388–401.
28. Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health. // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 859–877.
29. Shah S.U., White A., White S., Littler W.A. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. // Postgrad. Med. J. – 2004. – Vol. 80. – P. 683–689.
30. Sonino N, Peruzzi P. A. psychoneuroendocrinology service. // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 346–351.
31. Thomas C. M. The Influence of Self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure // Journal of Cardiovascular Nursing. – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 405 – 416.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРЫ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (этап реабилитации)

Е.А. Хаустова, А.Н. Дзюба

Понятие «психосоматическая медицина» в своей истории имело различное содержание, описание и определение. Хотя концепция психосоматики была представлена немецким психиатром С. Хейнротом еще в 1818 году, а бурное развитие психосоматических теорий и концепций произошло в первой половине прошлого века, на современном этапе существования психосоматической медицины формируются основы комплексного междисциплинарного менеджмента психосоматических заболеваний.

Рассмотрены психосоматические методы, влияющие на течение болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: медико-психологические меры, болезни системы кровообращения

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL MEASURES OF IMPROVEMENT OF PATIENTS' HEALTH STATE WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM
(rehabilitation stage)****E.A. Khaystova, A.N. Dzuba**

Meaning "psychosomatic medicine" in its history had different content, description and definition. Although conception of psychosomatic was represented by German psychiatrist S. Kheyntrot in 1818, and rapid development of psychosomatic theories and conceptions occurred in the first half of former century, on the modern stage of psychosomatic medicine existence the basis of complex interdisciplinary management of psychosomatic diseases are forming.

Psychosomatic methods which influence on course of blood circulation system diseases were considered.

Keywords: medical psychological measures, blood circulation system diseases

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

В.Е. Гончаров**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, психотерапия**Вступление**

Большинство современных исследователей считает необходимым применение психотерапевтических методов в комплексном лечении страдающих шизофренией. По мнению ряда отечественных и зарубежных специалистов важным является повышение эффективности комплексной терапии [1;2].

Одной из реальных проблем при реализации указанного подхода является потребность в большом количестве психологов, владеющих специальными навыками и значительной себестоимости подобных программ. Однако, все больше стран ставит задачу по ресоциализации пациентов, перенесших шизофренический психоз, перед соответствующими службами. Проводимая с этой целью работа касается, как правило, первого психотического эпизода. Реализация указанной задачи происходит путем создания клиник первого эпизода со щадящим режимом и минимальным уровнем ограничения социальных связей [3;4].

В то же время, различные психологические подходы, применявшиеся с целью восстановления пострадавших когнитивных и поведенческих возможностей, позволяют определить спектр показаний для каждого из методов и преимущества их сочетанного использования. Литературные данные указывают на значительные успехи применения групповой психотерапии, обнадеживающие результаты тренингов по восстановлению когнитивных способностей, перспективность развития поведенческих навыков, роль образовательных программ для членов семей, болеющих шизофренией [5;6;7;8]. Такая концентрация внимания специалистов именно на контингенте больных с первым эпизодом объясняется выявленными особенностями течения шизофренического процесса. Речь идет о макси-

мальных повреждающих последствиях заболевания на психику в первые пять лет от момента возникновения, с формированием когнитивного дефицита, снижением социальной компетентности, нарастанием дефицитарности и органических изменений головного мозга [9;10]. Раннее вмешательство специалистов позволяет минимизировать отрицательные последствия шизофренического психоза, эффективно реализовать сохранившиеся ресурсы адаптации и сформировать достаточно устойчивые поведенческие модели. При этом подчеркивается необходимость применения долговременных психореабилитационных курсов. Полученные результаты позволяют считать указанную модель абсолютно оправданной [11].

Вместе с тем, многими врачами практического здравоохранения высказывается сомнение в целесообразности подобного перераспределения усилий психиатрической службы, испытывающей значительный дефицит финансирования. С их точки зрения психотерапевтическая работа с больными шизофренией малоэффективна. Чем могут быть объяснены подобные пессимистические оценки?

Материал и методы. Проведенное нами на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 исследование, включающее 50 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении, с применением клинического и экспериментально-психологического методов, позволило ответить на этот вопрос. Речь, в первую очередь, идет о неоднородности группы страдающих шизофренией. Специалистам хорошо известно разделение на типы и формы течения заболевания. Однако, даже в рамках одной формы и типа течения, клиническая картина у пациентов значительно различается. Это одна из причин, по которой

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL MEASURES OF IMPROVEMENT OF PATIENTS' HEALTH STATE WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM
(rehabilitation stage)**

E.A. Khaystova, A.N. Dzuba

Meaning "psychosomatic medicine" in its' history had different content, description and definition. Although conception of psychosomatic was represented by German psychiatrist S. Kheyntrot in 1818, and rapid development of psychosomatic theories and conceptions occurred in the first half of former century, on the modern stage of psychosomatic medicine existence the basis of complex interdiscipline management of psychosomatic diseases are forming.

Psychosomatic methods which influence on course of blood circulation system diseases were considered.

Keywords: medical psychological measures, blood circulation system diseases

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

В.Е. Гончаров

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, психотерапия

Вступление

Большинство современных исследователей считает необходимым применение психотерапевтических методов в комплексном лечении страдающих шизофренией. По мнению ряда отечественных и зарубежных специалистов важным является повышение эффективности комплексной терапии [1;2].

Одной из реальных проблем при реализации указанного подхода является потребность в большом количестве психологов, владеющих специальными навыками и значительной себестоимости подобных программ. Однако, все больше стран ставит задачу по ресоциализации пациентов, перенесших шизофренический психоз, перед соответствующими службами. Проводимая с этой целью работа касается, как правило, первого психотического эпизода. Реализация указанной задачи происходит путем создания клиник первого эпизода со щадящим режимом и минимальным уровнем ограничения социальных связей [3;4].

В то же время, различные психологические подходы, применявшиеся с целью восстановления пострадавших когнитивных и поведенческих возможностей, позволяют определить спектр показаний для каждого из методов и преимущества их сочетанного использования. Литературные данные указывают на значительные успехи применения групповой психотерапии, обнадеживающие результаты тренингов по восстановлению когнитивных способностей, перспективность развития поведенческих навыков, роль образовательных программ для членов семей, болеющих шизофренией [5;6;7;8]. Такая концентрация внимания специалистов именно на контингенте больных с первым эпизодом объясняется выявленными особенностями течения шизофренического процесса. Речь идет о макси-

мальных повреждающих последствиях заболевания на психику в первые пять лет от момента возникновения, с формированием когнитивного дефицита, снижением социальной компетентности, нарастанием дефицитарности и органических изменений головного мозга [9;10]. Раннее вмешательство специалистов позволяет минимизировать отрицательные последствия шизофренического психоза, эффективно реализовать сохранившиеся ресурсы адаптации и сформировать достаточно устойчивые поведенческие модели. При этом подчеркивается необходимость применения долговременных психореабилитационных курсов. Полученные результаты позволяют считать указанную модель абсолютно оправданной [11].

Вместе с тем, многими врачами практического здравоохранения высказывается сомнение в целесообразности подобного перераспределения усилий психиатрической службы, испытывающей значительный дефицит финансирования. С их точки зрения психотерапевтическая работа с больными шизофренией малоэффективна. Чем могут быть объяснены подобные пессимистические оценки?

Материал и методы. Проведенное нами на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 исследование, включающее 50 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении, с применением клинического и экспериментально-психологического методов, позволило ответить на этот вопрос. Речь, в первую очередь, идет о неоднородности группы страдающих шизофренией. Специалистам хорошо известно разделение на типы и формы течения заболевания. Однако, даже в рамках одной формы и типа течения, клиническая картина у пациентов значительно различается. Это одна из причин, по которой

рядом ученых высказывается мнение о существовании группы шизофрений. Оценка, подчеркивающая клиническую неоднородность указанной нозологии.

Кроме того, по данным статистики, до 30 % болеющих шизофренией обнаруживают признаки резистентности к фармакотерапии [11]. У части больных, по различным причинам, формируется более выраженная дефицитарная симптоматика. У некоторых выявляются отчетливые асоциальные модели поведения. Естественно, что общение именно с этими группами забирает значительно больше эмоциональных, душевных ресурсов у врача и, в то же время, приносит заметно более скромный терапевтический эффект. Работа с подобным контингентом нередко вызывает у психиатра чувство внутренней опустошенности, снижение интереса к своей профессии, отрешенность по отношению к выполняемым обязанностям и приводит к формированию ощущения бесперспективности затрачиваемых усилий. Она является одной из причин такого феномена, как профессиональное выгорание. Общение с указанным контингентом больных оставляет яркий отпечаток в сознании врача и, возможно, способствует формированию собирательного образа малоперспективного для общения пациента, стереотипа о низкой эффективности психотерапии у всех болеющих шизофренией.

Результаты и их обсуждение. Однако, значительная часть пациентов, несмотря на внесенный болезнью урон, сохраняет потребность во взаимопонимании, интерес к общению с врачом, желание получить эмоциональную поддержку, подсказку, одобрение. Несмотря на сформированный патологическим процессом дефицит когнитивных способностей, проявляет готовность трудиться над восстановлением утраченных ресурсов. Достаточно доброжелательно воспринимает указание на допускаемые в отношениях с окружающими просчеты и оплошности, а также готова пересматривать привычные модели поведения и корректировать свои реакции с учетом интересов близких людей, даже если до конца не понимает, в чем заключалась их ошибка.

На этапе подготовки к проведению исследования удалось достаточно четко разделить эти группы на самых ранних этапах. Таким образом, психотерапевтическую помощь смогли получить именно те пациенты, которые в ней заинтересованы. В этих случаях ее эффективность была достаточно ощутимой.

Отсутствие заинтересованности со стороны больного не может предъявляться ему в вину и не является основанием для негативного отношения со стороны медицинского персонала, ограничения в оказании каких-либо методов медицинской помощи. Однако, временные и профессиональные затраты на проведение психотерапии в подобных случаях несопоставимы со скромным и непродолжительным клиническим результатом.

Включение подобных пациентов в психореабилитационные программы при настоящих социально-эко-

номических условиях нерационально. Это не значит, что указанная группа больных лишается медицинской помощи и опеки. Нет, так как по отношению к ней в полной мере применяются психофармакологические методы. Причем, с использованием препаратов пролонгированного действия, для снижения вероятности обрыва поддерживающей терапии. В указанных случаях акцент должен ставиться на усилении именно социального звена поддержки. Необходимо создавать щадящие социальные условия, выполняя за пациента «непосильные» обязанности. В ряде случаев этого оказывается достаточно, чтобы сформировать более комфортный социальный микроклимат и условно благоприятное психологическое состояние в семье больного. Такой точки зрения придерживаются и другие авторы [12].

Важной особенностью проведенного исследования являлось включение пациентов с длительным периодом протекания шизофренического процесса. Его результаты позволили установить особенности психотерапевтической работы, отличающиеся от таковой у пациентов, перенесших первый психотический эпизод и имеющих непродолжительный срок заболевания. Речь, в первую очередь, идет о более низких темпах и возможностях восстановления когнитивных способностей и поведенческих навыков, социальной компетентности в целом. Очевидно, указанная черта является проявлением меньшей пластичности и общего снижения ресурсов центральной нервной системы. Как показали результаты проделанной работы, более оправданной является психотерапевтическая модель с коротким, но интенсивным коррекционным курсом на этапе текущей госпитализации. Причем, обязательным является вовлечение в этот процесс членов семьи, как активных участников терапевтического процесса. После выписки из стационара встречи проводились дважды, а на этапе стабилизации ремиссии 1 раз в месяц. Указанная периодичность позволяла решать возникающие психологические проблемы и подкрепляла базовую модель поведения. И на этих этапах близкий родственник принимал активное участие в обсуждаемых вопросах. В результате удавалось снижать психологическое напряжение, приближать внутрисемейные отношения к оптимальной модели и развивать навык построения более эффективных общественных связей.

Выводы

Таким образом, дифференцированный подход к выбору модели оказания страдающим шизофренией психотерапевтической помощи не только способствует повышению качества их жизни, стабилизации ремиссии, улучшению социальной адаптации, но и позволяет подобрать наиболее эффективный и экономически оправданный способ предоставляемой им помощи. Если говорить о возможности повышения социальных стандартов, в условиях переживаемого государством экономического кризиса, то реализация обсуждаемого принципа является неизбежной.

Литература:

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Pitchel-Waiz G. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study / Pitchel-Waiz G. et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, №3. – P.443-452.
3. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №3. – С.5-12.
4. Осокина О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза / О.И.Осокина // Медицинская психология. – 2009. – Т. 4, №2-3. – С.51-57.
5. Денисов Е.М. Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е.М.Денисов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №2 (22). – С.53-58.
6. Діхтяр В.О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт-родина» як осева для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В.О.Діхтяр, М.В.Маркова // Медицинская психология. – 2009. – Т.4, №2-3. – С.141-147.
7. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями / М.А.Ландышева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – №3. – С.99-103.
8. Ротштейн В.Г. Образовательные программы для потребителей психиатрической помощи в системе социальной реабилитации / В.Г.Ротштейн, М.С.Кулик // Психиатрия. – 2009. – №2. – С.43-46.
9. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга / Ван Харен Н.Е., Кан В., Хулсхоф Пол Х. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.26-35.
10. Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течении 5-летнего катамнеза / Ю.С.Зайцева, Н.К.Корсакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.15-25.
11. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С.Данилов, Ю.Г.Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 272 с.
12. Папсуев О.О. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания / О.О.Папсуев, Л.Я.Висневская, В.А.Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №4. – С.69-72.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.Є.Гончаров

В статті на основі літературних даних і особистого клінічного досвіду розглядаються можливості застосування психотерапевтичних методик при шизофренії. Обґрунтовується необхідність диференційованого підходу до вибору моделі реабілітації для більш ефективного використання наявних ресурсів психіатричної служби.

Ключові слова: шизофренія, реабілітація, психотерапія

DIFFERENTIAL APPROACH TO CHOOSING MODEL OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.E.Goncharov

In the article on the basis of published data and our own clinical experience are considered the possibility of using psychotherapeutic techniques in schizophrenia. The need for a differentiated approach to the selection model of rehabilitation for the most efficient use of available resources, mental health services is substantiating.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation, psychotherapy

УДК 616.832-004.2:616.895.4-008.47-07

М.В. Данилова

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

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

Ключевые слова: депрессивные реакции, рассеянный склероз, клиничко-психопатологические особенности

Рассеянный склероз является одной из наиболее острых медико-социальных проблем современной медицины, поражая преимущественно лиц молодого, трудоспособного возраста, он быстро приводит к потере трудоспособности и стойкой инвалидизации. По данным ВОЗ, число больных рассеянным склерозом на земном шаре составляет около 3 млн. человек, треть из которых имеют стойкую утрату трудоспособности [3; 6; 8].

Распространенность этого заболевания в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Количество новых случаев рассеянного склероза увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы — до

5–8 новых случаев. В Украине (согласно данным за 2009 год) этот показатель составляет 3,1 новых случая на 100 тыс. населения. Только за последние 5 лет в Украине показатели распространенности этого заболевания возросли на 2,8% [1-4; 7].

Течение и прогноз рассеянного склероза значительно ухудшаются, если к неврологическим проявлениям демиелинизирующего процесса присоединяются психопатологические нарушения, в частности депрессивные расстройства. Депрессия значительно ограничивает возможности терапии рассеянного склероза вследствие низкой комплаентности больных депрессиями, ускоряет инвалидизацию, приводит к увеличе-

Литература:

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Pitchel-Waiz G. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study / Pitchel-Waiz G. et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, №3. – P.443-452.
3. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №3. – С.5-12.
4. Осокина О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза / О.И.Осокина // Медицинская психология. – 2009. – Т. 4, №2-3. – С.51-57.
5. Денисов Е.М. Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е.М.Денисов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №2 (22). – С.53-58.
6. Діхтяр В.О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт-родина» як осева для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В.О.Діхтяр, М.В.Маркова // Медицинская психология. – 2009. – Т.4, №2-3. – С.141-147.
7. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями / М.А.Ландышева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – №3. – С.99-103.
8. Ротштейн В.Г. Образовательные программы для потребителей психиатрической помощи в системе социальной реабилитации / В.Г.Ротштейн, М.С.Кулик // Психиатрия. – 2009. – №2. – С.43-46.
9. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга / Ван Харен Н.Е., Кан В., Хулсхоф Пол Х. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.26-35.
10. Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течении 5-летнего катамнеза / Ю.С.Зайцева, Н.К.Корсакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №2. – С.15-25.
11. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С.Данилов, Ю.Г.Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 272 с.
12. Папсуев О.О. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания / О.О.Папсуев, Л.Я.Висневская, В.А.Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, №4. – С.69-72.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

В.Є.Гончаров

В статті на основі літературних даних і особистого клінічного досвіду розглядаються можливості застосування психотерапевтичних методик при шизофренії. Обґрунтовується необхідність диференційованого підходу до вибору моделі реабілітації для більш ефективного використання наявних ресурсів психіатричної служби.

Ключові слова: шизофренія, реабілітація, психотерапія

DIFFERENTIAL APPROACH TO CHOOSING MODEL OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.E.Goncharov

In the article on the basis of published data and our own clinical experience are considered the possibility of using psychotherapeutic techniques in schizophrenia. The need for a differentiated approach to the selection model of rehabilitation for the most efficient use of available resources, mental health services is substantiating.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation, psychotherapy

УДК 616.832-004.2:616.895.4-008.47-07

М.В. Данилова

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

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

Ключевые слова: депрессивные реакции, рассеянный склероз, клиничко-психопатологические особенности

Рассеянный склероз является одной из наиболее острых медико-социальных проблем современной медицины, поражая преимущественно лиц молодого, трудоспособного возраста, он быстро приводит к потере трудоспособности и стойкой инвалидизации. По данным ВОЗ, число больных рассеянным склерозом на земном шаре составляет около 3 млн. человек, треть из которых имеют стойкую утрату трудоспособности [3; 6; 8].

Распространенность этого заболевания в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Количество новых случаев рассеянного склероза увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы — до

5–8 новых случаев. В Украине (согласно данным за 2009 год) этот показатель составляет 3,1 новых случая на 100 тыс. населения. Только за последние 5 лет в Украине показатели распространенности этого заболевания возросли на 2,8% [1-4; 7].

Течение и прогноз рассеянного склероза значительно ухудшаются, если к неврологическим проявлениям демиелинизирующего процесса присоединяются психопатологические нарушения, в частности депрессивные расстройства. Депрессия значительно ограничивает возможности терапии рассеянного склероза вследствие низкой комплаентности больных депрессиями, ускоряет инвалидизацию, приводит к увеличе-

Таблица 1

Синдромальные варианты депрессивного расстройства у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Синдромальные варианты депрессивного расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Тоскливая (меланхолическая) депрессия	3	7,8
Тревожная (ажитированная) депрессия	28	73,7
Апато-адинамическая депрессия	-	-
Дисфорическая (брюзжащая, дистимическая) депрессия	-	-
Анестетическая (деперсонализационная) депрессия	-	-
Истерическая депрессия	2	5,3
Депрессия с навязчивостями (обсессивная)	2	5,3
Сенесто-ипохондрическая депрессия	1	2,6
Астено-анергическая депрессия	-	-
Соматовегетативная депрессия	2	5,3

нию суицидальной активности [5; 9-12]. В связи с чем возникает необходимость изучения особенностей и характера протекания депрессивных расстройств при рассеянном склерозе с учетом их клинических форм в целях совершенствования диагностики и разработки принципов дифференцированных подходов к терапии депрессивной патологии при рассеянном склерозе.

Целью данного исследования явилось изучение клинко-психопатологических особенностей депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 38 больных с рассеянным склерозом, осложненным расстройством адаптации в виде депрессивных реакций (-F43.21–43.22).

В качестве инструментария использовались клинко-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала Монтгомери-Асберга – для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) и опросник депрессии Бека - для субъективной оценки тяжести депрессии.

По результатам синдромального анализа клинко-психопатологических проявлений в 73,7 % случаев у

больных рассеянным склерозом депрессивные реакции проявлялись тревожным (ажитированным) синдромальным вариантом (табл. 1).

У пациентов наблюдалось преобладание неопределенной тревоги, чувства надвигающейся беды, неуверенности, разнообразных тревожных опасений, переживаний, чувства собственной виновности, моторного беспокойства, суетливости, колебаний аффекта, обычно с ухудшением в вечерние часы, сомато-вегетативных расстройств. Другие варианты депрессивного синдрома у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе встречались редко.

Объективно (на основании оценок по шкале MADRS) у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе была зафиксирована депрессия умеренно-легкой степени тяжести (24,1±3,7 балла). При этом субъективная оценка депрессии у этих больных (по результатам опросника депрессии Бека) достигала уровня тяжелой степени (26,4±2,2 баллов). Подобное рассогласование в результатах, когда субъективная оценка тяжести депрессии превышает показатели объективной оценки свидетельствует о выраженной тенденции пациентов переоценивать тяжесть свое-

Таблица 2

Двигательные расстройства у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Двигательные расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Заторможенность движений, речи, мимики	2	5,3
Двигательное беспокойство (заламывание рук, покусывание ногтей, губ, неусидчивость)	13	34,2
Рудиментарные двигательные расстройства	30	78,9
- гипомимия	21	55,3
- легкая заторможенность	10	26,3
- мышечная адинамия	7	18,4

Таблиця 3

Когнитивные расстройства у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Когнитивные расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Ригидность мышления	7	18,4
Трудности в принятии решений, невозможность принимать своевременные решения, тенденция к откладыванию принятия решений	13	34,2
Снижение уровня концентрации внимания	32	84,2
Нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной)	36	94,7

го состояния, что характерно для больных с невротической формой депрессии.

Среди двигательных расстройств у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали рудиментарные двигательные расстройства (78,9 %), которые проявлялись в виде гипотимии (55,3 %), легкой заторможенности (26,3 %) и мышечной адинамии (18,4 %) . Двигательное беспокойство отмечалось в 34,2 % случаев и регистрировалось преимущественно в структуре тревожно-депрессивной реакции, т.е. было проявлением тревожного компонента депрессии. Выраженная заторможенность движений, речи, мимики у этой категории больных встречались довольно редко (табл. 2).

Среди когнитивных расстройств наиболее частыми у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе были нарушения памяти (94,7 %) и снижение уровня концентрации внимания (84,2 %), также регистрировались идеи малоценности (36,8 %), ипохондрические расстройства (36,8 %) и трудности в принятии решений (34,2 %) (табл.3).

Среди поведенческих расстройств у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали тревожные расстройства, которые фиксировались в 81,6 % случаев (таблица 4). Также отмеча-

лось ухудшение коммуникативных функций у 39,5 % больных и наличие ананкастных расстройств у 28,9 %. Обсессивно-компульсивные расстройства встречались довольно редко в 5,3 % случаев. Анализ поведенческих расстройств свидетельствовал о выраженной роли тревожного компонента в формировании нарушений поведения у данной категории больных.

Среди эмоциональных расстройств у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали тревога (81,6 %), отчаяние (78,9 %), печаль (76,3%) и неудовольствие (68,4 %) (табл. 5). В целом, эмоциональные нарушения у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе характеризовались многообразием и свидетельствовали о психогенном генезе депрессий у данной категории больных.

Сомато-вегетативные проявления в клинике депрессивных реакций при рассеянном склерозе характеризовались высокой частотой, многообразием и сочетанным характером (табл. 6). В большинстве случаев отмечались нарушения сна (81,6 %), гипергидроз (78,9 %), вегетативно-висцеральные кризы (78,9 %), сексуальные нарушения (76,3 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (71,1 %).

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить основные клинико-психопатологиче-

Таблиця 4

Поведенческие расстройства у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Поведенческие расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Обсессивно-компульсивные расстройства	2	5,3
Ананкастные расстройства	11	28,9
- склонность к сомнениям и осторожности, особое внимание к деталям, правилам, порядку	7	18,4
- чрезмерная добросовестность и педантизм	5	13,2
- упрямство	8	21,1
- приверженность социальным условностям	10	26,3
Тревожные расстройства	31	81,6
Ухудшение коммуникативных функций	15	39,5

Таблица 5

Эмоциональные расстройства у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Эмоциональные расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Ангедония	10	26,3
Безразличие	6	15,8
Неудовольствие	26	68,4
Горе (скорбь)	9	23,7
Тоска	7	18,4
Печаль (грусть)	29	76,3
Отчаяние	30	78,9
Огорчение	10	26,3
Тревога	31	81,6
Обида	12	31,6
Боязнь	13	34,2
Испуг	5	13,2
Страх	10	26,3
Досада	8	21,1
Гнев	6	15,8
Чувство оскорбления	-	-
Возмущение	2	5,3
Ненависть	-	-
Неприязнь	1	2,6
Злость	-	-
Уныние	4	10,5
Скука	1	2,6
Ужас	-	-
Стыд	3	7,9
Ярость	-	-
Презрение	2	5,3
Отвращение	1	2,6
Неудовлетворенность собой	29	7,6
Горечь	4	10,5
Суточные колебания настроения	15	39,5
Постоянное ощущение усталости	10	26,3

ские особенности депрессивных реакций при рассеянном склерозе: проявление депрессивных расстройств тревожным (ажитированным) синдромальным вариантом; наличие умеренно-легкой степени тяжести депрессии при тяжелой степени субъективной оценки больным своего состояния; преобладание среди двигательных нарушений рудиментарных, двигательных расстройств; проявление когнитивных расстройств в виде нарушений памяти, снижения уровня концентрации внимания; наличие тревожных расстройств поведения; эмоциональных расстройств в виде тревоги, отчаяния, печали и неудовольствия; а также множественных сомато-вегетативных нарушений в виде нарушений сна, гипергидроза, вегетативно-висцеральных кризов, сексуальных нарушений и, нарушений

сердечно-сосудистой системы.

Следует подчеркнуть, что выделенные клинико-психопатологические особенности депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом являются сложной результирующей двухкомпонентной природы заболевания и обусловлены как наличием депрессивного расстройства, так и проявлениями основного (демиелинизирующего) заболевания. При этом представленность нарушений невротического характера в общей структуре депрессивной симптоматики и выраженность тревожного компонента в ее формировании могут служить надежными дифференциальными диагностическими критериями наличия депрессивной реакции у больных рассеянным склерозом.

Таблиця 6

Сомато-вегетативные расстройства у больных депрессивными реакциями при рассеянном склерозе

Сомато-вегетативные расстройства	Депрессивная реакция (F43.21–43.22) (n=38)	
	Абс.	%
Нарушения сердечно-сосудистой системы (кардиалгический синдром, нарушение сердечного ритма)	27	71,1
Нарушение дыхания (расстройство дыхательного ритма, ларингоспазм, кашель)	19	50,0
Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (нарушение функций желудка, нарушение функций кишечника)	12	31,6
Нарушения со стороны мочевыделительной системы	2	5,2
Головные боли (психалгии, нервно-мышечного характера, нервно-сосудистого характера)	13	34,2
Сексуальные нарушения (снижение либидо, расстройства эрекции, расстройства эякуляции, расстройства оргазма)	29	76,3
Снижение массы тела	11	28,9
Гипергидроз	30	78,9
Вегетативно-висцеральные кризы (симптоадреналовые, ваго-инсулярные, смешанные)	30	78,9
Нарушение сна	31	81,6
Нарушение аппетита	14	36,8
Запоры	12	31,6
Нарушение менструального цикла	10	26,3

Литература:

1. Центр медичної статистики МОЗ України. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я на Україні за 2001–2004 роки.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2004–2005 роки. — Київ, 2006.
3. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. — 2004. — 526 с.
4. Волошин П.В., Мищенко Т.С., Лекомцева С.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні // Міжнародний неврологічний журнал. — 2006. — С. 9-13.
5. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) /А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. - 3-е изд. перераб. и доп. — М.: МИА, 2007. -197 с.
6. Евтушенко С.К., Деревянко И.Н. Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды (2-е сообщение) // Неврологический журнал. — 2006. — С. 2-12.
7. Волошин П.В., Волошина Н.П., Тайцлин В.И., Лещенко А.Г., Шестопалова Л.Ф., Негрич Т.И., Негреба Т.В., Левченко И.Л., Васильовский В.В., Дьяченко Л.И., Перцев Г.Д., Федосеев С.В., Ткачева Т.И., Черненко М.Е., Гант Е.Е., Кожеевникова В.А. Рассеянный склероз в Украине: распространенность, течение, прогноз, лечение, фармакоэкономика //Український вісник психоневрології.- 2007.- Том 15, вип.1 (50).- С.6-21.
8. Алан Дж. Томпсон, Крис Полман, Райнхард Холфельд. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы. Перевод с англ. Н. А. Толоян // Под ред. А. А. Скоромца. — СПб: Политехника, 2001. — 422 с.
9. Mike Dilley и Simon Fleminger. Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение// Обзор современной психиатрии. — 2006. -Вып. 30.- с. 23-34
10. Siegert, R. J. & Abernethy, D. A. (2005) Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 469–475.
11. Simpson, G. & Tate, R. (2005) Clinical features of suicide attempts after traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 680–685.
12. Teasdale, T. W. & Engberg, A. W. (2001) Suicide after traumatic brain injury: a population study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 436–440.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

М.В. Данилова

Обстежено 38 хворих на розсіяний склероз, ускладнений розладом адаптації у вигляді депресивних реакцій. Проведено синдромальний аналіз депресивного розладу, досліджено рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви депресії. На підставі аналізу отриманих даних виділені основні клініко-психопатологічні особливості депресивних реакцій у хворих на розсіяний склероз, які можуть виступати в якості диференціальних критеріїв в діагностиці депресивних розладів при розсіяному склерозі.

Ключові слова: депресивні реакції, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF DEPRESSIVE REACTIONS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

M.V. Danylova

Thirty eight patients with multiple sclerosis complicated by adjustment disorder in the form of depressive reactions were examined. A syndrome analysis of depressive disorder was carried out; motor, cognitive, behavioral, emotional, and somaticvegetative manifestations of depression were investigated. On the base of results obtained, the main clinical-psychopathological peculiarities of depressive reactions in patients with multiple sclerosis have been defined. These peculiarities might be used as differential criteria for diagnosis of depressive disorders in multiple sclerosis.

Keywords: depressive reactions, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 613.2:641

С.В. Капранов

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

ГУ «Алчевская городская санитарно-эпидемиологическая станция Луганской области», г. Алчевск

Ключевые слова: продукты питания, ЦНС, старшеклассники

Обеспечение высоких показателей здоровья детей, подростков и молодежи является важнейшей государственной задачей.

Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. К показателям здоровья относятся физическое развитие, иммунологическая реактивность, заболеваемость, смертность, рождаемость, а также функциональное состояние различных систем организма.

Здоровье каждого человека формируется под влиянием многих факторов, которые условно разделены на две основные группы: врожденные (внутренние) и приобретенные (внешние). К первым относятся: наследственность (обусловленная генетическими причинами), состояние здоровья матери и т. д. Вторую можно разделить на следующие подгруппы факторов: природные экологические, техногенные экологические, социальные и экономические.

Согласно опубликованным данным, удельный вес различных факторов, влияющих на здоровье человека, составляет: образ жизни - 49-53%, генетическая и биологическая предрасположенность к заболеваниям - 18-22%, загрязнение окружающей среды и природно-климатические условия - 17-20%, организация медицинской помощи - 8-10% 1.

Следовательно, здоровье каждого человека на 78-82% зависит от факторов, интенсивность воздействия которых на организм в определенной степени можно регулировать.

Одним из основных внешних факторов, влияющих на здоровье, является питание. Питание – это средство поддержания жизни, роста и развития, здоровья и высокой работоспособности.

Питание подразделяют на рациональное и нерациональное.

Рациональным является питание, удовлетворяющее энергетические, пластические и другие потребности организма, обеспечивающее при этом необходимый уровень обмена веществ. Основными элементами рационального питания являются сбалансированность и правильный режим питания.

Сбалансированным называется питание, в котором обеспечены оптимальные соотношения пищевых и биологически активных веществ, способных проявить

в организме максимум своего полезного биологического действия. При сбалансированном питании предусматриваются оптимальные количественные и качественные взаимосвязи основных пищевых и биологически активных веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных элементов. Сбалансированное питание обеспечивает наиболее физиологически благоприятные соотношения эссенциальных составных частей пищевых веществ – аминокислот белков, жирных кислот жиров, крахмала и сахаров углеводов, взаимосвязи отдельных витаминов между собой и другими компонентами питания, а также влияние минеральных элементов на проявление в организме биологических свойств других пищевых веществ.

Нерациональное питание приводит к нарушению обмена веществ и расстройству функционального состояния систем организма, особенно пищеварительной, сердечно-сосудистой и центральной нервной. Отрицательные последствия нерационального питания в наибольшей степени проявляются в крайних возрастных группах населения – у детей и пожилых людей 2.

Через пищу человек вступает в самый тесный контакт с окружающей его средой. В отличие от других факторов окружающей среды пища является в высшей степени сложным многокомпонентным фактором. С ней поступает в организм более полусотни незаменимых питательных веществ. В зависимости от свойств и состава пища оказывает разнообразное влияние на организм. При ее помощи может усиливаться или ослабляться функция и трофика тканей 3.

Удельный вес различных продуктов питания в рационе разных групп населения и отдельных людей неодинаков и зависит от социально-экономических, этнических, природно-климатических и многих других условий. Немаловажное значение имеет индивидуальная, генетически обусловленная склонность каждого определенного человека к употреблению в большей степени того или иного продукта питания по сравнению с другими продуктами.

Исследователями изучено влияние употребления отдельных пищевых продуктов на состояние здоровья населения.

Так, установлено, что отсутствие склонности к употреблению молочных продуктов старшеклассниками промышленного города приводит к ухудшению их

самочувствія. Это проявляется в основном более частыми по сравнению со сверстниками, предпочитающими употребление молочных продуктов, жалобами на головную боль, общее недомогание, грусть (как проявление депрессии), раздражительность и неприятные ощущения в области сердца 4.

Получены также данные о том, что употребление острых продуктов приводит к функциональным изменениям, происходящим в различных системах: нервной (головокружение, тревожность, грусть, раздражительность), пищеварительной (ухудшение аппетита, неприятные ощущения в области живота) и опорно-двигательной (боли в суставах). Указанные функциональные изменения при определенных условиях в дальнейшем могут привести к заболеваниям этих и других систем организма 5.

В то же время, наибольшее количество исследований посвящено оценке воздействия на организм качества продуктов и изучению заболеваний (в основном пищевых отравлений), вызванных употреблением недоброкачественных продуктов питания.

Однако по имеющимся сведениям, в настоящее время недостаточно изучено влияние длительного употребления различных продуктов на функциональное состояние нервной и других систем детского организма.

Целью научной работы явилось изучение и оценка влияния употребления различных продуктов питания на функциональное состояние центральной нервной системы старшеклассников с последующей разработкой профилактических рекомендаций.

Материалы и методы. Исследования выполнены в промышленном г. Алчевске Луганской области. С целью оценки функционирования центральной нервной системы (ЦНС) у учащихся 9–11 классов в возрасте 15–17 лет в 9 общеобразовательных школах города проведено исследование психических состояний с определением ситуативной тревожности (СТ) и лич-

ностной тревожности (ЛТ) по Спилбергеру, а также – тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности по Айзенку. Указанные тесты выполнены у 717 старшеклассников (302 мальчика и 415 девочек). Согласно методике, в зависимости от суммы баллов по каждому показателю психического состояния определены уровни его выраженности: низкий, средний (умеренный) и высокий.

Было изучено влияние на функционирование ЦНС длительного употребления молока и молочных продуктов питания, сладких продуктов и острых блюд, значительно различающихся по содержанию основных, а также специфических пищевых, вкусовых и биологически активных веществ.

С целью оценки влияния на организм определенного продукта питания старшеклассникам было предложено добровольно ответить на следующие вопросы анкеты: «Предпочитаешь ли ты употреблять:

- молоко и молочные продукты,
- сладкие продукты,
- острые блюда».

При этом в зависимости от ответов все школьники были распределены на следующие 2 группы:

I группа (основная): предпочитали употреблять определенные пищевые продукты (на вопрос анкеты ответили «да»);

II группа (контрольная): не предпочитали употреблять определенные продукты (на вопрос анкеты ответили «нет»).

Вполне естественно, что старшеклассники первой группы значительно чаще и в большем количестве употребляли соответствующие пищевые продукты и блюда, по сравнению с их сверстниками из второй группы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что из 695 старшеклассников, ответивших на первый вопрос, 492 (то есть 70,791,72%)

Таблица 1

Удельный вес школьников 15-17 лет г. Алчевска с различными уровнями ситуативной тревожности (СТ) по Спилбергеру в зависимости от употребления молока и молочных продуктов (в %)

Уровни СТ	Употребление молока и молочных продуктов:		p
	предпочитали	не предпочитали	
Общая группа (мальчики + девочки)			
Низкий	21,95±1,87	15,27±2,52	< 0,05
Умеренный	58,74±2,22	67,49±3,29	< 0,05
Высокий	19,31±1,78	17,24±2,65	> 0,05
Девочки			
Низкий	20,14±2,41	11,72±2,84	< 0,05
Умеренный	56,12±2,98	71,88±3,97	< 0,01
Высокий	23,74±2,55	16,41±3,27	> 0,05

Примечание: различия в группе мальчиков недостоверны (p > 0,05).

Таблица 2

Удельный вес школьников 15-17 лет г. Алчевска с различными уровнями личностной тревожности (ЛТ) по Спилбергеру в зависимости от употребления молока и молочных продуктов (в %)

Уровни ЛТ	Употребление молока и молочных продуктов:		p
	предпочитали	не предпочитали	
Общая группа (мальчики + девочки)			
Низкий	11,59±1,44	6,90±1,78	< 0,05
Умеренный	56,50±2,24	59,11±3,45	> 0,05
Высокий	31,91±2,10	33,99±3,32	> 0,05
Мальчики			
Низкий	16,82±2,56	8,00±3,13	< 0,05
Умеренный	61,21±3,33	73,33±5,11	< 0,05
Высокий	21,96±2,83	18,67±4,50	> 0,05

Примечание: различия в группе девочек недостоверны ($p > 0,05$).

предпочитали употреблять молоко и молочные продукты и 203 (29,211,72%) – не предпочитали их употребление. Среди школьников, предпочитавших употреблять молоко и молочные продукты, выше удельный вес мальчиков – 74,052,58%, чем девочек – 68,472,31%. Однако указанные различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Из 697 школьников старших классов, которые ответили на второй вопрос, 631 (то есть 90,531,11%) предпочитали употреблять сладкие продукты и 66 (9,471,11%) – не предпочитали. Из учащихся, предпочитавших употребление сладких продуктов, меньше мальчиков – 88,621,86%, по сравнению с девочками – 91,891,35%. В то же время, различия статистически

недостоверны ($p > 0,05$).

Согласно полученным данным, среди 698 учащихся, ответивших на третий вопрос, 459 (то есть 65,761,80%) предпочитали употреблять острые блюда и 239 (34,241,80%) – не предпочитали. Из старшеклассников, предпочитавших употребление острых блюд, выше удельный вес мальчиков – 70,312,67%, чем девочек – 62,472,41%. Выявленные различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Результаты оценки психических состояний старшеклассников по Спилбергу и Айзенку в зависимости от употребления различных продуктов питания представлены в табл. 1-5.

Согласно полученным данным, удельный вес стар-

Таблица 3

Удельный вес школьников 15-17 лет г. Алчевска с различными уровнями ситуативной тревожности (СТ) по Спилбергеру в зависимости от употребления сладких продуктов (в %)

Уровни СТ	Употребление сладких продуктов:		p
	предпочитали	не предпочитали	
Общая группа (мальчики + девочки)			
Низкий	21,08±1,62	9,09±3,54	< 0,01
Умеренный	61,33±1,94	63,64±5,92	> 0,05
Высокий	17,59±1,52	27,27±5,48	> 0,05
Мальчики			
Низкий	25,29±2,71	12,12±5,68	< 0,05
Умеренный	61,48±3,04	63,64±8,37	> 0,05
Высокий	13,23±2,11	24,24±7,46	> 0,05
Девочки			
Низкий	18,18±1,99	6,06±4,15	< 0,01
Умеренный	61,23±2,52	63,64±8,37	> 0,05
Высокий	20,59±2,09	30,30±8,00	> 0,05

Таблиця 4

Удельный вес школьников 15-17 лет г. Алчевска с различными уровнями личностной тревожности (ЛТ) по Спилбергеру в зависимости от употребления сладких продуктов (в %)

Уровни ЛТ	Употребление сладких продуктов:		р
	предпочитали	не предпочитали	
Общая группа (мальчики + девочки)			
Низкий	10,78±1,23	4,55±2,57	< 0,05
Умеренный	57,05±1,97	62,12±5,97	> 0,05
Высокий	32,17±1,86	33,33±5,80	> 0,05
Мальчики			
Низкий	15,56±2,26	6,06±4,15	< 0,05
Умеренный	64,59±2,98	66,67±8,21	> 0,05
Высокий	19,84±2,49	27,27±7,75	> 0,05

Примечание: различия в группе девочек недостоверны ($p > 0,05$).

шекласников (мальчики + девочки) с низкой СТ достоверно выше в группе учащихся, предпочитавших употреблять молоко и молочные продукты – 21,951,87%, по сравнению со школьниками, которые не отдавали такого предпочтения – 15,272,52% ($p < 0,05$). И наоборот, учащихся старших классов с умеренной СТ, а также умеренной + высокой СТ больше в группе детей, не предпочитавших употребление молока и молочных продуктов ($p < 0,05$).

Аналогические статистически достоверные отличия выявлены также отдельно в сравниваемых группах девочек.

Полученные данные указывают на то, что склонность к употреблению молока и молочных продуктов старшеклассниками способствует снижению у них ситуативной тревожности по Спилбергу.

Удельный вес старшеклассников (мальчики +

девочки) с низкой ЛТ выше среди учащихся, которые предпочитали употреблять молоко и молочные продукты – 11,591,44%, по сравнению с их сверстниками из контрольной группы – 6,901,78% ($p < 0,05$). При этом учащихся с умеренной + высокой ЛТ больше в основной группе детей, чем в контрольной ($p < 0,05$).

Такие же статистически достоверные отличия выявлены в сравниваемых группах мальчиков.

Следовательно, что склонность к употреблению молока и молочных продуктов старшеклассниками способствует снижению у них личностной тревожности по Спилбергеру.

Старшеклассников (мальчики + девочки) с низкой СТ достоверно выше в группе учащихся, предпочитавших употреблять сладкие продукты – 21,081,62%, по сравнению с учащимися, которые не отдавали такого предпочтения – 9,093,54% ($p < 0,01$). Учащихся стар-

Таблиця 5

Удельный вес школьников 15-17 лет г. Алчевска с различными уровнями фрустрации по Айзенку в зависимости от употребления сладких продуктов (в %)

Уровни фрустрации	Употребление сладких продуктов:		p
	предпочитали	не предпочитали	
Общая группа (мальчики + девочки)			
Низкий	64,66±1,90	50,00±6,15	< 0,05
Умеренный	32,96±1,87	48,48±6,15	< 0,05
Высокий	2,38±0,61	1,52±1,51	> 0,05
Девочки			
Низкий	59,09±2,54	42,42±8,60	> 0,05
Умеренный	37,43±2,50	57,58±8,60	< 0,05
Высокий	3,48±0,95	0,00±0,00	< 0,001

Примечание: различия в группе мальчиков недостоверны ($p > 0,05$).

ших классов с умеренной + высокой СТ больше в группе детей, не предпочитавших употребление сладких продуктов ($p < 0,05$).

Аналогические статистически достоверные отличия выявлены также отдельно в сравниваемых группах мальчиков и девочек.

Согласно полученным сведениям, склонность к употреблению сладких продуктов старшеклассниками способствует снижению у них ситуативной тревожности по Спилбергеру.

Учащихся старших классов (мальчики + девочки) с низкой ЛТ выше среди школьников, предпочитавших употребление сладких продуктов – 10,781,23%, по сравнению с их сверстниками из контрольной группы – 4,552,57% ($p < 0,05$). Соответственно, старшеклассников с умеренной + высокой ЛТ больше в основной группе детей, чем в контрольной ($p < 0,05$).

Аналогичные статистически достоверные отличия выявлены в сравниваемых группах мальчиков.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что склонность к употреблению сладких продуктов старшеклассниками способствует снижению у них личностной тревожности по Спилбергеру.

Старшеклассников (мальчики + девочки) с низким уровнем фрустрации выше среди школьников, которые предпочитали употребление сладких продуктов – 64,661,90%, чем в контрольной группе учащихся – 50,006,15% ($p < 0,05$). И наоборот, учащихся старших классов с умеренной, а также умеренной + высокой фрустрацией больше в группе детей, не предпочитавших употребление сладких продуктов ($p < 0,05$). Выраженная фрустрация характеризуется снижением самооценки, ощущением разочарования и неосуществления намеченных целей. Аналогические статистически достоверные отличия выявлены также отдельно в сравниваемых группах девочек.

Полученные данные указывают на то, что склонность к употреблению сладких продуктов старшеклассниками способствует снижению у них фрустрации, то есть повышению самооценки, настроения, уверенности в своих силах и готовности к осуществлению намеченных целей.

В результате проведенных исследований, было обращено внимание на то обстоятельство, что мальчиков и девочек старших классов с низким уровнем тревожности, агрессивности и ригидности по Айзенку больше, в группе учащихся, которые предпочитали употребление сладких продуктов, по сравнению с контрольной группой детей. В то же время, выявленные различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). Удельный вес девочек со средним уровнем ригидности выше в контрольной группе, не предпочитавшей употребление сладких продуктов, – 72,737,75%, чем в основной – 56,682,56% ($p < 0,05$). Это указывает на то, что склонность к употреблению сладких продуктов в определенной степени способствует снижению агрессивности у школьниц старших классов.

Влияние употребления острых блюд на ситуатив-

ную и личностную тревожность по Спилбергеру, а также – тревожность, фрустрацию, агрессивность и ригидность по Айзенку не обнаружено.

Выводы

1. Согласно результатам анкетного опроса, 70,791,72% старшеклассников предпочитали употреблять молоко и молочные продукты, 90,531,11% – сладкие продукты, а 65,761,80% – острые блюда. Среди старшеклассников, предпочитавших употребление острых блюд, выше удельный вес мальчиков – 70,312,67%, чем девочек – 62,472,41% ($p < 0,05$).

2. Склонность учащихся старших классов к употреблению молока и молочных продуктов, а также сладких продуктов, способствует снижению у них ситуативной и личностной тревожности по Спилбергеру.

3. Употребление старшеклассниками сладких продуктов приводит к уменьшению них фрустрации по Айзенку, что проявляется в повышении самооценки, настроения, уверенности в своих силах и готовности к осуществлению намеченных целей.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что употребление школьниками старших классов молока и молочных продуктов, а также сладких продуктов положительно отражаются на функционировании центральной нервной системы учащихся.

Рекомендации:

1. С целью профилактики ухудшения функционирования ЦНС школьников следует рекомендовать им употребление ежедневно (по 1-3 раза в сутки) молочных продуктов. Как минимум необходимо в соответствии с рекомендациями В.Д. Ванханена и В.В. Ванханена выпивать за один час до отхода ко сну по стакану молочного продукта (молока, кефира, простокваши, ряженки).

2. Предусмотреть в рационе учащихся обязательное ежедневное употребление сладких продуктов. В то же время, учитывая отрицательное влияние на здоровье избыточного поступления в организм углеводов, следует обеспечить их прием в оптимальном соотношении с другими пищевыми, а также биологически активными веществами (сбалансированное питание). При этом важно сочетать употребление сладких продуктов, содержащих большое количество углеводов, с оптимальной физической активностью, адекватной возрасту.

Литература:

1. Денисов В. В., Денисова И. А. Экология: 100 экзаменационных ответов: Экспресс-справочник для студентов вузов. - М., 2004. - 288 с.
2. Петровский К.С., Ванханен В.Д. Гигиена питания: Учебник - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1981. - 528 с.
3. Ванханен В.В., Ванханен В.Д. Учение о питании. - Донецк: Донецщина, 2000. - 252 с.
4. Капранов С.В., Капранова Т.С. Влияние употребления молочных продуктов старшеклассниками промышленного города на их самочувствие // Довкілля та здоров'я. - 2007. - №3(42). - С. 57-60.
5. Капранова Т.С., Капранов С.В. Влияние употребления острых продуктов старшеклассниками промышленного города на их самочувствие // Український медичний альманах. - 2007. - Том. 10. - №1. - С. 65-68.

ОЦІНКА ВПЛИВУ РІЗНИХ ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СТАРШОКЛАСНИКІВ

С.В. Капранов

Вивчено вплив вживання різних продуктів харчування на функціональний стан центральної нервової системи старшокласників. Проведено дослідження за Спілбергером та Айзенком психічного стану у 717 школярів 9–11 класів (15–17 років) в 9 загальноосвітніх школах.

Встановлено, що вживання молочних та солодких продуктів учнями старших класів позитивно відображається на функціонуванні центральної нервової системи старшокласників, що проявляється у зниженні у них ситуаційної і особистої тривожності за Спілбергером. Також вживання старшокласниками солодких продуктів призводить до зменшення у них фрустрації за Айзенком.

Запропоновано профілактичні рекомендації.

Ключові слова: продукти харчування, ЦНС, старшокласники

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE NOURISHMENT OF VARIOUS PRODUCTS ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AT THE SENIOR SCHOOLCHILDREN

S.V. Kapranov

It was investigated the influence of the nourishment of various products on the functional state of central nervous system of the senior pupils. Investigation by Spilberger and Ayzenc was conducted on the the psychical condition of 717 schoolchildren of 9-11 classes (15-17 years) of 9 comprehensive schools.

It was established, that nourishment milk and sweet products at the senior pupils positive results on the functional state of central nervous system and is characterized by decrease in their situation and personal anxiety by Spilberger. Also the nourishment of sweet products by senior pupils causes the decrease in them frustration by Ayzenc.

The preventive recommendations are offered.

Keywords: foodstuffs, CNS, senior schoolchildren

Т. Н. Пушкарёва

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

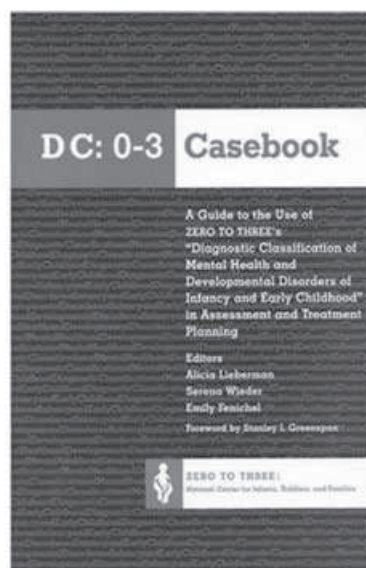
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины»

Ключевые слова: многоосевая диагностика, нарушение психического развития, психические расстройства, ранний детский возраст от 0 до 3 лет

Диагностическая классификация 0-3 П (Diagnostic Classification 0-3 R) создана благодаря совместной работе большой группы европейских и американских ученых в 1987 - 1994 годах. Классификация нашла широкое применение в клинической практике большинства развитых стран. После двухлетней работы экспер-

тов над анализом практики применения классификации, были внесены изменения и дополнения и пересмотренное третье издание опубликовано в 2005 году.

Диагностическая классификация (рис 1.) дополнена руководством по её использованию, в котором приведены клинические примеры. Классификация пред-



ОЦІНКА ВПЛИВУ РІЗНИХ ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СТАРШОКЛАСНИКІВ

С.В. Капранов

Вивчено вплив вживання різних продуктів харчування на функціональний стан центральної нервової системи старшокласників. Проведено дослідження за Спілбергером та Айзенком психічного стану у 717 школярів 9–11 класів (15–17 років) в 9 загальноосвітніх школах.

Встановлено, що вживання молочних та солодких продуктів учнями старших класів позитивно відображається на функціонуванні центральної нервової системи старшокласників, що проявляється у зниженні у них ситуаційної і особистої тривожності за Спілбергером. Також вживання старшокласниками солодких продуктів призводить до зменшення у них фрустрації за Айзенком.

Запропоновано профілактичні рекомендації.

Ключові слова: продукти харчування, ЦНС, старшокласники

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE NOURISHMENT OF VARIOUS PRODUCTS ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AT THE SENIOR SCHOOLCHILDREN

S.V. Kapranov

It was investigated the influence of the nourishment of various products on the functional state of central nervous system of the senior pupils. Investigation by Spilberger and Ayzenc was conducted on the the psychical condition of 717 schoolchildren of 9-11 classes (15-17 years) of 9 comprehensive schools.

It was established, that nourishment milk and sweet products at the senior pupils positive results on the functional state of central nervous system and is characterized by decrease in their situation and personal anxiety by Spilberger. Also the nourishment of sweet products by senior pupils causes the decrease in them frustration by Ayzenc.

The preventive recommendations are offered.

Keywords: foodstuffs, CNS, senior schoolchildren

Т. Н. Пушкарёва

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

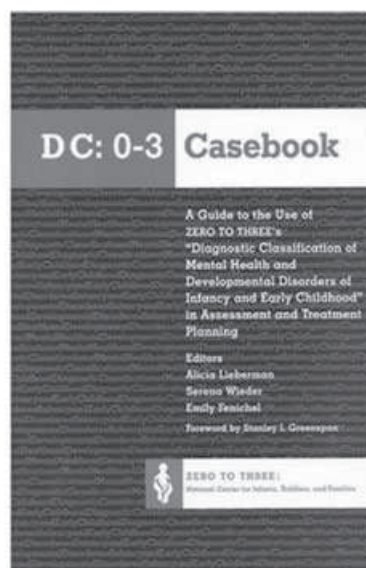
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины»

Ключевые слова: многоосевая диагностика, нарушение психического развития, психические расстройства, ранний детский возраст от 0 до 3 лет

Диагностическая классификация 0-3 П (Diagnostic Classification 0-3 R) создана благодаря совместной работе большой группы европейских и американских ученых в 1987 - 1994 годах. Классификация нашла широкое применение в клинической практике большинства развитых стран. После двухлетней работы экспер-

тов над анализом практики применения классификации, были внесены изменения и дополнения и пересмотренное третье издание опубликовано в 2005 году.

Диагностическая классификация (рис 1.) дополнена руководством по её использованию, в котором приведены клинические примеры. Классификация пред-



ставляет единый диагностический подход к ранней детской психопатологии, который применяется специалистами во всем мире. ДК 0-3 является дополнением DSM-IV и МКБ-10, вводя новые диагностические категории и классифицируя специфические нарушения психического развития и психические расстройства в раннем детском возрасте от 0 до 3-5 лет.

Многоосевая схема классификации психических расстройств детского и подросткового возраста, разработанная группой детских психиатров в сотрудничестве с ВОЗ, кроме оценки в форме клинического психиатрического синдрома (1-я ось) обязательно учитывает нарушения психологического развития (2-я ось), сопутствующие соматические и неврологические болезни и нарушения (3-я ось), особенности психосоциальных условий развития (4-я ось) и степень тяжести имеющихся нарушений (5-я ось). Такой многоуровневый подход является современным методологическим принципом в оценке психического здоровья детей и для своей реализации он требует: - развития микропсихиатрии, перинатальной психиатрии, психосоматики и психотерапии и перинатальной психологии. Диагностическая классификация DC 0-3R :

1. Определяет единые критерии диагностики психопатологии у детей от 0 до 4 лет.

2. Позволяет выделять этиопатогенетические факторы психической патологии в период от 0 до 4 лет.

3. Дает возможность диагностировать состояния риска и предболезненные состояния.

4. Предоставляет практические рекомендации для психотерапевтического вмешательства.

Диагностическая классификация DC 0 - 3R содержит 5 осей

I – Ось клинических расстройств или основного клинического диагноза

(Clinical Disorders)

II – Ось классификации взаимоотношений

(Relationship Classification)

III – Ось сопутствующих соматических и неврологических расстройств, состояний и нарушений развития (Medical and Developmental Disorders and Conditions)

IV Ось психосоциальных стрессовых факторов

(Psychosocial Stressors)

V Ось эмоционального и социального функционирования

(Emotional and Social Functioning)

Клинико-психопатологическое обследование с применением диагностической классификации DC 0-3R строится следующим образом:

1) Выявление симптомов, отклонений и патологических проявлений у ребенка на момент обследования;

2) сбор данных о предыдущем и настоящем развитии ребенка;

3) изучение анамнеза беременности и родов, данных о наследственности и стрессовых факторах;

4) изучение и описание семейного функционирования и личности родителей и социальной характеристи-

ки семьи;

5) изучение и описание взаимоотношений ребенка и его основного воспитателя (caregiver);

6) изучение особенностей конституции и степени зрелости ребенка путем оценки его сенсорных, аффективных, моторных, речевых и когнитивных возможностей.

Ось I – основного клинического диагноза содержит 5 аналогичных МКБ-10 и дополнительные рубрики:

100. Посттравматическое стрессовое расстройство

Для ПТСР у детей раннего возраста характерны: «Посттравматическая игра», т.е. повторение мотивов травмы в играх; симптом утраты ранее приобретенных навыков физического и психосоциального развития.

150. Расстройства, связанные с депривацией

200. Расстройства аффекта нарушения эмоционального реагирования, которые могут проявляться в форме тревожных расстройств младенчества и раннего детства, страхах проявления гнева, в расстройствах настроения, в том числе депрессивных.

210. Пролонгированные реакции горя (печали), связанные с тяжелой утратой. Психогенные реакции на утрату (реакция горя), а также реактивные депрессии младенчества и раннего детства возникают при потере матери или основного воспитателя.

220. Тревожные расстройства младенчества и раннего детства

221. Сепарационное тревожное расстройство

222. Специфическая фобия

223. Социальное тревожное расстройство (социальная фобия)

224. Генерализованное тревожное расстройство

225. Тревожное расстройство неуточненное

230. Депрессивные расстройства младенческого и раннего детского возраста

231. Тип I: Большая депрессия

232. Тип II: Депрессивное расстройство неуточненное

240. Смешанные расстройства эмоциональной выразительности характеризуются трудностями в эмоциональном выражении одного или нескольких специфических аффектов – удовольствия, гнева, страха, любопытства, грусти, волнения не менее 2-недельной длительности.

300. Адаптационные расстройства в отечественной практике обычно диагностируются как невротические реакции раннего детства и включают разнообразные транзиторные эмоционально-поведенческие расстройства длительностью не более 4 месяцев, связанные с наличием внешнего провоцирующего стрессового фактора (выход матери на работу, изменение в уходе, соматическое заболевание и т.п.). Для диагностики нарушения адаптации необходимо, чтобы выраженность нарушений в эмоциональной сфере (страхи, тревога, снижение настроения и др.) приводили к нарушению функционирования в других сферах: в системе

сон-бодрствование, приеме пищи, взаимоотношениях, игровой деятельности. Длительность такого эпизода должна быть не менее 2-х недель.

400. Регуляторные расстройства сенсорной переработки проявляются непосредственно после рождения характерным, отличающимся от нормы, типом поведения в сочетании с различными симптомами нарушений физиологических процессов: сенсорики, психомоторики, внимания и эмоционального реагирования.

В зависимости от характера нарушений выделяют:

1. Гиперсенситивные — «сверхосторожные и боязливые» (дети с повышенной чувствительностью к прикосновениям, звукам, зрительным стимулам, наряду с трудностями визуально-пространственной организации) и «негативные и непослушные» (при тенденции к сверхреактивности такие дети отличаются сниженностью слухового восприятия и медленным освоением нового опыта).

2. Низкорективные — «избегающие и трудно вовлекаемые» пассивные в контактах и исследовательской деятельности дети, иногда с аутостимуляцией и «эгоцентричные» с недостатком эмпатии и коммуникативности, но хорошим творческим воображением.

3. Моторно дезорганизованные, импульсивные дети — которым присуща низкая реактивность с «жаждой стимулов», определяющая неустойчивость внимания, и трудности целенаправленного моторного поведения.

4. Другие — диагностируются расстройства с симптомами «трудностей организации», которые в поведенческом отношении не отвечают выделенным типам, представляя новый или смешанный вариант регуляторных расстройств.

410. Гиперсенситивные

411. Тип А: Боязливые/осторожные

412. Тип Б: Негативные/непослушные

420. Гипосенситивные /недостаточно откликающиеся

430. Ищущий сенсорной стимуляции/импульсивный тип

500. Поведенческие расстройства, связанные с нарушениями сна

510. Расстройства засыпания (протодиссомния)

520. Расстройства сна в форме ночных пробуждений (протодиссомния)

600. Поведенческие расстройства, связанные с приемом пищи

601. Нарушения питания, связанные с состоянием регуляции

602. Нарушения питания, связанные с особенностями взаимодействия матери (воспитателя) и младенца

603. Младенческая анорексия

604. Сенсорное отвращение к еде

605. Нарушение питания, связанные с сопутствующим соматическим состоянием

606. Нарушение питания, связанные с пораже-

нием желудочно-кишечного тракта.

Поведенческие нарушения, связанные со сном и приемом пищи — обширная группа различных по степени выраженности и длительности психосоматических нарушений, которая включает относительно стойкие расстройства сна и пищевого поведения.

700. Расстройства отношений и коммуникации эта группа расстройств впервые проявляется в младенчестве и раннем детстве в сочетании с трудностями физиологической, сенсорной, моторной, когнитивной, соматической и аффективной регуляции, регуляции внимания. В DSM-IV-TR включает аутистические расстройства, дезинтегративное расстройство и глубокие нарушения развития (Pervasive Developmental Disorder — Not Otherwise Specified).

Включается обширная группа аутистических расстройств, которым свойственны общие черты, но и различия по выраженности симптомов в процессе психосоциального развития

710. Мультисистемное нарушение развития (-MSDD) —

характеризуется проявлением трудностей в установлении связей, отношений, коммуникации, аффективной сфере, сенсорной переработке

800. Другие расстройства

Ось II Классификация расстройств взаимоотношений

Применяется для диагностики выраженных нарушений взаимоотношений — прежде всего родительно-детских отношений или отношений с другими главными воспитателями, заменяющими родителей (**caregiver**). Диагностика основана на непосредственном наблюдении и на субъективном восприятии родителя-ребенка выявляемом в процессе интервью.

Нарушения взаимоотношений оцениваются по **интенсивности, частоте и длительности** с целью их ранжирования по шкале количественной выраженности нарушений; спектр взаимоотношений включает последовательное их изменение от «хорошо адаптированных» (90 баллов) до «глубоко нарушенных» (10 баллов).

Основные типы расстройств взаимоотношений с родителями или воспитателями у детей от 0 до 3 лет:

1) Сверхвключенные отношения.

2) Невключенные отношения.

3) Враждебные отношения.

4) Насильственные или оскорбительные отношения с подтипами, в зависимости от формы родительского насилия (словесного, физического или сексуального).

5) Тревожно-напряженные отношения.

6) Смешанный тип нарушений отношений.

Расстройства взаимоотношений на уровне 70–40 баллов квалифицируются как мягкие и характеризуются лишь тенденциями в отношении описанных в классификации расстройств отношений. Они могут появиться из-за психического нарушения у ребенка (диагностируемого по первой оси), семейной динами-

ки или каких-либо стрессов в семье, часто носят транзиторный характер. Выявление нарушений взаимоотношений важно для построения системы психотерапевтических интервенции и для выделения групп риска. Качественная диагностика взаимоотношений основывается на выявлении особенностей 3 основных признаков, которые определены как *качество поведения при интеракциях, аффективный тон и психологическая вовлеченность*.

Ось III Соматические расстройства, состояния и нарушения развития -

используется для исследования соматического и неврологического статуса.

Многие психиатрические симптомы могут вызываться соматическими заболеваниями, поэтому в каждом случае необходимо тщательное медицинское обследование. Например, при симптомах сонливости, низком уровне откликаемости, нарушении умственной работоспособности и пониженном питании может быть обнаружено заболевание щитовидной железы..

При внезапных приступах раздражительности, психомоторного возбуждения, двигательной дискоординации может потребоваться исследование на предмет токсического воздействия тяжелых металлов (свинец, марганец, ртуть).

В случае внезапно развившейся обсессивно-компульсивной симптоматики необходимо исключить аутоиммунное нейropsychиатрическое поражение, связанное со стрептококковой инфекцией.

Ось IV Психосоциальные стрессовые факторы позволяет идентифицировать источники стресса и ранжировать их выраженность и степень патогенного воздействия.

Результат воздействия стрессовых факторов зависит от:

1) Степени выраженности стресса — интенсивности, продолжительности, внезапности, повторяемости, предсказуемости;

2) уровня развития ребенка;

3) способности взрослых помочь ребенку.

В разделе IV оси приводится перечень около 30 разновидностей стрессоров, в том числе специфичных для раннего детства.

-Проблемные изменения в первичной поддерживающей социальной среде (рождение сиблинга, выход матери на работу, смена няни, брачный конфликт, смерть члена семьи и т.д.).

-Проблемы в социальном окружении (дискриминация, культуральные конфликты, родители-одиночки, неадекватная социальная поддержка семьи).

-Проблемы в воспитании ребенка (пребывание более, чем 8 часов вне дома, частые смены воспитателей, низкий культурный и образовательный уровень родителей,)

- Проблемы, связанные с условиями проживания (-частые переезды, бездомность, опасные соседи и т.п.).

- Экономические проблемы (бедность, долги, некредитоспособность).

-Проблемы трудоустройства (безработица, опасная работа, угроза потери работы).

-Проблемы с получением медицинской помощи (недостаточная или неадекватная медпомощь).

-Проблемы здоровья ребенка (госпитализация, острые или хронические заболевания, несчастные случаи, физические травмы).

-Проблемы правового статуса и безопасности (ребенок — жертва криминального акта, спор по поводу опекуна при разводе родителей, статус иммигрантов, арест родителя, родитель — жертва криминала)

Другие психосоциальные стрессоры - войны, терроризм, эпидемии, стихийные бедствия, похищения, свидетельство жестокости и др.

V ось классификации определяет уровень эмоционального и социального функционирования, диагностирует способ организации и использования опыта ребенком и определяет степень его реальной адаптации в контексте интеракций с главным воспитателями (caregivers) по прилагаемой шкале.

Эмоциональные и социальные способности определяются с рождения. Новорожденные проявляют существенные индивидуальные различия в способности саморегуляции возбуждения и эмоций. Оценка по этой оси основана на наблюдении за ребенком в процессе его спонтанной активности и игровой деятельности, взаимодействии с каждым из родителей, а также со специалистом, проводящим обследование.

Определение способностей эмоционального и социального функционирования включает оценку особенностей функционирования в соответствующие периоды возрастного развития.

1. Внимание и регуляция — обычно различима с рождения до 3 месяцев;

2. Формирование отношений или вступления в контакт — различима с 3 до 6 месяцев;

3. Сознательная (намеренная) двусторонняя коммуникация различима с 4 до 10 месяцев;

4. Совокупность поступков и решений задач различима между 10 и 18 месяцами;

5. Использование символов для выражения мыслей и чувств — различимы между 18 и 30 месяцами;

6. Логическая связь символов и абстрактного мышления — может определяться между 30 и 48 месяцами.

Каждая, вполне освоенная ребенком способность, создает основу для дальнейшего прогрессивного развития, однако, некоторые дети проявляют достаточно развитые способности более высокого порядка при недостатке развития базовых навыков.

В настоящее время в стадии апробации находится **VI ось классификации - семейная**

Использование этой оси предполагает изучение семейной истории психической заболеваемости, семейной структуры и характера доступной социальной поддержки, изучение семейной культуры и её влияния на проявления психопатологии у ребенка. Оценка семейного статуса важна как для клинической

оценки психопатологии ребенка, так и для планирования психотерапии и медико - социальной реабилитации.

Все младенцы и малыши нуждаются в высококачественном раннем воспитании и образовании, охране соматического и психического здоровья, семейной и социальной поддержке.

Программы, обращенные к этим областям, стратегически важны для будущего нашего общества. Для развития детской психиатрии от 0 до 3-5 лет необходимо внедрение международных стандартов диагностики и терапии на основе развитой мультидисциплинарной инфраструктуры специализированной помощи.

Таким образом, современная диагностическая классификация нарушений психического развития и психических расстройств от у детей от 0 до 3 лет (DC 0-3R) содержит стандарты диагностики и лечения, которые базируются на наличии тщательно разработанных общепринятых классификаций диагнозов (нозологических форм) и методов медицинского воздействия. Одним из самых важных принципов стан-

дартизации классификаций является обеспечение не только региональной, национальной, но и международной сопоставимости данных. DC 0-3R вполне отвечает указанным критериям и заслуживает изучения и внедрения в повседневную практику детской психиатрии. Внедрение DC 0-3R поможет развитию современной, координированной системы высококачественной медико-психологической помощи детям от рождения до 4-5 лет.

Литература:

1. DC 0-3R Diagnostic classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition. - 2005. - Washington, DC: ZERO TO THREE Press. - 75 p.
2. Козловская Г.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журн. невропат. и психиатр. 1995, 5, 48—51, (в соавт. с О. В. Баженовой).
3. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения и актуальные проблемы микропсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 2. С. 27.

ДІАГНОСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ І ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МАЛЮКІВ І ДІТЕЙ РАНОГО ВІКУ

Т.М. Пушкарьова

Стаття представляє сучасну класифікацію порушень психічного розвитку і психічних розладів у малюків і дітей раннього віку. Описано діагностичні категорії, позначені 5 вісей клініко-психопатологічного дослідження і принципи застосування класифікації.

Ключові слова: багатівіслова діагностика, порушення психічного розвитку, психічні розлади, ранній дитячий вік від 0 до 3 років.

DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISORDERS AMONG INFANCY AND EARLY CHILDHOOD

T. N. Pushkaryova

Paper introduces and presents DC 0-3 R and gives description of five axis' diagnostic with clinical application and perspective of implementation among the infant, toddler's and young children mental health system.

Keywords: multi-axial diagnostic system, mental development disorders, mental disorders, early childhood from 0 to 3 years

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В. Б. Первомайський, А. В. Канищев, В. Р. Ілейко
ОБМЕЖЕНА ОСУДНІСТЬ НЕПОВНОЛІТНІХ: СУЧАСНІ НАУКОВІ ПІДХОДИ У
ДОСЛІДЖЕННЯХ РОСІЙСЬКИХ ВЧЕНИХ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, неповнолітні, обмежена осудність, неосудність, пубертатний криз

Впродовж останніх років предметом найбільшої уваги у судово-психіатричній експертизі неповнолітніх є проблема обмеженої осудності. Ця законодавча норма почала діяти в Україні з 2001 р., а у Російській Федерації — чотирма роками раніше, з 1997 р. За цей час у російських дослідженнях з'явилися деякі теоретичні розробки щодо обмеженої осудності стосовно підлітків, її клінічних критеріїв, шляхів впровадження цієї норми в експертну практику. Також були накопичені певні емпіричні дані, зроблені спроби їх систематизації. Тому російський досвід являє собою безсумнівну цінність для українських судових психіатрів і, безперечно, заслуговує на науковий аналіз.

Мета нашої публікації — освітити загальні тенденції у російських наукових дослідженнях, присвячених судово-психіатричній оцінці обмеженої осудності у неповнолітніх. Для цього були проаналізовані теоретичні розробки російських вчених, узагальнення практики та окремі дисертаційні дослідження.

Як у Російській Федерації, так і на усьому пострадянському просторі переважна більшість наукових досліджень з судово-психіатричної експертизи підлітків була сконцентрована у Державному науковому центрі соціальної і судової психіатрії ім. В. П. Сербського (Москва). Йдеться передусім про творчий колектив та наукову школу В. О. Гур'євої (у теперішній час — відділ соціальних та судово-психіатричних проблем неповнолітніх під керівництвом Є. В. Макушкіна). Ще за радянських часів пропонувані вченими Центру ім. В. П. Сербського експертні підходи передбачали досить широке застосування неосудності при судово-психіатричній експертизі неповнолітніх. Постулювався принцип експертної оцінки психічних розладів «за ступенем вираженості», який у підлітковій судовій психіатрії набув ключового значення [1; 2; 14, с. 154]. Це обумовлювалося незначною питомою вагою психотичних розладів у підлітковому віці. При такому підході традиційне для загальної та дитячої психіатрії розмежування психозу та недоумства від психічних порушень непсихотичного рівня втрачало своє значення, а неосудність фактично розповсюджувалася на значну кількість підлітків із непсихотичними психічними розладами. Зокрема, описувались критерії неосудності для підлітків, які страждали на інфантилізм, психопатичні та психопатоподібні розлади тощо [1]. Тобто межові психічні розлади за певних умов розглядалися як медичний критерій неосудності.

Аналізуючи практику Центру ім. В. П. Сербського останніх років, В. О. Гур'єва та Є. В. Макушкін зазначали, що підлітки визнаються неосудними значно частіше, ніж дорослі [5].

Такий ухил у бік неосудності частково зумовлювався тим, що у підлітковій психопатології домінуюча роль приписувалась проявам так званого пубертатного кризу. Пубертатний криз розглядався як «транснормативне» утворення: майже усі психічні розлади підліткового віку обов'язково «заломлювались» крізь призму різних його варіантів. Тобто він міг бути і фоном, і патопластичним фактором, а патологічним його варіантам приписувалось самостійне клінічне та експертне значення. В окремих випадках патологічний пубертатний криз рекомендувалося розглядати навіть як «тимчасовий хворобливий розлад психічної діяльності».

Поява у російському законодавстві обмеженої осудності (ст. 22 КК РФ) зумовила необхідність перегляду критеріїв експертної оцінки при підлітковій психічній патології. Але якихось істотних змін цей перегляд не вніс. Так, в останніх посібниках з судової психіатрії наводилися клінічні критерії експертної оцінки при найтипівіших психопатологічних синдромах підліткового віку (інфантилізм, гебоїдні, психопатичні та психопатоподібні стани) [5; 14, с. 146–148]. Навіть поверховий погляд на ці критерії показує, що практично увесь спектр психопатологічних проявів зазначених синдромів охоплюється неосудністю та обмеженою осудністю. При послідовному застосуванні таких критеріїв місця для «повної» осудності практично не залишається.

Варто відзначити, що узагальнення російської експертної практики щодо судово-психіатричної експертизи неповнолітніх містить зовсім інші показники, які не відповідають традиційному для Центру ім. В. П. Сербського ухилу у бік неосудності та обмеженої осудності. Так, у Російській Федерації, за даними на 1996 р. (це останній рік перед законодавчим впровадженням обмеженої осудності), лише 6,3% підлітків були визнані неосудними (проти 9,5% неосудних серед дорослих підекспертних) [10]. Чотири роки по тому, у 2001 р., неосудними були визнані лише 5,3%, а обме-

жено осудними — 5,4% неповнолітніх підекспертних [12].

Протягом останніх років з'явилися дисертаційні роботи, присвячені судово-психіатричній експертній оцінці неповнолітніх, у тому числі проблемі обмеженої осудності при окремих психічних розладах підліткового віку.

У дисертаційній роботі О. М. Музиченко [13] наведені результати катamnестичного дослідження за даними стаціонарних судово-психіатричних експертиз, проведених у Центрі ім. В. П. Сербського. Досліджувались підекспертні, які вперше проходили судово-психіатричне обстеження у підлітковому віці, але потім знову потрапили у поле зору експертів у зв'язку з повторними правопорушеннями. Варто відзначити, що при першій судово-психіатричній експертизі неосудними визнавались 70,6%, осудними — 12,6%, обмежено осудними — 6,8% підлітків. При наступних експертних обстеженнях (у зв'язку з повторними правопорушеннями) осудними визнавались вже 31,2% підекспертних. А починаючи з «позитивної фази» пубертату встановлюється досить стійке співвідношення частоти експертних рішень: 35% осудних, 40% неосудних, 25% обмежено осудних. На думку дисертанта, скорочення кількості неосудних свідчить, передусім, про позитивну динаміку психічних розладів. Підвищення питомої ваги осіб, визнаних обмежено осудними, пов'язано не тільки зі становленням практики застосування цієї норми; важливим є те, що обмежена осудність стає своєрідним «перехідним етапним» рішенням від неосудності до осудності, оскільки відображає компенсацію психічних порушень. До того ж, такі «етапні» експертні рішення є більш прийнятними для судово-слідчих органів і запобігають призначенню повторних судово-психіатричних експертиз [13].

У дослідженні І. І. Лазаревої [8, 9] аналізувалася практика застосування обмеженої осудності у неповнолітніх з органічними психічними розладами на матеріалі амбулаторних судово-психіатричних експертиз, проведених у ДПЛ № 6 м. Москви. Цікавими є відомості з приводу вікового складу підекспертних, визнаних обмежено осудними. Виявилося, що серед них значно переважали особи у віці до 15 років. Підекспертні у віці 15 та 16 років були представлені приблизно порівну, а 17-річні — складали близько 10% від усіх обстежених. На думку автора, це свідчить про те, що особи більш молодого віку у меншому ступені, ніж більш зрілі, здатні розуміти значення своїх дій та керувати ними, а також про те, що при сприятливому перебігу органічних психічних розладів може наставати гармонізація особистості неповнолітнього, яка вимальовується лише наприкінці «позитивної фази» пубертату.

Говорячи про наукові підходи до визначення обмеженої осудності у російських публікаціях, не можна не відзначити того, що практично нарівні з клінічними характеристиками нерідко пропонувалось враховувати інші фактори — соціальні, психологічні тощо. На думку В. О. Гур'євої та Є. В. Макушкіна, судово-пси-

хіатричне значення можуть мати «додаткові» показники — особистісний рівень кризових, дизонтогенетичних розладів та порушень соціалізації, особливо коли психічні порушення виражені нерізко або фрагментарно. Особливого значення такі «додаткові» характеристики набувають саме при вирішенні питання про обмежену осудність, коли необхідний аналіз якомога більшої кількості показників розладів особистісного рівня, девіацій дизонтогенетичного та соціально-психологічного ряду, затримок або викривлень соціалізації тощо [4;5].

Характерною тенденцією стає надання провідної ролі чинникам психологічного характеру. Так, у дослідженні Й. А. Кудрявцева та співавт. описуються психологічні механізми порушення довільної регуляції поведінки під час скоєння кримінальних дій, які дозволяють (за наявності психічного розладу) зробити висновок про обмежену осудність. Підкреслюється своєрідність таких механізмів у неповнолітніх: несприятливі соціальні умови психічного та особистісного розвитку, соціальна депривація, психогенні впливи у вигляді емоційного відкидання, насильства, жорстокості, затримка психофізичного розвитку. Усе це, на думку авторів, може призводити до нездатності таких підлітків повною мірою усвідомлювати суспільну небезпеку своїх дій, як у суб'єктивно складних, так і в емоційно нейтральних ситуаціях (наприклад, крадіжки, угони) [7].

Не дивно, що за таких обставин у якості оптимального формату експертного обстеження неповнолітніх пропонується комплексна судово психолого-психіатрична експертиза (КСППЕ), особливо при необхідності вирішення питання про обмежену осудність [3; 10; 12; 14, с. 155–156]. У 2007 р. питома вага КСППЕ складала 62,5% від загальної кількості судово-психіатричних експертиз неповнолітніх [11]. Вважається, що міждисциплінарний характер таких експертиз визначає начебто більшу доказовість експертних висновків. Уявляється, однак, що при цьому спеціалісти у галузі психології використовуються здебільшого у якості консультантів, а не у якості експертів. Тобто цінність формату КСППЕ полягає передусім у забезпеченні повноцінного психодіагностичного обстеження, завдяки якому, в решті решт, повинні вирішуватися експертні питання психіатричного характеру.

Робились спроби адаптації та використання у судово-психіатричній експертизі підлітків багатовісєвих діагностичних підходів. Це пов'язується з необхідністю врахування соціальних проблем, порушень у психомоторному, емоційному розвитку, у розвитку мови або шкільних навичок, а також у загальному стані фізичного розвитку та соматичного здоров'я. Саме для того, аби об'єднати усі ці дані, і пропонувалася багатовісєва система [6, с. 22–25].

Окремим питанням є застосування до обмежено осудних підлітків примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ). І. І. Лазарева [9] пропонує призначати ПЗМХ усім обмежено осудним підліткам з органічними психічними розладами: на її думку, навіть

регресивний характер психічної патології, стійка адаптація, успішна соціалізація та «випадковий» характер правопорушення не можуть бути підставою для відмови від застосування ПЗМХ. Це є прикладом відверто розширювального підходу: замість того, щоб доказувати потребу обмежено осудної особи у застосуванні ПЗМХ, така потреба презюмується. Позиція іншого дослідника, Є. Цимбала, фактично апелює до принципу доцільності: автор навіть пропонує, всупереч законодавству РФ, звільняти обмежено осудних неповнолітніх від кримінальної відповідальності тільки при обов'язковому застосуванні ПЗМХ (звісно, за наявності відповідного висновку експертів). На його думку, виправлення таких підлітків заходами лише вивовного характеру неможливе [15].

Таким чином, проведений аналіз літератури дозволяє визначити наступні ключові закономірності у поглядах на обмежену осудність неповнолітніх.

Дослідження вчених Центру ім. В. П. Сербського у галузі судово-психіатричної експертизи неповнолітніх відзначалися яскраво вираженим ухилом у бік неосудності. Впровадження у російське законодавство обмеженої осудності не потягло за собою істотної модифікації експертних критеріїв. Колишній розширювальний підхід до неосудності при підлітковій психічній патології майже повністю зберігся. Сутність змін полягала у тому, що обмежена осудність зайняла майже увесь вільний простір, залишений за межами неосудності.

Залишаються актуальними уявлення про неповнолітній вік як самостійну підставу для зміщення експертного рішення у бік обмеженої осудності, хоча формально такі уявлення засуджуються як помилкові [12]. Складається враження, що віковий чинник враховується в експертних рішеннях імпліцитно, завуальовано, але при цьому, де факто, відіграє істотну роль. Доказом тому є дані одного зі згаданих вище досліджень: найбільшу кількість обмежено осудних склали 14-річні підекспертні, а найменшу — 17-річні [9].

Між тим найсуворішу критичну оцінку зазначеному розширювальному підходу дає експертна практика. На відміну від показників Центру ім. В. П. Сербського, статистичні дані по Російській Федерації свідчать про досить таки незначну кількість обмежено осудних підлітків. Так, у 2001 р. (це п'ятий рік експертного освоєння обмеженої осудності у Російській Федерації) питома вага обмежено осудними підлітків у цілому по РФ складала лише 5,4% (проти 5,3% неосудних). Але, зрештою, це може бути пояснене виключним положенням Центру ім. В. П. Сербського, куди направляються найскладніші експертні випадки з усієї Російської Федерації.

Варто акцентувати увагу ще на трьох характерних тенденціях, які мають місце у сучасних наукових розробках щодо обмеженої осудності підлітків.

Перше — це погляд на обмежену осудність як на «етапне» експертне рішення. Йдеться про випадки позитивної динаміки, коли підлітки, визнані неосудними, при повторних деліктах визнаються обмежено

осудними або ж повністю осудними. Варто зазначити, у такому контексті обмежена осудність стає зручним «амортизатором» діагностичних та експертних розходжень, адже дозволяє усуватися від постановки питання про можливу гіпердіагностику як дефект первинної експертизи і пояснювати розходження лише еволютивною динамікою та «дозріванням» підлітка.

Друге — це врахування критеріїв, власне із психопатологією не пов'язаних (соціально-психологічні показники, мотивація кримінальної поведінки тощо). Ці додаткові критерії фактично пропонуються у якості однопорядкових та рівноцінних із психопатологічними чинниками. Подібні позиції мають місце всупереч тому, що кримінальне законодавство однозначно пов'язує обмежену осудність саме з психічними розладами, а оцінка здатності хворого на психічний розлад усвідомлено керувати своїми діями можлива лише з позиції психіатричних знань.

Третє — спирання на суто клінічні характеристики психічної патології, які, за думкою дослідників, можуть впливати на визначення обмеженої осудності. Такий підхід видається як дуже попередній, адже за канонами судової експертизи висновки експерта є доказами, і тому експерт має доводити вплив тієї чи іншої складової медичного критерію на стан здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час вчинення правопорушення.

У цілому дослідження з зазначеної теми є досить ґрунтовними і наочно демонструють шляхи наукового пошуку в цьому новому розділі судової психіатрії.

Література:

1. Гурьева В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — С. 353–368.
2. Гурьева В. А., Вострокнутов Н. В., Морозова Н. Б. и др. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних: Методические рекомендации / В. А. Гурьева, Н. В. Вострокнутов, Н. Б. Морозова, И. А. Кудрявцев, Е. Г. Дозорцева, В. И. Посохова, М. П. Исаченкова. — М., 1994. — 53 с.
3. 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. Сафьянова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — С. 183–205.
4. 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.: ГНЦСП им. В. П. Сербского, 2001. — С. 119–147.
5. 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.
6. Гурьева В. А., Макушкин Е. В., Вострокнутов Н. В. Клиническая и судебно-психиатрическая оценка агрессивного поведения у подростков, принципы реабилитации: Методические рекомендации. — М., 2000. — 31 с.
7. Кудрявцев И. А., Морозова М. В., Савина О. Ф. Практика проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы при решении вопроса о применении ст. 22 УК РФ // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 5. — С. 42–46.

8. Лазарева И. И. Судебно-психиатрические критерии применения положений ст. 22 УК РФ к несовершеннолетним с церебрально-органической патологией // *Российский психиатрический журнал*. — 2005. — № 3. — С. 38–44.

9. Лазарева И. И. Судебно-психиатрические критерии применения ст. 22 УК РФ к несовершеннолетним обвиняемым с органическими психическими расстройствами. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — М., 2006. — 27 с.

10. Мохонько А. Р. О работе судебно-психиатрических экспертных комиссий в 1996 г. // *Российский психиатрический журнал*. — 1997. — № 3. — С. 50–57.

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

12. Мохонько А. Р., Щукина Е. Я., Берсенов А. В. Некоторые аспекты судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних // *Российский психиатрический журнал*. — 2003. — № 4. — С. 54–56.

13. Музыченко Е. Н. Судебно-психиатрический катамнез психических расстройств подросткового возраста (по данным стационарной СПЭ ГНЦ им. В. П. Сербского). — Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — М., 2006. — 24 с.

14. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — 592 с.

15. Цымбал Е. Ограниченная вменяемость: дискуссионные вопросы теории и правоприменительной практики // *Уголовное право*. — 2002. — № 1. — С. 56–62.

ОГРАНИЧЕННАЯ ВМЕНЯЕМОСТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ РОССИЙСКИХ УЧЁНЫХ

В. Б. Первомайский, А. В. Канищев, В. Р. Илейко

В статье приводится обзорный анализ научных исследований в области ограниченной вменяемости несовершеннолетних, проводившихся учёными Российской Федерации. Подчёркнуты дискуссионные аспекты разработок российских исследователей в данной области — расширительный характер экспертной оценки ограниченной вменяемости, учёт возрастных, социальных и психологических факторов. Ограниченную вменяемость рассматривают также как «этапное» экспертное решение, отражающее «дозревание» подростка. При этом общероссийские статистические показатели свидетельствуют о невысоком удельном весе решений об ограниченной вменяемости в отношении несовершеннолетних (чуть более 5%).

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, несовершеннолетние, ограниченная вменяемость, невменяемость, пубертатный криз

DIMINISHED RESPONSIBILITY IN ADOLESCENTS: RECENT TRENDS IN RUSSIAN RESEARCHES

V. B. Pervomayskiy, A. V. Kanishchev, V. R. Ileyko

The article reviews recent trends in forensic psychiatric investigations of diminished responsibility in adolescent offenders, published by Russian researchers. The most controversial aspects of the problem are highlighted: broadening of expert evaluation of diminished responsibility; assessment of age, psychological and social factors. Diminished responsibility is also viewed as a “stage decision” (from irresponsibility to “full” responsibility), reflecting the growth of the adolescent. Nevertheless, statistical data of Russian Federation in whole indicate relatively low quantity of diminished responsibility cases among adolescents (about 5%).

Keywords: forensic psychiatric evaluation, adolescents, diminished responsibility, irresponsibility

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Ключевые слова: игровая аддикция, азартные игры, лудомания, гемблинг, диагностика, нехимическая аддикция

Несмотря на то, что изучение этиопатогенеза, клинической картины, методов лечения и профилактики игровой аддикции отражено в достаточно большом количестве публикаций, до настоящего времени остаются дискуссионными как факторы, побуждающие человека к неконтрольному влечению к азартным играм, типология данного расстройства, так и процесс формирования, и как следствие, психофармакотерапия упомянутого варианта нехимической аддикции [1;2;3]. Актуальность проблемы увеличения распространенности игровой аддикции в современном обществе как в Украине, так и зарубежных странах, усиливается значительным социальным резонансом, который вызывает лудомания [4;5;6]. Деформация социально-психологических установок играющего индивидуума при этом приводит к деструктивным процессам в социальном функционировании, межличностным и внутриличностным конфликтам, вовлечению лудомана в асоциальное, а зачастую, и преступное поведение [7;8]. На современном этапе развития научно-технического прогресса существует большое количество приспособлений для участия в играх: казино, в том числе казино в интерактивной форме с возможностью доступа через Интернет, компьютер, игровые автоматы, игровые приставки, мобильные телефоны, телевизионные лотереи, программное обеспечение для гемблеров и т.д.. Так, при изучении распространенности компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса в Российской Федерации было отмечено, что данная патология:

- достаточно широко распространена среди различных групп населения
- детерминирована возрастными, гендерными, профессиональными характеристиками
- является социально-кризисной чрезвычайной ситуацией, требующей специальных законодательных, профилактических и коррекционных программ, особенно в отношении детей и подростков, являющихся группой риска игровой аддикции

Обследованные лица были разделены по группам:

- I – II - «увлеченные» - длительность вовлечения в компьютерные игры 2-4 часа в сутки при периодической, не ежедневной игре, имеются отдель-

ные психологические признаки «зависимого» поведения;

- III – «зависимые» - длительность вовлечения – 4-7 часов в сутки при ежедневной игре, выраженные психологические признаки «зависимого» поведения;
- «нормативные» - длительность вовлечения в компьютерные игры носит периодический характер, не более 1-8 часов в неделю, без психологических признаков «зависимого» поведения

Результаты исследования представлены в таблице 1:

Таблица 1
Распределение обследованных студентов и школьников по группам принадлежности к различным уровням проявления игровой аддикции

Обследованная группа	Уровень игровой аддикции, %		
	Отсутствует	"Увлеченные" I -II группа	"Зависимые" III группа
9-11-е классы средней школы	62	23	15
Студенты 18 - 21 год	76	17	7

Так, анализ анонимного анкетирования жителей мегаполиса показал, что компьютерная игровая зависимость имеет широкое распространение среди различных возрастных и профессиональных групп населения. Максимально подверженные игровой компьютерной аддикции – школьники старших классов. Данное исследование выявило факт предпочтения студентами (67%) игр, требующих значительного психического напряжения, сопряженных с риском, неопределенностью ситуаций, различными вариантами развития игровых событий и эпизодов [9].

Запрет на функционирование игорных домов, казино, в Украине вынуждает собственников и организаторов игорного бизнеса предлагать свои услуги через виртуальное пространство, Интернет. Поэтому чрезмерное длительное нахождение в Интернете, как в источнике виртуальных казино, большого количества

интерактивных игр и т.д., также можно считать фактором риска в возникновении игровой аддикции. Исследования Интернет-аддикции среди 3500 человек в возрасте от 14 до 35 лет, проведенное в России, позволило выявить 2% Интернет-зависимых респондентов, сформулировать следующие выводы:

1. Интернет-зависимость является аддиктивной реализацией, возникающей у лиц, имеющих определенный преморбидный фон, либо очередной аддиктивной реализацией посредством Интернета у уже сформировавшегося аддикта, то есть, когда Интернет уже не оказывает желаемое действие, становится вероятной смена аддиктивной реализации на иную нехимическую или химическую аддикцию.

2. Группу риска составляют молодые мужчины, младше 21 года, учащиеся высших и средних учебных заведений, не состоящие в браке и имеющие в прошлом аффективные расстройства и различного рода аддикции.

3. Личностная предрасположенность Интернет-аддикции включает в себя: низкую самооценку, неудовлетворенность собой, склонность к фантазиям, застенчивость, наличие социальной фобии, осмысление недо-

статка социального статуса или внимания к себе [10].

Для лиц, страдающих Интернет-аддикцией, были свойственны: «предвкушение аддиктивной реализации», проблема контроля, низкая критика к собственному состоянию, нарушения социальной адаптации в реальной жизни. С течением времени у аддикта возникали различного регистра депрессивные расстройства, в том числе с суицидальными «тенденциями», нарушения режима и качества сна, цефалгии, заболевания области запястья.

Бухановский А.О. и соавт. [11] при обследовании зависимых от игры в автоматы, азартной игры в казино, игральные карты, отмечали, что предрасположенность к игровой аддикции имеет биологический, личностный и гендерный компоненты. Биологический компонент заключается в морфофункциональных особенностях - высокой частоте как признаков дизонтогенеза с локализацией в передних и глубоких отделах мозга, так и ассиметричного типа ЭЭГ, отражающего незрелость передних отделов мозга. Личностный компонент состоит в преобладании неустойчивого, гипертимного и истерического радикалов, экстраверсии, «облегченности» коммуникации при слабой способности к эмпатии.

Таблица 2

Структура ответов на вопросы опросника SOGS

№ п/п	Вопросы:	Нет		Да	
		Абс	%	Абс	%
1	Вы когда-нибудь говорили, что выиграли, а на самом деле проиграли?	1650	91,7	144	8
2	Как вы думаете, у вас были когда-нибудь проблемы с азартными играми?	1710	95	90	5
3	Вы когда-нибудь проигрывали больше, чем хотели?	1626	90,3	174	9,7
4	Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема с азартными играми за последние 12 мес.?	1716	95,3	84	4,7
5	Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема с азартными играми за всю жизнь?	1704	94,7	96	5,3
6	Вы когда-нибудь чувствовали себя виноватым из-за участия в азартных играх?	1680	93,3	120	6,7
7	Вы когда-нибудь хотели перестать играть, но думали, что не сможете?	1710	95	90	5
8	Вы когда-нибудь пытались скрыть от родственников и окружающих, что играете?	1698	94,3	102	5,7
9	Были ли ссоры в семье из-за денег в связи с игрой в азартные игры?	1734	96,3	66	3,7
10	Вы когда-нибудь ссорились с близкими людьми из-за того, что тратите деньги?	1542	85,7	258	14,3
11	Вы когда-нибудь не возвращали деньги из-за проигрыша?	1704	94,7	96	5,3
12	Вы когда-нибудь пропускали работу или занятия из-за участия в азартных играх?	1722	95,7	78	4,3

тии, склонности к азарту. Преморбидной личности присущ интеллект на уровне высокой нормы. Среди игроманов было отмечено преобладание мужчин со слабой и средне-слабой половой конституцией.

В связи с актуальностью темы игровой компьютерной и интернет-аддикций в Украине и за рубежом, мы исследовали отношение молодых людей, студентов высших учебных заведений, как к азартным играм вообще, так и отношение к Интернету, использованию компьютера, как к средствам доступа к играм, в частности.

Используя опросник SOGS [12], анонимно, с согласия респондентов, обследовано 1800 студентов высших учебных заведений гг. Киева и Донецка.

При анализе положительных ответов на вопросы с 1.1. по 1.6. было установлено, что наиболее значимые показатели характерны для таких видов игр: пари в спорте, игра в казино, игра в кости или другие игры на деньги, игра в карты на деньги.

На 4 вопрос: «Как часто вы возвращаетесь на следующий день, чтобы отыграться?» 92% (1656 чел.) ответили «никогда», 4,3% (78 чел.) - «иногда» и 1% (18 чел.) - «в большинстве проигрышей».

Ответы студентов ВУЗов на вопросы с 5 по 15 представлены в таблице 2 и для наглядности - на рисунках 1 и 2.

Отвечая на 16 вопрос опросника, «Если бы вы брали деньги взаймы для игры или чтобы расплатиться с игорными долгами, то у кого или где?» респонденты ответили так:

Вопросы:	Нет		Да	
	Абс	%	Абс	%
Из денег на ежедневные расходы	1620	90	180	10
У вашего друга	1680	93,3	120	6,7
У родственников	1728	96	72	4
В банке кредит	1776	98,7	72	4
У частных лиц под высокие проценты	1788	99,3	12	0,7
Продавали личную собственность	1800	100		
Брали кредит у игорного заведения	1782	99	18	1,0

Положительные ответы на вопросы скринингового исследования лиц молодого возраста по методу SOGS. Часть 1.



Рис. 1. Положительные ответы на вопросы скринингового исследования лиц молодого возраста по методу SOGS. Часть 1

**Положительные ответы на вопросы скринингового исследования лиц
молодого возраста по методу SOGS. Часть 2.**



Рис. 2. Положительные ответы на вопросы скринингового исследования лиц молодого возраста по методу SOGS. Часть 2

На 3 вопрос: «У кого из близких людей были проблемы с азартными играми?» 4% (72 чел.) ответили, что у отца; 3,7% (66 чел.) – у другого родственника; 3% (54 чел.) – у сестры или брата; 1,7% (30 чел.) – у матери

и 48% (864 чел.) – у друга или знакомого.

Анализ полученных результатов позволил сделать следующие выводы:

**У кого из близких людей были проблемы
с азартными играми?**

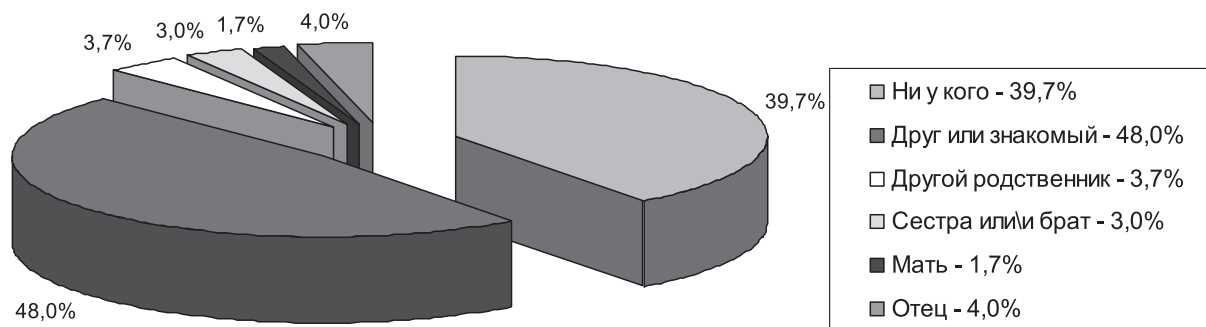


Рис. 3. Структура отношения к азартным играм у окружающих лиц, обследованных респондентов молодого возраста

Самая крупная сумма денег, с которой играл в один день

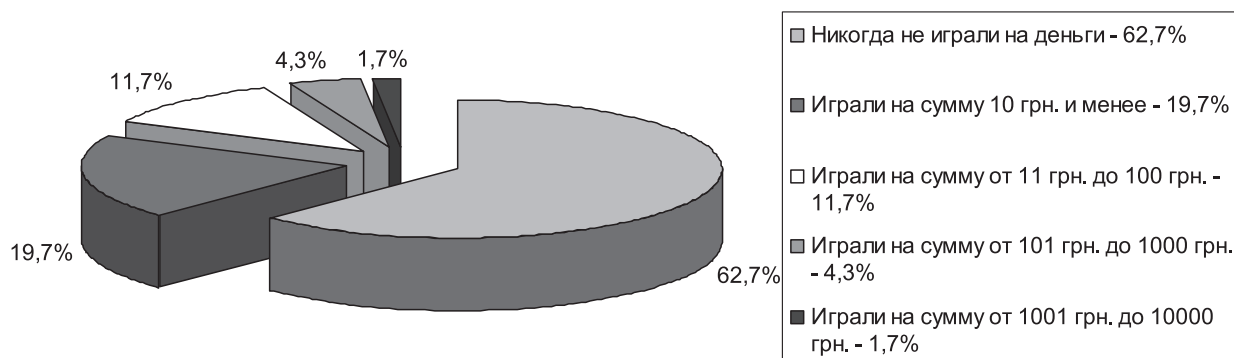


Рис. 4. Структура участия обследованных респондентов в азартных играх с финансовыми затратами

1. Возврат респондентов к игре с целью отыграться иногда (у 4,3%) или в большинстве проигрышей (у 1%) свидетельствует о нетерпимости к разочарованиям и потребности в немедленном удовлетворении импульсивных желаний, что является одним из основных признаков первой, подготовительной фазы формирования гемблинга (по R.L. Custer [13, 14]) и указывает на склонность личности к азарту.

2. Наличие в семье проблем, связанных с азартными играми, как указывали студенты, у отца (4%), сестры или брата (3%), матери (1,7%) относится к генетическим predispositionным компонентам согласно этиологической модели возникновения гемблинга, отражающей равновесно-компенсаторные отношения защитных факторов и факторов риска в формировании игровой аддикции [15].

3. На вопрос «У кого из близких людей были проблемы с азартными играми» 48% опрошенных указали на ответ «друг или знакомый». Этот беспрецедентный результат может косвенным образом свидетельствовать о том, что истинные масштабы игровой аддикции и ее начальных проявлений среди молодых людей шире, выявленных в нашем исследовании.

4. 4,3 % учащихся ВУЗов отметили интервал 100-1000 грн. денежной суммы, затраченной в один день на азартную игру, 1,7% - 1000 – 10000 грн. При этом 10% студентов указали, что деньги на азартные игры берут из денежных сумм на ежедневные расходы; 6,7% - у друга; 4% - у родственников; 14,3% - ссорились с членами семьи из-за денежных трат; 9,7% - проигрывали больше, чем хотели; 5,3% не возвращали деньги из-за проигрыша; 6,7% - чувствовали себя виноватыми, а 5,3% - пропускали работу или занятия из-за участия в азартных играх; 5,7% - пытались скрыть от родственников и окружающих то, что они играют в азартные игры. Данные факты свидетельствуют о значительном экономическом и моральном ущербе, наносимом молодежи Украины увлечением азартными играми.

Таким образом, проблема игровой аддикции, являясь чрезвычайно актуальной и социально значимой,

требует дальнейшей разработки, целью которой должно стать формирование адекватной системы психогигиены, психопрофилактики и психокоррекции данной патологии на государственном уровне.

Литература:

1. Aasved M. *The Sociology of gambling*. – Springfield: Charles C. Thomas, 2003. – 314 p.
2. Grant J.E., Potenza M.N. *Patological Gambling* // *Am. Psychiatric Publishing*, 2003. – 270 p.
3. Rugle L., Melamed L. *Neuropsychological assessment of attention deficit disorder in pathological gamblers* // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1993. – Vol. 181, №2. – P. 107 – 112.
4. Менделевич В.Д. *Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы)*. *Рос. психiatr. журн.*, 2003. - №1. – С. 5-9.
5. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. *О комплексном клинко-психопатологическом подходе к игровой зависимости*. *Съезд психиатров России, 14-й: Материалы*. М. 2005. – С. 378
6. Caster R.L. *Profile of the pathological gambler*. *J. Clin. Psychiat*, 1984. - №12. – С. 35-38.
7. Евдокимов В.И., Зайцев В.В. *Научно-методические аспекты развития и лечения патологической зависимости от азартных игр* // *Вест. психотерапии*. – 2007. - № 25. – С. 18 – 25.
8. Лоскутова В.А., Есаулов В.И. *Механизмы формирования Интернет-аддикции* // *Тезисы докладов Съезда психиатров России – Москва, 2000*. С. 290 – 291.
9. Рыбников В.Ю. и соавт. *Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса* // *Мед.-биол. и соц.-психол. Пробл. Безопасности в чрезвычай. Ситуациях*. – 2008. - №4. – С. 72-76.
10. Короленко Ц.П., Лоскутова В.А. *Интернет-зависимость в русскоязычном секторе Интернета* // *«Бюллетень СО РАМН»*. – 2004. - №3. – С. 45-52.
11. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. и др. *Факторы предрасположения к патологическому гемблингу* // *Журн. Неврологии и психиатрии*. – 2008. - №10. - С. 20-25.
12. Осуховская Е.С. *Методы исследования патологического влечения к азартным играм* // *Архив психиатрии*. – 2010. - №4. – С. 64-69.
13. Custer R.L. // *J. Clin. Psychiatry*. – 1984. – V. 45. – P. 35-38.
14. Custer R.L., Linnoil M., Loren V., Ro A. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – V. 80, No. 1. – P. 37-39.
15. Dickson L.M., Derevensky J.L., Gupta R. *The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework* // *J. Gambling Studies*. – 2002. - V. 18, No. 2. - P. 97-159.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ СЕРЕД ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.С. Осуховська

У статті представлені результати скринінгового анонімного опитування 1800 студентів вищих навчальних закладів міст Києва і Донецька за методикою дослідження ігрової залежності SOGS. Аналіз отриманих даних дозволив зробити висновок про поширеність та особливості деяких передиспозитивних генетичних та особистісних характеристик у молоді, а також про значний економічний і моральний збиток, який завдає участь в азартних іграх. Виконана робота підкреслює надзвичайну актуальність проблеми ігрової залежності в Україні, особливо серед студентів вищих навчальних закладів, що повинно послужити створенню державної програми психогігієни, психопрофілактики та психокорекції одного з видів нехімічної адикції ігроманії.

Ключові слова: ігрова залежність, ігрова адикція, азартні ігри, лудоманія, гемблінг

SURVEY RESULTS OF GAMBLING AMONG THE YOUNG AGE PERSONS

E.S. Osuhovskaya

The article presents the results of screening 1800 anonymous survey of university students in Kyiv, Donetsk and research on how to game dependence on SOGS. Analysis of the results allowed to conclude that the prevalence and features of some predispositional genetic and personality characteristics in young people, as well as significant economic and moral damage, which causes part in gambling. This work emphasizes the extreme urgency of the game depends in Ukraine, especially among university students, which should provide the creation of the state program psychohygiene, psychoprevention psychocorrection and one type of non-chemical addiction - gambling.

Keywords: video game addiction, game addiction, gambling, ludomaniya, gambling

УДК 616.89-008

А.Э.Гатицкая

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ,
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: психоактивные вещества, алкогольная зависимость, абстинентный синдром, алкоголизм, психические и поведенческие расстройства, типы течения.

По данным мировой статистики XXI век характеризуется значительной распространенностью психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами (С.И. Табачников, 2009-2011). 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 (И.В. Линский с соавторами, 2009).

Синдром зависимости это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ занимает первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является неопределимая или очень сильная потребность принять алкоголь или другое психоактивное вещество. Распределение больных по нозологии согласно по МКБ-10 охватывает рубрику F1 (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ), то есть F10.2.4.2.; F10.3. Диагноз алкогольной зависимости мы ставили только при наличии не менее 3-х или более признаков,

а именно:

- сильная потребность принять алкоголь;
- психологическая зависимость от алкоголя;
- физическая зависимость от алкоголя;
- повышение толерантности к алкоголю или его снижение (интолерантность);
- угасание (исчезновение) защитного рвотного рефлекса;
- психические и поведенческие расстройства, связанные с алкогольной интоксикацией;
- опохмеление;
- синдром отмены;
- утрата контроля над количеством и частотой употребления алкоголя;
- фиксационная амнезия;
- продолжение употребления алкоголя несмотря на очевидные вредные его последствия и др.

Диагноз синдрома зависимости уточняли 5-значными кодами:

F 1x.20 – в настоящее время воздержание;

F 1x.21 – в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (изоляция от общества – тюрьма);

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ СЕРЕД ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.С. Осуховська

У статті представлені результати скринінгового анонімного опитування 1800 студентів вищих навчальних закладів міст Києва і Донецька за методикою дослідження ігрової залежності SOGS. Аналіз отриманих даних дозволив зробити висновок про поширеність та особливості деяких передиспозитивних генетичних та особистісних характеристик у молоді, а також про значний економічний і моральний збиток, який завдає участь в азартних іграх. Виконана робота підкреслює надзвичайну актуальність проблеми ігрової залежності в Україні, особливо серед студентів вищих навчальних закладів, що повинно послужити створенню державної програми психогігієни, психопрофілактики та психокорекції одного з видів нехімічної адикції ігроманії.

Ключові слова: ігрова залежність, ігрова адикція, азартні ігри, лудоманія, гемблінг

SURVEY RESULTS OF GAMBLING AMONG THE YOUNG AGE PERSONS

E.S. Osuhovskaya

The article presents the results of screening 1800 anonymous survey of university students in Kyiv, Donetsk and research on how to game depending on SOGS. Analysis of the results allowed to conclude that the prevalence and features of some predispositional genetic and personality characteristics in young people, as well as significant economic and moral damage, which causes part in gambling. This work emphasizes the extreme urgency of the game depends in Ukraine, especially among university students, which should provide the creation of the state program psychohygiene, psychoprevention psychocorrection and one type of non-chemical addiction - gambling.

Keywords: video game addiction, game addiction, gambling, ludomaniya, gambling

УДК 616.89-008

А.Э.Гатицкая

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ,
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: психоактивные вещества, алкогольная зависимость, абстинентный синдром, алкоголизм, психические и поведенческие расстройства, типы течения.

По данным мировой статистики XXI век характеризуется значительной распространенностью психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами (С.И. Табачников, 2009-2011). 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 (И.В. Линский с соавторами, 2009).

Синдром зависимости это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ занимает первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является неопределимая или очень сильная потребность принять алкоголь или другое психоактивное вещество. Распределение больных по нозологии согласно по МКБ-10 охватывает рубрику F1 (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ), то есть F10.2.4.2.; F10.3. Диагноз алкогольной зависимости мы ставили только при наличии не менее 3-х или более признаков,

а именно:

- сильная потребность принять алкоголь;
- психологическая зависимость от алкоголя;
- физическая зависимость от алкоголя;
- повышение толерантности к алкоголю или его снижение (интолерантность);
- угасание (исчезновение) защитного рвотного рефлекса;
- психические и поведенческие расстройства, связанные с алкогольной интоксикацией;
- опохмеление;
- синдром отмены;
- утрата контроля над количеством и частотой употребления алкоголя;
- фиксационная амнезия;
- продолжение употребления алкоголя несмотря на очевидные вредные его последствия и др.

Диагноз синдрома зависимости уточняли 5-значными кодами:

F 1x.20 – в настоящее время воздержание;

F 1x.21 – в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (изоляция от общества – тюрьма);

Ф 1х.22 – в настоящее время под клиническим наблюдением, на поддерживающей антиалкогольной терапии.

При отборе больных на обследование мы обязательно учитывали не только международную классификацию МКБ-10/ИСД-10, но и А.А. Портнова, И.П. Пятницкой (1971), а также классификацию Министерства социальной политики и здравоохранения РФ согласно приказу от 1997 г., № 140.

Анализ клинической картины, как в основной ($n=120$), так и в группах сравнения ($n=160$) позволил нам выделить общие закономерности, характерные для данного заболевания. Так, большинство пациентов (94,3 %) впервые в жизни употребили алкоголь в возрасте от 12 до 20 лет. Систематически употребляли спиртные напитки исследуемые чаще в возрасте от 21 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 в первую очередь выделены: высокая толерантность к алкогольным напиткам (от 500,0 водки до 2000,0 – 3000,0 и более грамм); психологическая и физическая зависимость от алкоголя потеря защитного рвотного рефлекса;; запои, 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 – 80 человек (66,7 %) и в группах сравнения соответственно: 55 человек (68,8 %) и 58 человек (72,5 %). В то же время, пациенты с малопроедентным типом течения АЗ составили: в основной группе – 40 человек (33,3 %) и в группах сравнения соответственно: 25 человек (31,2 %) и 22 человека (27,5 %).

Характеристика личности обследованных основной и групп сравнения

А.Е. Личко, Н.Я. Иванов (1980) и др. определяют личность, как устойчивую систему социально значимых черт, которые характеризуют индивида как члена общества и поэтому предлагают делить людей в зависимости от поведения на «людей привычки» и «людей воли». Поведение первых базируется на характерологических, а вторых – на личностных особенностях. Известно, что черты характера и черты личности могут быть гармоничными и дисгармоничными.

В таблице 1 приводим дисгармоничные черты личности у исследуемых нами больных основной группы

($n=120$) и двух групп сравнения ($n=160$).

Таблица 1
Результаты исследования качеств личности у больных основной, двух групп сравнения и выявленные у них дисгармоничные черты

Личностные черты	Основная группа, $n=120$	Группы сравнения, $n=160$
	мужчины	
Эгоизм	43±3	41±3
Непорядочность	21±3	19±3
Злобность	32±3	29±3
Черствость	24±3	26±3
Бесстыдство	19±3	21±3
Трусливость	58±3	57±3
Бессовестность	14±3	17±3
Ненависть	13±3	15±3
Лживость	28±3	31±3
Недостаточная осознанность жизненной позиции и ответственность за нее	67±3	69±3

При анализе данных вышеприведенной таблицы обращает на себя внимание, тот факт, что для больных с алкогольной зависимостью, в первую очередь, были более присущи такие черты личности, как: недостаточная осознанность жизненной позиции и ответственность за нее (67±3), трусливость (58±3), эгоизм (43±3), злобность (32±3), лживость (28±3), черствость (24±3), ненависть (13±3) и др., что было характерно именно для исследуемых основной группы ($n=120$). В тоже время в группах сравнения ($n=160$) недостаточная осознанность жизненной позиции и ответственность за нее также была на первом месте (69±3), как и другие черты личности – трусливость (57±3), эгоизм (41±3), злобность (29±3), лживость (31±3), черствость (26±3).

Результаты клинко-психопатологических, психодиагностических и экспериментально-психологических исследований

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, а также адекватного выбора методов психотерапии, мы и провели клинко-психологические и психодиагностические исследования. Так, для выявления акцентуаций характера, нами были обследованы больные основной и двух групп сравнения по методике К. Леонгарда - Г. Шмишека (2000). Установлено, что у всех исследуемых чаще отмечались педантичный и возбудимый типы акцентуации характера. Причем, для лиц с педантичным типом акцентуации характера более характер-

ными были: нерешительность; постоянные сомнения в исходе лечения; боязнь принять какое-либо решение; тревога; опасения; беспокойство и самоанализ. Пациенты с возбудимым типом акцентуации характера отличались вспыльчивостью, вплоть до ярости, злопаятностью, а иногда беспричинным тоскливым настроением. 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 у больных основной группы ($n=120$) чаще встречались такие дисгармоничные черты личности, как трусливость, пессимизм, лживость, неверность, черствость и др. В то же время у пациентов групп сравнения ($n=160$) 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 реактивной и личностной тревоги, нами использована шкала реактивной и лич-

ностной 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. В группах сравнения в основном преобладали лица с умеренным и низким уровнем реактивной тревожности, а также низким уровнем личностной тревожности. Таким образом, если показатель реактивной тревоги был высоким практически у всех обследованных основной группы, то показатели личностной тревоги существенно зависят 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 + АРТ) эти показатели были близки к норме, в то время как в группах сравне-

Таблица 2

Показатели уровня реактивной и личностной тревоги у больных с алкогольной зависимостью (основная группа) по данным шкалы реактивной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина

Тип акцентуации характера	Реактивная тревога			Личностная тревога		
	Низкая	Умеренная	Высокая	Низкая	Умеренная	Высокая
Демонстративный	-	-	100-1	-	61 ± 3	39 ± 3
Педантический	-	-	100-1	-	59 ± 3	41 ± 3
Застревающий	-	-	100-1	-	46 ± 3	54 ± 3
Возбудимый	-	38 ± 3	62 ± 3	81 ± 3	16 ± 3	3 ± 2
Дистимический	-	-	100-1	-	-	100-1
Тревожный	-	-	100-1	-	-	100-1
Эмотивный	-	-	100-1	-	-	100-1
Аффективно-экзальтированный	-	-	100-1	-	-	100-1

Примечание: Примечание: низкая тревога равна 20-30; умеренная 31-45; высокая 46 и более баллам

Таблица 3

Тип отношения к болезни у больных основной и групп сравнения

Тип отношения к болезни	Основная группа n=120	Группы сравнения n=160	Достоверность (p)
Эргопатический	7±1,2	3±1,1	p<0,05
Анозогнозический	3±0,8	8±2,1	p<0,05
Тревожный	11±2,8	15±1,6	p<0,05
Ипохондрический	8±2,0	17±2,3	p<0,05
Неврастенический	28±2,5	11±2,8	p<0,05
Меланхолический	5±1,1	13±2,6	p<0,05
Апатический	3±1,2	8±2,0	p<0,05
Сенситивный	4±1,1	12±0,9	p<0,05
Эгоцентрический	7±1,3	11±2,8	p<0,05
Паранояльный	2±0,9	5±1,2	p<0,05
Эйфорический	19±2,2	13±1,8	p<0,05
Обсессивно-фобический	21±2,4	9±1,6	p<0,05

ния они практически не изменились.

Типы отношения исследуемых к своей болезни до и после лечения

Для получения целостного типа реагирования на болезнь нами использован опросник «Тип отношения к болезни». (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980).

При анализе данных (табл. 2) видно, что у исследуемых основной группы (n=120) значительно чаще, чем в группах сравнения, наблюдались эргопатический, обсессивно-фобический, неврастенический, эйфорический типы реагирования на болезнь (p<0,01). В тоже время для больных групп сравнения (n=160) были характерны анозогнозический, апатический, меланхолический, ипохондрический, паранояльный тип отношения к болезни (p<0,01).

Экспериментально-психологическое исследование больных с алкогольной зависимостью до и после лечения

Нами проведено исследование простейших психомоторных компонентов воли по методике Е.И.Игнатьева (1960) у больных основной и групп сравнения после снятия у них абстинентного синдрома, то есть через 5-10 дней после первичного их обращения за медицинской помощью. С этой целью использовали реконструированный обычный динамометр, в котором был запаян кронштейн, благодаря чему при ослаблении сжатия пружина возвращалась в исходное состояние.

Исходили из того, что моторная характеристика воли может быть исследована с помощью динамографа Лемана и измерена в секундах задержки группы мышц в состоянии стабильного напряжения.

Исследуемые субъективно переживали такое состояние как напряжение. Внешний вид у них при этом был в виде стиснутых зубов, сдвинутых бровей,

гиперемией лица и др.

Исследуемому давали инструкцию: «Сожмите динамометр сначала правой рукой, потом левой как можно сильнее». Секундомер включали в момент наивысшего мышечного усилия. Конечным результатом считалось ослабление сжатия, превышающего 5 кг, считая максимальную силу нажима. В протокол исследования записывали величину мышечного усилия в кг и показатель волевой задержки в секундах. Проводили пять измерений каждой рукой и фиксировали наибольший показатель. При этом учитывали, что волевая задержка не поддается упражнению и не зависит от возрастного фактора. В норме по данным Е.И.Игнатьева (1960) для мужчин максимальный показатель должен быть не менее 8,5 секунды. Оценку результатов исследования простейших психомоторных компонентов воли обозначали буквенно:

а – показатель в пределах нормы;

б – показатель выше нормы;

в – показатель ниже нормы.

У всех больных испытуемой и групп сравнения максимальный показатель был до основного лечения в пределах 5-7 секунд (после снятия абстинентного синдрома). Однако после окончания курса лечения в основной группе он был от 11 до 13 секунд, а в группах сравнения от 9 до 10 секунд (p<0,01).

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.

Література:

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 психиатрии. – 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., Минко 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. Медико-психологическое обследование соматических больных /А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 8. – С.1195-1198.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте. – Л., 1997. – 286 с.
8. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Украинский вестник психоневрології. – 2001. – Т.9, вип. 4 (29). – С. 6-7.
9. 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.
10. Москаленко В.Ф., Вієвський А.М., Табачников С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // Архив психиатрии. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 5-8.
11. Окладников В.И. Типология и адаптационные состояния личности. – Иркутск, 2000. – 172 с.
12. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект // Рос. психиатр. журнал. – 2002. – № 1. – С. 35-42.
13. Сосин И.К. Преформирование аксиомы классической наркологии (на модели алкогольной зависимости) // Архив психиатрии. – 2002. – № 4 (31). – С.51-59.
14. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. – К.: Здоров'я, 1986. – 152 с.
15. Табачников С.І. Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні. – 2010. – Т. 16, 1(60). – С. 5-8.
16. 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-АНАМНЕСТИЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ТА ЇХ РЕЗУЛЬТАТИ

А.Е. Гатицька

У статті наведені дані комплексного дослідження 280 хворих з алкогольною залежністю, які зверталися за лікувальною допомогою в Донецький медичний центр в період 2007-2009 р.р.

Основну групу склали 120 хворих та дві групи порівняльні (по 80 пацієнтів). Усім пацієнтам проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, експериментально-психологічне та психодіагностичне дослідження: опитувальники Ч.Д. Спілберга - Ю.Л. Ханіна, «Тип відношення до хвороби», «САН», методики В.Д. Менделевича і психомоторного компоненту волі 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 визначили правильну тактику і терапію у даного контингенту хворих.

Ключові слова: психоактивні речовини, алкогольна залежність, алкоголізм, типи течії, абстинентний синдром, психічні та поведінкові розлади

CLINICAL-ANAMNESTIC, CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL, PSYCHODIAGNOSTIC AND EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF ALCOHOL ADDICTIVE PATIENTS IN OUTPATIENT CONDITIONS

A.E. Gatytska

The data of complex analysis of 280 patients with alcohol addiction who asked for medical help in Donetsk medical center during a period from 2007-2009 are introduced in the article.

Main group consists from 120 patients and two groups of comparison (per 80 patients). All patients were made clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, experimental-psychological and psychodiagnostic analysis: questionnaires C.D. Spilberger- U.L. Khanin, "Attitude to disease type", "SAN", methods of V.D. Medelevech and psychomotor component of will etc.

In whole by the result of analysis was determined the certain addiction of functional, emotional state and attitude to disease among persons with alcoholic addiction and therefore determined the correct tactics and therapy among given contingent of patients.

Keywords: psychoactive substances, alcoholic addiction, alcoholism, type of flow, withdrawal syndrome, psychological and behavioral disorders

УДК: 616.89-008.442.15

О.А.Ревенко¹, К.В. Аймедов, Д.М. Корошніченко²
АДИКТИВНА КОМОРБІДНІСТЬ У СУЧАСНОЇ НАРКОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИЦІ
НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹,
Медичний центр «Інтерклінік-ОД»²

Ключові слова: адикція, наркоманія, патологічний гемблінг, алкоголізм, тривога, депресія

Ситуація, що пов'язана з залежністю (наркологічною, поведінковою) є проблемною для сучасної України та багатьох інших країн світу. Не дивлячись на активну розробку і впровадження різних медикаментозних і немедикаментозних методів лікування залежності, клінічних, профілактичних і реабілітаційних напрямів наркології (а в більш широкому сенсі - адиктології), кількість залежних осіб у цілому не зменшується [1;2].

Сьогодні став традиційним розподіл залежності на хімічну та нехімічну, причому, все більше авторів, як в Україні, так і за її межами, вважають, що механізми формування як перших, так і других принципово схожі. І це вельми поважно, бо пошук ефективних методів лікування й подальшої реабілітації повинен проводитися в одному, генеральному напрямі. Для нашого ментального простору сьогодні є характерним зсув акцентів з поширеної домінуючої у минулі десятиліття в популяції залежності від алкоголю і наркотиків у бік так званих «інформаційних» поведінкових варіантів залежності – патологічного гемблінгу, комп'ютероманії, екстремальні види спортивної діяльності і таке інше [3;4].

З патогенетичних механізмів, що зустрічаються в літературі, пояснюють явище залежності, доцільно зупинитися тільки на деяких, найбільш загальних. Зокрема, – активаційній теорії хвороб залежності і ролі кіндлінга в процесах адиктивної спрямованості. Яка заснована на аналізі нейрофізіологічних і нейрохімії аспектів патогенезу наркологічних захворювань. У ній представлена участь активаційної і підкріплюючої систем мозку у різних адиктивних реалізаціях, на різних етапах формування патологічної залежності. Стан активності стоволових структур мозку розглядається як базовий, вітальний. З цих позицій не має принципового значення, хімічні або інформаційні стимул-реакції обумовлюють додаткову їх стимуляцію, ще більш універсальною в цьому сенсі є теорія кіндлінга стосовно наркології адиктології ретельно описані кіндлінгові механізми і відмічена схожість даних патологічних процесів при залежності від психоактивних речовин і патологічної діяльності (комп'ютероманії, патологічний гемблінг) [5]. Необхідно відзначити, що мезолімбічний дофаміновий шлях є ключовою ланкою активаційної системи мозку. Тому закономірно чекати реципрокності кіндлінгових механізмів і функціонального стану активаційної системи мозку, а, отже, психічних і поведінкових розладів, включаючи адиктивні. У кліні-

ці це виявляється тим, що всі хвороби залежності передбачають в своєму розвитку донозологічний етап, що характеризується підпороговими стимул-реакціями. Зміст вказаної теорії це сумація підпорогових імпульсів, які в недалекому майбутньому, накопичившись, призведуть до «спалаху», тобто зумовлять синдром патологічної залежності від адиктогену.

У сучасній редакції класифікації МКХ-10, неважко відмітити, що не цілком логічно роз'єднуються принципово родинні стани залежності, по різних рубриках, десята редакція не має в своєму переліку всіх варіантів залежності, спостережуваних сьогодні в клінічній практиці, наприклад, таких як комп'ютероманія, трюдоголізм, патологічний гемблінг (розглядається в МКХ-10 не як залежність, а як особово-поведінковий розлад), шопінг, гаджет-залежність й багато інших [6;7]. Сподіваємось, що наступна версія цієї класифікації буде більш логічною та ємкою.

Важливо розглянути зміну адикцій, як одне з ключових, на наш погляд, явищ наркології, а саме і адиктології, яка стійко проявляє себе в різних ситуаціях і поєднаннях, і спонукає нас до уточнення і розвитку поняття «адиктивний радикал особи» чи «адиктивна вісь». З цим явищем тісно перекликається укорінений у вітчизняній наркології термін полінаркоманія [8], що є, на нашу думку, одним з варіантів зміни адикції, причому, зміни не в традиційному розумінні (наприклад, поява нової залежності в періоді ремісії початкової), а в «мерехтливому» режимі, тобто на тих, що чергуються один за одним або відрізань часу, що навіть накладаються один на одного (пароксизмальний, квантовий тип активності мозку). Найчастіше ми спостерігаємо одночасне співіснування в клінічній картині у конкретного хворого того або іншого адиктивного розладу (алкоголізму, лудоманії, патологічного шопінга та ін.) і розладу особи (за типом залежності, емоційно нестійкою, дісоціальної та ін.), синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; генералізованого тривожного розладу, обсесивно-компульсивного розладу, розладу адаптації, що також є одним з ключових явищ, коморбідністю в адиктології. Крім того, адиктивні розлади майже завжди розвиваються в акцентуйованих осіб, схильних до фантазування з приводу своєї винятковості; підвищено ранимих, чутливих до критики, шукаючих нових відчуттів і переживань, що відрізняються низькою фрустраційною толерантністю. Особливу увагу слід звернути на універсальність механізму тривожної депресії, по суті глибокої тривоги, що «надіває маску» депресії.

Подібна форма адаптації на патологічному рівні сьогодні повсюдно поширена в країнах з високим темпом життя, екзистенційною нестабільністю, «засміченістю» інформаційного простору шумовими сигналами. Україна, саме цими параметрами і характеризується, як і багато інших країн світу, що досить яскраво описує академік В.М. Запорожан у концепції науки майбутнього - ноетики [9;10]. Коморбідність з тривогою доповнюється третьою патологічною ланкою – конверсійними розладами. Це приводить в епоху Інтернету і розширення поля колективної свідомості до клінічного патоморфозу тривожних розладів – їх надзвичайно високій соматизації і вегетативній насиченості проявів, так звані Ноогенні форми неврозів, термін який запропонував В. Франкл [11;12].

Ось чому лікар-нарколог (адиктолог) повинен враховувати всі явні та не явні ознаки адиктивного розладу, які іноді маскуються за психо-соматичними еквівалентами. Проведене нами дослідження на протязі 2009-2011 років, включало 105 осіб, що звернулись до медичного центру «Інтерклінік-ОД», страждаючих опійною наркоманією, алкоголізмом, лудоманією. Ми ретельно виявляли коморбідні психічні та поведінкові розлади в залежних та намагалися знайти ведучу проблему хворого, але «мікст» проявив та композиційна заміна однієї патологічної діяльності іншою, іноді і дві налічували одразу (гра в азартні ігри та алкоголізація чи інтоксикація кокаїном), рідко дозволяло це зробити достовірно.

Зараз триває робота по систематизації отриманих нами даних, але вже можливо чітко відмітити, домінуючу роль патологічної схильності до азартних ігор, опійної наркоманії (її варіанти, героїнова, опій-сирець), алкоголізму. І як психічний еквівалент досить часто відбиваються тривожно-депресивні прояви, не тільки у терміни нестачі психоактивної речовини, чи неможливості приймання участі у патологічному поведінковому акті, а і на протязі «міжейфорійних» періодів та особливо при лікуванні та ремісії (головний чинник зриву ремісії).

Інколи нами виділено провідний розлад. Але при його лікуванні та виході пацієнта з клініки практично одразу його замінює коморбідний розлад (наприклад, при алкогольній чи опійній «підшивки» пацієнт занурюється у патологічну азартну гру. Тому не слід забувати, що у одного хворого може спостерігатися декілька коморбідних станів, що поглинають за принципом більшого тягаря інші порушення, поєднує з ними різні розлади, психічні і поведінкові розлади, інколи соціально терпимі, такі як вживання тютюну, але у результаті створюючи геометрично зростаючу кількість можливих поєднань, маскуючи одна другу.

Умовно можливо розподілити коморбідність на декілька порядків, наприклад 2-го, 3-го та вищих порядків, у залежності від домінування у клінічній картині адикта, у наших пацієнтів спостерігалось одночасно до п'яти та більше діагнозів, що співіснували, коморбідних між собою. Це вимагало ретельного

обліку всіх наявних розладів психіки і поведінки при побудові лікувальних заходів. Як правило звернення хворого (а частіше його родичів) було з приводу одного з коморбідних станів. Крім того, ми повинні пам'ятати, що звернення до терапевта або сімейного лікаря може мати місце з приводу, але якщо ми будемо ігнорувати наявність таких зв'язків в анамнезі, то провідна проблема особи, залишиться «за кадром».

Спираючись на нашу практичну концепцію поєднання залежностей, при якій теоретично можна виділити одну ведучу (у нашій версії це частіше залежність від азартних ігор), ми можемо збудувати логічну схему її коморбідності, з цілим рядом розладів, як адиктивний так і не адиктивний спрямованості, де зв'язані з патологічним гемблінгом стани вишиковуються в певну ієрархію залежно від їх тягаря і актуальності для особи. Найбільш частими в нашому дослідженні були такі поєднання як залежність від азартних ігор, різні варіанти розладу особи і поведінки у дорослих, легка циклотимія, агорафобія без панічного розладу, а також жахи під час сну і поведінкові розлади в результаті вживання тютюну. Далі слідує патологічний гемблінг з панічним розладом. Їм супроводили розлад режиму сну-неспаання, а також збільшення фізичних симптомів по психологічних причинах, і знову-таки поведінкові розлади в результаті вживання тютюну. У ряді випадків вже згаданий панічний розлад поєднувався з агорафобією, транзиторними тікозними розладами, психічними і поведінковими розладами в результаті вживання алкоголю та наркотичних речовин. В частини хворих залежність від азартних ігор поєднувалася з шизоїдним розладом особи, obsесивно-компульсивним й іпохондричними розладами. Це дозволяє думати, що в даної групи обстежених, захворювання, мабуть, компенсувалося психічними і поведінковими розладами в результаті вживання стимуляторів (кустарні похідні ефедрину). Вимагають подальшого уточнення приведені нами дані, які можна трактувати і як коморбідність різних розладів і як стадії формування гемблінгового поведінки. Нам бачиться, що патологічний гемблінг, враховуючи його високу соціальну поширеність, є все-таки провідним порушенням і «не витікає» з вище зазначених психічних і поведінкових порушень. Приведені нами міркування зведені до математичних таблиць, робота над якими зараз триває у ланках факторного та кореляційного аналізу.

Ймовірно, даний матеріал, слід адресувати перш за все сімейним лікарям та лікарям загально соматичної ланки, та повинен викликати у них певну настороженість відносно саме патологічного гемблінгу і спонукати до співпраці з фахівцями відповідного профілю. Безумовно, виходячи з вищевикладеного, крім «класичного» лікування залежності, слід вживати антидепресанти – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – для лікування зазначених станів. Перевага цієї фармакологічної групи ліків перед часто вживаними сьогодні бензодіазепіновими транквілізаторами або іншими седативними медикаментами, зокрема

рослинного походження або що містять барбітурати, диктується цілим рядом безперечних міркувань. Лікування тривоги у лікарів загальносоматичного профілю часто асоціюється з бензодіазепінами, які, були введені в психіатричну практику понад п'ятдесят років тому та стали вельми популярні, особливо у аптечній мережі розвинених країн. Але кінець 80-х ознаменувався появою на ринку флювоксаміну і флюанксетину – перших селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, які змусили переглянути відношення до традиційних транквілізаторів (діазепаму, оксазепаму, нітразепаму, хлордіазепоксиду та ін.). Це було пов'язано з виявленням в СІЗС з вираженою анксиолітичною активністю. Таким чином, всі розлади, зараховані або офіційно, або неофіційно до розладів залежності, так або інакше, мають вихід на підвищену тривожність як базову характеристику особи. Наше трактування описаного вище явища, робить абсолютно очевидною тактику вживання антидепресантів при адиктивних станах. Все більш лікарів стали відмовлятися від вельми токсичних і небезпечних в сенсі залежності бензодіазепінів і все більше схилилися до використання як коректорів тривоги селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, серед яких, мабуть, домінував пароксетин. Головні недоліки бензодіазепінових атарактиків загальновідомі – це і залежність від них, і негативний вплив на когнітивні функції, в першу чергу, пам'ять, і необхідність перманентно нарощувати дозу, і рикошет-симптоми, і ряд інших. Про препарати, що містять барбітурати, говорити взагалі не будемо, оскільки їх енцефалотоксична дія доказана. Анксиолітики рослинного походження – це, звичайно, принадно з точки зору безпеки, але сильно нагадує «бажане – за дійсне». Оцінити користь гомеопатії або психоаналізу при лікуванні тривоги неможливо за відсутності подібних досліджень. Іноді (при відсутності депресивних проявів) можливо використання таких транквілізаторів, як андаксин, тріоксазін, гліцин, адаптол, транквілар, афобазол та інші. В результаті обстеження 105 звернувшись адиктів, ми виявили в 86 (81,9%) з них симптоми тривоги, що значно перевищують середній рівень за шкалою Спілбергера-Ханіна, депресії, яка виявлена за допомогою шкали Гамільтона у 75 осіб (71,4%). В 62 (59%) з них депресивні і тривожні розлади виступали одночасно. Таким чином, включення нами антидепресанту групи СІЗС у схему

лікування, було обґрунтованим як з позицій патогенезу адиктивних захворювань, так і з точки зору клініки. Отримані обнадійливі результати, що виразилися в першу чергу кращою «доступністю» пацієнтів спеціальним, розробленим нами психокоректувальним заходам. Попутно відзначимо, що лікування краще та зручніше проводити курсами середньої тривалості (до 6 місяців), не опасаючись розвитку рикошет-симптомів. Понад року ремісії ми отримали вже у 34 хворих, 23 хворих «зірвалися» у перші три місяці терапевтичної співпраці, але більшість з них звернулася за подальшою допомогою, за іншими триває нагляд, тому остаточний відсоток ремісії нами поки що не отримано, це мета подальшого дослідження.

Література:

1. Линский И.В. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ // И.В. Линский, А.И. Минко, В.В. Шалашов, К.Д. Гапонов / Украинский вестник психоневрологии. - Т. 10, вып. 2 (31), 2002. - С. 22-23.
2. Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии // А.Ю. Егоров / Психическое здоровье. - 2006. - №9. - С.33-37.
3. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца – М.: ИДмед-практика-М, 2002. - 504с.
4. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
5. Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний // Э.В. Мельник / Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1-2. – С. 23-27.
6. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] // А.Ю. Егоров / СПб.: Речь, 2007. - 190 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - С.Петербург, 1994. - 300 с.
8. Шабанов П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация // П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг / С.Пб: Лань, 2000. – 368 с.
9. Запорожан В.М. Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії / В.М. Запорожан // Проблеми біоетики. - №1-2(5-6). - 2005. - С. 3-10.
10. Запорожан В.М. Шлях до ноетики / В.М. Запорожан. - О. : Одес. держ. мед. ун-т. - 2008. - 284 с.
11. Франкл В. Доктор и душа / В. Франкл. - СПб.: Ювента, 1997. - 245 с.
12. Аймедов К.В. Нооетична парадигма та поширеність лудоманії / К.В. Аймедов // Матеріали VII наук.-практ. конф. з між нар. участю студентів та молодих вчених «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». - 2009. – С. 82-83.

АДИКТИВНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.А. Ревенко, Д.Н. Корошниченко, К.В. Аймедов

В статье идет речь о коморбидности различных адиктивных форм и психических проявлений у больных, которые обращаются за наркологической помощью. Авторы пытались коротко оценить доминирующие и наиболее частые комбинации и предложить практические советы из собственного опыта сотрудничества с аддиктами и их семьями.

Ключевые слова: аддикция, наркомания, патологический гемблинг, алкоголизм, тревога, депрессия

**ADDICTIVE COMORBIDITY
IN MODERN NARCOLOGICAL PRACTICAL
A. Revenok, D. Koroshnichenko, K. Aymedov**

In the article speech goes about comorbidity of different addictive forms and psychical displays for patients which apply for narcological help. Authors tried briefly to estimate dominant and most frequent combinations and give practical advices from own experience of collaboration with addicts and their relatives.

Keywords: addictive, drug addiction, pathological gambling, alcoholism, depression

УДК 616.89+616.08

**С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, И. И. Марценковская
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНИИ У ЛИЦ
ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ**

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

Ключевые слова: наркомания, подростковый и молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема распространенности наркомании в разных странах мира, в том числе и в Украине занимает одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем [11, 10, 14]. Серьезность положения усугубляется возрастными параметрами контингента наркозависимых. В основном это лица молодого(формально трудоспособного) возраста [1, 9, 11].

В последние годы к употреблению наркотиков преобладает все более юные (подросткового возраста) лица, привыкая к ним чаще еще в период обучения в школе [5, 7]. Известно, что проблема наркомании в нашей стране стоит на втором месте после алкоголизма, причем с уклоном на более молодые слои населения [2, 18]. К сожалению, только незначительная часть лиц, употребляющих разные виды наркотиков попадают в поле зрения правовых органов и специалистов – медиков, большая часть остается скрытой, превышающей численность официальной во много раз [8, 9]. При этом растет употребление как легких, так и тяжелых наркотиков. Этому способствует целый ряд, в первую очередь, социальных причин: большая широта общения слоев населения, «раскрепощение нравов», падение моральных критериев, низкий уровень культуры лиц молодого возраста, недостатки семейного воспитания, несостоятельность или утрата жизненных принципов, активное экономическое внедрение криминальных структур в распространение наркотиков среди молодежи и т.д. [16, 12].

Особый интерес и значимость приобретает наркомания в раннем (подростковом) возрасте, с пролонга-

цией и стабилизацией в последующем среди молодого контингента населения.

Цель исследования: медико - социологические особенности сравнительной характеристики наркомании подросткового и молодого возраста в Украине.

Задачи работы:

1. Рассмотреть распространенность наркомании среди лиц молодого и подросткового возраста по регионам страны за период с 2008 по 2010 гг.
2. Провести сравнительную характеристику распространенности наркомании подросткового и молодого возраста за исследуемый период.
3. Выявить особенности характера формирования наркомании в изучаемых группах населения соответственно различным регионам Украины.

Для проведения исследования нами были взяты две группы лиц страдающих наркоманиями (разного вида) подросткового (0-17 лет) и молодого (15-35 лет) возраста. В работе мы использовали официальные статистические данные ВОЗ по распространенности наркомании в Украине в абсолютных цифрах и в пересчете на 100 тыс. населения за период с 2008 по 2010 года по регионам страны. Полученные результаты представлены в следующих таблицах.

Как видно из таблицы № 1 количество распространенности наркомании среди лиц подросткового возраста в абсолютных цифрах, соответственно изучаемому периоду, составило 109; 75; 54 человека; в пересчете на 100 тыс. населения – 1,3; 0,9; 0,67 человек. Наибольшими были показатели в Луганской (4,35); Киро-

**ADDICTIVE COMORBIDITY
IN MODERN NARCOLOGICAL PRACTICAL
A. Revenok, D. Koroshnichenko, K. Aymedov**

In the article speech goes about comorbidity of different addictive forms and psychical displays for patients which apply for narcological help. Authors tried briefly to estimate dominant and most frequent combinations and give practical advices from own experience of collaboration with addicts and their relatives.

Keywords: addictive, drug addiction, pathological gambling, alcoholism, depression

УДК 616.89+616.08

**С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, И. И. Марценковская
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНИИ У ЛИЦ
ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ**

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

Ключевые слова: наркомания, подростковый и молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема распространенности наркомании в разных странах мира, в том числе и в Украине занимает одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем [11, 10, 14]. Серьезность положения усугубляется возрастными параметрами контингента наркозависимых. В основном это лица молодого(формально трудоспособного) возраста [1, 9, 11].

В последние годы к употреблению наркотиков преобладает все более юные (подросткового возраста) лица, привыкая к ним чаще еще в период обучения в школе [5, 7]. Известно, что проблема наркомании в нашей стране стоит на втором месте после алкоголизма, причем с уклоном на более молодые слои населения [2, 18]. К сожалению, только незначительная часть лиц, употребляющих разные виды наркотиков попадают в поле зрения правовых органов и специалистов – медиков, большая часть остается скрытой, превышающей численность официальной во много раз [8, 9]. При этом растет употребление как легких, так и тяжелых наркотиков. Этому способствует целый ряд, в первую очередь, социальных причин: большая широта общения слоев населения, «раскрепощение нравов», падение моральных критериев, низкий уровень культуры лиц молодого возраста, недостатки семейного воспитания, несостоятельность или утрата жизненных принципов, активное экономическое внедрение криминальных структур в распространение наркотиков среди молодежи и т.д. [16, 12].

Особый интерес и значимость приобретает наркомания в раннем (подростковом) возрасте, с пролонга-

цией и стабилизацией в последующем среди молодого контингента населения.

Цель исследования: медико - социологические особенности сравнительной характеристики наркомании подросткового и молодого возраста в Украине.

Задачи работы:

1. Рассмотреть распространенность наркомании среди лиц молодого и подросткового возраста по регионам страны за период с 2008 по 2010 гг.
2. Провести сравнительную характеристику распространенности наркомании подросткового и молодого возраста за исследуемый период.
3. Выявить особенности характера формирования наркомании в изучаемых группах населения соответственно различным регионам Украины.

Для проведения исследования нами были взяты две группы лиц страдающих наркоманиями (разного вида) подросткового (0-17 лет) и молодого (15-35 лет) возраста. В работе мы использовали официальные статистические данные ВОЗ по распространенности наркомании в Украине в абсолютных цифрах и в пересчете на 100 тыс. населения за период с 2008 по 2010 года по регионам страны. Полученные результаты представлены в следующих таблицах.

Как видно из таблицы № 1 количество распространенности наркомании среди лиц подросткового возраста в абсолютных цифрах, соответственно изучаемому периоду, составило 109; 75; 54 человека; в пересчете на 100 тыс. населения – 1,3; 0,9; 0,67 человек. Наибольшими были показатели в Луганской (4,35); Киро-

воградской (2,79); Запорожской (1,70) областях и г. Севастополе (1,68). Число вновь выявленных пациентов (табл. № 2) составило соответственно 79; 47; 47 человек; на 100 тыс. населения 1,0; 0,57; 0,58 человек.

Как оказалось наиболее худшими в количественном соотношении оказались показатели в Луганской (4,35); Запорожской (1,70); Кировоградской (2,79) областях и юга Украины – г. Севастополя (1,68) .

Таблица 1

Распространенность психических расстройств из-за употребления наркотических веществ (наркомании) лиц подросткового возраста (0-17 лет) населения Украины за 2008 - 2010 годы.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч подросткового населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	8	2	2	2,3	0,6	0,60
2	Винницкая	0	0	0	0	0,0	0,00
3	Волынская	2	0	0	0,9	0,0	0,00
4	Днепропетровская	7	6	5	1,2	1,1	0,89
5	Донецкая	8	12	5	1,1	1,8	0,74
6	Житомирская	0	0	0	0	0,0	0,00
7	Закарпатская	1	0	0	0,3	0,0	0,00
8	Запорожская	14	11	8	4,6	3,7	2,72
9	Ивано-Франковская	2	1	0	0,7	0,3	0,00
10	Киевская	0	1	0	0	0,3	0,00
11	Кировоградская	7	3	3	3,7	1,6	1,67
12	Луганская	17	14	15	4,7	4,0	4,35
13	Львовская	0	1	1	0	0,2	0,20
14	Николаевская	3	1	0	1,4	0,5	0,00
15	Одесская	13	10	5	2,9	2,3	1,15
16	Полтавская	1	0	1	0,4	0,0	0,41
17	Ровенская	3	1	0	1,1	0,4	0,00
18	Сумская	2	2	2	1,0	1,0	1,07
19	Тернопольская	0	0	0	0	0,0	0,00
20	Харьковская	5	1	2	1,2	0,2	0,48
21	Херсонская	4	4	1	1,9	2,0	0,49
22	Хмельницкая	1	1	1	0,4	0,4	0,40
23	Черкаская	2	0	0	0,9	0,0	0,00
24	Черновецкая	0	0	0	0	0,0	0,00
25	Черниговская	0	0	0	0	0,0	0,00
26	г.Киев	7	3	2	1,6	0,7	0,46
27	г.Севастополь	2	1	1	3,4	1,7	1,68
Украина		109	75	54	1,3	0,9	0,67

Таблиця 2

Заболієваемість психіческими расстройствами из-за употребления наркотических веществ (наркомании) лиц подросткового возраста (0-17 лет) населения Украины за 2008 - 2010 годы.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч подросткового населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	5	0	0	1,5	0,00	0,00
2	Винницкая	0	0	0	0	0,00	0,00
3	Волынская	1	0	0	0,4	0,00	0,00
4	Днепропетровская	2	4	4	0,4	0,70	0,71
5	Донецкая	10	10	6	1,4	1,46	0,89
6	Житомирская	0	0	0	0	0,00	0,00
7	Закарпатская	1	0	0	0,3	0,00	0,00
8	Запорожская	5	4	5	1,6	1,34	1,70
9	Ивано-Франковская	2	1	0	0,7	0,34	0,00
10	Киевская	0	1	0	0	0,32	0,00
11	Кировоградская	5	1	5	2,6	0,54	2,79
12	Луганская	12	11	15	3,3	3,12	4,35
13	Львовская	0	1	2	0	0,20	0,40
14	Николаевская	4	0	0	1,8	0,00	0,00
15	Одесская	4	2	2	0,9	0,46	0,46
16	Полтавская	3	0	2	1,2	0,00	0,81
17	Ровенская	2	1	0	0,7	0,37	0,00
18	Сумская	2	4	1	1,0	2,09	0,54
19	Тернопольская	0	0	0	0	0,00	0,00
20	Харьковская	3	1	2	0,7	0,24	0,48
21	Херсонская	1	1	0	0,5	0,49	0,00
22	Хмельницкая	1	1	0	0,4	0,39	0,00
23	Черкаская	2	0	0	0,9	0,00	0,00
24	Черновецкая	0	0	0	0	0,00	0,00
25	Черниговская	0	0	0	0	0,00	0,00
26	г.Киев	12	2	2	2,8	0,46	0,46
27	г.Севастополь	2	2	1	3,4	3,36	1,68
Украина		79	47	47	1.0	0.57	0,58

Количество лиц находящихся на специальном профилактическом учете у профильных специалистов как употребляющих наркотики, но без признаков наркотической зависимости (табл. № 3), в абсолютных цифрах за период 2008, 2009, 2010 годов составили 1159; 9030;

8011 человек; в пересчете на 100 тыс. населения, соответственно, 13,9; 11,4; 10,04. Здесь также наибольшими оказались показатели в регионах центрально – восточной: Сумская(24,64); Луганская (21,18); Донецкая (20,35) обл.) части Украины и южных областях: Нико-

Таблица 3

Количество лиц, находящихся на профилактическом учете, которые употребляли наркотики, без признаков наркотической зависимости (лица 0-17 лет) за 2008 - 2010 года.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч подросткового населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	80	60	43	23,4	17,8	12,80
2	Винницкая	15	0	8	4,7	0	2,61
3	Волынская	8	9	3	3,4	3,8	1,28
4	Днепропетровская	125	109	76	21,6	19,2	13,54
5	Донецкая	141	138	137	20,1	20,1	20,35
6	Житомирская	15	3	1	5,7	1,2	0,40
7	Закарпатская	12	8	0	4,1	2,8	0,00
8	Запорожская	37	22	42	12,1	7,4	14,28
9	Ивано-Франковская	6	7	15	2,0	2,4	5,18
10	Киевская	33	28	40	10,6	9,1	13,10
11	Кировоградская	13	6	3	6,9	3,3	1,67
12	Луганская	158	115	73	43,7	32,6	21,18
13	Львовская	62	42	42	12,1	8,3	8,44
14	Николаевская	43	38	44	19,4	17,5	20,66
15	Одесская	138	97	60	31,2	22,2	13,78
16	Полтавская	21	21	22	8,2	8,4	8,95
17	Ровенская	6	8	14	2,2	2,9	5,15
18	Сумская	83	72	46	42,1	37,6	24,64
19	Тернопольская	0	1	3	0	0,5	1,39
20	Харьковская	51	46	53	11,8	10,8	12,65
21	Херсонская	17	10	5	8,1	4,9	2,47
22	Хмельницкая	31	23	19	12,0	9,1	7,61
23	Черкасская	33	41	36	14,3	18,3	16,44
24	Черновецкая	7	4	6	3,6	2,1	3,20
25	Черниговская	14	12	13	7,6	6,7	7,39
26	г.Киев	6	7	5	1,4	1,6	1,14
27	г.Севастополь	4	3	2	6,7	5,1	3,36
Украина		1159	930	811	13,9	11,4	10,04

лаевская (20,66); Одесская (13,78). Количество лиц взятых на профилактический учет, без признаков наркотической зависимости, (табл. № 4) за исследуемый период в абсолютных цифрах, согласно годам составило 768; 605; 614 человек; в пересчете на сто тысяч населения – 9,2; 7,4; 7,6. При этом числовые законо-

мерности в показателях оставались прежними. Наибольшими (наихудшими) показатели оказались в центрально – восточных областях Украины. Соответственно: Сумская область – 20,89; Луганская – 17,12; Киевская – 13,75; Запорожская – 12,92; Черниговская – 11,37 и т. д.

Таблица 4

Количество лиц, взятых на профилактический учет, которые употребляли наркотики, без признаков наркотической зависимости (лица 0-17 лет) за 2008 - 2010 года.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч подросткового населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	31	28	28	9,1	8,3	8,34
2	Винницкая	13	0	7	4,1	0	2,28
3	Волынская	5	3	3	2,1	1,3	1,28
4	Днепропетровская	68	72	67	11,8	12,7	11,94
5	Донецкая	101	89	84	14,4	13,0	12,48
6	Житомирская	11	3	0	4,2	1,2	0,00
7	Закарпатская	6	0	0	2,1	0	0,00
8	Запорожская	40	21	38	13,1	7,0	12,92
9	Ивано-Франковская	4	13	12	1,3	4,4	4,14
10	Киевская	37	31	42	11,9	10,1	13,75
11	Кировоградская	7	3	1	3,7	1,6	0,56
12	Луганская	100	66	59	27,6	18,7	17,12
13	Львовская	45	27	30	8,8	5,4	6,03
14	Николаевская	21	22	32	9,5	10,2	15,02
15	Одесская	60	52	29	13,6	11,9	6,66
16	Полтавская	19	19	19	7,4	7,6	7,73
17	Ровенская	4	7	14	1,5	2,6	5,15
18	Сумская	59	35	39	29,9	18,3	20,89
19	Тернопольская	0	1	2	0,0	0,5	0,93
20	Харьковская	57	41	43	13,2	9,7	10,27
21	Херсонская	4	7	2	1,9	3,4	0,99
22	Хмельницкая	27	10	13	10,4	3,9	5,21
23	Черкасская	21	26	19	9,1	11,6	8,68
24	Черновецкая	6	3	4	3,1	1,6	2,13
25	Черниговская	14	14	20	7,6	7,8	11,37
26	г.Киев	7	9	6	1,6	2,1	1,37
27	г.Севастополь	1	3	1	1,7	5,1	1,68
Украина		768	605	614	9,2	7,4	7,60

Распространенность наркомании среди лиц молодого (15-35 лет) возраста за изучаемые годы показало следующее.

Как видно из таблицы № 5 число больных молодого возраста страдающих наркоманией в абсолютных цифрах за период 2008, 2009, 2010 лет составило -

53219; 52147; 51098 человек; в пересчете на 100 тыс. населения, соответственно, 381,7; 377,7; 375,02. Сообразно регионам страны наибольшее количество больных наблюдалось в центральных, восточных и южных областях; по данным 2010 года в Запорожской – 746,86; Кировоградской – 667,51; Киеве – 637,2;

Таблица 5

Распространенность психических расстройств в результате употребления наркотических веществ (наркомании) среди лиц молодого возраста (15-35 лет) в Украине за 2008 – 2010 года

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	2285	2178	2 126	384,0	369,4	365,12
2	Винницкая	847	856	827	179,7	183,5	179,29
3	Волынская	1029	970	825	320,1	302,6	258,88
4	Днепропетровская	5129	5247	5 120	500,3	519,0	515,19
5	Донецкая	5291	5108	5 291	395,9	387,9	409,54
6	Житомирская	1191	908	709	316,1	243,3	192,13
7	Закарпатская	166	158	137	41,5	39,7	34,64
8	Запорожская	4210	4014	3 921	778,9	752,1	746,86
9	Ивано-Франковская	482	494	465	113,4	116,4	110,14
10	Киевская	1018	961	903	199,1	190,0	180,63
11	Кировоградская	1700	1774	1 874	586,7	622,5	667,51
12	Луганская	3544	3744	3 945	508,6	545,9	585,73
13	Львовская	764	710	680	97,1	90,6	87,27
14	Николаевская	1206	1151	1 072	331,8	320,6	302,81
15	Одесская	5353	5487	5 363	721,8	745,4	736,21
16	Полтавская	1642	1419	1 400	377,1	330,3	331,12
17	Ровенская	915	852	854	254,6	237,8	239,58
18	Сумская	822	869	784	240,7	258,5	237,53
19	Тернопольская	341	363	371	104,0	111,4	114,74
20	Харьковская	1608	1629	1 597	185,7	190,5	190,11
21	Херсонская	2224	2033	1 893	670,2	621,0	586,26
22	Хмельницкая	1471	1432	1 370	386,6	379,4	366,78
23	Черкаская	1269	1212	1 154	345,5	334,2	322,46
24	Черновецкая	476	442	456	168,3	156,7	162,34
25	Черниговская	1288	1264	1 197	418,5	415,3	398,58
26	г.Киев	6202	6040	5 912	656,4	642,1	637,20
27	г.Севастополь	746	832	852	636,4	717,6	746,99
Украина		53219	52147	51098	381,7	377,7	375,02

Луганской - 585, 73; Севастополе – 746,99; Одесской – 736,21. Среди вновь заболевших за этот период (табл. № 6) показатели были следующими: в абсолютных цифрах - число больных наркоманией составило 4600; 4916; 4781 человек; соответственно на 100 тыс. населения – 32,7; 35,6; 35,09. Региональные приоритеты в

количественном соотношении оставались прежними – восточные и южные области страны. Так по данным 2010 года соответствующие показатели в Луганской области составило 81,074 Донецкой – 54,26; Кировоградской – 55,57; Одесской – 53,26; г. Севастополе – 84,17 и т. д.

Таблица 6

Психические расстройства в результате употребления наркотических веществ (наркомании) среди лиц молодого возраста (15-35 лет) в Украине за 2008 – 2010 года

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	157	198	215	26,4	33,6	36,92
2	Винницкая	127	115	99	27,0	24,7	21,46
3	Волынская	36	30	42	11,2	9,4	13,18
4	Днепропетровская	438	447	369	42,7	44,2	37,13
5	Донецкая	592	536	701	44,3	40,7	54,26
6	Житомирская	137	129	94	36,4	34,6	25,47
7	Закарпатская	28	27	17	7,0	6,8	4,30
8	Запорожская	369	308	324	68,3	57,7	61,71
9	Ивано-Франковская	69	55	43	16,2	13,0	10,18
10	Киевская	120	160	138	23,5	31,6	27,60
11	Кировоградская	147	180	156	50,7	63,2	55,57
12	Луганская	447	557	546	64,1	81,2	81,07
13	Львовская	108	126	150	13,7	16,1	19,25
14	Николаевская	79	103	84	21,7	28,7	23,73
15	Одесская	357	372	388	48,1	50,5	53,26
16	Полтавская	111	152	154	25,5	35,4	36,42
17	Ровенская	60	86	97	16,7	24,0	27,21
18	Сумская	114	121	99	33,4	36,0	29,99
19	Тернопольская	32	47	36	9,8	14,4	11,13
20	Харьковская	191	263	232	22,1	30,8	27,62
21	Херсонская	139	146	114	41,9	44,6	35,31
22	Хмельницкая	59	77	84	15,5	20,4	22,49
23	Черкаская	99	117	147	27,0	32,3	41,08
24	Черновецкая	49	53	35	17,3	18,8	12,46
25	Черниговская	60	115	95	19,5	37,8	31,63
26	г.Киев	334	240	226	35,4	25,5	24,36
27	г.Севастополь	141	156	96	120,3	134,5	84,17
Украина		4600	4916	4781	32,7	35,6	35,09

Количество лиц находящихся на профилактическом учете, как употребляющие наркотики, но без признаков зависимости за текущий период (табл. № 7) составил в абсолютных числах 28178; 27906; 28269 человек; соответственно на 100 тыс. населения – 202,07; 202,14; 207,47. По данным статистики за 2010 год наибольшими оказались показатели соответственно: в Крыму (526,21); Донецкой области (472,24); Запорожской (349,71); Херсонской (365,75); Сумской (283,58) и т.д. То есть преимущество составляли юг и восточные области Украины. Показатели взятых на профилактический учет среди лиц данной категории (-

табл. № 8) за изучаемый период составили в абсолютных числах – 9293; 8684; 9342; соответственно на сто тысяч населения – 66,64; 62,9; 68,56. Следует отметить, что несмотря на преобладание количества больных наркоманией в центральных, восточных и южных областях страны число вновь выявляемых и лиц без признаков зависимости часто не соответствует негативно приоритетным регионом, что характеризует разную степень выявляемости лиц с указанной патологией в различных регионах страны, что отражается на последующем формировании и динамике данных заболеваний среди населения.

Таблица 7

Количество лиц, находящихся на профилактическом учете, которые употребляли наркотические вещества без признаков зависимости (лица возраста 15 – 35 лет) за 2008 -2010 года.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	3316	3 338	3 064	557,19	566,14	526,21
2	Винницкая	435	0	359	92,30	0	77,83
3	Волинская	166	184	214	51,64	57,41	67,15
4	Днепропетровская	2074	2 042	2 065	202,31	201,99	207,78
5	Донецкая	5438	5 512	6 101	406,85	418,55	472,24
6	Житомирская	224	189	164	59,46	50,65	44,44
7	Закарпатская	108	110	83	27,00	27,61	20,99
8	Запорожская	1432	1 748	1 836	264,95	327,53	349,71
9	Ивано-Франковская	278	479	656	65,37	112,9	155,38
10	Киевская	755	823	772	147,68	162,71	154,43
11	Кировоградская	623	633	625	215,02	222,13	222,62
12	Луганская	2472	1 973	1 592	354,73	287,67	236,37
13	Львовская	367	282	217	46,65	35,97	27,85
14	Николаевская	868	989	1 051	238,79	275,44	296,88
15	Одесская	1091	1 270	1 223	147,11	172,52	167,89
16	Полтавская	702	628	667	161,20	146,18	157,75
17	Ровенская	270	244	247	75,11	68,11	69,29
18	Сумская	772	869	936	226,10	258,52	283,58
19	Тернопольская	133	150	163	40,57	46,03	50,41
20	Харьковская	2103	1 921	1 780	242,86	224,65	211,90
21	Херсонская	1403	1 330	1 181	422,81	406,28	365,75
22	Хмельницкая	300	255	255	78,83	67,56	68,27
23	Черкасская	230	269	235	62,63	74,18	65,67
24	Черновецкая	658	680	778	232,60	241,15	276,97
25	Черниговская	318	281	274	103,32	92,33	91,24
26	г.Киев	1565	1 627	1 659	165,63	172,97	178,81
27	г.Севастополь	77	80	72	65,68	69	63,13
Украина		28178	27906	28269	202,07	202,14	207,47

Таблиця 8

Количество лиц, взятых на профилактический учет, как употреблявших наркотические вещества без признаков зависимости (лица возраста 15 – 35 лет) за 2008 -2010 года.

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч соответствующего населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	829	672	645	139,30	113,97	110,77
2	Винницкая	233	0	254	49,44	0	55,07
3	Волынская	48	43	49	14,93	13,42	15,38
4	Днепропетровская	709	693	927	69,16	68,55	93,28
5	Донецкая	1122	1050	1214	83,94	79,73	93,97
6	Житомирская	102	78	147	27,08	20,9	39,84
7	Закарпатская	42	50	56	10,50	12,55	14,16
8	Запорожская	838	904	821	155,04	169,39	156,38
9	Ивано-Франковская	146	207	230	34,33	48,79	54,48
10	Киевская	761	834	781	148,86	164,89	156,23
11	Кировоградская	70	66	55	24,16	23,16	19,59
12	Луганская	792	724	861	113,65	105,56	127,84
13	Львовская	109	205	144	13,85	26,15	18,48
14	Николаевская	275	290	298	75,65	80,77	84,18
15	Одесская	291	352	304	39,24	47,82	41,73
16	Полтавская	298	286	253	68,43	66,57	59,84
17	Ровенская	122	105	125	33,94	29,31	35,07
18	Сумская	213	292	337	62,38	86,87	102,10
19	Тернопольская	46	35	42	14,03	10,74	12,99
20	Харьковская	1270	951	937	146,66	111,22	111,54
21	Херсонская	205	171	160	61,78	52,24	49,55
22	Хмельницкая	118	119	108	31,01	31,53	28,91
23	Черкаская	156	211	182	42,48	58,19	50,86
24	Черновецкая	150	93	141	53,02	32,98	50,20
25	Черниговская	137	107	110	44,51	35,16	36,63
26	г.Киев	180	124	148	19,05	13,18	15,95
27	г.Севастополь	31	22	13	26,44	18,97	11,40
Украина		9293	8684	9342	66,64	62,9	68,56

При сравнение результатов исследования двух изучаемых групп (подросткового и молодого возраста) на наличие распространенности и выявляемости больных наркоманией (по регионам страны) выявляются определенные закономерности, позволяющие сделать следующие выводы:

1. Подростковые наркомании характеризуются ран-

ним началом возникновения и формирования (первая половина школьного периода). По данным официальной статистики за периоды с 2008 по 2010 годы наблюдалась некоторая положительная динамика, соответственно на сто тысяч населения – 1,3; 0,9; 0,67. При этом снизилось число вновь заболевших – 1,0; 0,57; 0,58.

2. Число лиц подросткового возраста употребляющих наркотики но без признаков наркозависимости составляет достаточно значимые цифры, по текущему периоду – 13,9; 11,4; 10,04 на 100 тыс. населения. Данных подростков можно прогностически рассматривать как будущих больных наркоманией.
3. Региональное преобладание распространенности подростковых наркоманий в стране – центральные, восточные и южные области.
4. Наркомании молодого возраста имеют выраженный рост и распространенность по сравнению с подростковыми. Общие показатели за 2008, 2009, 2010 годы на 100 тыс. населения составили 381,7; 377,7; 375, 02.
5. Число вновь выявляемых больных наркоманией соответствует в целом регионам с наибольшей выраженностью заболеваний, концентрируясь более в восточных и южных областях.
6. Число лиц употребляющих наркотики, но без настоящей зависимости, в группе молодого возраста имеют высокие показатели (соответственно на 100 тыс. населения по изучаемым годам – 202,07; 202,14; 207,47). Указанное положение говорит о возможности последующего перехода данных лиц в категорию наркозависимых.
7. Учитывая определенные закономерности формирования наркомании подросткового и молодого возраста можно говорить о их взаимосвязи в развитии, распространенности и прогнозе.
8. Наблюдая особенности распространенности наркомании в разных регионах Украины (идентичности подросткового и молодого возраста) следуют сконцентрировать усилия медиков, социологов и представителей правовых органов для принятия более эффективных мер в решении проблемы наркомании в Украине среди молодежи.

Литература:

1. Горюшкин И.И. Механизмы алкоголизма: регуляционно-структурные отношения (патогенез, лечение, диагностика), научная монография / Горюшкин И.И. - М.: Спутник+, 2008:12-44. (глава 1-я).
2. Кошкина Е.А. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. / Кошкина Е.А., Киржанова В.В // Вопросы наркологии. - 2007. - №6. - С. 54-65.

3. Мугаллимова, Н.Н. Повышение уровня устойчивости подростков к употреблению психологически активных веществ средствами физической культуры / Н.Н. Мугаллимова // Теория и практика физической культуры. - 2009. - №11. - С. 43.
4. Мугаллимова, Н.Н. Двигательная активность как средство первичной профилактики подростковой наркомании / Н.Н. Мугаллимова [Электронный ресурс] // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта - 2010. - № 1(14). - Режим доступа : <http://www.kamgjf.k.ru/magazin/journal.htm>.
5. Мугаллимова, Н.Н. Профилактика наркомании в молодежной среде как социально-педагогическая проблема / Н.Н. Мугаллимова, З.М. Кузнецова [Электронный ресурс] // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. - 2008. - № 2(7).
6. Мугаллимова, Н.Н. Подготовка специалистов к ведению профилактической работы против злоупотребления психологически активных веществ детьми и подростками / Н.Н. Мугаллимова // Современное состояние и перспективы внедрения инновационных технологий в спорте и системе физкультурного образования : материалы всероссийской научно-практической конференции. - Набережные Челны: КамГАФКСиТ. 2008. - С. 154-155.
7. Приказ МЗ Украины от 02.06.2009г. № 382 «Об утверждении Временных стандартов оказания медицинской помощи подросткам и молодежи».
8. Приказ МЗ Украины от 02.06.2009г. № 383 «Об усовершенствовании организации оказания медицинской помощи подросткам и молодежи».
9. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2007 рр. — К.: МОЗ України, 2008. — 152 с.
10. Сирота, Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. вузов / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. М.: «Академия», 2008. 265 с.
11. Социальные аспекты, влияющие на приобщение подростков к употреблению психоактивных веществ / Кошкина Е. А., Вышинский К. В., Павловская Н. И. и др. // Наркология. - 10.2009.
12. International Control Narcotic Board. The report of the International Control Narcotic Board for 2004. - New York, United Nations, 2005.
13. Iacono W. Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: Common and specific influences/ Iacono W, Malone S, McGue M. // Ann. Rev. Clin. Psychol. - 2008; 4:325–348.
14. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / Bromet EJ; Gluzman SF; Paniotto VI etc.// Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 2005, vol. 40, issue 9, p 681, ISSN 09337954. ISBN 09337954.
15. UNODC World Drug Report 2007. Reference quoted in the 2009 WHO Guidelines for psychologically assisted pharmacological treatment of opioid dependence.
16. Degenhardt L. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys / Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler etc. // PLoS Medicine. - 2008. № 5. e 141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141.
17. Grau LE. Illicit use of opioids: is OxyContin a “gateway drug”? Am. J. Addict / Grau LE, Dasgupta N, Harvey AP etc. // Am. J. Addict / - 2007 - 16:166–173.
18. Patton GC. Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. / Patton GC, Coffey C, Lynskey MT [etc.] //Addiction. - 2007;102:607–615.

ПОРІВНЯЛЬНІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНІЙ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА МОЛОДОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

С. І. Табачников, Є. М. Харченко, І. І. Марценковська

Робота присвячена дослідженню наркоманії підліткового та молодого віку в Україні. Доведено взаємозв'язок розвитку, формування та прогнозу наркозалежності в даних вікових категоріях. Надані пропозиції по медико-соціальній корекції вирішенні проблеми.

Ключові слова: наркотична залежність, підлітковий та молодий вік, порівняльна характеристика

PERSONS OF JUVENILE AND YOUNG AGE HAVE COMPARATIVE ASPECTS OF DESCRIPTION OF DRUG ADDICTIONS IN UKRAINE

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, I. Martsenkovska

Work is devoted research of drug addiction of juvenile and young age in Ukraine. Intercommunication of development, forming and prognosis of narcodependence, is well-proven in information age-old categories. Given suggestions for mediko-social'n'a corrections decision of problem.

Keywords: drug dependence, juvenile and young cilia, comparative description

ПСИХОТЕРАПІЯ

А.Е. Табачников, Ц.Б. Абдрахимова
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Лекция вторая

Цель терапии

Фриц Перлз так писал о целях гештальт-терапии:

«Человек, способный жить в заинтересованном контакте со своим обществом, не будучи поглощен им, но и не отчуждаясь от него – это хорошо интегрированный человек. Он опирается на себя самого, поскольку понимает отношения между собой и обществом, как часть тела инстинктивно понимает свои отношения к телу-как-целому. Это человек, который чувствует контактную границу между собой и обществом, который воздаст кесарю кесарево и оставляет себе то, что принадлежит ему. Цель психотерапии – создать такого человека» [1].

Путь к этим целям, по мнению основателя гештальт-терапии, лежит через решение следующих задач:

«В терапии мы должны восстановить способность невротика к различению. Мы должны помочь ему вновь обнаружить для себя, что является им самим, а что нет; что способствует его развитию, а что препятствует. Мы должны направить его к интеграции. Мы должны помочь ему обрести правильное равновесие и контактную границу между собой и остальным миром» [1].

При этом, терапия может быть сосредоточена на решении не только актуальных для пациента проблем, но и задач, связанных с его последующим развитием, как личности:

«Цель терапии должна состоять в том, чтобы обеспечить пациента возможностью разрешить свои теперешние проблемы, а также те, которые возникнут у него завтра или через год. Такую возможность может дать ему способность опираться на себя (self-support), которую пациент обретает, применяя, - прямо сейчас, в настоящем, - к самому себе и своим проблемам все средства, имеющиеся в его распоряжении» [1].

«Успехом» можно считать не “излечение” в смысле законченного продукта, а наделение человека средствами и возможностями справляться с возникающими у него проблемами. Человек обретает для своей работы пространство, не загроможденное начатыми и незавершенными воздействиями. С этой точки зрения нет смысла обсуждать критерии терапевтического прогресса. Дело не в повышении “социальной адаптации” или улучшении “межличностных отношений”, которых ищет взгляд стороннего наблюдателя, желающего быть авторитетом. Речь идет о том, чтобы пациент сам создал свою возросшую жизненную силу и более эффективное функционирование. Хотя другие без сом-

нения заметят изменения, их благоприятное мнение о происходящем не является критерием терапевтического успеха» [2].

С учетом вышесказанного, а также мнений других выдающихся гештальт-терапевтов [3-4], можно утверждать, что гештальт-терапия может быть centered как на личности, так и на проблеме. Степень глубины изменений зависит от того, насколько далекое «терапевтическое путешествие» захочет завершить пациент.

В первом случае **целью гештальт-терапии** можно считать достижение целостности личности, ее равновесия со средой, поощрение пациента:

- лучше распознавать свои потребности и чувствовать себя комфортно при этом (расширить поле осознания себя и своего окружения, стать более чувствительным к нему, и в то же время, создать “мундир из брони” для деструктивных ситуаций, достичь настоящего контакта с окружающей средой);

«Невротик утерял (если он когда-либо располагал ею) способность организовывать свое поведение в соответствии с необходимой иерархией потребностей. Он буквально не может сосредоточиться. В терапии он должен научиться различать множество потребностей друг от друга и в каждый данный момент времени иметь дело с одной из них. Он должен научиться обнаруживать свои потребности и отождествлять себя с ними, научиться в каждый момент быть полностью вовлеченным в то, что он делает, оставаться в ситуации достаточно долго, чтобы завершить гештальт и перейти к другим делам» [1].

- креативно интегрировать конфликтующие чувства внутри себя, обрести способности творческого приспособления;

- понять, как именно можно удовлетворить свои потребности своими силами, не ущемляя права других; осознать, что человек является хозяином собственной судьбы (прекратить жаловаться на жизнь или обвинять других людей);

- наслаждаться всеми аспектами жизни, «стать тем, кем ты есть».

«Психотик говорит: “Я – Авраам Линкольн”. Невротик говорит: “Я хочу быть Авраамом Линкольном”. Здоровый говорит: “Я – это я, ты – это ты”» [5].

Во втором случае (**работа с конкретной проблемой**) терапевт помогает пациенту выявить сущность незакрытого гештальта, восстановив границу контакта с окружающей средой, т.е. осознав механизм срыва

цикла контакта (блокирования процесса удовлетворения потребностей). Чтобы справиться с этой задачей нередко требуется обширная предварительная работа, в ходе которой пациент учится лучше осознавать свои проблемы и находить эффективные способы их решения.

Терапевтический стиль.

Философская, психологическая и психопатологическая модели обуславливают особый терапевтический стиль гештальт-терапии. Терапевт ведет себя **активно и директивно**. Он побуждает пациента исследовать свой опыт «здесь-и-сейчас», т.е. сосредотачивает внимание на **непосредственных переживаниях**, а не на прошлом или будущем. Это означает не запрет поднимать подобные темы в разговоре, а подчеркивание того, что, обсуждая прошлые и будущие события, индивид конструирует эту воображаемую реальность в настоящем. То, что с ним происходит при этом, зачастую более значимо и информативно для целей терапии, чем содержание рассказа о другом времени или месте.

«Невротику трудно полностью присутствовать в настоящем; ему мешают незаконченные в прошлом дела. Его проблемы разворачиваются здесь и теперь, но зачастую лишь часть его присутствует при этом, пытаясь справиться с ними. Благодаря терапии он должен научиться полнее жить в настоящем, и его терапевтические сессии должны стать его первой практикой в этой еще неосвоенной им задаче. Поэтому гештальт-терапия разворачивается здесь и теперь, и мы просим пациента во время сеанса обращать все свое внимание на то, что он делает в настоящем, прямо здесь и сейчас, в течение самого сеанса» [1].

Следующая особенность стиля состоит в **акценте на экспериментировании**, а не обсуждении («лучше попробуй, чем говори об этом»). Вместо того чтобы объяснять или интерпретировать, психотерапевт предлагать пациенту заново «прожить» ситуацию. Для этого терапевт постоянно создает обстановку эксперимента, в которой пациент может приобрести обучающий опыт и расширить свой поведенческий репертуар.

«Гештальт-терапия основана на опыте (experiential), а не на словах или интерпретациях. Мы просим пациентов не говорить о своих травмах и проблемах в отдаленной области прошлых напряжений и воспоминаний, но пережить (re-experience) свои проблемы и травмы, которые для настоящего являются незаконченными ситуациями, - здесь и теперь» [1].

Акцент на экспериментировании проявляется и в том, как строится терапевтический процесс – в нем **нет жесткой программы и неизменных правил**.

«Формы, в которые терапия может облекаться, могут меняться с каждым новым пациентом, также как они могут меняться в зависимости от чувствительности и личного опыта каждого терапевта: с некоторыми пациентами связь будет, главным образом, словесная, с другими возможно обращение к выразительным формам и невербальному общению, такому как рисунок, движение, лепка, звук и т.д.» [3].

При этом терапевт обращается не только к разуму, но и к **телесным ощущениям и чувствам** клиента.

«Школа психотерапии, претендующая на целостный подход к целостному организму, не может ограничиваться исключительно умственными процессами, - вытесненными или проявленными. Она должна заниматься целостными паттернами поведения и стремиться помочь пациенту сознать их в такой мере, в какой это необходимо для психического здоровья» [2].

Поэтому гештальт-терапия имеет широкий спектр модальностей, она применяется индивидуально, в группе, в парах, с семьями и детьми.

Следующая особенность состоит в том, что искренность терапевта и его забота о пациенте может проявляться в **жесткости и откровенности**. Поощряя пациента быть самим собой, гештальтист подает личный пример в этом. Если клиент ведет себя нечестно, манипулятивно, неискренне и т.д., терапевт может открыто высказывать свое неудовольствие. При этом он стремится сохранить **баланс между фрустрацией и поддержкой пациента**. Мишенью для фрустрации является не личность клиента, а те застывшие и переставшие осознаваться паттерны поведения, которые некогда были адаптивными, а сейчас мешают ему удовлетворять свои потребности. При этом терапевт может выказать свои чувства, поделиться личным опытом. С другой стороны, гештальт-терапевт занимает поддерживающую позицию в отношении личности клиента, доверяет его мудрости, признает его право принимать решения, с которыми терапевт внутренне не согласен, поддерживает любые его осознанные выборы (как наилучшие для этого человека здесь и теперь).

«Мы фрустрируем пациента так, чтобы он был вынужден раскрывать собственный потенциал. Мы искусно прибегаем к фрустрации, чтобы заставить пациента искать собственный путь, выявлять собственные возможности, свой собственный потенциал и обнаружить, что все ожидаемое от психотерапевта он может сделать самостоятельно» [6].

Для достижения полноценного контакта с окружающей средой пациента просят постоянно персонализировать свои высказывания (**принцип “я” – “ты”**): говорить о своем опыте в первом лице, обращаться не «в воздух», а к конкретным лицам (психотерапевту, членам группы), открыто и недвусмысленно.

Е.А. Иванова и Н.М. Лебедева для характеристики стиля работы гештальт-терапевта используют метафору кинооператора, «меняющего план, фокус, ракурс и позволяющего отсмотреть отснятое» [7]. Клиент – отчасти сценарист и режиссер, а также один из главных актеров в своем фильме. Терапевт помогает клиенту осознать «что именно он видит, слышит, переживает и как этими действиями влияет на окружение».

Основные техники.

Гештальт-терапевты (как и роджерсианцы) нередко подчеркивают, что техники не являются центральным

аспектом психотерапии, они лишь являются различными способами экспериментирования¹. Следствием этого является отсутствие единого подхода в описании и классификации гештальт-техник. Так, Д.Н. Хломов делит их на техники диалога, который происходит на границе контакта между терапевтом и клиентом, и проективные техники, при которых терапевт поддерживает проявление и осознание клиентом своих переживаний [8], а К. Наранхо – на «техники подавления» и «техники проявления» [9]². Н.М. Лебедева и Е.А. Иванова – континуум осознания, эксперимент и технику «челнока» [10]. В описании техник гештальт-терапии мы будем опираться на последний подход.

1. Техники осознания (фокусирования).

Эти техники направлены на восстановление контакта клиента со средой (для последующего обеспечения творческого приспособления) путем проработки им ответа на вопрос терапевта: «Что Вы сейчас чувствуете (осознаете)? О чем Вы думаете?».

«Основная фраза, с которой мы просим наших пациентов начинать терапию, и к которой мы обращаемся постоянно, причем не только к словам, но и к ее духу, - это простая фраза: “Сейчас я осознаю...” (“Now I am aware...”») [2].

Внимательно наблюдая за вербальным и невербальным поведением пациента, терапевт диагностирует его способы прерывания контакта (психопатологические механизмы): ретрофлексию, проекцию, и т.д. и предлагает пациенту осознать их, задавая ему соответствующие вопросы. Это может происходить как при реализации других техник, так и в ходе специально посвященных тренингу осознания упражнений. В последнем случае пациента обучают медитативному осознанию «телесного чувства», которое пациент обычно подавляет («мышечные зажимы» по В. Райху). Для овладения этой техникой предлагаются специальные упражнения, в которых клиент сосредотачивается на своих ощущениях (звуки, запахи, телесные сенсации и т.д.)³. Для увеличения способности пациента к осознанию и проработке используются специальные приемы:

- **продления** испытываемых ощущений/чувств («Побудь с этим»);

- **преувеличения** (амплификации) – рекомендуется снять контроль с произвольных движений, гиперболизировать их и осознать, что за ними стоит;

- **выполнение домашнего задания** – предлагается в домашних условиях повторно рассмотреть прошедшую сессию с применением техник осознания.

«Мы предлагаем пациенту, в соответствии с нашим

общим подходом, представить себя снова в консультационном кабинете. Что он переживает? Может ли он без труда пройти всю сессию? Или обнаруживаются слепые пятна? Если так, осознает ли он эти слепые пятна, то есть, чувствует ли он, что имело место нечто, смутно его беспокоящее, на что он не может ясно посмотреть? Сказал ли он терапевту все, что следовало? Может ли он сделать это сейчас, причем будучи полностью, целиком собой? Может ли он сознавать избегание и прерывание каких-либо аспектов целостного выражения - иными словами, занят ли он преимущественно своими эмоциями, или движениями, или ощущениями, или визуализациями, или словами? Говорит ли он то, что чувствует, и чувствует ли то, что говорит?» [1].

2. Гештальт-эксперименты.

«Практически любую технику в гештальт-терапии можно рассматривать как особую кристаллизацию широкого предписания: “Бери ответственность, воспринимай себя, как автора своих поступков, осознавай себя в актуальном контакте с реальностью”» [6].

Экспериментальные техники состоят в том, что терапевт побуждает клиента актуализировать и прожить в настоящем (в том числе, через воплощение в действие) забытых, вытесненных или просто недостаточно полно прожитых событий (незакрытых гештальтов). Пациент может разыграть соответствующие сцены самостоятельно (монодрама⁴), либо воспользоваться помощью терапевта или других членов группы. Если пациент не может сразу провести эксперимент на реальном уровне или уровне разыгрывания роли, его осуществляют в воображении.

Исходной точкой такого эксперимента могут быть воспоминания, сновидения, фантазии, проекции, перенос пациента и т.д. Когда раскрывается проблема в его отношениях со значимыми окружающими, терапевт предлагает осознать и высказать свои чувства к этим людям.

«Недостаточно просто рассказать о прошлой ситуации, нужно вернуться к ней психодраматически... Рассказ о воспоминании оставляет само воспоминание изолированным, лишенным жизни... Вы получаете возможность интеллектуальных реконструкций, но не можете оживить их. Воспоминания невротика - это... незавершенное событие, которое прервано, но все еще живо, которое ждет ассимиляции и интеграции. И эта ассимиляция должна произойти здесь и теперь, в настоящем» [2].

Если на сессии клиент демонстрирует жесткие

¹ При этом отмечается, что гештальт-терапия нередко опознается по техникам, «которые не являются специфическими для гештальт-метода, а иногда даже мало или совсем не употребляются современными гештальт-терапевтами» [3]. Например, техника диалога с пустыми стульями, представляющими различных персонажей из жизни субъекта, заимствована Перлзом в конце его жизни из психодрамы Морено.

² Подавлению подлежат сопротивления, а проявлению – прерываемые действия.

³ Перлз называл свой метод «терапией концентрации», пока не подыскал название «гештальт-терапия».

⁴ Эту технику еще называют «горячим стулом» – напротив стула пациента ставится пустой стул, на котором «сидит» воображаемый собеседник. В ходе работы пациент поочередно пересаживается со стула на стул, пытаясь максимально отождествлять себя со всеми персонажами. Преимущество монодрамы состоит в том, что здесь пациенту легче понять, что все его представления о других принадлежат ему самому. Благодаря этому монотерапия избегает осложнений, связанных с личными качествами других людей, участвующих в обычной психодраме.

поведенческие схемы (например, он всегда аккуратен или всегда агрессивен), объектом экспериментального исследования могут стать уравнивающие эти схемы противоположные качества, вероятно, подавляемые в себе пациентом. Терапевт обращает клиента к таким противоположностям, давая им менее негативные названия. В эксперименте исследуются как связанные с их использованием новые адаптивные возможности, расширяющие потенциал клиента, так и причины этого подавления (часто – страх потерять контроль над ситуацией).

Если терапевт полагает, что мнение пациента о ком-то из окружающих связано с проекцией его собственных негативных качеств, терапевт может предложить пациенту сыграть роль носителя этих качеств (например «человека, которому нельзя доверять»), чтобы помочь прояснить эту ситуацию.

Если терапевт полагает, что в восстановлении целостности личности пациента могут помочь образы его сновидений⁵, он предлагает интенсивно «прожить сновидение», чтобы обнаружить «экзистенциальное послание», с которым спящий обращается к самому себе. Такой эксперимент может осуществляться, например, в форме импровизированных диалогов между различными элементами сна, как одушевленными, так и неодушевленными, с которыми пациент последовательно идентифицирует себя.

«Пациент может интегрировать сновидение и прийти к разрешению парадокса только посредством ре-идентификации, в том числе с теми аспектами сна, которые являются препятствием» [1].

3. Челночное движение.

Эта техника состоит в перенесении фокуса внимания от одного объекта (фигуры) к другому для лучшего целостного осознания связанной с ними проблемы и ее последующего решения. Такими фигурами могут быть реальность, воспоминания, фантазии, сновидения и т.д. Если у психотерапевта возникает гипотеза о

взаимосвязи симптома с той или иной фигурой, челночное движение осуществляется между этой фигурой и симптомом. Если терапевт замечает диссоциацию между вербальным и невербальным поведением пациента, движение осуществляется между этими формами коммуникации до достижения осознания.

Челночное движение может протекать в форме диалога между различными фрагментами личности или тела, в первую очередь теми, что связаны с симптомом («поговори со своей болью в левой ноге» или «поговори со своей забывчивостью»), в том числе, между нападающим (top-dog) и защищающимся (under-dog). Нападающий – это интроект родительский поучений и ожиданий (соответствует Супер-Эго или Родителю в транзактном анализе), а Защищающийся – неуверенная в себе, зависимая часть личности (соответствует Ребенку в транзактном анализе). Цель такого диалога – осознание и последующая интеграция функционирования индивида.

Литература:

1. Перлз Ф. *Гештальт-подход - свидетель терапии*. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 217 с.
2. Перлз Ф., Хефферлайн, Гудман П. *Практика гештальт-терапии*. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. - 480 с.
3. Робин Ж.-М. *Гештальт-терапия*. М.: Эйдос, 1996. - 64 с.
4. Yontef G. *Gestalt Therapy: An Introduction*. - The Gestalt Journal Press, 1993. - 570 p.
5. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. *Практикум по гештальт-терапии*. - СПб.: Изд-во "Петербург-XXI век", 1995. - 448 с.
6. Перлз Ф. *Внутри и вне помойного ведра*. - СПб., издательство "Петербург-XXI век", 1995. - 448 с.
7. Иванова Е.А., Лебедева Н.М. *Приглашение к Гештальту* // Журнал практического психолога, №7-8, июль-август, 1999.
8. Хломов Д.Н. *Гештальт-терапия* // Основные направления современной психотерапии. - М., "Когито-центр", 2000. - С. 343-371.
9. Наранхо К. *Гештальт-терапия: отношение и практика стереотического эмпиризма*. - Воронеж: НПО «Модек», 1995.-304 с.
10. Лебедева Н.М., Иванова Е.А. *Путешествие в гештальт: теория и практика*. - СПб: Речь, 2005. - 560 с.

⁵ Сон, по Перлзу, – «королевская дорога к интеграции личности» [1], поскольку образы сновидений рассматриваются им как проекция отдельных частей личности человека, видящего сон.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

УДК 616. 89 (091)

П.Т. Петрюк², А.П. Петрюк¹**Пётр Борисович Ганнушкин: биографические и научные аспекты
(к 135-летию со дня рождения)**¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,¹Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабунова дача),²Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков*В сущности нас интересует в жизни только одно –
наше психическое содержание.**И.П. Павлов*

Ганнушкин Пётр Борисович (1875-1933) – известный отечественный психиатр, ученик С.А. Суханова, и , первый советский профессор психиатрии, создатель концепции «малой психиатрии», глава московской психиатрической школы советских психиатров, организатор и редактор журнала

«Современная психиатрия», организатор психиатрической помощи, тонкий, несравненный клиницист, чьи труды внесли значительный вклад в психиатрическую и психологическую науку. В советской психиатрии он олицетворял клинико-нозологическое направление.

В историю науки Пётр Борисович вошел благодаря своим новаторским исследованиям расстройств, пограничных между нормой и патологией. В работе «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933) он предложил обширную классификацию психопатических индивидов, предвосхитив тем самым учение об акцентуациях характера. Им была предложена следующая классификация: циклоиды, астеники, неустойчивые, антисоциальные и конституционально-глупые. Также были описаны дополнительные подгруппы: депрессивные, возбудимые, эмоционально-лабильные, неврастеники, мечтатели, фанатики, патологические лгуны. Элементы его типологии в дальнейшем были использованы в работах . Классификация П.Б. Ганнушкина оказалась существенно шире рамок психопатий: с одной стороны, в неё оказались включены невротические варианты пограничных расстройств, с другой – помимо психопатических личностей, в неё вошли типы характеров, близкие к норме (например, так называемые мечтатели или конститу-

ционально-глупые – замечательные характеристики, носители которых встречаются на каждом шагу!). Пётр Борисович также занимался экспериментальным исследованием .

Мировую известность получила созданная П.Б. Ганнушкиным концепция статик и динамики психопатий. Он описал варианты клинической динамики психопатий, признаки поведенческой патологии в виде склонности к дезадаптации, тотальности и стабильности. Много внимания уделял развитию советской социальной психиатрии, сформулировал основные ее положения, задачи, круг проблем, теоретические основы, метод. Инициатор развития внебольничной психиатрической помощи. Под руководством Петра Борисовича в стране начала создаваться система психоневрологических диспансеров как новая форма внебольничной помощи психически больным [1-17].

Несомненно, такое краткое и в то же время емкое введение говорит о многом. Общепризнанно, что П.Б. Ганнушкин, как ученик С.А. Суханова, С.С. Корсакова и В.П. Сербского, первый избранный после революции профессор кафедры психиатрии Московского университета, как уже отмечено выше, стал не только создателем концепции малой психиатрии, но и главой московской психиатрической школы советских психиатров. Пётр Борисович посвятил основное внимание развитию конституционального направления в психиатрии. Применение динамического принципа к пограничной психиатрии позволило ему создать учение о психопатиях не как о застывших типах аномалий характера, а как о движущихся, изменяющихся под влиянием воздействий внешней среды личностных образованиях. Клиника психопатий и особенно форм их динамики, разработанные П.Б. Ганнушкиным, во многом определили представления советских психиатров (в т.ч. и украинских – дополнено нами – П.П., А.П.) о пограничной психиатрии [8, 19].

П.Б. Ганнушкин родился 8 марта 1875 года в деревне Новоселки Пронского уезда Рязанской губернии в

многодетной семье земского врача. Его отец был чутким, отзывчивым, требовательным и пунктуальным человеком. Его мать, урожденная Можарова, была родом из обедневших мелкопоместных дворян. Она получила хорошее домашнее воспитание и образование, знала французский и немецкий языки, увлекалась философией, любила музыку, поэзию и живопись, была общительна, отзывчива [6, 12]. Она и дала своим детям первоначальное образование.

В 1884 году семья переехала в г. Рязань, где отец получил работу в мужской гимназии № 7. Туда же поступил учиться и Пётр Ганнушкин. Его учеба протекала весьма успешно, однако он избегал участия в различных кружках. Будучи очень общительным, он не любил строгую дисциплину. Примерно с 13 летнего возраста будущий психиатр уже начал проявлять интерес к характеру и психической деятельности человека. В этом же возрасте он прочитал труд И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга», в котором автор попытался провести взаимосвязь между психическим состоянием человека и его физическими действиями. Возможно, именно эта книга заставила П.Б. Ганнушкина уже тогда задуматься о природе человеческой психики.

Следует отметить, что во время учебы П.Б. Ганнушкина в гимназии в Рязанской губернии произошло значительное событие. Известный земский психиатр Н.Н. Баженов провел реорганизацию психиатрической помощи в своем отделении. Он отказался от смиренных рубашек, ввел систему «открытых дверей» и психиатрический патронаж, а также значительно улучшил условия содержания психически больных в своей клинике. Из ранга сумасшедших он возвысил их до уровня просто больных людей, успешно применял в своей практике и «трудотерапию». Деятельность этого замечательного человека не могла пройти мимо внимания преуспевающего гимназиста П.Б. Ганнушкина. Эти события, несомненно, оставили свой след в его формирующемся сознании [9].

В 1893 году П.Б. Ганнушкин заканчивает гимназию с золотой медалью и поступает на медицинский факультет Московского университета, где с увлечением погружается в изучение медицинских наук. В этом университете в то время читали лекции такие известные ученые, как И.М. Сеченов («отец русской физиологии»), М.П. Черинов (профессор кафедры общей терапии и диагностики), А.Я. Кожевников (внес значительный вклад в развитие отечественной неврологии и психиатрии), а также С.С. Корсаков (его докторская диссертация «Об алкогольном параличе» получила мировую известность).

После 3-го курса П.Б. Ганнушкин окончательно выбрал для себя психиатрию как медицинскую специальность. Он занимается на кафедре нервных болезней под руководством А.Я. Кожевникова, а на 5-м курсе изучает психиатрию у С.С. Корсакова. Во время учебы в университете Пётр Борисович одновременно работает в клинике для душевнобольных, исполняя

обязанности младшего и среднего медицинского персонала, проводит ночи у постели душевнобольных, знакомится воочию с системами морального влияния, нестеснения, открытых дверей, рабочего и постельного режимов [6, 8].

В 1898 году П.Б. Ганнушкин заканчивает университет. От предложения занять место штатного ординатора он отказывается, так как это было по тому времени связано с исполнением надзирательских обязанностей. Проработав 4 года врачом-экстерном клиники, Пётр Борисович в 1902 году занимает должность внештатного ассистента в психиатрической клинике В.П. Сербского. В это время он занимается разработкой материалов амбулаторной клиники и на их основе пишет ряд научных трудов. Особое влияние на П.Б. Ганнушкина оказывает ассистент С.С. Корсаков С.А. Суханов, с которым они совместно опубликовали 6 научных работ, где провели анализ не смешанных, а однородных форм болезней. Они выделили особую конституцию навязчивых идей и показали, как в некоторых случаях они могут перейти в слабую форму шизофрении. Упомянутые авторы отметили, что сексуальные отклонения, присущие человеку при навязчивых идеях, являются лишь сопутствующим явлением, а не причиной болезни (в отличие от теории З. Фрейда). В 1902 году по предложению С.А. Суханова, В.П. Сербского и Г.И. Россолимо П.Б. Ганнушкин был принят в действительные члены Московского общества невропатологов и психиатров [6, 12, 16].

В 1904 году П.Б. Ганнушкин защищает докторскую диссертацию «Острая паранойя», написанную под руководством В.П. Сербского. После этого он начинает работать приват-доцентом кафедры душевных болезней Московского университета, читая курс «Учение о патологических характерах». В это время Пётр Борисович занимается изучением проблем пограничной и социальной психиатрии. Он развивает учение о пограничных состояниях психического здоровья, начиная создавать так называемую малую психиатрию. Применяя динамический принцип, П.Б. Ганнушкин расширил понятие психопатии, определив ее как изменяющееся под влиянием окружающей среды личностное образование, а не застывшую аномалию одной из черт характера. Динамика возраста и социальных условий лежит в основе развития психопатии.

Подмечено, что всякое неблагополучие существования человека обязательно сказывается на его психическом здоровье. Пётр Борисович отметил, что чаще всего вспышки психопатии проявляются в подростковом возрасте. И здесь самым главным для дальнейшего благополучного влияния на личность является правильное воспитание. Условия жизни, общие социальные установки и правильно организованный труд – основные факторы, влияющие на течение психопатии.

В 1905 году П.Б. Ганнушкин отправляется в Мюнхен на полуторамесячные курсы усовершенствования по психиатрии в клинику Э. Крепелина, который активно способствовал развитию нозологического

направления в психиатрии. После этого непродолжительного общения с Э. Крепелиным Пётр Борисович стал сторонником его учения. В 1908 и 1911 годах он вторично прошел эти курсы. В 1907 году П.Б. Ганнушкин посетил Парижскую психиатрическую больницу святой Анны, где ознакомился с методами профессора В. Маньяна, который придавал большое значение синдромологическому направлению в психиатрии. Э. Крепелин выступал против этого направления, рассматривая психическую болезнь как закономерный биологический процесс. В нозологии он особенно важное значение придавал исходу болезни, при этом мало уделяя внимания симптомам.

Многие известные ученые, в том числе и В.П. Сербский, выступали против учения Э. Крепелина. Когда В.П. Сербский отказался вводить коллегиальное управление в клинике, усилились противоречия между ним и остальными врачами, что началось это как раз с игнорирования им учения Э. Крепелина. В 1906 году третейский суд вынес решение о необходимости коллективного ведения дел в клинике. Профессор В.П. Сербский не согласился с этим решением и начал активно увольнять врачей, не поддерживавших его. В знак протеста из клиники добровольно ушло 20 сотрудников, среди которых было 7 врачей, в число которых входил и П.Б. Ганнушкин [6, 8, 9].

Следующий этап его профессиональной деятельности связан с Московской Алексеевской психиатрической больницей (ныне больница имени П.П. Кашенко). Пётр Борисович работал там в качестве врача-ординатора до 1914 года. Практическая психиатрия имела для него очень важное значение. Вскоре после этого он организовал и редактировал издание передового журнала «Современная психиатрия» (1907-1917), а также становится весьма влиятельным членом правления Русского союза психиатров и невропатологов. В 1914 году Пётр Борисович становится во главе правления Русского союза психиатров и невропатологов, сплачивая вокруг себя молодых, прогрессивно настроенных врачей. Принимает активное участие в издании «Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова».

В 1914 году его призывают в армию, а в 1917 году П.Б. Ганнушкин демобилизуется по болезни и возвращается в Алексеевскую больницу, а с 1918 года работает профессором кафедры психиатрии Московского университета (с 1930 года – 1-го Московского медицинского института) и директором университетской психиатрической клиники (ныне клиники имени С.С. Корсакова АМН России имени И.М. Сеченова). Пётр Борисович продолжает развивать учение о психопатиях, придавая особое значение взаимосвязи психиатрии со всеми социальными и политическими событиями, происходящими в обществе. Войну и революцию он классифицировал как «травматическую эпидемию» всего населения, отмечая наличие связи и взаимовлияния психики людей в целом и их социальной жизни [9, 14, 19].

П.Б. Ганнушкин критиковал теорию Ч. Ломброзо о «прирожденном преступнике». Интересовался психоа-

налитическими идеями и в экспериментальном порядке использовал психоаналитическую терапию на практике. Своё отношение к психоанализу сформулировал в работе «О психотерапии и психоанализе». Пётр Борисович описал признаки поведенческой патологии в виде склонности к дезадаптации, тотальности и стабильности, был активным инициатором развития внебольничной психиатрической помощи.

Фундаментальный труд П.Б. Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» следует считать классическим. В нем очень подробно рассматривается проблема психопатий и дано их четкое определение, включающее: 1) приращенность патологических особенностей; 2) их отражение на всей душевной жизни и развитии личности; 3) эти особенности таковы, что их носители находятся на грани душевного здоровья и болезни.

Основной темой этой монографии можно назвать динамический характер психопатий. Поэтому при клиническом лечении и исследовании психопатий Пётр Борисович рекомендует также производить изучение окружающей среды больного. Пограничную полосу между здоровым и больным психическим состоянием он называет малой психиатрией, однако отмечает, что эта область требует большего опыта, знаний и навыков, чем большая психиатрия, т.к. круг людей, подпадающих под это определение, значительно шире [6].

В 1927 году Пётр Борисович выделил эпилептоидный тип реакции («Ганнушкина эпилептоидный тип реакции»), в 1933 году разработал критерии и концепцию динамики психопатий («Ганнушкина-Кербилова триада критериев психопатий» и «Ганнушкина концепция динамики психопатий»).

Именно при непосредственном участии П.Б. Ганнушкина, впервые в мире была создана система диспансеров, обеспечивающая возможность непрерывного наблюдения за больными, преемственности в их лечении. Продолжатель и последователь традиций московской психиатрической школы, П.Б. Ганнушкин был руководителем плеяды известных психиатров. Среди учеников П.Б. Ганнушкина – Ф.Ф. Детенгоф, С.Г. Жислин, А.Н. Молохов, Д.Е. Мелехов, В.М. Морозов, А.О. Эдельштейн, Б.Д. Фридман и многие другие.

Петром Борисовичем издано 3 монографии, 19 статей, 9 предисловий к монографиям и сборникам и около 100 рецензий. Его перу принадлежат следующие основные научные труды: «Прогрессивный паралич по данным Московской психиатрической клиники» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1901); «К вопросу о значении мышечного валика у душевнобольных» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1901); «Сладострастие, жестокость и религия» (1901); «К учению о навязчивых идеях» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1902); «К учению о меланхолии» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1902); «К учению о мании» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1902); «О циркулярном психозе и циркулярном течении» (в соавторстве с С.А. Сухановым) (1903); «Острая паранойя (paranoia acuta).

Клиническая сторона вопроса» (1904); «Резонирующее помешательство и резонерство» (1905); «Психастенический характер» (1907); «Психиатрия. Ее задачи, объем, преподавание» (1924); «Об эпилептоидном типе реакции» (1927); «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933); «О психотерапии и психоанализе» (1964); «Избранные труды» (1964) и другие [4, 6, 9].

Пётр Борисович умер очень рано. Ему было всего 57 лет, и тем более тяжела эта потеря. Хочется надеяться, что надолго память о нем, о его тонкой наблюдательности, эрудиции и общественной устремленности будет для нас примером и побуждающим стимулом в нашем изучении психиатрии и в нашей общественно-психиатрической практике [11, 15]. Всей своей научной и профессиональной деятельностью он как бы утверждал значимую взаимосвязь врача-психиатра с общественной жизнью, т.к. в основе социальных действий находится состояние психики человека, и в этом плане труд психиатров становится ответственным и значительным.

Таким образом, П.Б. Ганнушкин внес весомый вклад в развитие отечественной советской научной и практической психиатрии. Вне сомнения, творческая биография и научное наследие Петра Борисовича представляет большой интерес для истории современной психиатрической науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература:

1. Банищев В.М. Большой друг больного (К 100-летию со дня рождения П.Б. Ганнушкина) / В.М. Банищев // Здоровье. – 1975. – № 3. – С. 32.
2. Банищев В.М. П.Б. Ганнушкин – большой друг больных / В.М. Банищев // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи: Тез. научн. конф., посвященной 100-летию со дня рождения проф. П.Б. Ганнушкина (г. Москва, 29-30 июня 1975 г.) / Под общ. ред. М.Ш. Вольфа. – М.: Б.и., 1975. – С. 22-24.
3. Бурно М.Е. Апология Ганнушкина (к курсу лекций Е.В. Черновитова «Социальная медицина») / М.Е. Бурно // Независимый психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 73-78.
4. Вольф М.Ш. Материалы к врачебной, научной и педагогической деятельности соратников и учеников П.Б. Ганнушкина / М.Ш.

Вольф, А.Г. Герши // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи: Тез. научн. конф., посвященной 100-летию со дня рождения проф. П.Б. Ганнушкина (г. Москва, 29-30 июня 1975 г.) / Под общ. ред. М.Ш. Вольфа. – М.: Б.и., 1975. – С. 80-89.

5. Галабян А.Г. П.Б. Ганнушкин и современное состояние психиатрии (К 30-летию со дня смерти) / А.Г. Галабян // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1963. – Т.63. – Вып. 3. – С. 443-447.

6. Герши А.Г. П.Б. Ганнушкин / А.Г. Герши. – М.: Медицина, 1975. – 64 с.

7. Мелехов Д.Е. П.Б. Ганнушкин и развитие социальной психиатрии в СССР / Д.Е. Мелехов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1975. – Т. 75. – Вып. 4. – С. 583-586.

8. Петрюк П.Т. Профессор Петр Борисович Ганнушкин – выдающийся психиатр современной эпохи: К 125-летию со дня рождения (1875-1933) / П.Т. Петрюк // Вісник Асоціації психіатрів України. – 2000. – № 1 (16). – С. 211-231.

9. Петрюк П.Т. Профессор Петр Борисович Ганнушкин – выдающийся отечественный психиатр, создатель концепции «малой психиатрии» (К 130-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Укр. вісник психоневрології. – 2005. – Т.13. – Вып. 3 (44). – С. 88-94.

10. Розенштейн Л.М. П.Б. Ганнушкин как психиатр эпохи / Л.М. Розенштейн // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина: Тр. психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. – Вып. 4. – М.-Л.: Биомедгиз, 1934. – С. 5-12.

11. 100 великих психологов / Автор-сост. Яровицкий В. – М.: Вече, 2004. – С. 44-47 (Серия «100 великих»).

12. Эдельштейн А.О. Памяти учителя / А.О. Эдельштейн // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина: Тр. психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. – Вып. 4. – М.-Л.: Биомедгиз, 1934. – С. 5-12.

13. Эдельштейн А.О. Клиническое направление Ганнушкина / А.О. Эдельштейн // Тр. психиатрической клиники 1-й Моск. мед. ин-та. – Вып. 5. – М.: Биомедгиз, 1934. – С. 5-10.

14. Эдельштейн А.О. Психиатрическая клиника / А.О. Эдельштейн // 175 лет 1-го Московского государственного медицинского института. – М.-Л., 1940. – С. 343-345.

15. Юдин Т.И. Памяти П.Б. Ганнушкина / Т.И. Юдин // Советская психоневрология. – 1933. – № 2. – С. 150.

16. Юдин Т.И. П.Б. Ганнушкин и малая психиатрия / Т.И. Юдин // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина: Тр. психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. – Вып. 4. – М.-Л.: Биомедгиз, 1934. – С. 22-26.

17. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии / Т.И. Юдин. – М.: Медгиз, 1951. – С. 323-324, 406-411.

18. Edelstein A. In memoriam Peter Gannusckini / A. Edelstein // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. – 1933. – Bd. 100. – S. 424-426.

19. Gannouchkine P.B. la volupté, la cruauté et la religion / P.B. Gannouchkine // Annales médico-psychologiques. – 1901. – T. XIV. – Novembre. – P. 353-375.

ПЕТРО БОРИСОВИЧ ГАННУШКІН: БІОГРАФІЧНІ ТА НАУКОВІ АСПЕКТИ

(До 135-річчя з дня народження)

П.Т. Петрюк², О.П. Петрюк¹

На основі джерел спеціальної літератури наведені нові біографічні дані та спогади сучасників про професора П.Б. Ганнушкіна – видатного вітчизняного психіатра і громадського діяча, який створив концепцію малої психіатрії і був головою московської психіатричної школи радянських психіатрів.

Ключові слова: професор П.Б. Ганнушкін, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, наукова спадщина.

PETER BORISOVICH GANNUSHKIN: BIOGRAPHIC AND SCIENTIFIC ASPECTS

(To 135th anniversary)

P.T. Petryuk², O.P. Petryuk¹

Based on scientific sources, the new biographical date and contemporaries' memoirs about professor P.B. Gannushkin is presenter in the article. Professor P.B. Gannushkin was a prominent domestic psychiatrist and a public figure. He founded the conception of "minor psychiatry" and was the head of the Moscow school of Soviet psychiatrists.

Keywords: professor P.B. Gannushkin, biographic information, vital and creative way, scientific legacy.