

науково-практичний журнал

3(66) ' 2011 ●

Архів

Психіатрії

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал

Том 17, №3 (66) ' 2011

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дубица

Редакційна колегія:

Г.Ю. Васильєва, Є.Г. Гриневич, Н.О. Дзержиська, В.Р. Іелько,
І.А. Марценковський, Н.І. Мельник, О.С. Осужєвська, В.Я. Пітель,
О.А. Ревенко, К.Е. Савінова (відповідальний редактор), Є.М. Харченко,
О.С. Чабан



Редакційна рада:

В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бастеєва (Україна),
М.П. Бєро (Україна), В.С. Вітєнський (Україна), Л.О. Буликєва (Україна), Л.Ф. Бурлачук (Україна), В.А. Вєрбєтєв
(Україна), А.М. Вісєвський (Україна), М.І. Вішньєв (Україна), П.В. Волошин (Україна), С.О. Гринєблєв (Україна),
В.Я. Гавєнко (Україна), М.Т. Дубица (Україна), М.М. Іванєв (Росія), В.М. Калєєв (Україна), В.Г. Калєєвський
(Україна), А.М. Коєвєв (Україна), В.М. Красєв (Росія), Є.В. Кришєв (Україна), В.М. Куєєв (Україна),
О.М. Машєєв (Україна), М.В. Марєєва (Україна), Н.О. Мієєва (Україна), Б.В. Мієєв (Україна),
О.М. Морєєв (Україна), О.В. Павєєв (Україна), О.К. Нарєєв (Україна), О.А. Павєєв (Україна),
В.С. Пієєв (Україна), В.А. Пієєв (Україна), А.В. Поєєв (Росія), Т.М. Пушєєв (Україна), Н.Г. Пуєєв
(Україна), В.М. Рєєєв (Україна), А.М. Сєєєв (Україна), І.К. Сєєєв (Україна), І.Д. Сєєєв (Україна),
О.Г. Сєєєв (Україна), О.С. Тєєєв (Росія), А.П. Чуєєв (Україна), В.О. Шаєєв (Україна),
Л.М. Юєєв (Україна), О.О. Фєєєв (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

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

Агестовано 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: undisprn@ukr.net

<http://www.undisprn.com.ua>

Друкарство: Т. Пилипенко

Коректори: О.С. Таранюк

Комп'ютерна верстка: В.Ю. Захаров

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІОСПН (протокол засідання № 5 від 25.05.2011р.).

Здано до набору 15.06.2011р. Підп. до друку 30.06.2011р. Формат 60 x 84 1/8. Друк офс. Папір офс.

Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 13,95. Наклад 1000 прим. Зам. № 61-1.

Надруковано ТОВ «Вік-принт», 03062, м. Київ, вул. Кулібіна, 11а; тел./факс: 206-08-57.

Редакція може публікувати матеріали не розділяючи точок зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою*
публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове розмноження у будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.

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

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Н.О. Марута</i> СТАН НАДАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.	5
<i>Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА МЕЖДУ ВРАЧОМ И БОЛЬНЫМИ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	9
<i>О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, Ю.Н. Астапов, Т.С. Яновский</i> ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ	12
<i>В.И. Очколяс, С.И. Табачников, В.А. Руженков</i> НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	17
<i>О.М. Зінченко</i> ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2000-2010 РОКАХ	21
<i>Г.А. Приб</i> ЗАСАДИ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТА ЛІКУ- ВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ПАЦІЄН- ТАМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ	27
<i>М.П. Бєро, С.Я. Бєро</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ – ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД	31
<i>А.Н. Дзюба, Е.В. Бушинская, Е.И. Тарновецкая, В.П. Кардашов, А.Ю. Лагутин</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	37
<i>М. А. Соловьева</i> ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СОМАТО-ФОРМНЫХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ БАНКОВ (обзор литературы)	40
<i>Степаненко Л.В.</i> ГЕНЕТИЧНІ ТА МІТОХОНДРІАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (огляд літератури)	46

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>N. Maruta</i> CONDITION OF RENDERING AND THE PERSPECTIVES DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC HELP IN UKRAINE ...	5
<i>L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova</i> SPECIFICS OF THERAPEUTIC ALLIANCE FORMATION BETWEEN A DOCTOR AND PATIENTS WITH PSYCHICAL AND NEUROLOGICAL DISORDER	9
<i>O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, Yu.N. Astapov, T.S. Yanovskiy</i> PHENOMENOLOGICAL ASSESSMENT OF MENTAL DISORDERS WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME AND NEURASTHENIA	12
<i>V.I. Ochkolys, S.I. Tabachnikov, V.A. Ruzhenkov</i> NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS BY BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND	17
<i>E.N. Zinchenko</i> DYNAMICS OF GENERAL AND PRIMARY MORBIDITY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG POPULATION OF CHERNIVTSI REGION IN 2000-2010	21
<i>G. Prib</i> BASIS OF DELIMITATION OF THE REHABILITATION AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC CARE	27
<i>M. P. Bero, S.J. Bero</i> FEATURES OF FORMATION OF ANXIETY-DEPRESSIVE FRUSTRATION AT THE NEUROTIC LEVEL OF THE PREGNANT WOMEN, SUFFERING THE HEAVY SOMATIC FRUSTRATION COMPLICATING THE COURSE OF PREGNANCY – THE PSYCHODYNAMIC APPROACH	31
<i>O.M. Dzuba, J.V. Bushinska, J.I. Tarnovetska, V.P. Kardashev, A.Y. Lagutin</i> THE STUDY OF HEART RATE VARIABILITY AMONG YOUNG PEOPLE	37
<i>M.A. Solovjova</i> RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE OF NEUROTIC, SOMATOFORM DISORDERS AND DISORDERS CONNECTED WITH STRESS AMONG BANK STUFF (literature review)	40
<i>L.V. Stepanenko</i> GENETIC AND MITOCHONDRIAL MECHANISMS OF NEURODEGENERATIVE DISEASES DEVELOPMENT (Literature Review)	46

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В.Р. Ілейко, А.В. Канищев</i> НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ	53
<i>В. Р. Ілейко, А. В. Канищев</i> СПІРНІ ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО ТА НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ	58

НАРКОЛОГІЯ

<i>С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Г.А. Приб, И.И. Марценковская, Т.В. Синицкая, К.А. Власова, Ю.В. Войтенко</i> МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТОКСИКОМАНИЙ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	61
<i>К.В. Аймедов</i> ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР ..	67
<i>Е.С. Осуховская</i> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И НЕКОТОРЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	70
<i>Н.В. Побережная</i> ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	77
<i>Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	80
<i>А.В. Погосов, Т.А. Филатова</i> ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	85
<i>И.С. Рыткис, А.Ю. Васильева, А.В. Гуркова</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТАБАКО- КУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	91

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V.R. Ileyko, A.V. Kanishchev</i> SCIENTIFIC AND METHODOICAL ASPECTS OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN UKRAINE	53
<i>V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev</i> CONTROVERSIES IN LEGISLATIVE AND NORMATIVE REGULATION OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE	58

NARCOLOGY

<i>S. Tabachnikov, E. Kharchenko, G. Prib, I. Martsenkovska, T. Sinitska, K. Vlasova, Y. Voytenko</i> MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DESCRIPTION OF TOXICOMANIA FOR TEENAGE AND YOUNG ADULT	61
<i>K. Aymedov</i> PROPHYLACTIC AND REHABILITATION MEASURES OF PATOLOGICAL GAMBLING	67
<i>O.S. Osukhovska</i> GENDER-SPECIFIC PREVALENCE AND SOME MANIFESTATIONS OF GAMBLING IN YOUNG PERSONS	70
<i>N.V. Poberezhnaya</i> GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED	77
<i>L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya</i> MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE COMPLIANCE OF THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE	80
<i>A.V. Pogosov, T.A. Philatova</i> THE PROPHYLAXIS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADDICTION AMONG PRIMARY SCHOOL PUPILS	85
<i>I. Ritkis, A. Vasylyeva, O. Hurkova</i> CURRENT VIEW ON TOBACCO SMOKING PROBLEM AND TOBACCO ADDICTION	91

ПСИХОТЕРАПІЯ

В.В. Огоренко

ПСИХОТЕРАПІЯ В ОНКОЛОГІЇ: ВОЗМОЖНОСТІ
ПРИМЕНЕННЯ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ
ГОЛОВНОГО МОЗГА (обзор литературы)102

А.Ю. Касьянова

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ
З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
КИШКІВНИКА106

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

П.Т. Петрюк, О.П. Петрюк

АКАДЕМІК ВІКТОР ПАВЛОВИЧ ПРОТОПОПОВ:
ТВОРЧА БІОГРАФІЯ ТА НАУКОВА СПАДЩИНА
(до 130-річчя з дня народження)110

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

С.Ф. Глузман, Асоціація психіатрів України

ЕТИОЛОГІЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНІЙ В ПСИХІАТРІЇ:
ПОПЫТКА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО
АНАЛИЗА116

PSYCHOTHERAPY

V.V. Ogorenko

PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGY: POSSIBILITIES
OF APPLICATION AT ONCOPATHOLOGY
OF THE BRAIN (literature review)102

A.Yu. Kasyanova

PSYCHOSOMATIC FEATURES OF DIAGNOSTIC
CHILDREN WITH IRRITABLE
BOWEL SYNDROME106

BIBLIOGRAPHIC ESSAY

P.T. Petryuk, O.P. Petryuk

ACADEMICIAN VICTOR PAVLOVYCH PROTOPOPOV:
CREATIVE BIOGRAPHY AND SCIENTIFIC LEGACY
(to 130-th anniversary)110

DEBATING SOCIETY

S.F. Gluzman, Association of psychiatrists of Ukraine

THE ETIOLOGY OF ABUSE IN PSYCHIATRY:
AN ATTEMPT TO MULTIDISCIPLINARY
ANALYSIS116

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-083(477)

Н.О. Марута

СТАН НАДАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

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

Ключові слова: психічне здоров'я, психіатрична допомога в Україні, реформа

Проблема психічного здоров'я є загальною для усіх країн світу тому, що більше ніж у 25 % населення земної кулі в певний момент їхнього життя розвивається один або декілька психічних розладів.

Психічні розлади вносять значний внесок у загальний тягар захворювань, який вимірюється роками життя, прожиті з інвалідністю (РЖПІ). Психічні розлади обумовлюють 13,1 % від усіх РЖПІ. На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з психічними розладами, про що свідчать аналіз статистичних показників за останні десять років.

Узагальнюючи статистичні дані, які визначають стан психічного здоров'я населення, слід відзначити,

що в Україні спостерігається зростання кількості осіб з психічними розладами. Вивчення показника поширеності психічних та наркологічних розладів показує, що 2,6 % (1 168 717 осіб) населення України потребують допомоги лікаря-психіатра (рис.1).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки в динаміці стабільно зберігають неспсихотичні психічні розлади 50,1 %, з поступовим зростанням показника за 10-річний період на 4,2 % (1227,1 на 100 тис. населення у 2001 р. і 1278,9 – у 2010 р), розлади психотичного характеру складають 26,5 %, розумова відсталість – 23,4 % (рис.2).

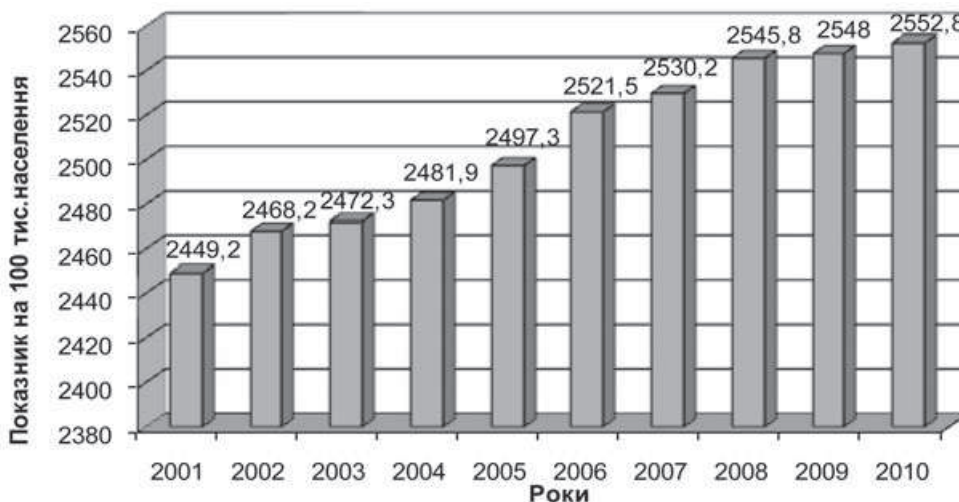


Рис. 1. Поширеність розладів психіки та поведінки (F00- F09; F20- F99) всього (дорослі, підлітки, діти) диспансерна і консультативна групи у 2001-2010 роках

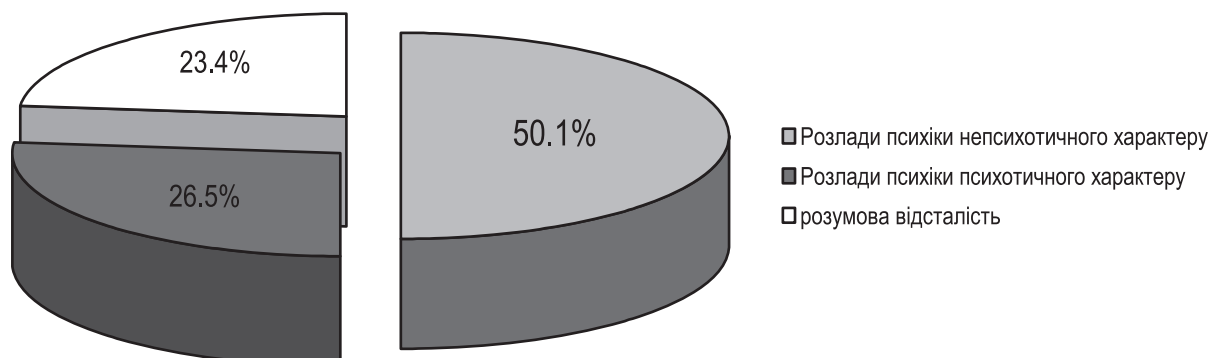


Рис.2. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2010 році

В той же час у країнах Євросоюзу показник поширеності психічних розладів сягає 24,1 %, що віддзеркалює високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу в цих країнах та демонструє низьку спроможність психіатричної служби України надавати допомогу та виявляти хворих на первинному рівні.

Наступною проблемою психіатричної служби є прогресивне зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів (на 18,7 % за 10 років), що віддзеркалює недостатню ефективність соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги (рис.3).

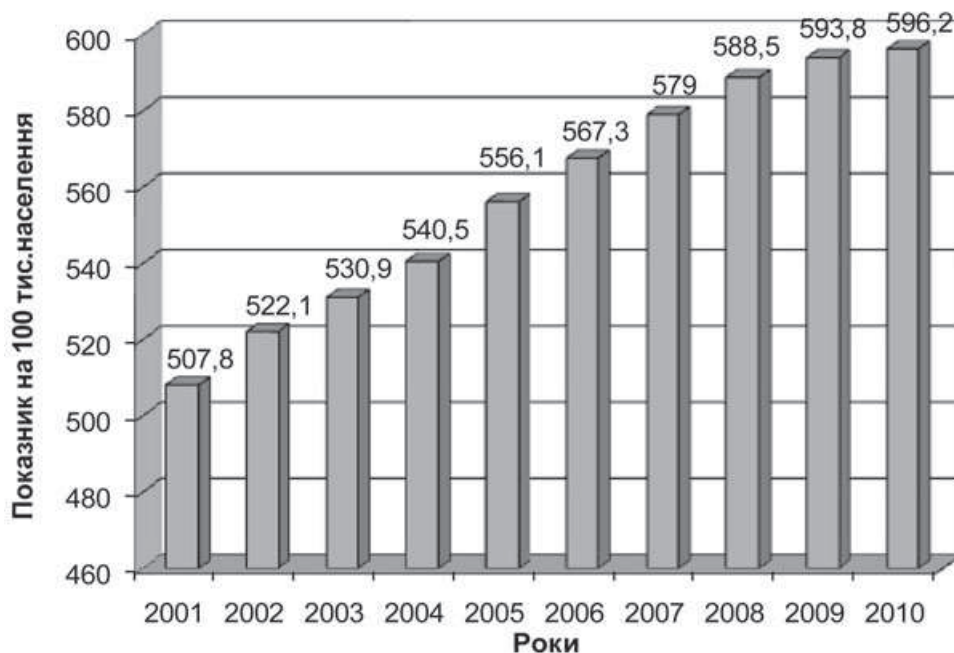


Рис. 3. Контингент хворих на розлади психіки та поведінки, які мають групу інвалідності у 2001-2010рр.

З загальної кількості хворих, які перебувають під диспансерним та консультативним спостереженням, хворі інваліди складають 23,3 %. Переважно це інваліди I-II групи, які складають 87 % хворих, що мають групу інвалідності. За 10-річний період показник питомої ваги III групи інвалідності серед хворих, які мають інвалідність внаслідок психічного розладу, збільшився з 8,8 % до 13 %. Питома вага інвалідів внаслідок психічних розладів серед усіх хворих в Україні є найбільш високою серед країн СНД та Східної Європи (4,59 %).

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які обумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та соціально-небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їх близьких.

В той же час структура служб психічного здоров'я в Україні лишається спрямованою на надання стаціонарної допомоги в найбільш стигматизованих та віддалених від мікросоціума умовах великих лікарень, на використання засобів психофармакотерапії без залучення можливостей психосоціальної терапії та реабілітації.

Протягом 2010 року хворі на розлади психіки та поведінки отримували спеціалізовану медичну допомогу в 88 психіатричних та психоневрологічних лікар-

нях, 30 психоневрологічних диспансерів, в 656 психіатричних та 156 психотерапевтичних кабінетах.

Аналіз оснащення психіатричних закладів свідчить, про те, що значна його частина потребує оновлення, перш за все, рентгенологічна апаратура. Важливим напрямком модернізації оснащення психіатричних закладів є придбання магнітно-резонансних томографів для нейровізуалізаційної діагностики та сучасних апаратів для проведення електросудомної терапії.

Структура психіатричної служби в Україні характеризується стійкою тенденцією до зменшення чисельності лікувально-трудових майстерень. В динаміці останніх 10 років їх кількість скоротилася з 56 — у 2001 році до 21 — у 2010 році (на 62,5 %). Відповідно визначається значне зменшення (на 60,3 %) кількості місць в майстернях (з 5 327 — у 2001 році, до 2 239 — у 2010 році), що віддзеркалює скорочення можливостей трудової реабілітації осіб з психічними розладами (рис. 4).

Психіатрична служба залишається кадрово незабезпеченою, про що свідчить показник укомплектованості лікарями-психіатрами (78,86 %), лікарями-психотерапевтами (70,14 %), лікарями-психологами (66,41 %), медсестрами соціальної допомоги (85,15 %), медичними сестрами (91,25 %).

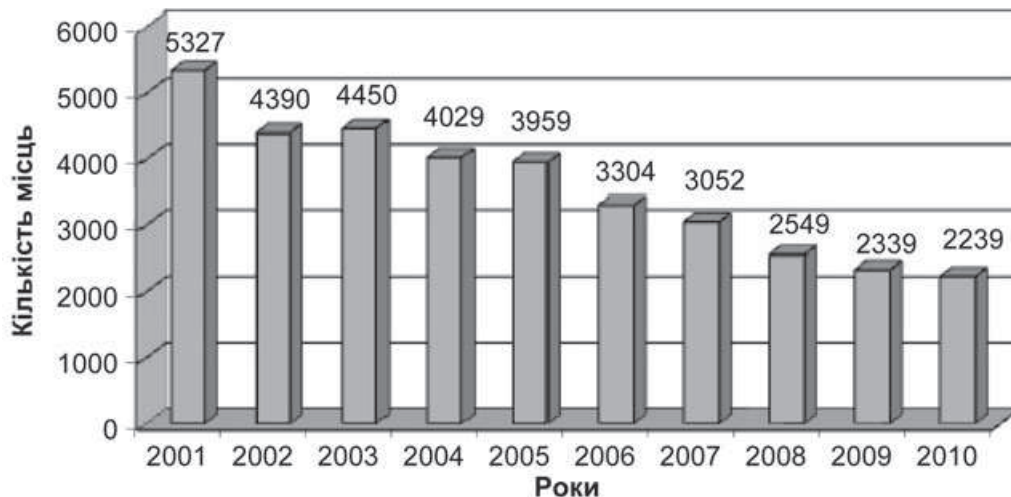


Рис. 4. Кількість місць у лікувально-трудовах майстернях у 2001-2010 роках

Фінансування галузі не відповідає потребам сучасної психіатричної допомоги. Так, середні витрати на харчування хворого у психіатричному закладі по Україні складають – 8,76 гривні на добу (мін – 4,85 гривні на добу – Львівська область), на лікування – 6,18 гривень на добу (мін – 1,42 гривні на добу – Одеська область). Середні витрати на харчування хворого у психо-туберкульозному відділенні по Україні складають – 14,42 гривні на добу (мін – 7,22 гривні на добу – Волинська область), на лікування – 8,59 гривень на добу (мін – 1,36 гривні на добу – АР Крим).

Основними напрямками покращення ситуації в сфері психічного здоров'я є:

1. Необхідність розробки державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психічних розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми.

Законодавче закріплення державної стратегії потребує внесення змін до закону «Про психіатричну допомогу» та інші законодавчі акти.

2. Проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби (така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією).

Розвиток соціально-орієнтованої психіатричної служби спрямований на:

- Найбільш можливе зміщення психіатричної допомоги безпосередньо у соціальну сферу.
- Надання допомоги з участю соціального (мікро-соціального) оточення.
- Використання системи психосоціальної терапії та реабілітації.

Основою соціально-орієнтованої допомоги є розви-

нена мережа позалікарняних установ, служб та організацій, базовими структурами якої є психоневрологічні та психіатричні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних та психоневрологічних лікарень, денні стаціонари, медико-психологічні центри, центри, психосоціальної реабілітації, кризової допомоги та телефони довіри, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також лікувально-трудова майстерні.

Сучасні психіатричні лікарні з модернізованою структурою не втрачають своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні повинна включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованій допомоги та надають високо-диференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтопсихіатричне відділення, відділення сестринської допомоги, відділення кризового стану. Такі структурні підрозділи, окрім багаточисельних покладених на них функцій (діагностика, лікування, догляд, нагляд, експертиза) з перших моментів госпіталізації виконують і її реабілітаційні завдання, вважаючи їх базовими.

3. Перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної, та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання.

Робота мультидисциплінарної бригади передбачає активну участь у лікувально-реабілітаційному процесі не лише лікаря-психіатра, а й лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, соціального працівника та медичної сестри.

Організація роботи мультидисциплінарної бригади включає наступні завдання:

- Укомплектованість фізичними особами штатних посад (лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, соціальних працівників та медичних сестер соціальної допомоги).
- Вдосконалення законодавчого забезпечення про-

фесійної діяльності фахівців в галузі медичної психології (практичних психологів) в частині їх післядипломної підготовки, питань атестації, кола професійних функцій тощо. Участь психологів з університетською освітою в наданні психіатричної допомоги дозволяє більш раціонально та економно вирішувати питання кадрового забезпечення психіатричних закладів, та відповідає загальноосвітнім стандартам.

- Окремими завданнями підготовки кадрів є підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань психічного здоров'я, що дозволяє забезпечити раннє виявлення, діагностику та профілактику психічних розладів.

4. Вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реалізація цього напрямку потребує широкого впровадження при наданні допомоги:

- Тренінгових та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення когнітивних, побутових та професійних навичок осіб з психічними розладами.

- Соціального захисту осіб з психічними розладами.

Реалізація вищезазначених напрямків потребує впровадження в роботу затвердженого МОЗ України «Положення про організацію психіатричної допомоги», оновлення протоколів надання психіатричної допомоги.

У цілому необхідно підкреслити, що реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує фінансування та підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, державних та недержавних організацій та установ, включаючи асоціації осіб з психічними розладами та їх родичів.

Найбільш результативно така координація реалізується за умов опрацювання та впровадження Національної Програми охорони психічного здоров'я.

СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Н.А. Марута

В статье представлены основные направления улучшения ситуации в сфере психического здоровья - необходимость разработки государственной стратегии в области психического здоровья, которая определяет проблемы профилактики психических расстройств приоритетами государства и обеспечивает участие всего общества и межведомственное взаимодействие в решении этой сложной проблемы; проведение структурной реформы отрасли, направленной на воссоздание социально-ориентированной помощи, которая предусматривает расширение сети стационарнозамещающих форм помощи при постепенном уменьшении потенциала стационарной службы; переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной, и, соответственно, к мультидисциплинарной модели психиатрической помощи и бригадного подхода к ее оказанию; совершенствование методологии оказания психиатрической помощи с максимальным использованием возможностей психосоциальной терапии и реабилитации, без ограничения лечебных возможностей только фармакотерапией.

Реформа психиатрической помощи на принципах социально-ориентированной психиатрической службы требует финансирования и поддержки государства и активного участия всего общества, законодательной и исполнительной власти, налаживания межсекторального взаимодействия учреждений Министерства здравоохранения Украины и других Министерств и ведомств.

Ключевые слова: психическое здоровье, психиатрическая помощь в Украине, реформы

CONDITION OF RENDERING AND THE PERSPECTIVES DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC HELP IN UKRAINE

N. Maruta

The article presented the main directions of improvement the situation in the field of psychic health – that is necessary to elaborate the state strategy in the field of psychic health that is determined the prophylactic problems of psychical disorders by the state priority and ensured the participation the whole society and interdepartmental interaction in decision such complicated problem; carrying out the structural branch reform, directs on recreation of social – orientated help which is provided for widening the net of establishment change for the help forms in gradual decrease the potential of permanent service; transfer from medical to biopsychosocial and, accordingly, to multi – disciplinary model of psychiatric help and team approach to it; improvement the methodology of rendering the psychiatric help with maximum possible use of psychosocial therapy and rehabilitation without restriction the medical possibility but only pharmacotherapy.

The reform of psychiatric help on the principle of social – orientate psychic service demands the finances and state support and active participation the whole society, legislative and executive power, adjust intersectional cooperation the departments Ministry of Health of Ukraine and the other ministries and government department.

Keywords: psychic health, psychiatric help in Ukraine, reforms

УДК 616.89-08:614.253.8

Л.Ф. Шестопалова, В.В.Артюхова

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА МЕЖДУ ВРАЧОМ И БОЛЬНЫМИ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Ключевые слова: терапевтический альянс, психоневрологические расстройства, комплаенс, лечебный процесс, синдром эмоционального выгорания, коммуникативная компетентность

В современной медицине, в условиях повышенного внимания к изучению психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, особую актуальность приобретает проблема терапевтического альянса. На протяжении всей истории ее развития взаимоотношения между врачом и пациентом рассматривались как важный компонент терапии. Однако только в 50-х годах стали появляться работы, посвященные научному обоснованию влияния их качества на эффективность лечебного процесса [2;4]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о наличии тесной связи между терапевтическим альянсом и эффективностью лечения различных заболеваний, в том числе психических и неврологических [1;3;6;7]. Все вышесказанное определяет актуальность и необходимость проведения данного исследования.

Целью исследования является изучение особенностей формирования терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами.

В связи с тем, что в современной медицинской психологии существует терминологическая неопределенность в отношении понятия «терапевтический альянс» (ТА) мы предложили собственное его определение. ТА – это сложноорганизованная динамичная система межличностных взаимоотношений и взаимодействий между врачом и пациентом, которая формируется, развивается и функционирует в процессе лечения и влияет на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Одной из актуальных проблем психологии лечебного процесса является создание типологии терапевтического альянса и его оценка. На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований мы разработали типологию терапевтического альянса: партнерский, эмпатийно-регламентирующий, нейтрально-регламентирующий, эмпатийно-формальный и формально-дистантный. Каждая из данных форм отличается определенными особенностями и характеристиками, которые оцениваются с помощью основных диагностических критериев: распределение ответственности между врачом и пациентом за результат лечения; уровень контроля врача за выполнением пациентом назначений; степень сотрудничества; уровень комплаенса пациента; особенности коммуникативного взаимодействия; степень эмпатийности; характер обмена информацией и уровень доверия пациента.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 39 врачей, из них – 22 невролога (4 мужчины и 18 женщин) и 17 психиатров (10 мужчин и 7 женщин). Стаж работы до 5 лет имел один врач (2,6%), 5 – 10 лет – 9 человек (23,1%), более 10 лет стажа имели 29 медицинских специалистов (74,3%).

Было обследовано 110 больных с неврологическими и психическими расстройствами. Первую группу обследованных составили 48 больных с разными формами сосудистой патологии головного мозга, средний возраст – $53,9 \pm 11,7$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 11 больных (22,9%), от 3 до 10 лет – 10 пациентов (20,8%), более 10 лет – 27 человек (56,3%). Во вторую группу вошли 32 больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, средний возраст – $27,8 \pm 7,6$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 10 больных (31,2%), от 3 до 10 лет – 14 человек (43,8%), более 10 лет – 8 обследованных (25,0%). Третью группу составили 30 больных с разными формами депрессии, средний возраст – $51,1 \pm 13,4$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 4 больных (13,3%), от 3 до 10 лет – 14 обследованных (46,7%), более 10 лет – 12 пациентов (40,0%).

Изучение типологических особенностей терапевтического альянса у врачей и пациентов проводилось с использованием специально разработанных методик. Эмоционально-коммуникативные особенности врачей исследовались с помощью методик «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В.В. Бойко, 1996) «Диагностика коммуникативной установки» (В.В. Бойко, 1996), «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 1996) и методики «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажина и др., 1984) для изучения уровня интернальности-экстернальности медицинских специалистов [5]. Индивидуально-психологические особенности больных исследовались по методикам «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В.В. Бойко, 1996), «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажина и др., 1984). Тип отношения к болезни и лечебному процессу изучались с помощью методик «Тип отношения к болезни» (А.Е. Личко, Л.Й. Вассерман, Б.В. Иовлев, 1987), «Цветовой тест отношений» (Е.Ф. Бажин, А.Н. - Эткинд, 1985), «Исследование уровня комплаенса больных» (Н.Н. Лесная, 2007).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью математико-статистических методов (U-критерий Манна-Уинти и коэффициента корреляции Спирмена).

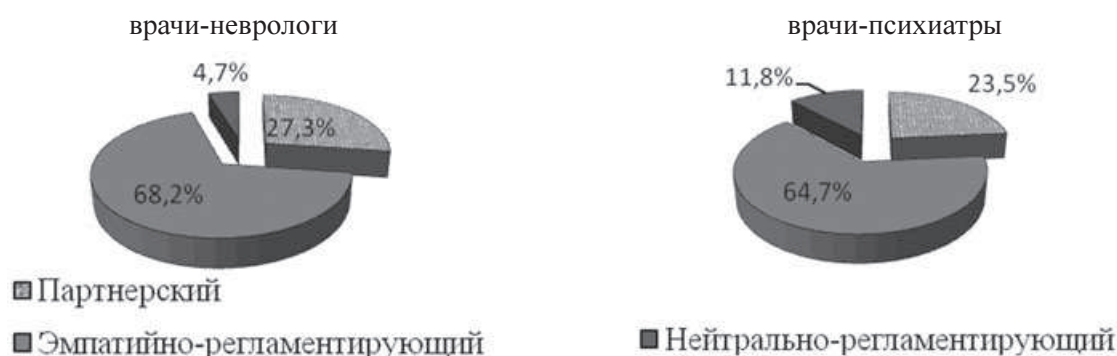


Рис. 1 Представленность форм терапевтического альянса у врачей

Результаты исследования терапевтического альянса у врачей представлены на рисунке 1.

Анализ полученных результатов показал, что у врачей-неврологов преобладает эмпатийно-регламентирующий альянс (68,2%), партнерские отношения с пациентами устанавливают 27,3% врачей, большинство из которых мужчины. У врачей-психиатров выявлено в целом аналогичную картину: они взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего (64,7%) и партнерского альянсов (23,5%). Однако психиатры женского пола в большей мере склонны к сотрудничеству с пациентами, чем врачи-мужчины (42,9% и 10,0% соответственно).

Полученные данные позволили выявить зависимость между доминирующей у медицинских специалистов формой терапевтического альянса и стажем их работы. У врачей-неврологов с увеличением стажа работы уменьшается представленность эмпатийно-регламентирующего альянса до 64,7% и увеличивается партнерский и нейтрально-регламентирующий альянсы (29,4% и 5,9% соответственно). У врачей-психиатров наблюдается иная тенденция: у них уменьшается процентная доля партнерского и эмпатийно-регламентирующего альянсов (18,2% и 63,6% соответственно) и увеличивается

нейтрально-регламентирующего (18,2%).

Анализ данных психодиагностического исследования врачей свидетельствует о том, что формирование у них партнерского альянса сопряжено с широким диапазоном коммуникативных ресурсов ($r_{x,y}=-0,79$), высоким уровнем эмпатии медицинских специалистов ($r_{x,y}=0,52$) и истощением их эмоциональных ресурсов ($r_{x,y}=0,48$). Врачи, которые отдают предпочтение партнерскому альянсу характеризуются высокой коммуникативной компетентностью и эмпатией, однако установление взаимоотношений сотрудничества с пациентами требует от них больших затрат эмоциональных ресурсов. Доминирование регламентирующих форм альянса сопряжено со стереотипностью коммуникативного стиля ($r_{x,y}=0,73$), сниженной эмпатией ($r_{x,y}=-0,59$) и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов. Таким образом, врачи с преобладанием данных форм альянса демонстрируют преимущественно ограниченный диапазон коммуникативных навыков и стремятся сводить к минимуму проявление своих эмоций во взаимодействии с пациентами.

Результаты исследования терапевтического альянса у больных с неврологическими и психическими расстройствами представлены на рисунке 2.



Рис. 2. Представленность форм терапевтического альянса у больных с психоневрологическими расстройствами

Исследование терапевтического альянса у пациентов показало, что у больных с неврологическими расстройствами преобладает эмпатийно-регламентирующий альянс (45,8%). Таким образом, обследованные и врачи-неврологи имеют конвергентные стратегии взаимодействия в ходе лечебного процесса. Однако у пациентов женского пола менее выражено доминирование данного альянса (38,5%), они чаще, чем мужчины устанавливают партнерские отношения с врачами (34,6% и 13,6% соответственно). Представленность форм терапевтического альянса у больных с неврологическими расстройствами изменяется в зависимости от длительности их заболевания, так с увеличением длительности заболевания у них значительно уменьшается процентная доля партнерского альянса и увеличивается эмпатийно-регламентирующего (до 60,0%).

У больных шизофренией доминирует нейтрально-регламентирующий альянс (50,0%), однако мужчины чаще, чем женщины устанавливают партнерские взаимоотношения. В отличие от пациентов с неврологическими расстройствами, у пациентов данной группы с увеличением длительности заболевания, наблюдается увеличение представленности партнерского альянса (35,8%), при достаточно высокой процентной доле нейтрально-регламентирующего (57,1%).

У больных с депрессией также как и больных шизофренией доминируют нейтрально-регламентирующие взаимоотношения (43,3%), которые характерны преимущественно для пациентов женского пола. У мужчин превалирует эмпатийно-регламентирующий альянс (42,8%). Выявлено, что с увеличением длительности заболевания у данных пациентов также как и у больных с неврологическими расстройствами, увеличивается представленность эмпатийно-регламентирующего альянса и уменьшается партнерского.

Таким образом, анализ полученных данных указывает на наличие тенденции к дивергенции в оценке терапевтического альянса, так у врачей доминирует эмпатийно-регламентирующий альянс, а у пациентов – нейтрально-регламентирующий, что может затруднять их продуктивное взаимодействие.

Результаты проведенного психодиагностического исследования свидетельствуют о том, что у больных диагностирован низкий уровень эмпатии ($16,97 \pm 4,72$ балла) и низкий уровень субъективного контроля в области здоровья ($2,81 \pm 1,87$ стена), таким образом, они в вопросах терапевтического режима полагаются на медицинских специалистов и считают их ответственными за результат лечения.

Данные исследования типа реагирования пациентов на заболевание позволили выявить, что у больных с неврологическими расстройствами, которые устанавливают партнерские взаимоотношения с врачами, превалирует гармоничный тип отношения к болезни, т.е. они адекватно оценивают свое состояние. В отличие от них, у обследованных, которые взаимодействуют преимущественно в рамках регламентирующих

форм альянса доминируют сенситивный и эргопатический типы, что указывает на их обеспокоенность состоянием своего здоровья и желание сохранить возможность активной трудовой деятельности. У больных с психическими расстройствами независимо от преобладающих форм терапевтического альянса превалирует сенситивный тип реагирования на заболевание.

Результаты проведенного психодиагностического исследования позволили выявить тесную связь между уровнем комплайенса и доминирующей формой терапевтического альянса у больных с психоневрологическими расстройствами. 75,0% больных с неврологическими расстройствами и 57,9% больных с психическими, которые устанавливают партнерские отношения с врачом, имеют высокий уровень комплайенса. У пациентов с преобладанием регламентирующих форм альянса представленность уровней комплайенса изменяется противоположным образом.

Анализ корреляционных связей показал, что функционирование партнерского альянса у больных с неврологическими и психическими расстройствами связано с высоким уровнем комплайенса ($r_{xy}=0,42$), удовлетворенностью взаимоотношениями с врачом ($-r_{xy}=0,40$), затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни ($r_{xy}=-0,39$). Формирование регламентирующих форм терапевтического альянса сопряжено с позитивной оценкой лечебного учреждения ($r_{xy}=0,38$), интроверсией в сочетании с низкой эмпатией ($r_{xy}=-0,42$), высоким уровнем субъективного контроля ($r_{xy}=0,37$) и негативно коррелирует с тревожным ($r_{xy}=-0,40$) и сенситивным ($r_{xy}=-0,39$) типами отношения к болезни.

Выводы. Таким образом, результаты данного исследования позволили определить основные социально-демографические (пол обследованных и стаж работы медицинских специалистов), клинические (длительность заболевания) и психологические факторы, которые влияют на формирование терапевтического альянса между врачом и больными с неврологическими и психическими расстройствами. Также выявлена взаимосвязь между формами терапевтического альянса и наличием симптомов эмоционального выгорания у медицинских специалистов. Среди значимых психологических факторов формирования терапевтического альянса у врачей необходимо отметить особенности коммуникативного стиля, способность к эмпатии, уровень субъективного контроля. Врачи, которые формируют преимущественно партнерский альянс, проявляют широкий диапазон коммуникативных и эмпатийных ресурсов во взаимодействии с пациентами. В отличие от них, медицинские специалисты с преобладанием регламентирующих форм альянса характеризуются стереотипностью коммуникативного стиля.

К наиболее существенным психологическим факторам формирования терапевтического альянса у пациентов относятся: уровень комплайенса, особенно-

сти репрезентации лечебного процесса, характеристики эмпатийного потенциала, уровень субъективного контроля и тип отношения к заболеванию. Таким образом, пациенты, которые формируют преимущественно партнерский альянс, склонны адекватно оценивать свое состояние, выполняют необходимые назначения врача и устанавливают с ним позитивные взаимоотношения. Больные, у которых доминируют регламентирующие формы альянса, стремятся сохранить возможность активной трудовой деятельности и минимизировать свои эмоциональные контакты в лечебном учреждении.

Литература:

1. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и

социальных работников] / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Капитан, 2006. - 268 с.

2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / под ред. Jaap van Weeghel; [пер. с англ. А.И. Абессоновой] / - К.: Сфера, 2002. - 560 с.

3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни [Текст] / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С. 22-27.

4. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом [Текст] / Р. Карсон // Вестник Московского университета, Сер. "Философия". - 1998. - №5. - С.34-41.

5. Словарь-справочник по психодиагностике / [авт.-сост. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов]. - [3-е изд.]. - СПб.: Питер, 2008. - 688 с.

6. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологичні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С.249.

7. Ackerman S.J. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance / S.J. Ackerman, M.J. Hillsenroth // Psychotherapy: theory, research, practice, training. - 2001. - Vol. 38. - P. 171-185.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ МІЖ ЛІКАРЕМ І ХВОРИМИ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова

У статті визначається зміст поняття терапевтичного альянсу. Відповідно до виділених діагностичних критеріїв розроблено типологію терапевтичного альянсу та описані його основні форми. На підставі проведеного дослідження 110 хворих на психоневрологічні розлади та анкетування 39 лікарів визначено соціально-демографічні, клінічні та психологічні чинники, що впливають на формування терапевтичного альянсу.

Ключові слова: терапевтичний альянс, психоневрологічні розлади, комплаєнс, лікувальний процес, синдром емоційного вигорання, комунікативна компетентність

SPECIFICS OF THERAPEUTIC ALLIANCE FORMATION BETWEEN A DOCTOR AND PATIENTS WITH PSYCHICAL AND NEUROLOGICAL DISORDER

L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova

In the article maintenance of concept is determined therapeutic alliance. The typology of the therapeutic alliance are developed and the relevant criteria of its diagnostics. It determines social and demographic, clinical and psychological factors of therapeutic alliance formation based on the research of 110 patients with neuropsychiatric disorders and survey among 39 doctors.

Keywords: therapeutic alliance, neuropsychiatric disorders, compliance, remedial process, syndrome of the emotional burning down, communicative competence

УДК 616.85

О.Г.Сыропатов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н.Астапов³, Т.С. Яновский⁴ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

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

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев³

Научно-практический центр наркологии и психосоматической медицины, г. Симферополь⁴

Ключевые слова: синдром хронической усталости (CFS), неврастения, феноменология, диагностика, психо-нейро-иммунология

Синдром хронической усталости (CFS) впервые был описан А. Ллойдом в 1984 г. Характерным его признаком он назвал хроническое утомление, испытываемое больным, которое не исчезает даже после длительного отдыха и со временем приводит к значительному снижению работоспособности, как умственной, так и физической. Синдром хронической усталости, в Европе также называемый миалгическим энцефаломии-

елитом, не является новым заболеванием. С XIX столетия термин неврастения или нервное истощение применялся к признакам болезни, похожей на CFS. В 30-50-х годах о вспышках болезни с характерной продолжительной усталостью было сообщено в США и многих других странах. В начале 1980-х гг. исследования американских учёных позволили подробнее изучить природу синдрома и внести его в список существую-

сти репрезентации лечебного процесса, характеристики эмпатийного потенциала, уровень субъективного контроля и тип отношения к заболеванию. Таким образом, пациенты, которые формируют преимущественно партнерский альянс, склонны адекватно оценивать свое состояние, выполняют необходимые назначения врача и устанавливают с ним позитивные взаимоотношения. Больные, у которых доминируют регламентирующие формы альянса, стремятся сохранить возможность активной трудовой деятельности и минимизировать свои эмоциональные контакты в лечебном учреждении.

Литература:

1. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и

социальных работников] / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Капитан, 2006. - 268 с.

2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / под ред. Jaap van Weeghel; [пер. с англ. А.И. Абессоновой] / - К.: Сфера, 2002. - 560 с.

3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни [Текст] / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С. 22-27.

4. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом [Текст] / Р. Карсон // Вестник Московского университета, Сер. "Философия". - 1998. - №5. - С.34-41.

5. Словарь-справочник по психодиагностике / [авт.-сост. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов]. - [3-е изд.]. - СПб.: Питер, 2008. - 688 с.

6. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологичні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С.249.

7. Ackerman S.J. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance / S.J. Ackerman, M.J. Hillsenroth // Psychotherapy: theory, research, practice, training. - 2001. - Vol. 38. - P. 171-185.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ МІЖ ЛІКАРЕМ І ХВОРИМИ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова

У статті визначається зміст поняття терапевтичного альянсу. Відповідно до виділених діагностичних критеріїв розроблено типологію терапевтичного альянсу та описані його основні форми. На підставі проведеного дослідження 110 хворих на психоневрологічні розлади та анкетування 39 лікарів визначено соціально-демографічні, клінічні та психологічні чинники, що впливають на формування терапевтичного альянсу.

Ключові слова: терапевтичний альянс, психоневрологічні розлади, комплаєнс, лікувальний процес, синдром емоційного вигорання, комунікативна компетентність

SPECIFICS OF THERAPEUTIC ALLIANCE FORMATION BETWEEN A DOCTOR AND PATIENTS WITH PSYCHICAL AND NEUROLOGICAL DISORDER

L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova

In the article maintenance of concept is determined therapeutic alliance. The typology of the therapeutic alliance are developed and the relevant criteria of its diagnostics. It determines social and demographic, clinical and psychological factors of therapeutic alliance formation based on the research of 110 patients with neuropsychiatric disorders and survey among 39 doctors.

Keywords: therapeutic alliance, neuropsychiatric disorders, compliance, remedial process, syndrome of the emotional burning down, communicative competence

УДК 616.85

О.Г.Сыропатов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н.Астапов³, Т.С. Яновский⁴ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

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

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев³

Научно-практический центр наркологии и психосоматической медицины, г. Симферополь⁴

Ключевые слова: синдром хронической усталости (CFS), неврастения, феноменология, диагностика, психо-нейро-иммунология

Синдром хронической усталости (CFS) впервые был описан А. Ллойдом в 1984 г. Характерным его признаком он назвал хроническое утомление, испытываемое больным, которое не исчезает даже после длительного отдыха и со временем приводит к значительному снижению работоспособности, как умственной, так и физической. Синдром хронической усталости, в Европе также называемый миалгическим энцефалом-

елитом, не является новым заболеванием. С XIX столетия термин неврастения или нервное истощение применялся к признакам болезни, похожей на CFS. В 30-50-х годах о вспышках болезни с характерной продолжительной усталостью было сообщено в США и многих других странах. В начале 1980-х гг. исследования американских учёных позволили подробнее изучить природу синдрома и внести его в список существую-

щих заболеваний. На сегодняшний день состояние проблемы таково, что CFS трактуется как постинфекционное хроническое заболевание, основным проявлением которого является немотивированная выраженная общая слабость, на длительное время выводящая человека из активной повседневной жизни. Поскольку главными мишенями болезни является ЦНС и иммунная система, название заболевания изменилось на «синдром хронической усталости и иммунной дисфункции» (Chronic Fatigue and Immune Dysfunction Syndrome – CFID).

Единой точки зрения об этиологии и патогенезе CFS до сих пор нет. Особое значение придаётся различным вирусам (Эпштейна-Барра, цитомегаловирусы, вирусы герпеса I, II и VI типа, энтеровирусы и др.), неспецифической активации иммунных реакций и психическим факторам. Указывается также на роль неблагоприятных экологических и психических факторов. Исследования последних лет свидетельствуют о повышенной серотониновой активности мозга у пациентов с CFS. Повышение секреции пролактина, стимулируемое серотином при CFS, может быть вторичным по отношению к различным особенностям поведения больных. Например, таким, как продолжительная бездеятельность и нарушения сна. Кроме нарушений в серотониновой системе в патогенезе синдрома хронической усталости большая роль отводится нарушениям в системе цитокинов. Последние, являясь медиаторами иммунной системы, не только имеют иммуотропное действие, но и влияют на многие функции организма, участвуя в процессах кроветворения, репарации, гомеостаза, деятельности эндокринной и центральной нервной системы. По современным представлениям многие продукты активирования клеток иммунной системы (цитокины), пептидные гормоны, нейромедиаторы и их рецепторы оказались общими для нервной, эндокринной и иммунной систем (Бухтояров О.В., Архангельский А.Е., 2008). По данным Е.А. Корневой (2003) позитивная иммунологическая активность способна редуцировать хронический стресс. Отмечены различные психологические ответы и иммунологические реакции на различные стрессоры. Кроме нейромедиаторной теории, в настоящее время говорят о «цитокиновой гипотезе» этиологии и патогенеза депрессий. Исследования E.L. Rossi (2002) показали, что гипносуггестивные воздействия активируют гены раннего немедленного ответа (IEG), именуемые как «гены исцеления», ассоциированные с протеиновым каскадом и факторами роста. В.Н. Кожевников (2005), проводивший собственные исследования в области психонейроиммунологии (PNI), предложил понятие «психотерапевтическая нейроиммунореабилитация». Это направление открывает новые возможности для лечения различных иммунодефицитных состояний, в том числе и синдрома хронической усталости, с помощью методов, принятых в психиатрии и психотерапии.

Таким образом, причины CFS многообразны, и

многие исследователи полагают, что синдром хронической усталости не является собственно болезнью, а является психологическим компонентом других соматических проблем. Некоторые специфические состояния, которые установлены как причина для CFS, включают гипотензию, гипервентиляцию и повреждение мышечной ткани. Индивидуальные и психологические факторы расцениваются как факторы, которые могут увеличить восприимчивость человека к синдрому после стресса. Особый интерес представляет ось гипоталамус – гипофиз – надпочечники, которая управляет важными функциями, включая сон, ответ на стресс и депрессию. Множество исследований выявили дефицит кортизола у пациентов с CFS. Также сообщалось, что важную роль при синдроме хронической усталости может играть дефицит дофамина.

Многочисленные исследования обнаружили большое количество хронических иммунных нарушений у пациентов с CFS, однако первопричина этих нарушений до сих пор не идентифицирована. Наиболее частыми проявлениями синдрома хронической усталости у больных является аллергия. До 80% пациентов с CFS имеют аллергию на продукты питания, пыльцу, металлы (никель или ртуть). Некоторые исследования указывают на то, что люди с аллергиями испытывают беспокойство, боль в пояснице или депрессию. Другие теории связывают CFS с невралгической гипотензией (neurally mediated hypotension – NMH). NMH вызывает резкое снижение кровяного давления, которое может подниматься до нормального в течении десяти минут. Менее серьёзным состоянием, связанным с CFS, является синдром постуральной ортостатической тахикардии (POTS). Другие теории связывают CFS с поражением скелетных мышц, гипервентиляцией, нарушением активности блуждающего нерва, мутацией митохондрий.

Считается, что синдром хронической усталости может проявляться в любом возрасте, в том числе и у детей. По данным австралийских учёных, CFS встречается с частотой 37 случаев на 100 000 человек (Volmer-Conna V., Lloid A., Hickie I., Wakefield D., 1998). Отмечено, что ветераны войны в Персидском Заливе отличались высоким уровнем заболеваемости CFS (45%), причём женщины имели риск его возникновения в три раза выше, чем мужчины. Поскольку признаки CFS были обнаружены и в других группах военнослужащих, некоторые эксперты связывают посттравматическое стрессовое расстройство и CFS.

Для диагностики «синдрома хронической усталости» используются критерии, опубликованные в 1988, 1991, 1992 и 1994 гг. Центром контроля за заболеваниями (США), которые включают в себя комплекс больших (1 – длительная усталость по неизвестной причине, не проходящая после отдыха и снижение более, чем на 50% двигательного режима, наблюдающиеся не менее 6 месяцев; 2 – отсутствие заболеваний или других причин, которые могут вызвать такое состояние) и малых объективных критериев. К малым

симптоматическим критериям заболевания следует отнести следующие: заболевание начинается внезапно, как при гриппе, с: 1) повышения температуры до 38° С; 2) болей в горле, першения; 3) небольшого увеличения (до 0,3-0,5 см) и болезненности шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов; 4) необъяснимой генерализованной мышечной слабости; 5) болезненности отдельных групп мышц (миалгии); 6) мигрирующих болей в суставах (артралгии); 7) периодических головных болей; 8) быстрой физической утомляемости с последующей продолжительной (более 24 часов) усталостью; 9) расстройством сна (-гипо- или гиперсомния); 10) нейропсихологических расстройств (фотофобия, снижение памяти, повышенная раздражительность, спутанность сознания, снижение интеллекта, невозможность концентрации внимания, депрессия); 11) быстрого развития (в течение часов или дней) всего симптомокомплекса.

Малые критерии можно объединить в несколько групп. Первая группа включает в себя симптомы, отражающие наличие хронического инфекционного процесса (субфебрильная температура, хронический фарингит, увеличение лимфатических узлов, мышечные и суставные боли). Вторая группа включает психические и психологические проблемы (нарушения сна, ухудшение памяти, депрессия и т.д.) Третья группа малых критериев объединяет симптомы вегетативно-эндокринной дисфункции (быстрое изменение массы тела, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита, аритмии, дизурия и др.). Четвёртая группа малых критериев включает симптомы аллергии и повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, инсоляции, алкоголю и некоторым другим факторам. Объективными физикальными критериями служат: 1) субфебрильная лихорадка; 2) неэкссудативный фарингит; 3) пальпируемые шейные или подмышечные лимфоузлы (менее 2 см в диаметре).

Для постановки диагноза «синдром хронической усталости» необходимо наличие 1 и 2 больших критериев, а также малых симптоматических критериев: (а) 6 или больше из 11 симптоматических критериев и 2 или больше из 3 физикальных критериев, (б) 8 или больше из 11 симптоматических критериев.

Согласно схеме диагностики синдрома хронической усталости, принятой международной группой по изучению синдрома хронической усталости в 1994 году, все случаи необъяснимой усталости клинически могут быть разделены на синдром хронической усталости и идиопатическую хроническую усталость.

Критериями синдрома хронической усталости являются: 1) наличие хронической усталости, которая определяется как клинически установленная, необъяснимая, постоянная или перемежающаяся хроническая усталость нового типа (ранее не встречавшаяся в течение жизни), не связанная с физическим или умственным напряжением, не преходящая при отдыхе и приводящая к существенному падению ранее достигнутых

уровней профессиональной, образовательной или личной активности; 2) одновременное наличие четырёх и более из нижеперечисленных симптомов (все могут наблюдаться постоянно или повторяться в течение 6 и более месяцев): а – головные боли, отличающиеся по характеру от ранее наблюдавшихся; б – боли в мышцах; в – боли в нескольких суставах при отсутствии зуда и покраснения; г – неосвежающий сон; д – дискомфорт продолжительностью более 24 часов после физических или нервно-психических нагрузок; е – нарушение кратковременной памяти или концентрации внимания, существенно снижающие уровень профессиональной, образовательной или другой социальной и личной активности; ж – признаки воспаления слизистой оболочки горла; з – болезненность шейных или подмышечных лимфатических узлов.

Случаи идиопатической хронической усталости определяются как клинически установленная хроническая усталость, которая не соответствует критериям хронической усталости. Необходимо выяснить причины этого несоответствия. Хроническая усталость определяется как субъективно регистрируемая персистирующая или усиливающаяся усталость, продолжающаяся 6 и более месяцев. Продолжительной считается усталость, которая длится более 1 месяца. Наличие указаний в анамнезе на длительную или хроническую усталость требует клинического обследования для выявления основного и сопутствующего заболевания и последующего лечения.

Психические нарушения при синдроме хронической усталости требуют тщательного изучения. А. Farmer и соавт. (1995) подчёркивают то обстоятельство, что критерии выделения CFS на 97% совпадают с характеристикой «неврастении» в МКБ-10. Синдром хронической усталости также необходимо дифференцировать, помимо соматических заболеваний, с психическими расстройствами с объяснимой «хронической усталостью» - биполярными аффективными расстройствами, депрессией, шизофренией, булимией, злоупотреблением алкоголем и наркотиками в течение более двух лет с формированием зависимости, органическими психическими расстройствами.

С целью уточнения дифференциально-диагностических признаков психических нарушений при CFS проведён феноменологический анализ с известными классическими описаниями психопатологических состояний невротического спектра.

Невротические расстройства (неврастения). Распространенность неврастении составляет 1,2 – 5%. К врачам общей практики по поводу астении обращаются 14 – 65% пациентов. Среди госпитализированных больных с невротическими расстройствами пациенты с неврастением составляют до 70% (Карвасарский Л.В., 1991). Американский врач G. Beard в 1869 году описал болезнь, которую он назвал «американским невротом». Неврастения, по определению Beard (1880) – «раздражительная слабость нервной системы». Следует оговорить то обстоятельство, что при «неврастении» само психиче-

ское напряжение никогда не сводится к переутомлению, оно всегда несёт в себе сложное сочетание утомления, истощения и переживания психогенной ситуации. Характерный признак гиперестезии – интенсивность самого ощущения утомления. В картине болезни постоянно сосуществуют явления лёгкой возбудимости, которым сопутствует быстро наступающая утомляемость (Белицкий Ю., 1906). Гиперестезии в одних анализаторах сопутствует норместезия либо даже относительная гипестезия в других. Чувствительность глаз иногда достигает такой степени, что даже матовый, рассеянный свет становится непереносимым, побуждает к прищуриванию, раздражает глаза, вызывает слезотечение. В других случаях, вне конкретного внешнего раздражителя, появляются фосфены (полосы, блики, вспышки при закрытых глазах). При затяжных и выраженных состояниях могут возникать зрительные обманы восприятия: иллюзорные расстройства и гипнагогические галлюцинации. Нарушается зрение, что затрудняет чтение – буквы сливаются, текст становится неотчётливым (астенопия), содержание прочитываемого не усваивается. W. Binswanger считал типичным для неврастеников повышение зрачкового рефлекса, нередко сопровождаемого его утомляемостью. Речь шла о резких колебаниях величины зрачков, возникающих при малейших изменениях интенсивности света. Гиперакузия при неврастении может сопровождаться акаозмами или слуховыми вербальными иллюзиями. Явлениям гиперакузии обычно сопутствуют изменения самочувствия: шум, гул в голове, головокружение, иногда головная боль.

Многообразны также нарушения других форм чувствительности, которые по традиции делят на гипералгезии, гиперестезии, парестезии и др. Наблюдаются разнообразные гипералгии. Это мышечные боли (миалгии), на высоте которых больной затрудняется совершать движения; непостоянные, неопределённые боли во внутренних органах; боли в подошве или в пятке, вызывающие затруднения походки; головные боли. Последние имеют разный характер (жгучие, давящие, тянущие, колющие, острые, тупые и др.). Головная боль и боль в других областях тела часто сопровождается множеством парестезий, сенестопатий, которые, как правило, не отличаются стойкостью, вычурны и не интерпретируются больными. Одной из постоянных форм парестезии, сопутствующей головной боли неврастеника, является описанное ещё G. Beard ощущение опоясывающего сдавления в голове («каска неврастеника»), которое Шарко рассматривал как один из стигматов неврастения. Головная боль усиливается при надавливании на кожу головы и нередко сочетается с гиперестезией волосяного покрова головы. Наряду с головными болями обычно возникают головокружения. Всякое напряжение в деятельности часто способствует возникновению либо усилению головокружений. У ряда больных при выраженных проявлениях невроза они приобретают характер приступов: головокружение, поташнивание, тошнота,

рвота, шум в ушах. В структуре таких приступов обычно наблюдается падение мышечного тонуса, который обычно и вне приступов бывает понижен. Характерен тремор, усиливающийся при утомлении и психическом напряжении. Явлениям тремора обычно сопутствует гиперрефлексия. Дизэнцефально-вегетативная лабильность проявляется артериальной гипо- или гипертензией, дизритмией пульса, проявлениями красного стойкого дермографизма, ощущением зябкости, склонностью к акроцианозу, тенденцией к субфебрилитету. Вегетативная лабильность распространяется и на иные системы. Изменения функции поджелудочной железы приводит к появлению у больного острого, резко выраженного чувства голода, при стойком воздержании от пищи легко развивается анорексия. «Желудочно-кишечная форма неврастения» представлена расстройствами саливации, нарушением пережёвывания пищи и глотания, ощущениями полноты, давления в области желудка, отрыжкой, тошнотой, нарушениями функции кишечника. Тотальное либо парциальное выделение пота (гипергидроз) – одно из типичных проявлений вегетативных расстройств в клинике неврастения. Для больных неврастениями свойственны лёгкость появления психогенной преходящей или стойкой полиурии, лабильность относительной плотности мочи, трудность начала акта мочеиспускания, слабость струи мочи, прерывистость её, что нередко приводит к частым позывам на мочеиспускание. При длительном течении неврастения меняется и половая жизнь пациента. Наиболее типичны нарастающее ослабление эрекции и ранняя эякуляция. У женщин снижается либидо и нарушается менструальный цикл.

Нарушение цикла «сон – бодрствование» относится, по А. Крейдлер (1963), к ряду основных симптомов неврастения. Особенности ночного сна больных неврастениями подмечены Е. Краепелин. Почти весь день больные испытывают сонливость, а по ночам спят тревожно, с пробуждениями («кивающий сон») и множеством сновидений, содержанием которых становятся дневные заботы. Больные чувствуют себя разбитыми, не отдохнувшими, с трудом поднимаются с постели и принимаются за дела. Длительный период позднего засыпания начинает сопровождаться явлениями тревожного, беспокойного ожидания бессонницы.

Психическое состояние больных неврастениями характеризуется субъективным чувством постоянной усталости, особенно выраженным после пробуждения, в ранние утренние часы. Быстро возникающей утомляемости, лёгкой истощаемости сопутствуют общее снижение тонуса, угнетённость, мрачный фон настроения, пессимистическая оценка своего состояния здоровья и обстоятельств жизни, достигающих уровня невротической депрессии. Подавленное настроение легко поддерживается и чувством быстро возникающей утраты трудоспособности, интеллектуальных возможностей, развитием утомления, лёгким возникновением раздражительности по любому поводу. Раздражительность

легко приобретает характер гневливости с оттенком злобности по отношению к окружающим. Состояния обострённой психической чувствительности и возбудимости у больных легко сменяются явлениями раздражительной слабости, слезливостью в гневе и преходящим слабодушием. Описанные явления лабильности аффекта сосуществуют у больных с недостаточной яркостью и очерченностью впечатлений от действительности, слабостью памяти. Ослабление волевых побуждений (гипобулия) приносит преходящие периоды вялости, апатии, перемежающиеся со свойственной больному обострённой чувствительностью и раздражительностью.

В МКБ-10 для достоверного диагноза F48.0 «Неврастения» требуются следующие признаки:

а) постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы или жалобы на слабость в теле и истощение после минимальных усилий.

б) по крайней мере, два из следующих симптомов:

- ощущение мускульных болей,
- головокружение,
- тензионная головная боль,
- нарушения сна,
- неспособность расслабиться,
- раздражительность,
- диспепсия.

в) любые имеющиеся вегетативные или депрессивные симптомы не настолько продолжительны и тяжелы, чтобы соответствовать критериям более специфических расстройств (МКБ-10).

Современные данные об электроэнцефалографических коррелятах функционального состояния мозга указывают на повышенную степень активации (т.е. дефицит торможения) на уровне коры и лимбико-ретикулярных структур мозга в виде десинхронизации ЭЭГ, угнетение альфа-ритма, повышенной бета-активности и низкоамплитудных тета- и дельта-волн при невротических и тревожных расстройствах (Жирмунская Е.А., 1996; Koella W.P., 1981). Важным свидетельством правомочности представлений об «истощении» тормозных систем как патофизиологической основе невротических расстройств служит высокая эффектив-

ность транквилизаторов и антидепрессантов в их лечении, т.е. препаратов, модулирующих ГАМК-ергическое торможение путём воздействия на серотонин- и норадренергические синаптические системы. Новые научные данные, полученные методами нейровизуализации, позволяют оценить изменения в психо-нейроиммунной системе при психотерапевтическом лечении этих расстройств.

Таким образом, результаты исследования психических нарушений при CFS и сравнения этих нарушений с феноменологией классических психических расстройств указывают на необходимость использования системного, междисциплинарного и комплексного подхода к диагностике и эффективному лечению синдрома хронической усталости в общей медицинской практике.

Литература:

1. Крейнделер А. Астенический невроз. – Бухарест: Изд-во Акад. Рум. нар. республики, 1963. – 410 с.
2. (Kraepelin E.) Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Пер с нем. – М.: Госиздат, 1923. – Т.1. – 232 с.
3. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
4. (Charcot J.M.) Шарко Ж.М. Болезни нервной системы: Пер. с франц. – СПб., 1976. – 343 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ-Россия, СПб.: «АДИС», 1994. – 300 с.
6. Руководство по психиатрии: В 2-х т. – Т.2. /А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
7. Медицинский справочник. Синдром хронической усталости. http://doctorsph.ru/articles.php?article_id=1586
8. Лекция. Синдром хронической усталости http://farkos.com.ua/world_of_medicine/Number_4/leksiya_sindrom_hronicheskoy_ustalosti/print
9. Синдром хронической усталости/Nidus Information Services 2001 <http://sarcooidosis.by.ru/other/cfs1.htm>
10. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный фактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. – СПб.: Алтея, 2008. – 264 с.
11. Горонюкская Г.Н., Чернецова Б.Н., Петина М.М. Синдром хронической усталости: состояние проблемы. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=41344>

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ ТА НЕВРАСТЕНІЇ

О.Г. Сиропятов, Н.О. Дзеружинська, Ю.Н. Астапов, Т.С. Яновський

Розглядаються теоретичні та клінічні критерії «синдрому хронічної втоми» (CFS) у порівнянні з феноменологією класичних описів «неврастенії». Підкреслюється схожість психопатологічних розладів при цих «нозологічних формах». Використання парадигми психо-нейро-імунології дозволяє систематично, міждисциплінарно та комплексно підійти до діагностики та лікування синдрому хронічної втоми в загальній медичній практиці.

Ключові слова: синдром хронічної втоми (CFS), неврастенія, феноменологія, діагностика, психо-нейро-імунологія

PHENOMENOLOGICAL ASSESSMENT OF MENTAL DISORDERS WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME AND NEURASTHENIA

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, Yu.N. Astapov, T.S. Yanovskiy

Theoretic and clinical criteria of «chronic fatigue syndrome» (CFS) are examined in comparison with phenomenological classical description of «neurasthenia». Similarity among psychopathological disorders with these «clinical entity» is accentuated. Usage of psycho-neuro-immunology paradigm enables systemic, interdisciplinary and fully approach to diagnosis and treatment of chronic fatigue syndrome in general medical practice.

Keywords: chronic fatigue syndrome (CFS), neurasthenia, phenomenology, diagnosis, psycho-neuro-immunology

В.И. Очколяс¹, С.И. Табачников², В.А. Руженков³
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Николаевская областная психиатрическая больница¹

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

Белгородский государственный университет МЗИ социального развития (РФ)³

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, дизурические расстройства, непсихотические психические расстройства, депрессия, тревожная депрессия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является медленно прогрессирующим заболеванием, клиническая картина которого характеризуется «волнообразным» течением и может сопровождаться периодами симптоматического ухудшения, стабилизации и улучшения. Морфологические признаки ДГПЖ находят у 10–20% мужчин 40–летнего возраста и у 90% мужчин 80 лет (В.В.Бялик и В.Г.Пинчук, 1977; А.Г.Мартов, Н.А.Лопаткин, 1997; Т.С. Перепанова, В.А. Максимов, Е.Н. Давыдова, П.Л. Хазан, 2006). Аналогичные данные приводятся и другими исследователями (С.П.Пасечников с соавт., 1997; А.С.Переверзев, Н.Ф.Сергиенко, 1998; W.M. Garraway, G.N.Collins, 1991; R.Beier-Holgersen, J.Bruun, 1990; M.J.Barry, S.Beckley et al., 1997). Основными клиническими симптомами (А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко, 1998; S. Jacobsen et al., 1997) аденомы простаты являются учащение и затруднение мочеиспускания, особенно ночью; ослабление струи мочи; чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; императивные (внезапные, трудно сдерживаемые) позывы к мочеиспусканию, часто возникающие внезапно во время важной встречи или торжественного мероприятия, осложняя и без того волнительный момент; недержание и недержание мочи. Эти симптомы проявляются не все и не сразу, а возникают постепенно, нарастая с течением времени.

Значительная часть больных ДГПЖ своевременно не обращаются за медицинской помощью, что связано с тем, что основные симптомы часто не являются беспокоящими (L.J. Tenover et al., 1997; M.D. Eckhardt et al., 2001), а наиболее значимым симптомом, вызывающим чувство беспокойства и тревоги и обуславливающим обращение к врачу, является нарушение мочеиспускания (S.J. Jacobsen et al., 1993; R.C. Bruskewitz et al., 1997; R.C. Flanigan et al., 1998). Прогрессирование ДГПЖ включает в себя кроме увеличения размеров предстательной железы, усиление выраженности симптомов, снижение скорости потока мочи, повышение риска острой задержки мочеиспускания, а также ухудшение общего состояния здоровья больных, что оказывает негативное влияние на качество жизни (M.J.Barry, 1995). Именно нарушение повседневной активности заставляет мужчин обращаться за медицинской помощью (W.M.Garraway et al., 1993; J.D.McConnell et al., 1998; C.J.Girman et al., 1994, 1998; P.P.Sagnier et al.,

1995).

При ДГПЖ нередко наблюдаются расстройства сексуальной функции (J.Zohar et al., 1976; E.P.So et al., 1982; R.Tscholl et al., 1995; S. Bieri et al., 1997), имеющей особо важное психологическое значение и оказывающие негативное влияние на качество жизни мужчин (Блюмберг Б.И., 1999; О.Б. Лоран с соавт., 2001; Аромире О.К. и др., 2001; Пушкарь Д., Раснер П., 2003; H.Sells et al., 2000). Известно (Feldman H.A. et al., 1994), что распространенность эректильной дисфункции четко коррелирует с возрастом и составляет в 50 лет около 50%, в 60 лет - 60%, в 70 лет - 70%; при этом 72,2% больных с эректильной дисфункцией составляют пациенты, у которых имеются и симптомы ДГПЖ. Кроме того, сексуальные расстройства зачастую возникают и как осложнение оперативного вмешательства (П.И.Пивоваров с соавт., 1999) при ДГПЖ.

Больные ДГПЖ вынуждены вводить в свою жизнь определенные ограничения, которые так или иначе становятся заметными для окружающих. Большую роль играет ограничение физической активности и, соответственно, общения, ограничение возможности передвигаться на дальние расстояния, необходимость большую часть времени находиться в пределах досягаемости туалета. Неловкость, испытываемая больными в связи с частыми позывами на мочеиспускание, а также опасение оказаться в «постыдной» ситуации, страх не удержать мочу, стать объектом прямых или «молчаливых» насмешек, играют роль психогенных факторов, в значительной мере обуславливающих развитие психических расстройств. В связи с нарушениями половой функции, наблюдавшимися в данной категории больных, у них возникало чувство собственной неполноценности. Сами пациенты объясняли это возникающей необходимостью «объяснять свою несостоятельность болезнью», которая расценивалась ими как «унизительная» и «лишающая достоинства» (В.В.Марилов, И.Е.Данилин, 2005).

Непсихотические психические расстройства, возникающие у онкологических больных, в том числе и с ДГПЖ (В.А.Ромасенко, К.А.Скворцов, 1961; V.Ficarra, 2000; E.J.Kunkel, 2000), актуализируют такой показатель эффективности лечения, как качество жизни пациента, важнейшим компонентом которого является отсутствие психических нарушений (В.В.Марилов, И.Е.Данилин, 2005; A.Cull, 1995; P.Esper, 1999).

Известно, что в формировании психических расстройств пограничного уровня при соматических заболеваниях (Ю.А.Александровский, 1976, 1997) принимают участие чрезвычайные по силе и продолжительности действия психотравмирующее влияние данной патологии, ее социально-психологические последствия, а также изменения личности в связи с формированием внутренней картины болезни, требующие в диагностике и терапии системного подхода, позволяющего рассматривать все участвующие в возникновении нервно-психических расстройств факторы. Наряду с определением роли соматических страданий в формировании психических нарушений, клиницистов всегда будет интересовать вопрос о соотношении соматогенных и психогенных факторов в формировании психических расстройств на различных этапах соматического заболевания, проблема психосоматического балансирования. «Этот всеобщий закон, царящий в отношениях между психическими и соматическими болезнями», установленный при психотических расстройствах (Е.К. Краснушкин, 1960), обнаруживается и при нарушениях пограничного уровня (М.В. Коркина с соавт., 1982, 1983).

При ДГПЖ (Д. Пушкар, П. Раснер, 2003) в генезе психических расстройств играют роль как психогенные факторы, связанные с предположением пациента о неблагоприятном исходе заболевания – страх развития рака простаты (71% случаев), страх перед хирургическим вмешательством (66% случаев), так и реальное ухудшение социальной составляющей жизни (47% случаев), астенизация из-за частых пробуждений ночью (42% случаев) и, что немаловажно, 91% пациентов указали на беспокойство «из-за появления еще одного возрастного симптома». В то же время, диагноз онкологического заболевания, зачастую звучащий для пациента как приговор, превращает один лишь факт постановки диагноза в мощнейшую психическую травму, способную оформиться в психические нарушения психогенно-реактивного характера (А.Ш. Тхостов, 1984; А.Н. Гузев, 1991; В.Д. Менделевич, 1994). С другой стороны, онкологическая патология является одной из самых тяжелых в соматическом плане, влияющей на психическую деятельность больного и приводящей к формированию соматогенных психических расстройств (В.Я. Семке, А.Н. Гузев, 1990; Н.Б. Шиповников, 1991). При этом выявляется определенная прямая корреляционная зависимость между степенью выраженности симптоматики и уровнем социальной дезадаптации. Так М.Д. Barry et al. (1993; 1995), С.Д. Girman et al. (1994, 1995, 1998) обнаружили, что больные ДГПЖ с умеренно и явно выраженной симптоматикой в 4-6 раз чаще отмечали дискомфорт и отрицательное влияние заболевания на качество жизни, чем те, у кого симптомы были незначительными. Симптомы незначительной степени выраженности вызывают у пациентов лишь небольшое беспокойство, в то время как умеренная и тяжелая симптоматика обуславливает нарушение социальной активности

больных (Guess H.A., 1995, 1996). Наряду с этим, одни и те же симптомы у разных пациентов могут сопровождаться клиническими проявлениями и нарушениями социальной активности различной степени (H.A. Guess et al., 1993), что является свидетельством важной роли индивидуально-психологических характеристик пациента. Усиление симптомов и «тревожно-мнительные беспокойства» (А.С.Перверзев, Н.Ф.Сергиенко, 1998), возможно и как реакция на проведение диагностических или лечебных манипуляций, в частности введения в уретру эндоскопического инструментария.

Высокая распространенность психических нарушений, возникающих при заболеваниях урологической сферы, клинические проявления которых затрагивают самые интимные стороны жизни больных подчеркивалась рядом авторов (О.Л. Тиктинский, 1984; Б.Ю. Приленский, 1990; Т.С. Захарушкина, 2001; G. Karcher, 1982; V. Ficarra, 2000). Исследования урологов (А.И. Неймарк, 1995; М.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, 1997; А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко, 1998) показали, что у больных с ДГПЖ имеются патологические изменения в психической сфере. В генезе личностных и невротических реакций при ДГПЖ некоторые исследователи отмечают неудовлетворенность результатами операций (19% случаев), что связано с нереалистичными ожиданиями пациентов и их неправильным мнением о результатах лечения и их не в полной мере реальными ожиданиями (U.Zwergel, B.Wullich, 1998).

По мнению Т.С.Захарушкиной (2001) ДГПЖ, являясь хроническим заболеванием с постепенным нарастанием симптомов, вызывающим дезадаптацию через личностные структуры, приводит к дисбалансу с социально-психологической средой и, как правило, психическим нарушениям. Автором указывается, что психические нарушения у больных ДГПЖ представлены психопатологическими синдромами (от донозологических до выраженных клинических) в рамках пограничных психических расстройств, встречающихся в 65% случаев заболевания. На процесс формирования психических расстройств при ДГПЖ влияет степень развития симптомов аденомы простаты, длительность болезни, а также преморбидные характерологические особенности личности. Клинически были обнаружены психопатологические нарушения в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемых как астенический (гипо- и гиперстенический вариант), тревожные расстройства, тревожно-депрессивные, депрессивные (в т.ч. астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические), ипохондрические, обсессивно-фобические вне зависимости от наличия объективных урологических нарушений. Астенический синдром нарастал в зависимости от длительности развития симптоматики аденомы простаты (соматогенный механизм развития), депрессивные и ипохондрические состояния преобладали после года течения симптомов заболевания (нозогенный психогенный механизм), обсессивно-фобические и тревожные расстройства – в равной степени как от

года, так и от года до трех лет, затем снижаясь, с четкой связью с предстоящим оперативным лечением. Без проведения коррекции развившихся психических нарушений, происходит дальнейшее становление и усложнение структуры психопатологических синдромов (которые часто имеют смешанный характер и тенденцию к взаимному переходу) с увеличением удельного веса депрессивных, тревожных и ипохондрических расстройств, что отражается на длительности и качестве послеоперационного периода.

По данным И.Е.Данилина (2003), опухоли предстательной железы в большинстве случаев приводят к формированию пограничных психических расстройств различной степени выраженности. Их распространенность достигает 100% у больных раком предстательной железы, осведомленных о своем заболевании и 60% у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Психогенный фактор, обусловленный опухолевыми поражениями предстательной железы, служит основой для развития большинства депрессивных, тревожных, обсессивно-фобических и дисфорических расстройств. Соматогенный компонент привносит в картину болезни главным образом астеническую симптоматику, которая «окрашивает» все остальные, более сложные, психопатологические феномены. По мнению автора, в формировании пограничных психических расстройств при опухолях предстательной железы принимает участие комплекс тесно связанных между собой соматогенных и психогенных факторов. Соматогенный компонент обусловлен длительным течением заболевания и наличием хронической симптоматики, снижающей качество жизни пациентов (частые позывы на мочеиспускание, дискомфорт и болевые ощущения в паховой области, ослабление контроля за мочеиспусканием, никтурия, снижение потенции). Соматогенный фактор привносит в картину болезни главным образом астеническую симптоматику (соматогенная астения), которая «окрашивает» все остальные, более сложные, психопатологические феномены. У больных ДГПЖ основную роль в формировании непсихотических психических расстройств психогенного характера играют такие факторы, как особый социокультуральный статус заболеваний мочеполовой сферы, заставляющий пациентов стесняться и скрывать от окружающих симптомы, снижение либидо и потенции и связанная с этим необходимость «признавать себя несостоятельным» из-за болезни, опасения, относительно возможного озлокачествления опухоли, а также разнообразные ограничения (физической активности, общения, передвижения), связанные с симптомами основного заболевания.

Нередко, в связи с недостаточной удовлетворенностью пациентов результатами операций, в отдаленном реабилитационном периоде развиваются психопатологические нарушения в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемые как астенические, тревожные, тревожно-депрес-

сивные, депрессивные (в т.ч. астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические), ипохондрические и обсессивно-фобические (Т.С.Захарушкина, 2001).

Учитывая широкую распространенность пограничных психических нарушений у больных с опухолями предстательной железы, целесообразно проведение комплексного лечения данной категории пациентов, с использованием программ психотерапии и психофармакотерапии, направленных на коррекцию возникающих пограничных психических расстройств. В первую очередь целесообразно обратить внимание на депрессивные нарушения, неблагоприятно влияющие на коморбидную соматическую патологию, часто ухудшая прогноз основного заболевания. Особенно это относится к реактивным депрессиям, нередко способствующим развитию гипертонической болезни и других патологических изменений внутренних органов (- Н.Г. Prigerson et al, 1997). Она может быть реакцией на основное страдание, а так же не зависеть от соматической болезни, но во всех случаях депрессия усугубляет проявление и течение телесного недуга и осложняет его лечение (А.Б. Смулевич, 2000).

По мнению Е.Б. Мазо и М.Н. Белковской (2001), в XXI веке больные ДГПЖ будут лечиться в основном медикаментозно, с обеспечением высокого качества жизни. Уже в настоящее время за рубежом около 80% пациентов с ДГПЖ подвергаются медикаментозному лечению этого заболевания и только 20% – оперативному и другим немедикаментозным методам лечения (К.М. Verhamme, et al., 2003). Медицинская эффективность терапии больных ДГПЖ различными медикаментами, разработанными в последние годы интересует многих исследователей (Пытель Ю.А., 1997; Сивков А.В., 1997; Лоран О.Б., Вишневский А.Е., 2001; А.С. Аль-Шукри, 2002). Несмотря на то, что разрабатываются медикаментозные методы лечения ДГПЖ, и имеющийся высокий удельный вес расстройств психической сферы у данной категории пациентов, как связанных с реакцией личности на болезнь, так и ассоциированных с возрастной динамикой психики, а также наличием церебро-васкулярной патологии, в доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных коррекции психической сферы пациентов при помощи методов психотерапии и психофармакотерапии, хотя наличие непсихотических психических расстройств приводит к затяжному течению заболевания и ухудшает прогноз.

Таким образом, анализ литературных данных показал, что ДГПЖ более чем в половине случаев сопровождается непсихотическими психическими расстройствами, в генезе которых преобладают психогенные влияния, связанные со страхом малигнизации, социальной и семейной дезадаптацией, а также личностная реакция на заболевание обуславливающие высокий удельный вес депрессивных, тревожных, тревожно-депрессивных и ипохондрических состояний. Наряду с этим, существенное значение в генезе пограничных психических расстройств у больных с ДГПЖ

играет соматогенный фактор (в аспекте астенизации) и преморбидные личностные особенности пациентов, играющие роль в формировании внутренней картины болезни. Несмотря на широкую распространенность непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ до настоящего времени не разработаны дифференцированные алгоритмы оказания им психофармакологической и психотерапевтической помощи и отсутствует организационная модель ее реализации, что ставит перед психиатрией соответствующие задачи научного и организационного аспектов.

Литература:

1. Александровский, Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация : пограничные нервно-псих. расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Зевс ; Ростов н/Д : Феникс, 1997. – 572 с.
3. Аль-Шукри, А. С. Оценка эффективности и безопасности длительного лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы простаром : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.40 / А. С. Аль-Шукри ; С.-Петерб. гос. мед. ун-т. – СПб., 2002. – 18 с.
4. Доброкачественная гиперплазия простаты и половая функция / О. К. Аромиде, С. И. Терещук, Э. К. Арнольди [и др.] ; науч. ред. О. К. Аромиде. – Ростов н/Д : Феникс, 2001. – 349 с.
5. Блюмберг, Б. И. Сексуальная функция при медикаментозном лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.40 / Б. И. Блюмберг ; Сарат. гос. мед. ун-т. – Саратов, 1999. – 26 с.
6. Гузев, А. Н. Феноменологические особенности психопатологических расстройств в онкологической клинике / А. Н. Гузев // Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья : тез. докл. всесоюз. конф. с междунар. участием, Томск 10-13 сент. 1991 г. / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1991. – С. 9-11.
7. Данилин, И. Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / И. Е. Данилин ; Рос. ун-т дружбы народов. – М., 2003. – 24 с.
8. Захарушкина, Т. С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.40 / Т. С. Захарушкина. – М., 2001. – 25 с.
9. Коркина, М. В. Некоторые закономерности формирования психических расстройств при хронических соматических заболеваниях / М. В. Коркина, М. А. Цивильно, В. В. Марилов // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве» : материалы науч.-практ. конф., Воронеж, 21-22 окт. 1982 г. / Воронеж. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров ; отв. ред. В. М. Баниников. – Воронеж, 1982. – Вып. 2. – С. 122-124.
10. Коркина, М. В. Особенности пограничных психических расстройств при некоторых хронических соматических заболеваниях / М. В. Коркина, М. А. Цивильно, М. А. Карева // Пограничные нервно-психические расстройства: клиника, лечение, систематика : материалы науч. конф., Москва, 18-19 мая 1982 г. / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии, Всесоюз. науч. о-во невропатологов и психиатров ; гл. ред. Г. В. Морозов. – М., 1983. – С. 101-102.
11. Краснушкин, Е. К. О некоторых отношениях между душевными и соматическими болезнями / Е. К. Краснушкин // Краснушкин Е. К. Избранные труды / ред. кол.: В. М. Баниников [и др.]. – М., 1960. – С. 427-445.
12. Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы / О. Б. Лоран, А. В. Еситов, С. П. Свистунов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2001. – Т. 322, № 4. – С. 43-48.
13. Лоран, О. Б. Альфа-адреноблокаторы в лечении расстройств мочеиспускания у больных с доброкачественной гиперплазией пред-

стательной железы / О. Б. Лоран, А. Е. Вишневский // Лечащий врач. – 2001. – № 2. – С. 28-30.

14. Марилов, В. В. Психические расстройства у больных опухолями предстательной железы в сравнительном аспекте / В. В. Марилов, И. Е. Данилин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 23-27.

15. Менделевич, В. Д. Антиципационный тренинг в психологической реабилитации онкогинекологических больных / В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 1994. – Т. 26, № 1-2. – С. 41-44.

16. Переверзев, А. С. Аденома предстательной железы / А. С. Переверзев, Н. Ф. Сергиенко. – Киев : Ваклер, 1998. – 277 с. : ил.

17. Пушкарь, Д. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Д. Пушкарь, П. Раснер // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34-38.

18. Пытель, Ю. А. Этиология и патогенез гиперплазии предстательной железы / Ю. А. Пытель, А. З. Винаров // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : сб. ст. / Всерос. о-во урологов, НИИ урологии ; под ред. Н. А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 19-32.

19. Ромасенко, В. А. Нервно-психические нарушения при раке / В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов. – М. : Медгиз, 1961. – 387 с.

20. Семке, В. Я. Теоретико-методологические проблемы современной онкопсихиатрии / В. Я. Семке, А. И. Гузев // Психосоматические расстройства : сб. ст. / ред. кол.: Э. Вассар [и др.]. – Тарту, 1990. – С. 238-247. – (Учен. зап. Тарт. ун-та ; вып. 891).

21. Сивков, А. В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А. В. Сивков // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : сб. ст. / Всерос. о-во урологов, НИИ урологии ; под ред. Н. А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 67-83.

22. Тхостов, А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных / А. Ш. Тхостов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – № 12. – С. 1839-1884.

23. Шиповников, Н. Б. Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 : 14.00.14 / Н. Б. Шиповников ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т. – Л., 1991. – 24 с.

24. Measuring disease – specific health status in men with benign prostatic hyperplasia. Measurement Committee of The American Urological Association / M. J. Barry, F. J. Fowler, M. P. O'Leary [et al.] // Med. Care. – 1995. – Vol. 33, suppl. 4. – S. 145-155.

25. Testing to predict outcome after transurethral resection of the prostate / R. C. Bruskewitz, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1997. – Vol. 157, № 4. – P. 1304-1308.

26. Cull, A. Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice / A. Cull, M. Stewart, D. G. Altman // Br. J. Cancer. – 1995. – Vol. 72, № 1. – P. 229-235.

27. Prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and their impact on well-being / M. D. Eckhardt, G. E. van Venrooij, H. H. van Melick [et al.] // J. Urol. – 2001. – Vol. 166, № 2. – P. 563-568.

28. Esper, P. Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer / P. Esper, B. G. Redman // Urol. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 26, № 2. – P. 375-389.

29. A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men / S. J. Jacobsen, H. A. Guess, L. Panser [et al.] // Arch. Fam. Med. – 1993. – Vol. 2, № 7. – P. 729-735.

30. Impact of previously unrecognized benign prostatic hyperplasia on the daily activities of middle-aged and elderly men / W. M. Garraway, E. B. Russell, R. J. Lee [et al.] // Br. J. Gen. Pract. – 1993. – Vol. 43, № 373. – P. 318-321.

31. Natural history of prostatism: impact of urinary symptoms on quality of life in 2115 randomly selected community men / C. J. Girman, R. S. Epstein, S. J. Jacobsen [et al.] // Urology. – 1994. – Vol. 44, № 6. – P. 825-831.

32. Natural history of prostatism: relationship among symptoms, prostate volume and peak urinary flow rate / C. J. Girman, S. J. Jacobsen, H. A. Guess [et al.] // J. Urol. – 1995. – Vol. 153, № 5. – P. 1510-1515.

33. Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries / C. J. Girman, S. J. Jacobsen, T. Tsukamoto [et al.] // Urology. – 1998. – Vol. 51, № 3. – P. 428-436.

34. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of

the Massachusetts Male Aging Study / H. A. Feldman, I. Goldstein, D. G. Hatzichristou [et al.] // J. Urol. – 1994. – Vol. 151, № 1. – P. 54-61.

35. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms / V. Ficarra, R. Righetti, A. D'Amico [et al.] // Urol. Int. – 2000. – Vol. 65, № 3. – P. 130-134.

36. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study / R. C. Flanigan, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol. 160, № 1. – P. 16-17.

37. Karcher, G. Kurzlehrbuch der Urologie: ein Leitfadens für Studium und Praxis / G. Karcher. – Stuttgart ; New York : Schattauer, 1982. – 274 s.

38. Communicating effectively with the patient and family about treatment options for prostate cancer / E. J. Kunkel, R. E. Myers, P. L. Lartey [et al.] // Semin. Urol. Oncol. – 2000. – Vol. 18, № 3. – P. 233-240.

39. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyper-

plasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group / J. D. McConnell, R. Bruskewitz, P. Walsh [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 338, № 9. – P. 557-563.

40. Impact of symptoms of prostatism on level of bother and quality of life of men in the French community / P. P. Sagnier, G. MacFarlane, P. Teillac [et al.] // J. Urol. – 1995. – Vol. 153, № 3 (pt. 1). – P. 669-673.

41. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement / H. Sells, J. Donovan, P. Ewings [et al.] // B. J. U. Int. – 2000. – Vol. 85, № 4. – P. 440-445.

42. Efficacy and tolerability of finasteride in symptomatic benign prostatic hyperplasia: a primary care study. Primary Care Investigator Study Group / J. L. Tenover, G. A. Pagano, A. S. Morton [et al.] // Clin. Ther. – 1997. – Vol. 19, № 2. – P. 243-258.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Очкoлyас, С.И. Табачников, В.А. Руженков

В обзоре рассматривается распространенность непсихотических психических расстройств у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, их клиническая структура и механизм формирования. Обсуждаются возможные пути оказания психофармакологической и психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, дизурические расстройства, непсихотические психические расстройства, депрессия, тревожная депрессия

NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS BY BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND

V.I. Ocholyas, S.I. Tabachnikov, V.A. Ruzhenkov

The prevalence of non-psychotic mental disorders by patients with benign hyperplasia prostatic gland, their clinical structure and mechanism of formation is the subject of this report. The possible ways in which psychopharmacological and psychotherapeutic help are discusses.

Keywords: Benign hyperplasia of prostatic gland, prostatic adenoma, dysuric disturbance, non-psychotic mental disorders, depression, worried depression

УДК 616.89-612.821

О.М. Зінченко

ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2000-2010 РОКАХ

Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, жителі села, жителі міста, психіатрична допомога

Психічне здоров'я - важливий елемент громадсько-го здоров'я, що визначає економічне і соціальне благополуччя людини і суспільства в цілому [3, 4]. Відомо, що клімато-географічна, соціально-демографічна і адміністративно-економічна своєрідність різних територій впливає на формування і динаміку здоров'я населення, у тому числі психічне [1;2;5].

Загальноприйнято оцінювати стан психічного здоров'я за показникам, які характеризують загальну та первинну захворюваність на психічні розлади у населення. Проведений нами аналіз деяких соціально значимих показників, за даними звернення в установи психіатричної служби Чернівецької області у 2000-2010 роках дозволив виявити їх особливості у динаміці.

У 2010 р. до лікувально-профілактичних закладів Чернівецької області за психіатричною допомогою звернулося 22119 осіб (у 2000 р. - 20985). З цього числа

3176 осіб склали діти; 1231 - підлітки; 17712 - дорослі.

У порівнянні з 2000 р. кількість дорослих, що звернулися за допомогою збільшилося на 13,4%, а підлітків та дітей зменшилося на 15,2% і 18,8% відповідно.

Показники психічного здоров'я населення Чернівецької області за період з 2000 по 2010 р. характеризуються зростанням на 9,36% загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки (рис. 1).

У структурі контингенту хворих у 2010 році переважали хворі з непсихотичними психічними розладами (47,98%), хворі з розладами психіки психотичного характеру і розумовою відсталістю становили 22,2% і 29,82% відповідно. В порівнянні з 2000 р. зрушення в структурі були мінімальними (табл. 1).

По групах розладів і окремих нозологіях показники загальної захворюваності мали тенденцію до зростання (табл. 2).

the Massachusetts Male Aging Study / H. A. Feldman, I. Goldstein, D. G. Hatzichristou [et al.] // J. Urol. – 1994. – Vol. 151, № 1. – P. 54-61.

35. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms / V. Ficarra, R. Righetti, A. D'Amico [et al.] // Urol. Int. – 2000. – Vol. 65, № 3. – P. 130-134.

36. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study / R. C. Flanigan, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol. 160, № 1. – P. 16-17.

37. Karcher, G. Kurzlehrbuch der Urologie: ein Leitfadens für Studium und Praxis / G. Karcher. – Stuttgart ; New York : Schattauer, 1982. – 274 s.

38. Communicating effectively with the patient and family about treatment options for prostate cancer / E. J. Kunkel, R. E. Myers, P. L. Lartey [et al.] // Semin. Urol. Oncol. – 2000. – Vol. 18, № 3. – P. 233-240.

39. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyper-

plasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group / J. D. McConnell, R. Bruskewitz, P. Walsh [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 338, № 9. – P. 557-563.

40. Impact of symptoms of prostatism on level of bother and quality of life of men in the French community / P. P. Sagnier, G. MacFarlane, P. Teillac [et al.] // J. Urol. – 1995. – Vol. 153, № 3 (pt. 1). – P. 669-673.

41. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement / H. Sells, J. Donovan, P. Ewings [et al.] // B. J. U. Int. – 2000. – Vol. 85, № 4. – P. 440-445.

42. Efficacy and tolerability of finasteride in symptomatic benign prostatic hyperplasia: a primary care study. Primary Care Investigator Study Group / J. L. Tenover, G. A. Pagano, A. S. Morton [et al.] // Clin. Ther. – 1997. – Vol. 19, № 2. – P. 243-258.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Очкoлyас, С.И. Табачников, В.А. Руженков

В обзоре рассматривается распространенность непсихотических психических расстройств у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, их клиническая структура и механизм формирования. Обсуждаются возможные пути оказания психофармакологической и психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, дизурические расстройства, непсихотические психические расстройства, депрессия, тревожная депрессия

NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS BY BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND

V.I. Ocholyas, S.I. Tabachnikov, V.A. Ruzhenkov

The prevalence of non-psychotic mental disorders by patients with benign hyperplasia prostatic gland, their clinical structure and mechanism of formation is the subject of this report. The possible ways in which psychopharmacological and psychotherapeutic help are discusses.

Keywords: Benign hyperplasia of prostatic gland, prostatic adenoma, dysuric disturbance, non-psychotic mental disorders, depression, worried depression

УДК 616.89-612.821

О.М. Зінченко

ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2000-2010 РОКАХ

Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, жителі села, жителі міста, психіатрична допомога

Психічне здоров'я - важливий елемент громадсько-го здоров'я, що визначає економічне і соціальне благополуччя людини і суспільства в цілому [3, 4]. Відомо, що клімато-географічна, соціально-демографічна і адміністративно-економічна своєрідність різних територій впливає на формування і динаміку здоров'я населення, у тому числі психічне [1;2;5].

Загальноприйнято оцінювати стан психічного здоров'я за показникам, які характеризують загальну та первинну захворюваність на психічні розлади у населення. Проведений нами аналіз деяких соціально значимих показників, за даними звернення в установи психіатричної служби Чернівецької області у 2000-2010 роках дозволив виявити їх особливості у динаміці.

У 2010 р. до лікувально-профілактичних закладів Чернівецької області за психіатричною допомогою звернулося 22119 осіб (у 2000 р. - 20985). З цього числа

3176 осіб склали діти; 1231 - підлітки; 17712 - дорослі.

У порівнянні з 2000 р. кількість дорослих, що звернулися за допомогою збільшилося на 13,4%, а підлітків та дітей зменшилося на 15,2% і 18,8% відповідно.

Показники психічного здоров'я населення Чернівецької області за період з 2000 по 2010 р. характеризуються зростанням на 9,36% загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки (рис. 1).

У структурі контингенту хворих у 2010 році переважали хворі з непсихотичними психічними розладами (47,98%), хворі з розладами психіки психотичного характеру і розумовою відсталістю становили 22,2% і 29,82% відповідно. В порівнянні з 2000 р. зрушення в структурі були мінімальними (табл. 1).

По групах розладів і окремих нозологіях показники загальної захворюваності мали тенденцію до зростання (табл. 2).

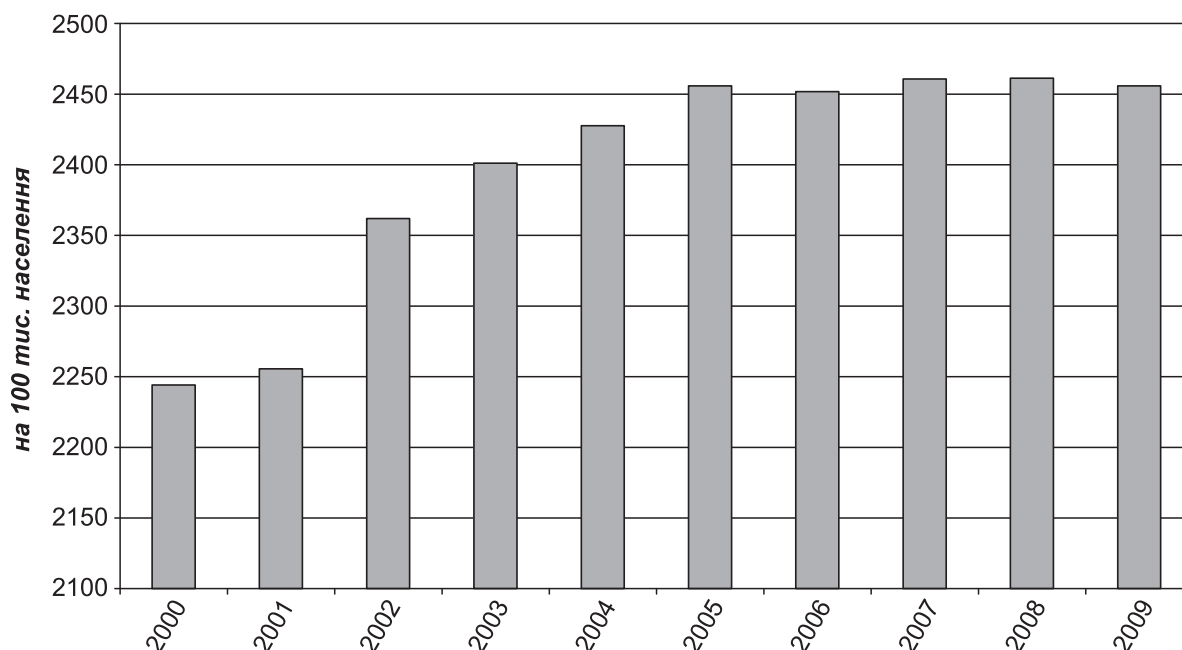


Рис. 1. Динаміка показника загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернівецької області

Таблиця 1

Структура загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки за 3 основними групами

Види розладів	Чернівецька область						Україна	
	2000 рік		2005 рік		2010 рік		2010 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	4353	465,5	4714	518,92	4911	544,9	309936	676,97
Розлади психіки непсихотичного характеру	9872	1055,7	10676	1168,92	10612	1177,4	585531	1278,94
Розумова відсталість (усі ступені)	6760	722,92	6919	761,65	6596	731,8	273250	596,84

Таблиця 2

Структура загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у населення Чернівецької області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	5262	6225	562,72	690,66
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	3458	4638	369,8	514,59
з них внаслідок епілепсії	1009	1334	107,9	148,01
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	2207	2745	236,02	304,56
Афективні розлади	657	829	70,26	91,98
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	2648	2691	283,18	298,57
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	862	731	92,18	102,4

Так, у групі розладів психіки психотичного характеру простежувалася тенденція збільшення відсотка хворих на шизофренію, шизотипові та маячні розлади з 50,7% в 2000 р. до 55,89% в 2010 р.

Показник загальної захворюваності розумовою відсталістю також збільшився за 11 років на 1,2% (з 722,92 до 731,8 на 100 тис. населення).

В той же час показник загальної захворюваності неспсихотичних психічних розладів протягом зазначеного періоду збільшився на 11,5% (з 1055,7 до 1177,4 на 100 тис. населення). У цій групі розладів на 39,2% збільшився показник загальної захворюваності органічних неспсихотичних розладів; на 5,4% невротичних,

пов'язаних із стресом і соматоформних розладів і на 11,1% розладів особистості та поведінки у зрілому віці.

Приблизно 46,8% (у 2000 р.) і 50,5% (у 2010 р.) від загального числа хворих, які звернулися за допомогою складала сільські жителі. У 2000 році їх було зареєстровано 9752 осіб і до 2010 року їх кількість збільшилася на 14,4%. Показник загальної захворюваності за 11 років у сільських жителів зріс на 16,5%; а у міських жителів на 3,9% (рис. 2).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки як у жителів міста (51,65%), так і у жителів села (44,36%) у 2010 році займали неспсихотичні психічні розлади (табл. 3).

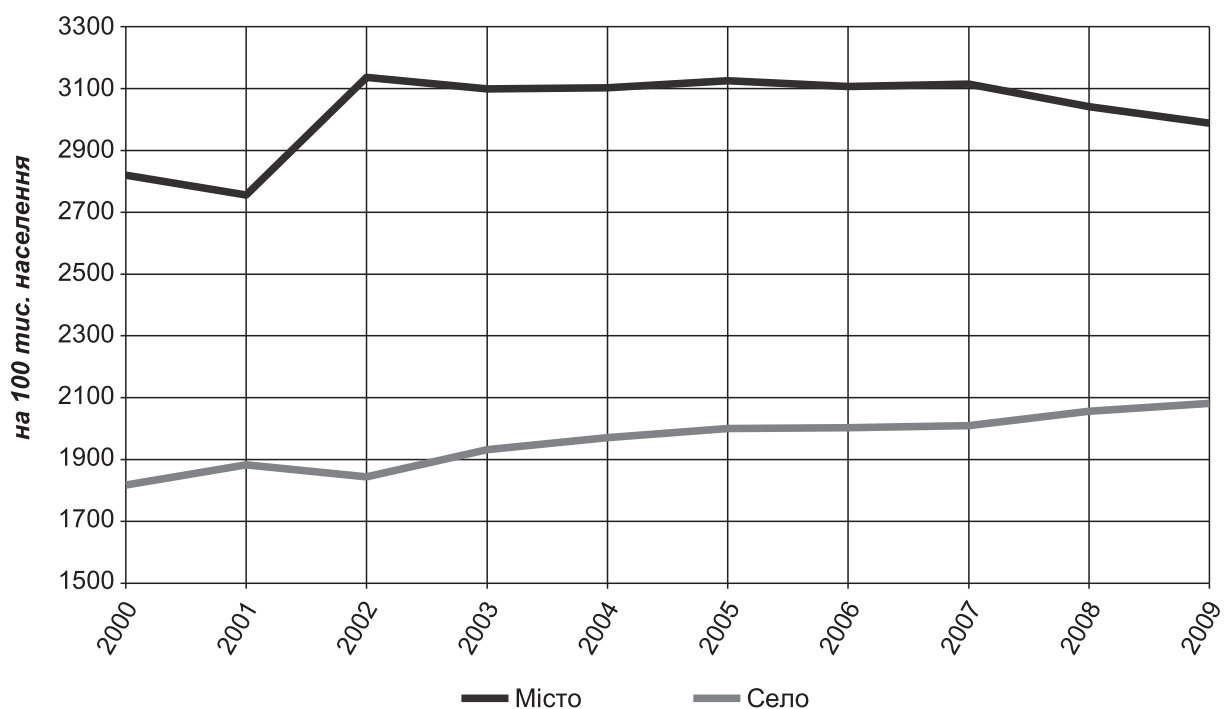


Рис. 2. Динаміка показника загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернівецької області

Таблиця 3

Структура поширеності розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернівецької області (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	644,2	474,4
Розлади психіки неспсихотичного характеру	1512,5	939,4
Розумова відсталість (усі ступені)	771,4	703,8

Число хворих, що звернулися за допомогою з уперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу в 2010 р. складало 1558 осіб, з них 407 осіб - діти, 156 - підлітки і 995 осіб - дорослі.

В порівнянні з 2000 р. число хворих з уперше в житті встановленим діагнозом в цілому і по трьох вікових групах зменшилося. Загальне число уперше діагностованих хворих зменшилося на 29,2%, число уперше виявлених хворих серед дорослих скоротилося на 17,4%, серед підлітків - на 59,2%, серед дітей на 33,7%.

Показник первинної захворюваності населення

Чернівецької області на розлади психіки та поведінки зменшився з 235,3 у 2000 р. до 172,9 на 100 тис. населення у 2010 році, або на 26,52%. По Україні зазначений показник у 2010 році був дещо вищими і складав 234,6 на 100 тис. населення.

У структурі уперше виявлених хворих в динаміці 11 років спостерігалось досить помітне скорочення числа хворих у 3 основних групах, а саме у групі розладів психіки психотичного характеру (на 21,7%), розладів психіки непсихотичного характеру (на 29,98%), розумової відсталості (на 33,22%) (табл. 4).

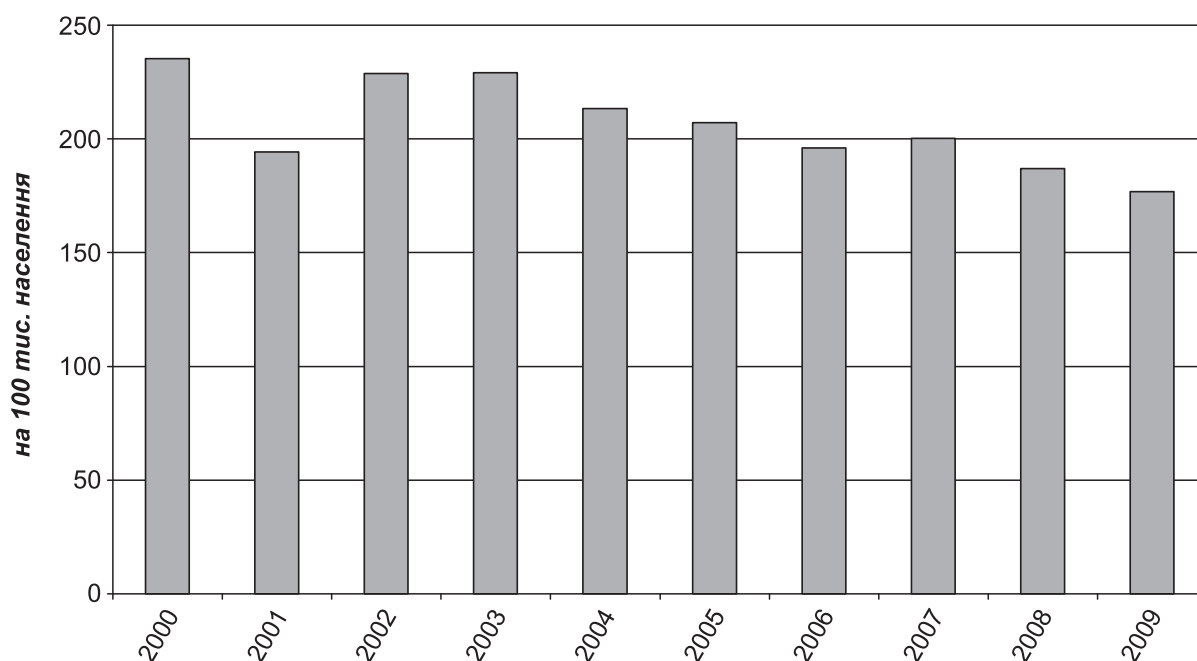


Рис. 3. Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернівецької області

Таблиця 4

Структура поширеності розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернівецької області (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Чернівецька область						Україна	
	2000 рік		2005 рік		2010 рік		2010 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	327	35,0	360	39,63	256	28,40	18761	40,98
Розлади психіки непсихотичного характеру	1581	169,1	1212	133,42	1107	122,82	79845	174,4
Розумова відсталість (усі ступені)	292	31,23	310	34,12	195	21,64	8801	19,22

У групі розладів психотичного характеру зросла кількість хворих на шизофренію, шизотипові та маячні розлади. По інших виділених нозологіях має місце як зниження загальної кількості хворих так і показника первинної захворюваності (табл. 5).

У 2010 році показник первинної захворюваності на психічні розлади у жителів міста складав 204,9 на 100 тис. населення, а у жителів села 150,1 на 100 тис. насе-

лення. Порівняльний аналіз зазначеного показника протягом 2000 – 2010 рр. свідчить що показник первинної захворюваності у жителів міста зменшився на 27,7%, а у жителів села на 24,8% (рис. 4).

У структурі первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села у 2010 році перше рангове місце займали непсихотичні психічні розлади (табл. 6).

Таблиця 5

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів Чернівецької області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	599	493	64,06	54,7
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	418	399	44,7	44,27
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	90	126	9,62	13,98
Афективні розлади	145	44	15,51	4,88
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	528	462	56,46	51,26
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	33	26	3,53	3,6

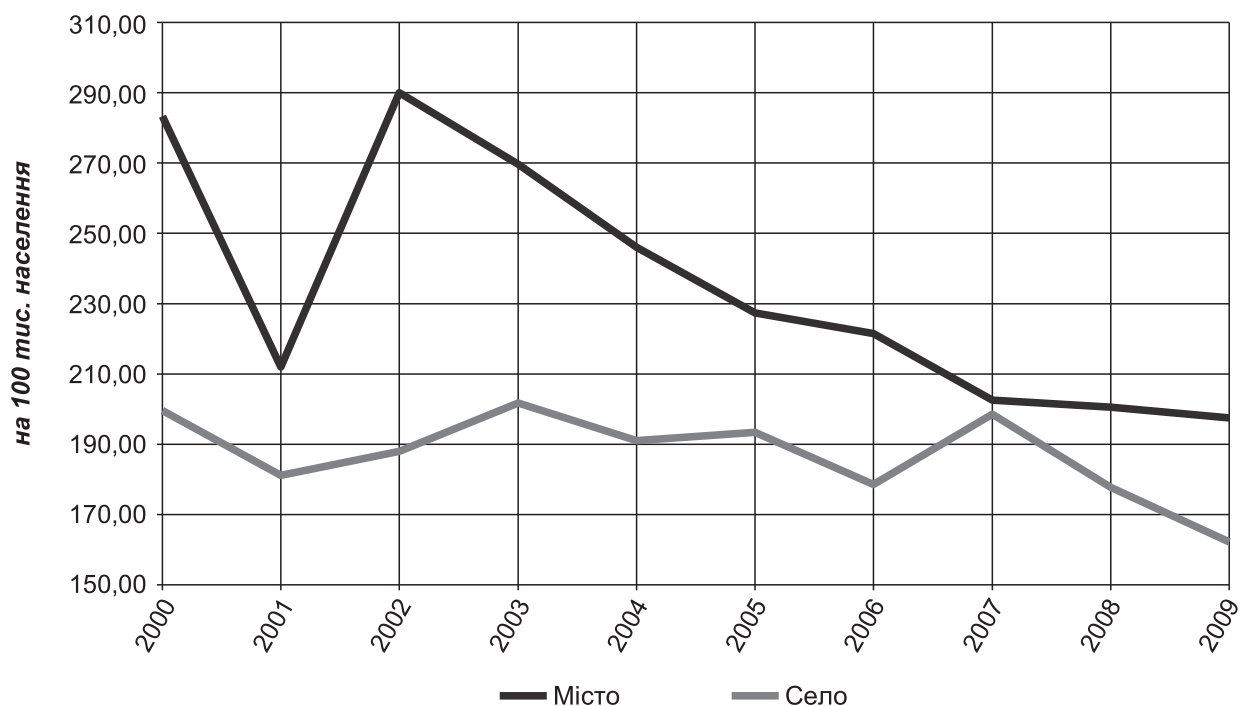


Рис. 4. Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернівецької області

Таблиця 6

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Чернівецької області (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	31,8	26,0
Розлади психіки непсихотичного характеру	154,7	100,2
Розумова відсталість (усі ступені)	18,4	23,9

Висновки

Проведений нами аналіз динаміки показників загальної та первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Чернівецької області у 2000-2010 роках свідчить про зростання абсолютного числа хворих, які звернулися за психіатричною допомогою, зростання показника загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади як в цілому так і за 3 основними групами (розлади психіки психотичного характеру, розлади психіки непсихотичного характеру, розумова відсталість). Слід зазначити, що в Чернівецькій області показник загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади нижче загальноукраїнського показника. Захворюваність міського населення вища ніж сільського. Показник загальної захворюваності за 11 років у сільських жителів зріс на 16,5%;

Показники первинної захворюваності в 2010 р. у порівнянні з 2000 р. зменшилися як в цілому так і у 3 основних групах (розлади психіки психотичного характеру, розлади психіки непсихотичного характеру, розумова відсталість).

Питома вага сільських жителів серед пацієнтів з уперше встановленим діагнозом складала 50,8%.

У структурі первинної та загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села перше рангове місце займали непсихотичні психічні розлади.

Література:

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России //Журнал социальная и клиническая психиатрия.-2001, № 1.- С. 9-16.
2. Казаковцев Б.А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России //Российский психиатрический журнал.- 1998, № 1. - С. 7-11.
3. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья - общая ответственность //Социальная и клиническая психиатрия. - 2001, № 2. - С. 5-7.
4. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. -Томск, 1999.-403 с.
5. Щепин О.П., Филатов В.Б. Региональное здравоохранение России: пути реформирования и развития //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1999, № 1. - С. 3-12.

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРНОВЕЦКОЙ ОБЛАСТИ У 2000-2010 ГГ

Е.Н.Зинченко

Проведенный анализ социально значимых показателей распространенности и первичной заболеваемости психическими расстройствами, по данным обращаемости в учреждения психиатрической службы Черновецкой области в 2000-2010 гг. позволил выявить ряд особенностей в их динамике. Зарегистрирован рост показателей распространенности психическими расстройствами в регионе, который соответствует общеукраинской тенденции. Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами населения Черновецкой области ниже, чем по Украине в целом. Регистрируется более высокий уровень этих показателей у городского населения. 50,5% обратившихся за психиатрической помощью составляют сельские жители.

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

DYNAMICS OF GENERAL AND PRIMARY MORBIDITY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG POPULATION OF CHERNIVTSI REGION IN 2000-2010

E.N. Zinchenko

Made analysis of social significant data of morbidity and primary sickness rate of mental disorders, by data of appealability to institutions of Chernivtsy region psychiatric service in 2000-2010 gave a possibility to determine a row of peculiarities in its dynamic. Has been registered a morbidity psychiatric disorders index grow in the region which correspond to general Ukrainian tendency. The level of general sickness rate of psychiatric disorders of Chernivtsy region population is low than in Ukraine in whole. Among urban population this index level has registered higher. 50, 5% people who appeal for psychiatry help are the village residents.

Keywords: psychiatry disorders, sickness rate, morbidity, village residents, psychiatry help

УДК:616.89–036.865

Г.А. Пріб

ЗАСАДИ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИУкраїнський НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ**Ключові слова:** реабілітація, обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність (СН)

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Реабілітологія – це наука про збереження й відновлення здоров'я людини у суспільстві й середовищі та забезпечення її життєдіяльності. Об'єктом спостереження в реабілітології є людина в середовищі перебування. Нині відокремлюють три частини реабілітології: 1) наука про психічне, соматичне та фізіологічне здоров'я в засобах і методах його відновлення; 2) наука про екологічну реабілітацію людини й середовища її перебування; 3) наука про відродження духовно-моральних цінностей та адаптивні до життя засоби, способи і методи існування. Під реабілітацією Робоча група Європейського регіонального бюро ВООЗ розуміє службу, яка призначена для підтримки або відновлення стану незалежності людини [1]. Сутністю реабілітації є не стільки відновлення здоров'я, скільки відновлені можливості для людей, які мають той чи інший стан здоров'я після лікування. Лікування хвороби, корекція порушень, медична компенсація дефекту мають свою межу. Тому мета суспільства полягає у забезпеченні можливості для всіх людей, з їх специфічними, у тому числі обмеженими здатностями, якісно функціонувати та розвиватися. Отже зміст реабілітації розглядається як процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або якомога більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності (ОЖ), викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Метою реабілітації є відновлення соціального статусу, досягнення матеріальної незалежності й соціальна адаптація людини.

В Україні згідно Закону «Про реабілітацію інвалідів» на теперішній час введено поняття «реабілітолога» як фахівця у галузі реабілітації. Проте, стосовно психіатричної реабілітації нині відсутні ефективні програми підготовки фахівців у сфері медико-соціальної психіатричної реабілітації, а існуючі включають лише теорію й методики лікування. В Україні ідеологічні розбіжності між лікуванням і реабілітацією на практиці втілено лише у тому, що реабілітація може проводитися не у лікувальному закладі. Тому, важливою проблемою при наданні медико-соціальної допомоги пацієнтам, які страждають на психічні та поведінкові розлади є диференціація реабілітаційних та лікувальних заходів. Проте, недостатнє урахування основних принципів реабілітації призводить до планування і проведення не завжди адекватних потребам

пацієнта реабілітаційних заходів із акцентом на лікувальні заходи. Внаслідок відсутності обґрунтованого методичного забезпечення реабілітація пацієнтів частіше зводиться до фіксування проблем хворих. Визнанням актуальності цієї проблеми стало підписання угоди про співробітництво між МОЗ України та Європейським регіональним бюро ВООЗ, в якій пріоритетним напрямком визначено підвищення ефективності роботи зі сприяння зміцненню здоров'я та профілактики неінфекційних захворювань, зокрема розробку проекту національної політики з психічного здоров'я та плану дій на основі Європейського плану дій з психічного здоров'я.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Аналіз наукових досліджень [1-19] показав, що історично основні відмінності між лікуванням і реабілітацією зазвичай описувалися виходячи з відмінностей їх ідеологічних принципів. Так, основним завданням лікування визначався вплив на психопатологічну симптоматику з метою її редукції. В свою чергу метою реабілітації є постійний розвиток та підтримка можливостей (здатностей) не уражених функцій або здорових рис пацієнтів. Таким чином можна зазначити наступне: лікування пом'якшує порушення соціального функціонування, а реабілітація відновлює втрачені функції або здатностей. Так, L. Leitner та J. Drasgow характеризують ідеологію реабілітації як «індукції здоров'я» на відміну від ідеології лікування, яка полягає в «редукції симптомів» [4]. Вказується, що дієві спроби допомоги інвалідам внаслідок психічного захворювання у минулому будувалося здебільш на напрямку мінімізації хвороби (проявів загострення психопатологічної симптоматики), ніж на максимальному посиленні здоров'я. Н. Martin, використовуючи термін реабілітація, має на увазі «вплив, який повинен виявити дисфункцію та надати розвиток здатностям та можливостям» [5].

В цілому на теперішній час у світовій науці на відміну від колишніх підходів превалює думка проте, що сфера медико-соціальної (психіатричної) реабілітації характеризується не лише наявністю традиційного психотерапевтичного акценту, але й загальною метою – „індукцією здоров'я». В свою чергу гіпотезою реабілітації є зміна навичок хворого й/або підтримки оточення, що підвищує рівень життєдіяльності пацієнта у суспільстві. Узагальнюючи можна стверджувати що як у минулому, так й до теперішнього часу основні роз-

біжності між медикаментозним психіатричним лікуванням і медико-соціальною (психіатричною) реабілітацією у більшості випадків полягає у загальній ідеології. Так, метою реабілітації є відновлення здатностей функціонування в суспільстві, а в цілому вона спрямована на розвиток особистісних якостей людини з опорою на збережені якості. В свою чергу на відміну від реабілітації лікування зазвичай спрямоване на редукцію симптоматики пацієнта, концентруючись на меті обов'язкового пом'якшення клінічної картини. Проте, вищезгадані ідеологічні відмінності не отримали свого розповсюдження та втілення у практичній психіатрії. На теперішній час під практикою медико-соціальної реабілітації в основному розуміється лікувальна тактика ведення хворого.

Метою дослідження є обґрунтування засад диференціації реабілітаційних та лікувальних заходів при наданні допомоги пацієнтам, які страждають на психічні розлади. Завдання дослідження: з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності обґрунтувати засади диференціації реабілітаційних та лікувальних заходів при наданні допомоги пацієнтам, які страждають на психічні розлади.

Матеріал та методи дослідження. Виходячи з мети та завдань дослідження обстежено 527 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділеннях активної реабілітації №2 та №10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ-10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення наукових першоджерел за досліджуваною проблематикою, структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, експертний, статистичні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Швидкий розвиток галузі медико-соціальної реабілітації обумовив необхідність відокремлення її від психіатричного лікування. Розуміння реабілітації пройшло досить змістовний шлях розвитку. На початку у ньому переважав медичний підхід. Так, за визначенням ВООЗ вважалося, що сутність реабілітації полягає у тому щоб „не тільки повернути хворого до його колишнього стану, але й розвинути його фізичні й психологічні функції до оптимального рівня» [1]. Акцент робився на психосоматичні якості людини, відновлення яких вважалося достатнім для досягнення соціального благополуччя. Проте, поступово відбувався перехід від медичного до соціального підходу (моделі). Так, у рамках соціальної моделі реабілітація розглядається як відновлення всіх соціальних здатностей індивіда. Тому експерти ВООЗ вели наступне визначення реабілітації: „реабілітація інвалідів повинна включати всі заходи, покликані скоротити наслідки виниклої непридатності й дозволити інвалідові повністю інтегруватися у суспільство. Реабілітація спрямована на те, щоб допомогти інвалідові не тільки пристосуватися до оточуючого

середовища, але й впливати на його безпосереднє оточення й на суспільство в цілому, що полегшує його інтеграцію в суспільство» [1]. У 1982 р. ООН прийнята Всесвітня програма дій у відношенні до інвалідів, що передбачила такі напрямки [2]:

- раннє виявлення, діагностика й втручання;
- медичне обслуговування;
- консультування й надання допомоги в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного незалежного життя;
- забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовим пристосуваннями;
- спеціальні послуги в галузі освіти, відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Нині всі наступні міжнародні документи та чи інакше включають вказані напрямки.

На теперішній час підсумковим є наступне визначення реабілітації, прийняте ООН у „Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів» [2]: „реабілітація означає процес, що має метою надати інвалідам можливість досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного й/або соціального рівня діяльності й підтримувати їх, тим самим надаючи їм засоби, покликані змінити їхнє життя й розширити рамки їхньої незалежності. Реабілітація може включати заходи щодо забезпечення й/або відновлення функцій або компенсації втрати або відсутності функцій або функціонального обмеження. Процес реабілітації не припускає лише надання медичної допомоги».

Відомо, що практика реабілітації й практика лікування психічно хворих повинні доповнювати одна одну. Так, за стандартними схемами терапевтичні й реабілітаційні заходи повинні проводитися по чергово. Проте нині лікування й реабілітації по часту включені в єдину програму (не розмежовані) та проводяться одним фахівцем – лікарем психіатром.

За сучасними дослідженнями встановлено, що тривале медикаментозне лікування часто є необхідним, проте вкрай рідко воно стає достатнім компонентом реабілітаційного втручання.

У останні десятиліття психофармакотерапію приймали усі психічно хворі. За дослідженнями J. Auld 90,0 % стаціонарних пацієнтів із хронічними розладами лікуються нейролептиками [6]. G. Dion із співавторами встановили, що 96 % хворих з психічними розладами як у стаціонарі так і у амбулаторних умовах приймають нейролептики [7]. S. Matthews із співавторами вважають, що 100 %, молодих пацієнтів, яким діагностовано шизофренію отримують психофармакологічні препарати. Також автори стверджують, що 90–100 % пацієнтів, що страждають психозами й госпіталізовані у стаціонари приймають нейролептики. Проте, на теперішній час відсутні чіткі докази впливу психофармакотерапії на поліпшення СФ хворі [8].

Медикаментозна терапія психотропними препара-

тами є дуже розповсюдженою, незважаючи на те, що окремі пацієнти не мають потреби в ній, або не бажають її приймати. Так, G. Gardos із співавторами дійшли висновку, що 50 % пацієнтів, які отримують підтримуючу терапію у амбулаторних умовах, можуть в цілому обходитися без неї [9]. За результатами інших досліджень доведено, що у 20,0–30,0 % пацієнтів, що одержують нейролептики, спостерігаються рецидиви захворювання, а у 20,0–30,0 % хворих, що одержують плацебо не спостерігається рецидивів. Таким чином, резюмується, що значна кількість пацієнтів можуть обходитися без психофармакотерапії. Відсутність потреби у підтримуючій терапії нейролептиками базується на думці як фахівців, так і пацієнтів, що СФ не змінюється при прийомі психофармакотерапії. В свою чергу зазначається, що активні реабілітаційні програми підвищують рівень соціальної здатності та знижують необхідність у фармакотерапії [8, 10, 11].

Іншим суперечливим питанням щодо застосування фармакотерапії є визначення дози психотропних препаратів. Так, у найбільш значних оглядах наукової літератури показано, що лікування як малими, так і найбільш високими дозами нейролептиків може бути найменш ефективним. Дослідниками вказується на необхідність запровадження у схемі лікування періодів без ліків – «нейролептичних канікул» [12]. Базуючись на такій думці у інших дослідженнях для окремих пацієнтів впроваджувався метод перервної нейролептичної терапії на відміну від безперервного підтримуючого лікування [10, 13]. В цілому зазначається про необхідність постійної перевірки доцільності призначення нейролептиків та спроб зменшити їх дози [13].

Незважаючи на велику кількість досліджень у сфері медикаментозного психотропного лікування, нині недостатня увага приділяється аналізу його впливу на ефект та результативність реабілітації, тобто на здатність пацієнта функціонувати в конкретному соціальному середовищі.

Дослідження, спрямовані на вивчення ефективності психофармакотерапії, показують, що в цілому ефективність медикаментозних препаратів вимірюється за показниками гостроти психопатологічної симптоматики й частоти повторних госпіталізацій [14]. В свою чергу D. Englehardt із співавторами стверджують, що для впливу на здатність індивіда функціонувати в соціальному середовищі за місцем проживання або роботи недостатньо тільки медикаментозної терапії [16].

В теперішній час відсутні науково обґрунтовані докази впливу психофармакотерапії (нейролептичної) на ефективність реабілітації. Така ситуація склалася тому, що за своєю суттю психотропна терапія не сприяє розвитку вмінь, навичок, а також підтримки оточення, необхідних для повноцінного життя (навчання, спілкування, трудової діяльності) у суспільстві. Безумовно вплив медикаментозного лікування на зменшення вираженості симптомів можна розглядати як етап підготовки пацієнта до реабілітаційних заходів. Проте, нині змінилася парадигма ідеології лікування. Так, реабіліта-

ційне втручання розглядається як шлях до скасування призначення психотропних препаратів. Тобто вважається, що після зменшення психопатологічної симптоматики, коли пацієнт може відвідувати реабілітаційні заходи, грамотно розроблена реабілітаційна програма та її успішне впровадження повинно обумовлювати скорочення медикаментозного лікування.

Також важливою складовою є теза проте, що реабілітація сприяє ймовірності згоди хворого на проведення психофармакотерапії [17]. За аналізом літературних джерел можна простежити відмову хворих від лікування психотропними препаратами. Так, відсоток відмов від фенотіазінових похідних складає 48,0 %, від транквілізаторів й антидепресантів – 49,0 % від препаратів літію – 32,0 % [18, 19]. Така ситуація є логічною, оскільки дотримання порядку прийому ліків повинне розглядатися як навичка, якої хворого треба навчити. Нині фахівці з фармакотерапії цікавляться реабілітаційним діагнозом, який надає їм інформацію про можливий рівень навичок й умінь пацієнта щодо самостійного прийняття підтримуючої терапії, а також підтримки оточення. Така інформація уможливорює прогноз реакції хворого на призначення та прийом фармакотерапії.

Узагальнюючи викладені проблемні сторони прийняття психофармакотерапії можна зазначити, що медикаментозна терапія розглядається почасти як необхідний, але рідко достатній елемент реабілітації. З точки зору реабілітації, медикаментозна терапія є корисним втручанням, але рідко може замінити собою весь процес реабілітації. Водночас, фахівці з психофармакотерапії вважають, що реабілітація є сприятливим заходом для формування згоди пацієнта на лікування.

Виходячи з вищевикладеного та результатів власних досліджень [19] для ефективності програм медико-соціальної реабілітації в інтересах осіб із психічними розладами необхідно визначити основні проблеми, які мають вирішуватися для чіткого сприйняття ідеологічних відмінностей між лікуванням і реабілітацією, а саме:

1. Почасту медико-соціальна реабілітація розглядається як сукупність заходів, яка має проводитися лише після медикаментозного стаціонарного лікування;
2. Медико-соціальна реабілітація більшістю фахівців не розглядається як самостійна галузь, а сприймається як альтернатива терапії після недієвого лікування;
3. Загальноприйнятим є застосування переважно технологій лікування ніж власне методів реабілітації;
4. Загалом під медико-соціальною реабілітацією розуміється проведення підтримуючої фармакотерапії як основного методу у комбінації з індивідуальною або груповою психотерапією;
5. Вплив кліше «психіатричного діагнозу» на думку фахівців, хоча достовірно відомо, що діагностичний ярлик не дає інформації для призначення реабілітаційних втручань або до прогнозу їхньої ефективності;
6. Персонал який працює у реабілітаційних відділеннях переважно не володіє реабілітаційними техніками, на відміну від лікувальних методик;

Таблиця 1

Традиційно відокремлювані розбіжності між лікуванням і реабілітацією [3]

Показник	Лікування	Реабілітація
Мета	Лікування, редукція симптоматики або розвиток терапевтичного інсайту	Поліпшення функціонування в специфічному оточенні
Основна теорія	Ґрунтується на безлічі причинних теорій, які визначають характер втручання	Немає теорії причинності
Спрямованість	Минуле, сьогодення й майбутнє	Сьогодення й майбутнє
Зміст діагнозу	Оцінює симптоми й можливі причини	Оцінює збережені можливості хворого й підтримку ззовні
Основні методи	Психотерапія, фармакотерапія	Навчання навичкам, програмування вмінь, координація й модифікація ресурсів
Історичні коріння	Психодинамічна теорія, соматична медицина	Розвиток гуманних ресурсів, професійна реабілітація, фізична реабілітація, клієнторієнтована терапія, спеціальне навчання

7. Думка, про обов'язкове доповнення реабілітаційної програми лікувальними заходами (психотерапією, психотропною терапією);

8. Посідання лікуванням більш високого статусу порівняно з реабілітацією.

Вивчення існуючих реабілітаційних програм, які розробляються медико-соціальними експертними комісіями та лікувально-профілактичними закладами, дозволяє стверджувати, що на практиці фахівці, які розробляють та впроваджують реабілітаційні заходи не визнають відмінностей між лікуванням та реабілітацією, а здебільшого не знають їх особливі цілі та завдання. Частіше ефект від реабілітаційної програми оцінюється не за маркерами її якості – підвищення незалежного існування пацієнтом, соціальна активність тощо, а за наявністю та вираженості психопатологічної симптоматики – тобто ефекту лікування. У табл. 1. за узагальненням провідних досліджень з питань відмінностей психіатричної реабілітації від лікування наведено встановлені основні традиційні відмінності між ними.

З даних табл. 1. видно, що унікальна ідеологія й технологія медико-соціальної (психіатричної) реабілітації потребує сприйняти її фахівцями у галузі реабілітації для підготовки та засвоєння особливого комплексу навичок й умінь, заснованих на знанні процесу реабілітації. Метою реабілітації є поліпшення функціонування у специфічному оточенні, а реабілітаційні втручання можуть проводитися без усякої теорії причинності. Важливою відмінною складовою є спрямованість реабілітаційного втручання не на минуле, а на функціонування в теперішній час з акцентом на завдання майбутнього. Як бачимо, однією із основних відмінностей реабілітаційного діагнозу є його спрямованість на збережені можливості та здатності хворого отримувати підтримку ззовні. Також, як наслідок, на реабіліта-

ційному діагнозі ґрунтується реабілітаційне втручання й має на меті розвиток можливостей та здатностей пацієнта із посиленням підтримки із оточуючого середовища.

Висновки. Застосування у медико-соціальній практиці роботи знань щодо розмежування мети та завдань між лікуванням та реабілітацією надає можливість сформулювати дієву індивідуальну програму реабілітації, яка спрямована на вирішення існуючих та майбутніх проблем пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Маркерами якості ефективності та результативності виконання індивідуальної програми реабілітації повинні бути не наявність та вираженість психопатологічної симптоматики (критерії ефекту лікування), а насамперед загальна оцінка здатності до незалежного існування у суспільстві та соціальна активність. Перспективою подальших розвідок у даному напрямку є розробка основ забезпечення медико-соціальної реабілітації хворих які страждають на психічні розлади.

Література:

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Арх. психіатрії. – 2005. – № 1. – С. 7–16.
2. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов : резолюция Генеральной Ассамблеи ООН №48/96 [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://www.un.org/russian/document/convents/disabled.htm>. – Заголовок із екрану.
3. Ентони В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентоні, М. Кое, М. Фаркас. – К. : Сфера, 2001. – 298 с.
4. Leitner L. A. Battling recidivism / L. A. Leitner, J. Drasgow // J. Rehabil. – 1972. – Vol. 38, N 4. – P. 29–31.
5. Martin H. R. A philosophy of rehabilitation / H. R. Martin // Rehabilitation of the mentally ill, social and economic aspects : a symposium of the American Psychiatric Association (Indianapolis meeting, December 29-30, 1957) / ed. by M. Greenblatt, B. Simon. – Washington, 1959. – P. 17.
6. Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment / ed. by F. J. Ayd. – Baltimore : Ayd Medical Communications, 1975. – 204 p.
7. Dion G. L. The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely psychiatrically disabled cli-

ents: Implications for rehabilitation practitioners / G. L. Dion, D. J. Del-lario, M. D. Farkas // *Psychosoc. Rehabil. J.* – 1982. – Vol. 6, N 2. – P. 29–35.

8. A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse / S. M. Matthews, M. T. Roper, L. R. Mosher, A. Z. Menn // *Schizophr. Bull.* – 1979. – Vol. 5, N 2. – P. 322–333.

9. Gardos G. Maintenance antipsychotic therapy: is the cure worse than the disease? / G. Gardos, J. O. Cole // *Am. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 133, N 1. – P. 32–36.

10. Carpenter W. T. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144, N 11. – P. 1466–1470.

11. Paul G. L. Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. A „triple-blind” withdrawal study with long-term mental patients / G. L. Paul, L. L. Tobias, B. L. Holly // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27, N 1. – P. 106–115.

12. Tardive dyskinesia: report of the American Psychiatric Association Task Force on Late Neurological Effects of Antipsychotic Drugs. – Washington: The Association, 1979. – 205 p.

13. Herz M. I. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication / M. I. Herz, H. V. Szymanski, J. C. Simon // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139, N 7. – P. 918–922.

14. Kane J. M. Low-dose and intermittent neuroleptic treatment strategies for schizophrenia: an interview with John Kane / J. M. Kane // *Psychiatr. Ann.* – 1987. – Vol. 17. – P. 125–130.

15. Guttmacher M. S. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia: effectiveness: The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group / M. S. Guttmacher // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – Vol. 10. – P. 246–261.

16. A 15-year followup of 646 schizophrenic outpatients / D. M. Engelhardt, B. Rosen, J. Feldman [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1982. – Vol. 8, N 3. – P. 493–503.

17. Schwartz H. I. Legal and ethical issues in neuroleptic noncompliance / H. I. Schwartz // *Psychiatr. Ann.* – 1986. – Vol. 16, N 10. – P. 594–595.

18. Barofsky I. Problems in providing effective care for the chronic psychiatric patient / I. Barofsky, C. E. Connelly // *The Chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment* / ed. by I. Barofsky, R. D. Budson. – N. Y.: S P Medical & Scientific Books, 1983. – P. 83–129.

19. Zaytsev O. Medical criterion of disability in psychiatric practice / Zaytsev O., Prieb G. // *15th European Congress of Psychiatry*, 17–21 March, 2007. – Madrid. – [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://www.kenes.com/aep2007/posters.asp>. – Заголовок з екрану.

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды относительно принципов дифференциации реабилитационных и лечебных мер при оказании медико-социальной помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ключевые слова: реабилитация, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность

BASIS OF DELIMITATION OF THE REHABILITATION AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC CARE

G. Prib

The article is considered the theoretical views concerning of principles of differentiation of rehabilitation and treatment measures under giving of medical-social help to the patients with mental disorders.

Keywords: rehabilitation, criteria of disability, social failure

УДК 616.89

М.П. Боро, С.Я. Боро

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр г. Донецка

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, беременные женщины, психодинамический подход, психосоциальные стрессогенные факторы, сахарный диабет, психоневрологическая помощь

Значительная распространенность, негативное влияние на здоровье матери и ребенка и недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных проявлений невротического уровня у женщин во время беременности с наличием тяжелых соматических расстройств, осложняющих течение беременности, обуславливают актуальность данной проблемы. Отмечается рост соматогенно-реактивных тревожных и тревожно-депрессивных состояний у женщин, зачастую принимающих затяжное течение и утяжеляют течение, как

собственно беременности, так и сопутствующих заболеваний, что приводит к неблагоприятному прогнозу и приводящие к длительной психологической дезадаптации [1-3;4-6]. Количество беременностей, осложненных наличием тяжелых соматических заболеваний (наиболее часто встречаются отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Так в Донецкой области показатель колеблется в диапазоне от 55 до 70 случаев (на 100 родов) (см. Таблицу 1):

ents: Implications for rehabilitation practitioners / G. L. Dion, D. J. Del-lario, M. D. Farkas // *Psychosoc. Rehabil. J.* – 1982. – Vol. 6, N 2. – P. 29–35.

8. A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse / S. M. Matthews, M. T. Roper, L. R. Mosher, A. Z. Menn // *Schizophr. Bull.* – 1979. – Vol. 5, N 2. – P. 322–333.

9. Gardos G. Maintenance antipsychotic therapy: is the cure worse than the disease? / G. Gardos, J. O. Cole // *Am. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 133, N 1. – P. 32–36.

10. Carpenter W. T. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144, N 11. – P. 1466–1470.

11. Paul G. L. Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. A „triple-blind” withdrawal study with long-term mental patients / G. L. Paul, L. L. Tobias, B. L. Holly // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27, N 1. – P. 106–115.

12. Tardive dyskinesia: report of the American Psychiatric Association Task Force on Late Neurological Effects of Antipsychotic Drugs. – Washington: The Association, 1979. – 205 p.

13. Herz M. I. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication / M. I. Herz, H. V. Szymanski, J. C. Simon // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139, N 7. – P. 918–922.

14. Kane J. M. Low-dose and intermittent neuroleptic treatment strategies for schizophrenia: an interview with John Kane / J. M. Kane // *Psychiatr. Ann.* – 1987. – Vol. 17. – P. 125–130.

15. Guttmacher M. S. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia: effectiveness: The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group / M. S. Guttmacher // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – Vol. 10. – P. 246–261.

16. A 15-year followup of 646 schizophrenic outpatients / D. M. Engelhardt, B. Rosen, J. Feldman [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1982. – Vol. 8, N 3. – P. 493–503.

17. Schwartz H. I. Legal and ethical issues in neuroleptic noncompliance / H. I. Schwartz // *Psychiatr. Ann.* – 1986. – Vol. 16, N 10. – P. 594–595.

18. Barofsky I. Problems in providing effective care for the chronic psychiatric patient / I. Barofsky, C. E. Connelly // *The Chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment* / ed. by I. Barofsky, R. D. Budson. – N. Y.: S P Medical & Scientific Books, 1983. – P. 83–129.

19. Zaytsev O. Medical criterion of disability in psychiatric practice / Zaytsev O., Prieb G. // *15th European Congress of Psychiatry*, 17–21 March, 2007. – Madrid. – [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://www.kenes.com/aep2007/posters.asp>. – Заголовок з екрану.

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды относительно принципов дифференциации реабилитационных и лечебных мер при оказании медико-социальной помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ключевые слова: реабилитация, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность

BASIS OF DELIMITATION OF THE REHABILITATION AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC CARE

G. Prib

The article is considered the theoretical views concerning of principles of differentiation of rehabilitation and treatment measures under giving of medical-social help to the patients with mental disorders.

Keywords: rehabilitation, criteria of disability, social failure

УДК 616.89

М.П. Боро, С.Я. Боро

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр г. Донецка

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, беременные женщины, психодинамический подход, психосоциальные стрессогенные факторы, сахарный диабет, психоневрологическая помощь

Значительная распространенность, негативное влияние на здоровье матери и ребенка и недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных проявлений невротического уровня у женщин во время беременности с наличием тяжелых соматических расстройств, осложняющих течение беременности, обуславливают актуальность данной проблемы. Отмечается рост соматогенно-реактивных тревожных и тревожно-депрессивных состояний у женщин, зачастую принимающих затяжное течение и утяжеляют течение, как

собственно беременности, так и сопутствующих заболеваний, что приводит к неблагоприятному прогнозу и приводящие к длительной психологической дезадаптации [1-3;4-6]. Количество беременностей, осложненных наличием тяжелых соматических заболеваний (наиболее часто встречаются отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Так в Донецкой области показатель колеблется в диапазоне от 55 до 70 случаев (на 100 родов) (см. Таблицу 1):

Таблица 1

Заболевания, возникшие во время беременности (на 100 родов, которые зарегистрированы в женских консультациях) за период 2008г., 2009г., 2010 год в Донецкой области

№ п/п	Наименование	Отеки, гипертензивные расстройства	Сахарный диабет	Заболевания щитовидной железы
2008 год				
1.	Донецкая область	69,9	1,4	40,8
2.	Областные ЛПУ	53,5	1,3	33,5
3.	Города области	64,2	1,3	43,4
2009 год				
1.	Донецкая область	73,2	1,8	39,3
2.	Областные ЛПУ	41,5	0,0	36,8
3.	Города области	72,8	1,9	42,2
2010 год				
1.	Донецкая область	66,7	1,8	35,6
2.	Областные ЛПУ	18,8	3,8	62,5
3.	Города области	66,2	1,8	37,3

Психические расстройства встречаются у 17 - 84 % беременных с заболеваниями, осложняющие роды (- отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), которые способствуют ухудшению протекания беременности и течение самого соматического заболевания.

В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических расстройств у женщин репродуктивного возраста, увеличилась доля пациенток, принимающих психотропные препараты, в том числе среди женщин, которые планируют беременность, и беременных [3;5;6,].

Также если у женщины с заболеваниями, осложняющими роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), первая беременность, она испытывает множество страхов, к которым относятся боязнь родов и несвоевременного прерывания беременности, беспокойство о здоровье будущего ребенка и собственном здоровье, боязнь родовых схваток и неизбежной боли, боязнь разочарования партнера/супруга из-за изменений, происходящих с телом. Все эти страхи могут привести к возникновению множества негативных эмоций – таких, как волнение, депрессия, раздражение, беспокойство, стресс, гнев, чувство одиночества, смутнение. Наиболее часто изменения психоэмоционального фона во время беременности приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств. При этом важную роль в развитии тревожных состояний играют определенный физический дискомфорт и психологические факторы, к которым относятся вынужденные изменения в образе жизни, общении в семье и с коллегами по работе, беспокойство за здоровье будущего ребенка, финансовые затруднения – все это вносит определенный вклад в

появление или усугубление психоэмоциональных нарушений при беременности, особенно у женщин, страдающих заболеваниями, осложняющими роды.

Описываемые патопсихологические феномены, причем более выраженные в начальный период осложняющих роды заболеваний, чем у длительно болеющих (Р .Kissel и соавт., 1965), рассматриваются в плане психологической адаптации пациента к заболеванию, а так же, ко всем обстоятельствам, связанным с ним, при этом, вследствие этого имеет важное значение длительность болезни, осложняющей роды, до наступления беременности. При изучении динамики тревожных, тревожно-депрессивных и астено-депрессивных состояний непсихотического уровня нередко звучит тема болезни, что характерно и для других пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов, но указывает на развитие у ряда пациентов психогений и расстройств адаптации, возникающих на фоне соматической ослабленности и протекающих в условиях патологически функционирующего организма и качественно измененного метаболизма. Таким образом, можно говорить о стадийности развития психической патологии у этих женщин.

Психопатологическая картина тревожных и депрессивных проявлений у беременных, страдающих заболеваниями, осложняющими роды, отличается в зависимости от наличия сопутствующей хирургической патологии. Качественные изменения психопатологической картины у беременных с заболеваниями, осложняющими роды, осложненные тяжелой неврологической патологией либо хирургической патологией (тяжелый сахарный диабет – например, диабетической стопой), часто обусловлены воздействием как хирургического стресса, различных психотравмирующих

факторов и социальной дезадаптации, так и личностными особенностями. Беременным, страдающим заболеваниями, осложняющими роды, свойствен астенический тип реагирования с депрессивными переживаниями и ипохондрическими включениями, а присоединение неврологической или хирургической патологии у данного контингента больных способствует развитию ригидности аффекта и усилению депрессивно-ипохондрических проявлений. Беременным, которые страдают заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), свойствен высокий суицидальный риск при условии даже неосложненного течения заболевания. Развитие неврологической либо хирургической патологии у данного контингента больных приводит к снижению суицидального риска вследствие нарастания ригидности аффекта в условиях интеллектуально-мнестической недостаточности.

Беременные с непсихотическими психическими расстройствами, страдающие заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы) и имеющие неврологическую либо хирургическую патологию, нуждаются в проведении лично-ориентированной клинко-психопатологически обоснованной психофармакотерапевтической коррекции указанных болезненных проявлений. Необходимо также квалифицированное проведение реабилитационных мероприятий на различных этапах долечивания указанных больных с привлечением всего арсенала методик медико-психологической психотерапевтической реабилитации.

Большинству беременных с заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), в сочетании с наличием тревожной и депрессивной симптоматики необходимо получать высококвалифицированное лечение в условиях специализированных отделений областных лечебных учреждений.

На наш взгляд, для разработки оптимальных диагностических, терапевтических и профилактических подходов при ведении таких пациенток необходимым является изучение не только клинко-психопатологических, но и психодинамических особенностей указанных расстройств. Понимание психодинамических механизмов такой психологии решения вопросов более точной ее клинической систематики, эффективной психотерапии и профилактики [6; 9].

Целью настоящего исследования является изучение психодинамических особенностей тревожно-депрессивных расстройств у женщин во время беременности, у которых имеются заболевания, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы).

Основные задачи исследования:

- разработка полуструктурированного интервью для изучения психопатологического процесса при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у указанной группы женщин во время беремен-

ности;

- ретроспективная психодинамическая оценка истории жизни и составление характеристики психодинамических особенностей каждого случая;

- выделение основных вариантов психодинамической и клинической структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин в период осложненной беременности.

Теоретическим обоснованием исследования послужила центральная концепция психоанализа о динамическом бессознательном, в соответствии с которой поведение человека детерминировано бессознательным компульсивным повторением опыта ранних объектных отношений.

Еще Зигмунд Фрейд ввел термин «невроз тревоги» и описал два вида тревоги. С 1926 г. представления о происхождении тревоги были пересмотрены в соответствии со структурной теорией: тревога рассматривалась как сигнал инстинктивной опасности, исходящей от бессознательного. [4-6].

Нейрофизиологические исследования представляют тревогу как болезненное состояние, обусловленное биологическими патогенетическими факторами, однако понимание бессознательных истоков тревоги крайне важно для психодинамически ориентированных психиатров и психотерапевтов для более тонкой клинической систематики и применения психоаналитической психотерапии [4-6].

Классическими, с позиции периодизации тревоги, самыми примитивными формами ее являются персекуторная тревога и тревога дезинтеграции. При первичной тревоге, характерной для кляйнианской параноидно-шизоидной позиции, персекуторные объекты угрожают внедрением и разрушением пациента изнутри. Тревога дезинтеграции происходит либо от страха потери ощущения «Я» или собственных границ при слиянии с объектом, либо вследствие беспокойства в связи с ощущением фрагментации или потери интеграции в отсутствие идеализирующего ответа окружения [6].

Следующий уровень развития представлен страхом потери значимого объекта и обычно проявляется в так называемой сепарационной тревоге, т. е. тревоге, связанной с сепарацией (отделением, разлукой) со значимым объектом.

Тревога, сопряженная с эдипальной фазой развития, — кастрационная тревога — вызвана устрашающими бессознательными фантазиями о возможной потере или повреждении гениталий родителем-соперником и может быть выражена в страхе потери любой другой части тела или физического благополучия.

Последующий этап развития представлен тревогой, связанной со страхом потери любви или одобрения значимого объекта (изначально родителя или заменяющего его лица, осуществляющего заботу о ребенке).

Тревога, связанная с супер - Эго, представляет собой наиболее зрелый уровень психосексуального развития и основана на переживании чувства вины или

понимания нарушений внутренних моральных стандартов супер-Эго.

Для определения типа тревоги (в психодинамическом смысле) применяли психодиагностическое полуструктурированное интервью, в котором с помощью прояснения, конфронтации, интерпретации, анализа типа психологических защит и характера взаимодействия между пациенткой и исследователем оценивали структуру личности — невротическую, психотическую или пограничную.

Это интервью включало ряд вопросов, направленных на изучение особенностей ранних объектных отношений, Эго-идентичности, типа основного психодинамического конфликта и особенностей полоролевой идентичности пациенток. В результате оценивали: характеристики Эго — сила-слабость, защитные механизмы и конфликты, взаимоотношения эго и супер-Эго; качество объектных отношений: отношения в родительской и собственной семье, паттерны переноса — контрпереноса, особенности внутренних объектных отношений; характеристики «Я» (сэлф): самооценка и целостность, границы и непрерывность [4-6].

Материалы и методы исследования. За три года было проведено исследование тревожных и депрессивных расстройств у женщин во время беременности с использованием полуструктурированного психодинамического интервью. Основную группу составили 61 беременная с указанными осложнениями и наличием тревожных и депрессивных расстройств, группу сравнения — 30 беременных без патологии психоземциональной сферы.

Результаты исследования. Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту, сроку беременности, спектру акушерской патологии, течением заболеваний, осложняющих роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Средний возраст в основной группе составил 27,5 года, в группе сравнения — 28,9 года. Срок беременности в обеих группах соответствовал второму триместру, акушерская патология была представлена угрозой преждевременного прерывания беременности.

У женщин основной группы были диагностированы тревожные расстройства, включая расстройство адаптации с тревожно-депрессивной симптоматикой (диагностические рубрики МКБ-10 F 40.0-41.1) и N=30 (50,2 %) и смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F41.2 и F43.22) N=31 (50,8 %). В группе сравнения у беременных женщин, обследованных по аналогичной методике, никакой психоземциональной патологии не выявлено.

Результаты анализировали с учетом синдромологического диагноза, нозологического диагноза, характеристик личности, оценки действия стрессовых факторов и уровня социально-психологического функционирования. Психодинамическую диагностику проводили на основе оценки пациенток с точки зрения основных теоретических концепций психодинамической психологии.

При оценке Эго анализировали силу Эго по показа-

телям устойчивости социальных отношений — рабочих, личных; способность отличать внутренние психологические и внешние проявления; способность контролировать аффективные импульсы; толерантность к фрустрации; способность предвидеть и учитывать последствия своих действий.

Важным компонентом исследования была оценка механизмов психологической защиты. У пациенток основной группы они были представлены в большей мере невротическими защитами: подавленностью, смещением, реактивным образованием, изоляцией аффекта, аннулированием, соматизацией, конверсией; в некоторых случаях сопутствующих личностных расстройств наблюдались расщепление, проекция, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. В группе сравнения встречались перечисленные невротические механизмы психологической защиты, однако чаще преобладали адаптивные ее механизмы — вытеснение, сублимация, альтруизм и хорошее чувство юмора. Характеристики супер-Эго включали параметры гибкости, гармоничности отношений эго и супер-Эго, реалистичности идеалов, наличия антисоциальных тенденций. В основной группе достоверно чаще у пациенток наблюдались жесткое и ригидное супер-Эго, низкая толерантность к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий.

Качества объектных отношений оценивали в контекстах взаимоотношений в детстве, реальных и переносных элементов отношений с исследованием и актуальных отношений в микросоциуме. Определяли степень зрелости отношений, степень интеграции противоположных аффектов в отношениях со значимыми другими, наличие функциональных или целостных объектных отношений, константность объекта и толерантность к сепарации. В основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения (N=54 (88,5 %) и N=6 (20%)), констатировались неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, распространенность незрелых, функциональных взаимоотношений.

Динамическая оценка «сэлф» пациенток строилась на анализе устойчивости и целостности в случаях критики или пренебрежения со стороны друзей или коллег, степени потребности в одобрении. Важные характеристики сэлф давал анализ самовосприятия, самооценки и идентичности, восприятия своего тела, связи между телесным и психологическим функционированием. В основной группе отмечались более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостаточного внимания, более хрупкая самооценка, недостаточно зрелая идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

При комплексном анализе психодинамических конфликтов, характерных для тревожных расстройств, выделены общие психодинамические признаки трех

основных типов.

1. Конфликты сепарации — индивидуации, зависимости — независимости; выявлены у 36 (59 %) беременных женщин: F 40.0-41.1 — N=19 (31,14 %); F41.2-F43.22 - N= 17 (27,86 %).

2. Конфликты, связанные с трудностью или невозможностью признания, управления и совладания с выражением собственных чувств гнева и агрессии;

обнаружены у 14 (22,95 %) беременных: F40.0-41.1 — N=8 (13,11 %); F41.2, F 43.22 - N= 6 (9,8 %).

3. Конфликты, связанные с сексуальностью и ощущением опасности сексуального возбуждения; наблюдались у 9 (14,75 %) беременных женщин: F 40.0-41.1 - N= 4 (6,6 %); F41.2-F43.22 - N=5 (8,2 %).

Полученные данные в сравнении с результатами в группе здоровых беременных представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распространенность психодинамических конфликтов

Группа	Конфликты сепарации - индивидуализации, зависимости - независимости	Конфликты, связанные с выражением чувств гнева и агрессии	Конфликты, связанные с сексуальностью
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0-41.1), N=30	N=19 (31,14%)	N=8(13,11%)	N=4 (6,6 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 и F43.22), N=31	N=17 (27,86%)	N=6 (9,8%)	N=5 (8,2 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, N=30	N=5 (16,6%)	N=3(10%)	N= 3 (10%)
P]-2	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Полученные данные свидетельствуют о достоверно более высокой распространенности основных психодинамических конфликтов у пациенток основной группы, и обосновывают целесообразность применения у них психодинамической психотерапии.

Установлено, что в формировании предрасположенности к развитию симптомов тревожных и тревожно-депрессивных расстройств играли роль травматичные для событий в детстве особенности основных периодов психосексуального и социального развития. Так, у 35 (57,37 %) женщин основной группы выявлена ранняя сепарация или утрата объекта, в группе же сравнения аналогичные особенности обнаружены только у 3 (10%) пациенток. Эмоциональная депривация в возрасте до 3 лет, связанная с передачей на воспитание бабушке или с ранним (до года) помещением в ясли из-за учебы или рождения сиблинга и другими социально-бытовыми причинами, в основной группе диагностирована у 26 (42,62%) беременных, а в группе сравнения - у 4 (13,3 %), развод родителей в возрасте до 7 лет в основной группе имел у 14 (22,95 %), в группе сравнения — у 5 (16,6 %) пациенток.

Психосоциальные стрессогенные факторы, участвующие в формировании психодинамической осно-

вы тревожно-депрессивных расстройств выделены в следующие группы (табл. 3):

- потеря матери или отца, либо заменявшего их лица;
- ранние разлуки с матерью или заменяющим ее лицом;
- раннее помещение в ясли или детский сад;
- рождение сиблингов;
- недостаток внимания и конкретного присутствия матери в жизни ребенка;
- неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью;
- частая смена места жительства в раннем возрасте;
- психические или соматические болезни матери, ставшие причиной ранней депривации.

Представленные результаты свидетельствуют о практически равномерном распределении и частой встречаемости стрессогенных факторов. Следует отметить сочетание нескольких стрессогенных факторов у одних и тех же пациенток с тревожными и депрессивными расстройствами. На основании полученных данных можно строить стратегии профилактики тревожных и депрессивных расстройств.

Таблица 3

Распространенность стрессогенных факторов, диагностируемых у беременных при психодинамическом исследовании

Группа	Психосоциальный стрессогенный фактор							
	Утрата матери или отца	Ранние разлуки с матерью	Раннее помещение в детское учреждение	Рождение сиблингов	Недостаток внимания матери	Неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью	Частая смена места жительства	Психические или соматические болезни матери
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0-41.1), N=30	4 (3,3 %)	16 (53,3 %)	24 (80 %)	17 (56,6 %)	26 (86,6 %)	23 (76,7 %)	8 (26,7 %)	9 (30 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 и F43.22), N=31	5 (16,1%)	14 (45,2 %)	25 (80,6 %)	15 (48,4 %)	25 (80,6 %)	23 (74,2 %)	9 (29 %)	11 (35,5 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, N=30	0	3 (10 %)	4 (13,3 %)	5 (16,6 %)	6 (20 %)	5 (16,6%)	2 (6,6 %)	3 (10%)
P,-2	p<0001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Обсуждение результатов. Психодинамическая диагностика у беременных с заболеваниями, осложняющими роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы) и с тревожно-депрессивными расстройствами невротического уровня позволила выявить определенные психодинамические характеристики, сопровождающие указанные расстройства.

У пациенток основной группы чаще всего встречался конфликт индивидуализации-сепарации, реже — конфликты, связанные с агрессивностью и сексуальностью. У этих женщин выявлялись более жесткое и ригидное супер-Эго, снижение толерантности к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий. При тревожных и депрессивных расстройствах чаще, чем в группе сравнения, наблюдалась неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, незрелые, функциональные взаимоотношения, более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостатка внимания. Многим пациенткам основной группы были присущи хрупкая самооценка, недостаточно зрелая или диффузная идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

Анализ стрессогенных факторов в анамнезе показал достоверно большую их распространенность и более высокую частоту встречаемости и сочетаемости в основных подгруппах.

Таким образом, установлены общие психодинамические особенности, клинически очерченные психодинамические характеристики личности, преимущественные типы механизмов психологической защиты, виды психодинамических конфликтов, распространенность стрессогенных факторов при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у беременных женщин. Эти сведения помогут глубже понять механизм тревожных расстройств, усовершенствовать их диагностику и разработать эффективные психотерапевтические подходы.

Литература:

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. Петрозаводск, 2004. 350с.
2. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение». М: ГЭОТАР-МЕД. 2004. С. 66–73.
3. Михайлов Б.В., Боро М.П., Каузе Р. «Психодинамическая психотерапия». Донецк. «Капитан» 2009
4. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.- М.: Владос, 1999.- 256с.
5. З. Фрейд. Лекции по психоанализу. Лекция 31.стр.334-349 М.
6. З. Фрейд “Я и ОНО” М.: Владос, 1998.- 324с.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО РІВНЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ВАЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ПРОТЯГОМ ВАГІТНОСТІ - ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПІДХІД

М.П. Бєро, С.Я.Бєро

У статті розглянуто особливості формування тривожно-депресивних розладів у вагітних з захворюваннями, які ускладнюють пологи (набряки та гіпертензивні розлади, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози) і можливості застосування психодинамічного підходу для їх діагностики та лікування.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, вагітні жінки, психодинамічний підхід, психосоціальні стресогенні фактори, цукровий діабет, психоневрологічна допомогу

FEATURES OF FORMATION OF ANXIETY -DEPRESSIVE FRUSTRATION AT THE NEUROTIC LEVEL OF THE PREGNANT WOMEN, SUFFERING THE HEAVY SOMATIC FRUSTRATION COMPLICATING THE COURSE OF PREGNANCY- THE PSYCHODYNAMIC APPROACH

M. P. Bero, S.J. Bero

Features of formation of anxiety -depressive frustration among the pregnant women, suffering by the diseases, complicating childbirth (edema and hypertensive disorders, a diabetes, illnesses of a thyroid gland) and possibilities of application of the psychodynamic approach for their diagnostics and treatment in the article are considered.

Keywords: anxiety -depressive frustration, pregnant women, the psychodynamic approach, psychosocial stressfull factors, a diabetes, the psychoneurological help

УДК 612.172.2-02:616.12-008.331.1

А.Н. Дзюба, Е.В.Бушинская, Е.И. Тарновецкая, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутин ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МОЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, симпатическая, парасимпатическая системы, временной и спектральный анализ

Материалы большинства популяционных исследований свидетельствуют о том, что в начале XXI столетия сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения, в частности, в работоспособном возрасте. Всякое обследование пациента может иметь две основные цели: уточнение информации о его состоянии на момент обследования (диагностическая цель) и предсказанию того, как будет меняться состояние пациента в будущем (прогностическая цель). Любой анализ и любое исследование служат либо одной из этих целей, либо обеим. Изучение диагностической и прогностической значимости проводится по-разному. Диагностическая значимость исследования определяется тем, насколько верно его результаты характеризуют состояние исследуемой системы в организме каждого конкретного пациента. Прогностическая значимость определяется тем, для какого процента пациентов с данным результатом исследования будет сбываться то или иное предсказание. Поэтому для выяснения диагностической ценности получаемых данных необходимы исследования с высокой степенью точности у каждого пациента, а при исследовании прогностической значимости необходимо получать точные статистические характеристики, изучая большие популяции. Далеко не всегда одни и те же параметры одинаково хорошо служат этим двум целям [1; 2; 3; 4; 5]. За последние десятилетия получено много доказа-

тельств связи между состоянием вегетативной регуляции ритмической деятельности сердца и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний [6; 7].

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека и животных, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [8].

Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом реакции многоконтурной и многоуровневой системы регуляции кровообращения, изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального приспособительного ответа, который отражает адаптационную реакцию целостного организма [9].

Адаптационные реакции индивидуальны и реализуются у разных лиц с различной степенью участия функциональных систем, которые обладают, в свою очередь, обратной связью, изменяющейся во времени и имеющей переменную функциональную организацию. Метод ВСР основан на распознавании и измерении временных интервалов между R-зубцами ЭКГ (R-R-интервалы), построении динамических рядов кардиоинтервалов и последующем анализе полученных числовых рядов различными математическими методами.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО РІВНЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ВАЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ПРОТЯГОМ ВАГІТНОСТІ - ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПІДХІД

М.П. Бєро, С.Я.Бєро

У статті розглянуто особливості формування тривожно-депресивних розладів у вагітних з захворюваннями, які ускладнюють пологи (набряки та гіпертензивні розлади, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози) і можливості застосування психодинамічного підходу для їх діагностики та лікування.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, вагітні жінки, психодинамічний підхід, психосоціальні стресогенні фактори, цукровий діабет, психоневрологічна допомогу

FEATURES OF FORMATION OF ANXIETY -DEPRESSIVE FRUSTRATION AT THE NEUROTIC LEVEL OF THE PREGNANT WOMEN, SUFFERING THE HEAVY SOMATIC FRUSTRATION COMPLICATING THE COURSE OF PREGNANCY- THE PSYCHODYNAMIC APPROACH

M. P. Bero, S.J. Bero

Features of formation of anxiety -depressive frustration among the pregnant women, suffering by the diseases, complicating childbirth (edema and hypertensive disorders, a diabetes, illnesses of a thyroid gland) and possibilities of application of the psychodynamic approach for their diagnostics and treatment in the article are considered.

Keywords: anxiety -depressive frustration, pregnant women, the psychodynamic approach, psychosocial stressfull factors, a diabetes, the psychoneurological help

УДК 612.172.2-02:616.12-008.331.1

А.Н. Дзюба, Е.В.Бушинская, Е.И. Тарновецкая, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутин ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МОЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, симпатическая, парасимпатическая системы, временной и спектральный анализ

Материалы большинства популяционных исследований свидетельствуют о том, что в начале XXI столетия сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения, в частности, в работоспособном возрасте. Всякое обследование пациента может иметь две основные цели: уточнение информации о его состоянии на момент обследования (диагностическая цель) и предсказанию того, как будет меняться состояние пациента в будущем (прогностическая цель). Любой анализ и любое исследование служат либо одной из этих целей, либо обеим. Изучение диагностической и прогностической значимости проводится по-разному. Диагностическая значимость исследования определяется тем, насколько верно его результаты характеризуют состояние исследуемой системы в организме каждого конкретного пациента. Прогностическая значимость определяется тем, для какого процента пациентов с данным результатом исследования будет сбываться то или иное предсказание. Поэтому для выяснения диагностической ценности получаемых данных необходимы исследования с высокой степенью точности у каждого пациента, а при исследовании прогностической значимости необходимо получать точные статистические характеристики, изучая большие популяции. Далеко не всегда одни и те же параметры одинаково хорошо служат этим двум целям [1; 2; 3; 4; 5]. За последние десятилетия получено много доказа-

тельств связи между состоянием вегетативной регуляции ритмической деятельности сердца и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний [6; 7].

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека и животных, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [8].

Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом реакции многоконтурной и многоуровневой системы регуляции кровообращения, изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального приспособительного ответа, который отражает адаптационную реакцию целостного организма [9].

Адаптационные реакции индивидуальны и реализуются у разных лиц с различной степенью участия функциональных систем, которые обладают, в свою очередь, обратной связью, изменяющейся во времени и имеющей переменную функциональную организацию. Метод ВСР основан на распознавании и измерении временных интервалов между R-зубцами ЭКГ (R-R-интервалы), построении динамических рядов кардиоинтервалов и последующем анализе полученных числовых рядов различными математическими методами.

Функциональная система регуляции кровообращения представляет собой многоконтурную, иерархически организованную систему, в которой доминирующая роль отдельных звеньев определяется текущими потребностями организма. Наиболее простая двухконтурная модель регуляции сердечного ритма основывается на кибернетическом подходе, при котором система регуляции синусового узла может быть представлена в виде двух взаимосвязанных уровней (центрального и автономного) с прямой и обратной связью.

Рабочими структурами автономного контура регуляции являются: синусовый узел (СУ), блуждающие нервы и их ядра в продолговатом мозге (контур парасимпатической регуляции). Дыхательная система при этом рассматривается как элемент обратной связи в автономном контуре регуляции сердечного ритма (СР).

Центральный контур регуляции СР – это сложнейшая многоуровневая система нейрогуморальной регуляции физиологических функций, которая включает в себя многочисленные звенья от подкорковых центров продолговатого мозга до гипоталамо-гипофизарного уровня вегетативной регуляции и коры головного мозга [10].

Таким образом, вариабельность сердечного ритма отражает сложную картину разнообразных управляющих влияний на систему кровообращения с интерференцией периодических компонентов разной частоты и амплитуды.

Постоянное воздействие симпатических и парасимпатических влияний происходит на всех уровнях регуляции. Как известно, действительные отношения между двумя отделами вегетативной нервной системы весьма сложны. Их сущность заключается в различной степени активности одного из отделов вегетативной системы при изменении активности другого. Это означает, что реальный ритм сердца временами может являться простой суммой симпатической и парасимпатической стимуляции, а временами – симпатическая или парасимпатическая стимуляция может сложно взаимодействовать с исходной парасимпатической или симпатической активностью.

Основным показанием к применению методов анализа ВСР является наличие вероятностных изменений со стороны регуляторных систем организма, в частности, изменений вегетативного баланса. Поскольку практически нет таких функциональных состояний или заболеваний, в которых бы не участвовали механизмы вегетативной регуляции, то сфера применения метода анализа ВСР поистине неисчерпаема. Таким образом, исходя из представленных положений можно выделить четыре направления применения методов анализа ВСР:

1. оценка функционального состояния организма и его изменений на основе определения параметров вегетативного баланса и нейрогуморальной регуляции;
2. оценка выраженности адаптационного ответа организма при воздействии различных стрессов;
3. оценка состояния отдельных звеньев вегетативной регуляции кровообращения;

4. разработка прогностических заключений на основе оценки текущего функционального состояния организма, выраженности его адаптационных ответов и состояния отдельных звеньев регуляторного механизма.

Цель исследования. Оценка вегетативной регуляции ритма сердца у практически здоровых людей.

Материалы и методы исследования. Методика анализа ВСР соответствовала стандартам измерения, физиологической интерпретации и клинического использования, выработанным Рабочей группой Европейского кардиологического общества и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии, которые одновременно были опубликованы в *European Heart Journal* (Vol. 17, March 1996:354-381) и *Circulation* (Vol. 17, March 1996: 1043-1065). В данном исследовании был применен более простой и доступный способ оценки ВСР на коротких участках ЭКГ (5-минутная запись, лежа) и использованы наиболее информативные временные и частотные показатели.

При временном анализе ВСР рассчитывали следующие показатели:

- RRNN – среднее значение всех синусовых интервалов в выборке;
- SDNN – стандартное отклонение полного массива кардиоинтервалов и отражающий суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения;
- RMSSD – квадратный корень из суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов, указывающий на активность парасимпатического звена вегетативной регуляции;
- pNN50 – число пар кардиоинтервалов с разностью более 50 мс в % к общему числу кардиоинтервалов в массиве (показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим).

При спектральном анализе использовали такие параметры, как:

- LF (%) – мощность в диапазоне низких частот (0,15-0,04 Гц), отражающее состояние симпатической системы;
- HF (%) – мощность спектра высокочастотного компонента вариабельности в % от суммарной мощности (0,4-0,15 Гц) – относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции;
- LF/HF – отношение мощности в диапазоне низких частот к мощности в диапазоне высоких частот – для сравнения степени симпатических и вагусных влияний;
- VLF (%) – мощность спектра очень низкочастотного компонента относительно уровня активности симпатического звена регуляции.

Обследовано (с их согласия) 27 человек, в возрасте от 24 до 35 лет, 17 женщин и 10 мужчин. Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2, 3.

При оценке показателей «нормы» необходимо принимать во внимание различия, связанные с социальным статусом, повседневным уровнем физической активности, полом, частотой сердечных сокращений,

Таблиця 1

**Величины спектральной мощности показателей ВСР
(фоновая запись)**

Показатель	Ед. изм.	Литературная норма (27±5,5)	Мужчины (до 35 лет)	Женщины (до 35 лет)
Общая мощность спектра (TP)	мс ² /Гц	3466±1018	3625±2787,8	3140±2280,2
Мощность спектра в диапазоне низких частот (LF)	мс ² /Гц	1170±416	1113,2±724,02	858±1,77
Мощность спектра в диапазоне высоких частот (HF)	мс ² /Гц	975±203	1183,8±346,58	1059±199,5
Мощность спектра в диапазоне низких частот (LF) в нормализованных единицах	n.u	54±4	52,78±784,44	53,3±806,47
Мощность спектра в диапазоне высоких частот (HF) в нормализованных единицах	n.u	29±3	47,2±790,02	46,7±813,07
Соотношение мощностей низких и высоких частот LH/HF		1,5±2,0	1,34±835,88	1,62±858,15

Таблиця 2

**Величины структуры спектральной мощности ВСР
(фоновая запись)**

	VLF,%	LF,%	HF%
Литературная норма (27± 5,5)	33,4	24,4	36,1
Мужчины (до 35 лет)	38,6	31,6	29,8
Женщины (до 35 лет)	41,7	30,5	27,7

Таблиця 3

**Величины показателей временного анализа ВСР у молодых людей
(фоновая запись)**

	RRNN, ms	SDNN, ms	RMSSD, ms	pNN50%
Литературная норма (27± 5,5)	892,7	45,5	38,5	15,5
Мужчины (до 35 лет)	818,6	54,7	45,6	19,5
Женщины (до 35 лет)	830	47,3	41,2	18,8

приемом медикаментов, артериальным давлением, употреблением того или иного количества кофеина и табака, а у молодых женщин и фазы менструального цикла.

Обсуждение результатов исследования.

Спектральный анализ ВСР показал следующее:

- общая мощность спектра (TP), отражающая текущее функциональное состояние организма у мужчин

повышена, у женщин снижена по сравнению с литературной нормой. Вероятно, полученные различия между мужчинами и женщинами обусловлены разным уровнем физической работоспособности;

– мощность спектра в диапазоне низких частот (LF·мс/Гц), отражающая состояние симпатической системы, у мужчин в пределах нормы, у женщин мощность снижена, что указывает на преобладание парасимпатической системы;

– мощность спектра в диапазоне высоких частот (-HF, мс/Гц) у мужчин и женщин повышена и незначительно повышена соответственно, что отражает преобладание парасимпатической системы;

– мощность в диапазоне HF (нормализованные единицы) у мужчин и женщин повышена, что указывает на снижение симпатического влияния и усиления парасимпатического;

– мощность в диапазоне LF и соотношение LF/HF – в пределах нормы.

Показатели SDNN, RMSSD и pNN50% по сравнению с литературной нормой незначительно повышены, что указывает на преобладание парасимпатических влияний над симпатическими.

Выводы.

В условиях социальной адаптации для мужчин и женщин в возрасте до 35 лет характерно преобладание парасимпатической системы над симпатической. Таким образом, полученные данные дают возможность говорить о снижении адаптационных способностей у людей молодого возраста.

Литература:

1. Анализ вариабельности ритма сердца у спортсменов: методические рекомендации А.П.Гаврилушкин. Н.Новгород, 1998.
2. Рябыкина Г.В. Анализ вариабельности ритма сердца. А.В.Соболев. Кардиология. 1996. 10. С.87-97.
3. Рябыкина Г.В. Вариабельность ритма сердца / Г.В.Рябыкина, А.В.Соболев.- М.:СтарКо, 1998. 196 с.
4. Соболев А.В. Новый подход к оценке индивидуальной суточной вариабельности ритма сердца у пациентов. / А.В.Соболев. Кардиология. 2003. – 16-21.
5. Соболев А.В. Проблемы количественной оценки вариабельности ритма сердца при холтеровском мониторингировании / А.В.Соболев. Вестник аритмологии. 2002. – Т. 26. С. 21-25.
6. Жемайтис Д.И. Возможности клинического применения и автоматического анализа ритмограмм. Дисс. Докт.мед.наук. Каунас. Мед.ин-т. 1972. 285 с.).
7. Миронова Т.В., Миронов В.А. Клинический анализ волновой структуры синусового ритма сердца. Челябинск, 1999. С.162
8. Р.М.Баевский, Г.Г.Иванов и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем // Вестник аритмологии.– 2001. – № 24. –С.65–87.
9. Исследование вариабельности сердечного ритма. Методические рекомендации. Санкт-Петербург, 2003.-С.45
10. Михайлов В.М. Вариабельность сердечного ритма и опыт практического применения метода. Иваново: Иван. гос.мед. академия, 2002.-290с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.М. Дзюба, Е.В.Бушинська, Е.И. Тарновецька, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутін

У статті аналізуються показники варіабельності серцевого ритму (спектральний і часовий аналіз) у осіб молодого віку до 35 років, для оцінки функціонального стану організму і його змін на основі визначення параметрів вегетативного балансу та нейрогуморальної регуляції.

Ключові слова: варіабельність серцевого ритму, симпатична, пара-симпатична системи, часовий і спектральний аналіз

THE STUDY OF HEART RATE VARIABILITY AMONG YOUNG PEOPLE

O.M.Dzuba, J.V. Bushinska, J.I. Tarnovetska, V.P. Kardashev, A.Y. Lagutin

The article analyzes heart rate variability (spectral and temporal analysis) in young persons under 35 years, to assess the functional status and its changes on the basis of determining the parameters of autonomic balance and neurohumoral regulation.

Keywords: heart rate variability, sympathetic, parasympathetic system, the temporal and spectral analysis

УДК 616.85

М. А. Соловьева

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СОМАТО-ФОРМНЫХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ БАНКОВ (обзор литературы)

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: стресс-факторы, психогигиена, психопрофилактика, психотерапия, лечение, служащие банков

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста распространенности так называемых «социально-стрессовых расстройств» [1]. Возрастает внимание исследователей и общества в целом к проблемам действия острого и хронического стресса на человека, как в экстремальных условиях, так и в повседневной жизни, и возникающих в результате этого

последствий, в том числе психических расстройств. Непосредственно эту проблему разрабатывают ведущие специалисты Украины, России и других стран

(С.И.Табачников, 1983-2010; П.В.Волошин, Л.Ф.Шестопалова, В.С.Подкорытов, 2000; Ю.А.Александровский, 2000-2011; D.Koren, I.Arnon, E.Klein, 2000; В.А.Абрамов, А.К.Бурцев, А.В. Абрамов и др., 2001; Б.В.Михайлов, В.Г. Черкасов, М.В.Маркова и др. 2001; А.К.Напреенко, Т.Е.Марчук, 2001; В.Я.Пишель,

– мощность спектра в диапазоне высоких частот (-HF, мс/Гц) у мужчин и женщин повышена и незначительно повышена соответственно, что отражает преобладание парасимпатической системы;

– мощность в диапазоне HF (нормализованные единицы) у мужчин и женщин повышена, что указывает на снижение симпатического влияния и усиления парасимпатического;

– мощность в диапазоне LF и соотношение LF/HF – в пределах нормы.

Показатели SDNN, RMSSD и pNN50% по сравнению с литературной нормой незначительно повышены, что указывает на преобладание парасимпатических влияний над симпатическими.

Выводы.

В условиях социальной адаптации для мужчин и женщин в возрасте до 35 лет характерно преобладание парасимпатической системы над симпатической. Таким образом, полученные данные дают возможность говорить о снижении адаптационных способностей у людей молодого возраста.

Литература:

1. Анализ вариабельности ритма сердца у спортсменов: методические рекомендации А.П.Гаврилушкин. Н.Новгород, 1998.
2. Рябыкина Г.В. Анализ вариабельности ритма сердца. А.В.Соболев. Кардиология. 1996. 10. С.87-97.
3. Рябыкина Г.В. Вариабельность ритма сердца / Г.В.Рябыкина, А.В.Соболев.- М.:СтарКо, 1998. 196 с.
4. Соболев А.В. Новый подход к оценке индивидуальной суточной вариабельности ритма сердца у пациентов. / А.В.Соболев. Кардиология. 2003. – 16-21.
5. Соболев А.В. Проблемы количественной оценки вариабельности ритма сердца при холтеровском мониторингировании / А.В.Соболев. Вестник аритмологии. 2002. – Т. 26. С. 21-25.
6. Жемайтис Д.И. Возможности клинического применения и автоматического анализа ритмограмм. Дисс. Докт.мед.наук. Каунас. Мед.ин-т. 1972. 285 с.).
7. Миронова Т.В., Миронов В.А. Клинический анализ волновой структуры синусового ритма сердца. Челябинск, 1999. С.162
8. Р.М.Баевский, Г.Г.Иванов и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем // Вестник аритмологии.– 2001. – № 24. –С.65–87.
9. Исследование вариабельности сердечного ритма. Методические рекомендации. Санкт-Петербург, 2003.-С.45
10. Михайлов В.М. Вариабельность сердечного ритма и опыт практического применения метода. Иваново: Иван. гос.мед. академия, 2002.-290с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.М. Дзюба, Е.В.Бушинська, Е.И. Тарновецька, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутін

У статті аналізуються показники варіабельності серцевого ритму (спектральний і часовий аналіз) у осіб молодого віку до 35 років, для оцінки функціонального стану організму і його змін на основі визначення параметрів вегетативного балансу та нейрогуморальної регуляції.

Ключові слова: варіабельність серцевого ритму, симпатична, пара-симпатична системи, часовий і спектральний аналіз

THE STUDY OF HEART RATE VARIABILITY AMONG YOUNG PEOPLE

O.M.Dzuba, J.V. Bushinska, J.I. Tarnovetska, V.P. Kardashev, A.Y. Lagutin

The article analyzes heart rate variability (spectral and temporal analysis) in young persons under 35 years, to assess the functional status and its changes on the basis of determining the parameters of autonomic balance and neurohumoral regulation.

Keywords: heart rate variability, sympathetic, parasympathetic system, the temporal and spectral analysis

УДК 616.85

М. А. Соловьева

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СОМАТО-ФОРМНЫХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ БАНКОВ (обзор литературы)

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: стресс-факторы, психогигиена, психопрофилактика, психотерапия, лечение, служащие банков

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста распространенности так называемых «социально-стрессовых расстройств» [1]. Возрастает внимание исследователей и общества в целом к проблемам действия острого и хронического стресса на человека, как в экстремальных условиях, так и в повседневной жизни, и возникающих в результате этого

последствий, в том числе психических расстройств. Непосредственно эту проблему разрабатывают ведущие специалисты Украины, России и других стран

(С.И.Табачников, 1983-2010; П.В.Волошин, Л.Ф.Шестопалова, В.С.Подкорытов, 2000; Ю.А.Александровский, 2000-2011; D.Koren, I.Arnon, E.Klein, 2000; В.А.Абрамов, А.К.Бурцев, А.В. Абрамов и др., 2001; Б.В.Михайлов, В.Г. Черкасов, М.В.Маркова и др. 2001; А.К.Напреенко, Т.Е.Марчук, 2001; В.Я.Пишель,

2000; Л.Н.Юрьева, 2002; О.С.Чабан, Е.А.Хаустова, 2003; Т.Б.Дмитриева, Б.С.Положий, 2004; Е. Г. Гриневич и др., 2004-2010).

Так, по данным эпидемиологических исследований установлено, что распространенность посттравматических стрессовых расстройств колеблется от 1 до 12% среди общей популяции и может достигать до 30% среди населения, которое испытало воздействие техногенных и природных катастроф [2]. Рост заболеваний «стрессовой этиологии», нарушение трудоспособности активной части населения, потеря квалифицированной рабочей силы из-за сложности адаптации к новым формам труда и повышению интенсивности нагрузок, различные формы «личностного неблагополучия» (психическое истощение, десоциализация, отчуждение труда, специфические формы профессионально-личностных деформаций) – эти проблемы представляют серьезную угрозу для нормальной жизни общества [3].

Мировой экономический кризис, нанеся существенный удар по Украине, негативно отразился на благополучии даже тех социальных групп, которые ранее чувствовали себя защищенными. К ним, в частности, можно отнести работников экономической сферы, в первую очередь – финансово-банковской системы. Ее бурный рост за последние годы привел не только к стремительному увеличению количества банковских учреждений различных форм собственности и, следовательно, к значительному увеличению банковского контингента служащих, но и к изменению материально-технической оснащенности банков, усложнению содержания работы и требований к квалификации и поведению сотрудников, как со стороны руководства, так и со стороны клиентов банка. Одновременно работа в банке стала утрачивать свой престиж и финансовую привлекательность по сравнению с другими отраслями, прошли массовые сокращения работников. Все вышесказанное привлекает внимание к вопросам распространенности, клинической структуры, факторов риска возникновения, методам профилактики невротических связанных со стрессом и соматоформных расстройств у банковских служащих. Следует отметить, что на сегодняшний день данная проблема в Украине практически не изучалась.

По мнению некоторых авторов - наиболее уязвимыми при сокращении штата сотрудников банков оказались руководители сетевых подразделений, операционных отделов, кредитные специалисты и секторов поддержки бизнеса. Происходящие структурные изменения не могли не привести к увеличению уровня профессионального стресса у банковских сотрудников указанных категорий [4]. Они выдвинули предположение, что «организационные изменения внутреннего и общерыночного характера определяют выраженность уровня профессионального стресса банковских служащих». Согласно полученным ими данным (при исследовании использовалась методика интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса (-

ИДИКС) [3]): «синдромы профессионального стресса, вне зависимости от их принадлежности к той или иной группе (категории) сотрудников (руководители сетевых единиц, сотрудники операционных отделов, отделов продаж, секторов поддержки бизнеса)» идентичны. Частое использование методов неоправданного давления и угроз является одним из самых сильных факторов стресса для них. Кроме этого, под особое воздействие попадают сотрудники операционных отделов. Так, в начале 2009 года сотрудники операционных отделов начали работать с темпо-кассами, что означает несение персональной и материальной ответственности. Данный фактор сказался на общем уровне стресса данной категории лиц (общий уровень стресса по второй группе обследуемых, максимальный среди остальных групп – 47,73 Т_баллов). В отличие от остальных групп, у сотрудников операционных отделов можно заметить накопление хронической симптоматики стресса: выраженный уровень тревоги, депрессия, наличие психосоматических реакций и нарушений сна. Как считает С.М. Ильясов [5], «негативные психические состояния (стресс, сильное утомление, раздражительность и т.д.), связанные с работой, ответ “достаточно часто” дают 33% операторов и руководителей и каждый пятый специалист отдела. Из негативных факторов у специалистов на первом месте (21%) неравномерная загруженность в течение дня (месяца, года), а из общих для всех категорий работников из других факторов превалируют длительная работа на компьютере и монотонность. Операторы часто работают сверхурочно, (выключить компьютер можно лишь подведя все итоги, сведя балансы своего участка работы). К тому же клиенты банков нередко видят в них главных исполнителей и инициаторов всех бед, которые не только “отняли” у них последние сбережения, но и «развалили» всю банковскую систему”. Этот негативный настрой порой выливается в агрессию по отношению к банковскому работнику. Кроме специфических, на персонал воздействуют и последствия других стрессовых факторов. Это - угроза потерять работу, рост стоимости жизни, правовая и социальная незащищенность, криминогенная ситуация в стране и т.д. Отсюда непродуктивная психическая напряженность, эмоциональные срывы, нетерпимость, стремление любым способом снизить травмирующую силу напряженности. Подобные негативные факторы часто приводят к преждевременному утомлению, снижению внимания и активности, ухудшению самочувствия, другим нежелательным явлениям и, как следствие, к увеличению ошибок в работе, злоупотребление алкоголем. Функциональные состояния, возникающие у субъектов труда в затрудненных условиях деятельности, относятся к динамическому рассогласованию, для которого характерны нарушение адекватных физиологических и поведенческих реакций, неоправданно высокая психофизиологическая цена труда. Они приводят к нарушению деятельности структуры, снижению эффективности и надежности. Негативные психо-

логические состояния, с одной стороны, могут стать тормозящим фактором активности и инициативности, с другой - стимулировать на поспешные скоропалительные решения и действия».

О постоянном характере действия стрессовых факторов на банковских служащих и деструктивных последствиях накапливающегося эмоционального напряжения у сотрудников пишет в своей статье Т.В. Мурашенко [6]. По ее мнению: «угроза потерять рабочее место, постоянно меняющиеся, зачастую противоречивые, требования руководства приводит к тому, что все больше сотрудников обращаются за профессиональной помощью психологов и медицинских работников». Как считает Мирошник Е.В. [7], в условиях экономического кризиса возрастают требования менеджеров компаний к условиям своего труда, актуализируется их потребность в самореализации своей личности, в психологическом и социальном комфорте (стабильность, социальные гарантии и др.). Увеличение напряженности деятельности, высокая «цена» и ответственность за принимаемые решения в условиях финансового кризиса – ужесточает требования управленцев к выбору поведения в стрессовых условиях деятельности.

Автором проведена работа, в которой «исследовались кризисные условия деятельности, в результате чего было выявлено, что банковская система, как часть экономики, испытывает на себе весь спектр негативных влияний, включая платежный кризис, инфляцию, тяжелое налоговое бремя, банковские спекуляции на рынках межбанковских кредитов (депозитов), недостаток в высококвалифицированных кадров, которые могли бы оценить степень риска активных операций банка. В связи с этим многие из них оказались в затруднительном положении и несли убытки. Переживание острых и хронических неблагоприятных ситуаций в условиях финансового кризиса влияет на такие объективные характеристики труда, как надежность, продуктивность, темп, качество работы, работоспособность, являющиеся причиной ухудшения профессиональной успешности и удовлетворенности деятельностью. Всё это может привести к неэффективным экономическим и управленческим решениям, принимаемым под воздействием отрицательных эмоций и неадекватного поведения в сложных условиях».

О наличии у банковских служащих преκληнического уровня психических расстройств указывают Д.М. Менделевич, Г.В. Орлов, К.К. Яхин [8]. Согласно их данным, при обследовании банковских служащих, у 40,7% установлены преκληнические психические расстройства. Наиболее часто у них встречались замкнутость, излишняя подозрительность, эмоциональная лабильность, тревожность и быстрая утомляемость. Вегетативные нарушения в описываемой группе обследованных проявлялись как в виде вегето-сосудистой дистонии, так и в виде «игры вазомоторов», гипергидроза и нарушения саливации (сухость во рту, слюнотечение). Эти расстройства носили периодиче-

ский характер и возникали преимущественно в стрессовых ситуациях или во время интенсивной и ответственной работы. Признаками астенических нарушений, как правило, были повышенная утомляемость, которая сопровождалась чувством вялости, слабости, разбитости и нередко головными болями. Астенические симптомы первоначально появлялись преимущественно в периоды повышенных умственных нагрузок, к концу месяца, квартала и т.п., пока постепенно уже и обычная трудовая деятельность не стала вызывать большее, чем прежде утомление. Возникающие на фоне усталости головные боли были обычно связаны с общим плохим самочувствием больных. На фоне утомления заметно усиливалась раздражительность, что иногда приводило к конфликтам с сослуживцами по незначительным поводам, которые также усиливали эмоциональное напряжение. Работоспособность банковских работников с преκληническим уровнем астенических расстройств сохранялась на достаточно высоком уровне, но привычная деятельность требовала дополнительных усилий. Большая часть этих симптомов исчезала после отдыха (выходные дни, отпуск). Нарушения аппетита и сна у лиц с преκληническим уровнем психопатологии обычно возникали на высоте астении, хотя иногда присоединялись к тревожной, обсессивной или даже демонстративной симптоматике. Однако эти расстройства в нашем исследовании не встречались изолированно и всегда носили вторичный характер. На наличие как преκληнических, так и клинических психических расстройств у банковских служащих указывает в своей статье Орлов Г.В. [9]. В его работе также указан удельный вес выявленных нозологий и патопсихологических проявлений: «На этапе преκληнических психических нарушений у банковских работников (59 человек) преобладают астенические (46,9%) и тревожные (36,6%) расстройства. Это подтверждается также и экспериментально-психологическими методами исследования». «В результате более детального анализа клинических симптомов нами были выделены несколько основных вариантов психопатологических расстройств: F45.0 (соматизированное расстройство) — 15 человек (10,4%); F48.0 (неврастения) — 16 человек (11,0%); F41.2 (тревно-депрессивное расстройство) — 15 человек (10,4%); F40.1 (социальные фобии) — 12 человек (8,3%). У 28 (19,3% от всех обследованных) банковских работников психопатологических проявлений выявлено не было. При сопоставлении результатов обследования основной и контрольной групп установлено, что среди банковских работников процент лиц с психопатологическими проявлениями значительно выше (80,7% — банковских работников и 23,8% — контрольной группы). Согласно полученным нами данным, примерно у половины (58 человек или 49,6% лиц с психическими нарушениями) банковских работников психические расстройства носили достаточно выраженный характер. У другой половины банковских служащих с выявленной психопатологией (59 человек или 50,4% лиц с психи-

ческими нарушениями), расстройства психики носили неглубокий, не до конца сформированный характер».

Н.В. Самоукина [10] в своей монографии проводит сравнительный анализ трех групп банковских сотрудников, на которых оказывают влияние как разные для каждой группы аспекты условий работы, так и общие для всех вредности. Рассматривается влияние таких факторов, как возраст, образование, стаж работы, занимаемая в банке должность. Выделены наиболее уязвимые в психологическом плане места у каждой из категорий сотрудников. Кроме этого приводится анализ общих для всех групп стрессогенные факторы и связанные с ними невротические расстройства.

«Так, к **первой группе** относятся квалифицированные работники среднего и старшего возраста. Из них особенно продуктивны 45 — 55-летние сотрудники со стажем работы в банковской сфере от 10 до 25 лет. Это, как правило, начальники управлений, отделов и ведущие специалисты. Они в совершенстве знают тонкости бухгалтерии и нюансы взаимоотношений в банковской сфере. Большинство из них — женщины, имеющие средне-специальное бухгалтерское и высшее финансовое образование. Сотрудники, составляющие первую банковскую группу, с трудом воспринимают постоянные изменения в условиях работы, поток новых банковских инструкций и наличие неопределенности в содержании работы. Они обладают высокой ответственностью, стремятся работать предельно точно и без ошибок, часто допоздна работают на своем служебном месте. В качестве основной предпосылки этой группы называют проблему необходимости обновления имеющегося у них профессионального опыта. Получив образование преимущественно в советский период, они испытывают трудности в усвоении новых, рыночных знаний и преодолении устаревших способов работы. Психологическое напряжение работников этой категории усиливается еще из-за противоречия между необходимостью обновления профессионального опыта и стремлением сохранить имеющийся должностной статус. Работники этой группы тяжелее других переживают случаи вынужденного увольнения, если банк разоряется или у него отзывают лицензию. Оставшись без работы, они испытывают эмоциональный шок от разрушения сформированных у них в советский период представлений об обязательном наличии свободных рабочих мест.

Вторая группа банковских служащих — люди активного, трудоспособного возраста от 35 до 50 лет, пришедшие в банки из различных профессиональных и общественных сфер деятельности: организационно-управленческих структур, партийных и профсоюзных органов, сфер образования, науки и военно-промышленного комплекса (преимущественно экономисты, компьютерщики, математики и физики). Практически все они имеют высшее образование, некоторые — кандидатские и докторские научные степени. Многие специалисты из данной группы имели в своей профессиональной сфере определенный статус и известность,

занимали руководящие посты. При этом возможности для перехода в банковскую сферу получают те, кто имеет полезные деловые связи, и те, кто психологически готов к смене профессии в силу высокого интеллектуального потенциала. Банковские служащие из этой группы сталкиваются с необходимостью профессионального и личностного самоутверждения на новом месте работы, поиском новых профессиональных контактов. Некоторые банки ставят условие получения второго экономического образования, если сотрудник имеет непрофильный относительно банковской сферы диплом. Не последнее место среди этих проблем занимают трудности, связанные с преодолением сопротивления со стороны банковских работников первой группы, не желающих отдавать высокие должностные места пришедшим новичкам.

Третья группа состоит из молодых людей 20 — 30 лет, занимающих в банках различные должностные посты, начиная от управляющего и заканчивая оператором. Работники этой категории уверенно чувствуют себя в новых экономических условиях, и может сложиться впечатление, что эта группа банковских служащих является наиболее благополучной. Однако трудности, с которыми сталкиваются молодые банковские служащие, связаны с отсутствием сформированного и стабильного профессионального сообщества. Они работают в условиях острого дефицита или полного отсутствия профессиональной преемственности. Не существует необходимых и принятых всеми морально-этических ценностей, регламентирующих взаимодействия в банковской сфере, не разработаны эффективные правовые механизмы банковского дела, требует существенной доработки комплекс банковских инструкций. В результате со стороны молодой группы банковских работников не происходит планомерно-поступательного включения в профессию с формированием адекватной самооценки своих возможностей и планированием карьеры.

Поэтому работа в банковской сфере характеризуется высокой стрессогенностью. Среди служащих наблюдаются случаи переутомления, снижения работоспособности по причине усталости и перегрузок. Особые требования к слаженности в работе подразделений банков это частые изменения инструкций, размытость юридических норм. Все эти факторы создают напряженность в деятельности в любом банке.

Устойчивое и относительно высокое финансовое обеспечение банковских работников не компенсирует негативного влияния хронического стресса на их жизнь и работу. Подавляющее большинство из них жалуется на недомогания стрессогенного характера: головные боли, резкое повышение или понижение кровяного давления, болезненные ощущения в области сердца. Нередки случаи проявления немотивированной раздражительности: люди становятся агрессивными по отношению друг к другу, срываются на крик или мрачно молчат. Ухудшаются взаимоотношения не только на работе, но и в семьях.

Итак, работа банковских служащих, с одной стороны, дает им определенный статус, уверенность в себе и материальное благополучие, а с другой — истощает нервную систему, заставляет их жить и работать в условиях разрушающего стресса, что негативно сказывается на здоровье, эффективности работы и семейных отношениях.

Стрессогенный характер их работы влияет на явно выраженные невротические симптомы в эмоциональном состоянии и поведении. Причем воздействию стресса подвержены все три группы банковских работников. И невозможно отдельно оценить, какая группа переживает стресс в большей, а какая — в меньшей степени. Поэтому мы представляем общую характеристику имеющихся **стрессогенных факторов** и связанных с ними **невротических расстройств**, а именно: предельно высокая ответственность в работе и фактическое отсутствие права на ошибку, неудовлетворенность профессиональным статусом, страх потерять работу, недооценка со стороны руководства и коллег профессиональной значимости, присутствие в банковской сфере требований к реализации излишне формализованных отношений и отсутствие условий для интеллектуального и личностного самовыражения и самореализации специалистов, наличие обостренных конкурентных отношений с сотрудниками, недостаток развернутой положительной стимуляции труда банковских служащих и преобладание отрицательной (выговоров, лишения премий и других льгот и т. п.).

Предельно высокая ответственность в работе и фактическое отсутствие права на ошибку проявляются в том, что банковские служащие любого ранга постоянно внутренне напряжены и вынуждены осуществлять сверхконтроль за своей деятельностью и деятельностью своих подчиненных. В процессе принятия решений они испытывают давление фактора риска, переживают непрекращающееся чувство вины за возможность совершения ошибок в работе. В условиях появления все новых и новых инструкций, часто противоречащих друг другу, работники банков вынуждены досконально их изучать и всегда держать в памяти. Для этого подавляющее большинство из них увеличивают рабочее время, приходя на работу раньше положенного, и уходят значительно позже окончания рабочего дня. Многие берут рабочие материалы домой, посвящая домашнее время не отдыху и семейным занятиям, а детальной проработке документов, написанию отчетов, актов и прочему. В результате этого напряженность трудовой деятельности усиливается отсутствием полноценного отдыха и возможности восстановиться после рабочего дня. Хроническое переутомление наблюдается практически у 75% банковских работников, примерно 25% из них нуждается не только в психологической, но и медикаментозной терапии.

Несмотря на высокий статус банковских работников, большинство из них испытывает неудовлетворенность своим должностным положением на работе. Особенно это касается второй группы служащих, при-

шедших в банковскую сферу из других областей и имеющих определенный статус (научную степень, признание, заслуги). Они были вынуждены сменить профессию и начать работу в банке практически с нуля, часто испытывая зависимость от руководителя, имеющего более низкий уровень интеллектуального развития и коммуникативной культуры, но более продолжительный стаж работы в банковской сфере.

Для 20% из этой группы банковских служащих характерно проявление оппозиционности, подчеркнутой обособленности, внутреннего сопротивления или нежелания идти на компромисс. Около 5% из них выражают неудовольствие тем, что по отношению лично к ним были реализованы несправедливые действия руководства, а 15% находятся в состоянии крайнего раздражения изменениями, произошедшими в их работе помимо их воли и намерений, по причине резкой смены социально-экономических условий.

На определенных этапах в развитии банков большинство из сотрудников начинают отчетливо ощущать себя «винтиками» отлаженной банковской машины. Попадая в эту систему, человек сразу превращается в «живого наполнителя» конкретной ячейки, так как он хорошо понимает, что в случае, если он не сумеет, как можно более точно, быть этим «винтиком», за стенами банка мгновенно найдется множество претендентов на его место. Поэтому он вынужден работать с большим напряжением, чтобы не потерять работу. Страх ее потерять присутствует практически у всех работников в различных профессиональных сферах, но в банковской сфере он более выражен. Банковские работники отдают себе отчет в том, что потеря работы связана с резким понижением уровня жизни как для них самих, так и их близких. По причине того, что многие банки в последние годы закрылись, и число свободных рабочих мест резко сократилось, поиск другой работы в банковской сфере может быть безрезультатным. Данное переживание усугубляется еще и тем обстоятельством, что банковская сфера требует от каждого работника довольно узкой специализации и выбор новой работы вне банковской области может быть значительно затруднен и связан с неизбежной сменой профессии. Примерно 50% работников банков пытаются психологически защититься путем «вытеснения» или «рационализации» своих страхов. «Вытеснение» часто выражается в том, что работник запрещает себе об этом думать и пытается жить и работать так, как будто все нормально и ничего страшного нет. Рационализация проявляется в том, что, не осознавая истинной причины своего напряженного внутреннего состояния, человек объясняет его себе и своим близким различными другими причинами: наличием обычной усталости, неудовлетворительными отношениями с непосредственным руководителем или коллегами и др.

В результате неосознанности страха потери места работы, наличия непроработанных психологических защит, когда люди не понимают, чего они реально боятся, у 20% банковских работников наблюдаются

состояния хронической депрессии (подавленности, апатии, безразличия), а у примерно 15% возникает внутриличностный конфликт (внутреннее противоречие, резкие спады и подъемы настроения, наличие амбивалентных решений — одновременно как «за», так и «против»).

Недооценку профессиональной значимости со стороны руководства и коллег отмечают, в основном, работники второй и третьей групп — как те, кто пришел в банки из других организаций, так и молодые служащие, часто занимающие должности на нижних «этажах» банковской иерархии. Они отмечают имеющееся у них чувство разочарования (40%), ощущение своей ненужности (25%), нежелание работать эффективно и с высокой отдачей (15%). До 80% работников из указанных выше групп говорят об отсутствии возможности профессионального и должностного роста по причинам занятого более высокого «этажа власти» и стремления вышестоящего руководителя максимально использовать своего подчиненного, не принимая в расчет ни необходимость предоставить последнему время для повышения квалификации, ни вообще отдохнуть и восстановиться.

Излишне формализованные отношения и отсутствие условия для самовыражения и самореализации отрицательно оценивают практически все банковские служащие. Они говорят о невозможности быть самим собой, проявлять истинные чувства, быть искренними и открытыми не только в рабочее время, но и при организации неформальных ситуаций (дней рождений, праздников, коллективных выездов на отдых и прочее). Практически все, начиная от руководителей высоких уровней банковской иерархии и кончая исполнителями, отмечают чувство скованности, зажатости и повышенной тревожности.

Наличие обостренных конкурентных отношений с коллегами по работе особенно часто отмечают активные работники, которые ориентированы на успех и испытывают потребность в самоутверждении, внутреннем развитии и карьерном росте. Примерно 28% из них выражают нежелание «быть обойденными другими», 20% не довольны всевозможными ограничениями в своей работе, 8% вообще не надеются на возможность удовлетворить свой уровень притязаний в банковской сфере.

Недостаток положительного стимулирования труда и преобладание отрицательной оценки со стороны руководства отмечают 42% банковских работников. Руководители применяют в основном, санкции и взыскания, в определенной степени манипулируя высокотревожными работниками, вызывая у них чувства страха, внутренней незащищенности и неуверенности. Хронический стресс и связанная с ним внутренняя эмоциональная напряженность выражаются у банковских работников в форме неосознанных психологических защит. Некоторые из них свои отрицательные эмоции переносят на окружающих, часто на членов семей (механизм проекции), другие придумывают для

себя различные объясняющие причины (механизм рационализации), третьи имеющиеся трудности и проблемы стараются просто не замечать (механизм отрицания). Многие из работников банков неприятные эмоции пытаются искусственно подавить и заместить противоположными переживаниями (механизм замещения). Подавляющее большинство «сбрасывает» накопившуюся агрессивную энергию за пределами банковской организации, в основном в семьях (механизм сублимации).

В результате такого положения дел и фактического отсутствия эффективной социально-психологической поддержки в банковской сфере у банковских служащих наблюдается обострение проблем физического и психофизического здоровья: к 50-ти годам мужчины жалуются на различные недомогания хронического характера, а у женщин уже к 40 годам наблюдаются признаки физического и психофизического старения. Практически все, кому «за 40», постоянно применяют релаксационные медикаментозные средства и постоянно лечатся по поводу психосоматических расстройств.

Банковские работники пытаются перестроить свою жизнь и работу и каким-либо образом защитить себя от разрушающего хронического стресса. И в этом направлении реализуются как конструктивные, так и неконструктивные

способы защиты. Среди неконструктивных способов можно назвать стремление к эмоциональной независимости и избавлению себя от жесткого давящего «контроля сверху» (20%), а также снижение уровня притязаний (10%). Наблюдаются случаи «игры ролей» — выраженного желания напустить на себя искусственное безразличие и равнодушие (5%).

Примерно 60% работников реализуют конструктивные способы защиты от хронического разрушающего стресса: стараются улучшить социально-психологический климат у себя в коллективе, изменить взаимные оценки друг друга с отрицательных на положительные, построить на работе психологически комфортные взаимоотношения с сотрудниками, смягчить возникающие на работе разногласия и конфликты.

В конечном итоге, примерно каждый второй работник банковской сферы психологически готов к более эффективной реализации своего личностного и интеллектуального потенциала при условии снижения уровня хронического стресса в своей деятельности. При ознакомлении их с имеющимися знаниями в области психологии стресса и естественными и психотехническими способами снятия внутреннего напряжения можно дать им в руки инструмент самопомощи, который они смогут успешно применять при возникновении напряженных ситуаций».

Таким образом, анализируя литературные данные, мы можем констатировать, что у определенного контингента банковских служащих стресс-факторы играют большую роль в возникновении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

В тоже время на сегодняшний день не разработана система психогигиены, психопрофилактики и психотерапии в комплексном лечении этих больных.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – Москва. Медицина, 1993. – 399с.
2. Ю.В.Попов, В.Д.Вид. "Практический комментарий к 5-ой главе Международной классификации болезней МКБ –10". 1998.
3. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / – Москва: Радикс, 1995.
4. Л. Н. Артамонова, А. Б. Леонова Организационный стресс у сотрудников банка. – Вестник Московского университета. Сер. 14. ПСИХОЛОГИЯ. 2009. - N 1. - С. 39-52
5. Ильясов, С. М. О мотивации персонала коммерческого банка. Банковское дело 2010. № 4. - С.68-71

6. Т.В. Мураченко. Особенности личности банковских работников, подверженных и неподверженных эмоциональному выгоранию. TRN. Com.ua 2010.

7. Е.В. Мирошник. Комплексный подход к диагностике и формированию эффективного «антистрессорного» поведения менеджеров компаний в кризисных условиях деятельности. Современные проблемы психологического консультирования и психотерапии. НОЧУ ВПО «Институт гуманитарного образования и информационных технологий». Материалы всероссийской межвузовской научной конференции. Москва. 2010. с.94-99

8. Д.М. Менделевич, Г.В. Орлов, К.К. Яхин. Препринт психические расстройства у банковских служащих. Практическая медицина, 2009, №38, с.60-62

9. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья. Практическая медицина, 2009, № 06

10. Н.В.Самоукина. Искусство управления персоналом банка. Москва. Русская деловая литература. 1997.

ФАКТОРИ РИЗИКУ І КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕВРОТИЧНИХ, СОМАТОФОРМНИХ І ПОВ'ЯЗАНИХ З СТРЕСОМ РОЗЛАДІВ СЕРЕД РОБІТНИКІВ БАНКУ

(огляд літератури)

М. А. Соловьева

Дана стаття присвячена специфіці діяльності працівників банківських організацій. В ній торкаються питання актуальності проведення психологічних досліджень серед банківських працівників у зв'язку із великим психоемоційним навантаженням персоналу і впливом на них численних стрес-факторів. В статті містяться результати дослідження літературних джерел, проведеного з метою виявлення основних груп стрес-факторів в професійній діяльності співробітників банку, а також виникаючих внаслідок цього психічних порушень.

Ключові слова: стрес-фактори, психогігієна, психопрофілактика, психотерапія, лікування, працівники банку

RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE OF NEUROTIC, SOMATOFORM DISORDERS AND DISORDERS CONNECTED WITH STRESS AMONG BANK STUFF

(literature review)

M.A. Solovjova

This article observes the specific of activity of employees of banking organization. It touches the questions of activity of providing psychology researches in bank structures because of the great psychological and emotional stress of staff and the influence of the lot of stress factors on them. This article consist of results of literary sources research provided with the arm to find main groups of stress factors in professional activity of bank employees and also the mental health problems appeared in accordance with this factors.

Keywords: stress factors, mental hygiene, psycho prophylaxis, psychotherapy, treatment, employees of banking organization

УДК 612.015.1:577.152.087

Л.В. Степаненко

ГЕНЕТИЧНІ ТА МІТОХОНДРІАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (огляд літератури)¹

Львівський національний медичний університет

Ключові слова: нейродегенеративні захворювання, клітинна смерть, функції мітохондрій

Збільшення тривалості життя громадян економічно розвинених країн зумовило появу і різке загострення нових медико-соціальних проблем. В першу чергу слід відзначити різке зростання кількості хворих похилого і старечого віку, що страждають нейродегенеративними захворюваннями (НДЗ). Повідомляється також, що частота цих захворювань з часом зростатиме, тому дослідження механізмів розвитку даної групи захворювань, та розробка і впровадження ефективних засо-

бів їх лікування є надзвичайно актуальним для сучасної медицини [Левин О.С., 2003].

Аналіз даних літературних джерел свідчать, що частота поширення паркінсонізму в країнах Європи та США складає в середньому 65-187 пацієнтів на 100 тис населення, в той час як в віці 70-79 років цей показник досягає 300-1800 чоловік [Каменецкий В.К.,1995; Левин О.С., 2003; Wu J.C, 2000]. В США хвороба Альцгеймера (ХА) займає четверте місце

¹ Стаття публікується в авторській редакції

В тоже время на сегодняшний день не разработана система психогигиены, психопрофилактики и психотерапии в комплексном лечении этих больных.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – Москва. Медицина, 1993. – 399с.
2. Ю.В.Попов, В.Д.Вид. "Практический комментарий к 5-ой главе Международной классификации болезней МКБ –10". 1998.
3. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / – Москва: Радикс, 1995.
4. Л. Н. Артамонова, А. Б. Леонова Организационный стресс у сотрудников банка. – Вестник Московского университета. Сер. 14. ПСИХОЛОГИЯ. 2009. - N 1. - С. 39-52
5. Ильясов, С. М. О мотивации персонала коммерческого банка. Банковское дело 2010. № 4. - С.68-71

6. Т.В. Мураченко. Особенности личности банковских работников, подверженных и неподверженных эмоциональному выгоранию. TRN. Com.ua 2010.

7. Е.В. Мирошник. Комплексный подход к диагностике и формированию эффективного «антистрессорного» поведения менеджеров компаний в кризисных условиях деятельности. Современные проблемы психологического консультирования и психотерапии. НОЧУ ВПО «Институт гуманитарного образования и информационных технологий». Материалы всероссийской межвузовской научной конференции. Москва. 2010. с.94-99

8. Д.М. Менделевич, Г.В. Орлов, К.К. Яхин. Препринт психические расстройства у банковских служащих. Практическая медицина, 2009, №38, с.60-62

9. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья. Практическая медицина, 2009, № 06

10. Н.В.Самоукина. Искусство управления персоналом банка. Москва. Русская деловая литература. 1997.

ФАКТОРИ РИЗИКУ І КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕВРОТИЧНИХ, СОМАТОФОРМНИХ І ПОВ'ЯЗАНИХ З СТРЕСОМ РОЗЛАДІВ СЕРЕД РОБІТНИКІВ БАНКУ

(огляд літератури)

М. А. Соловьева

Дана стаття присвячена специфіці діяльності працівників банківських організацій. В ній торкаються питання актуальності проведення психологічних досліджень серед банківських працівників у зв'язку із великим психоемоційним навантаженням персоналу і впливом на них численних стрес-факторів. В статті містяться результати дослідження літературних джерел, проведеного з метою виявлення основних груп стрес-факторів в професійній діяльності співробітників банку, а також виникаючих внаслідок цього психічних порушень.

Ключові слова: стрес-фактори, психогігієна, психопрофілактика, психотерапія, лікування, працівники банку

RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE OF NEUROTIC, SOMATOFORM DISORDERS AND DISORDERS CONNECTED WITH STRESS AMONG BANK STUFF

(literature review)

M.A. Solovjova

This article observes the specific of activity of employees of banking organization. It touches the questions of activity of providing psychology researches in bank structures because of the great psychological and emotional stress of staff and the influence of the lot of stress factors on them. This article consist of results of literary sources research provided with the arm to find main groups of stress factors in professional activity of bank employees and also the mental health problems appeared in accordance with this factors.

Keywords: stress factors, mental hygiene, psycho prophylaxis, psychotherapy, treatment, employees of banking organization

УДК 612.015.1:577.152.087

Л.В. Степанеко

ГЕНЕТИЧНІ ТА МІТОХОНДРІАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (огляд літератури)¹

Львівський національний медичний університет

Ключові слова: нейродегенеративні захворювання, клітинна смерть, функції мітохондрій

Збільшення тривалості життя громадян економічно розвинених країн зумовило появу і різке загострення нових медико-соціальних проблем. В першу чергу слід відзначити різке зростання кількості хворих похилого і старечого віку, що страждають нейродегенеративними захворюваннями (НДЗ). Повідомляється також, що частота цих захворювань з часом зростатиме, тому дослідження механізмів розвитку даної групи захворювань, та розробка і впровадження ефективних засо-

бів їх лікування є надзвичайно актуальним для сучасної медицини [Левин О.С., 2003].

Аналіз даних літературних джерел свідчать, що частота поширення паркінсонізму в країнах Європи та США складає в середньому 65-187 пацієнтів на 100 тис населення, в той час як в віці 70-79 років цей показник досягає 300-1800 чоловік [Каменецкий В.К.,1995; Левин О.С., 2003; Wu J.C, 2000]. В США хвороба Альцгеймера (ХА) займає четверте місце

¹ Стаття публікується в авторській редакції

(3-69:1000 чоловік) серед причин смерті населення. В світі на 2000 р. було зареєстровано понад 12 млн. хворих із ХА, а до 2050 року дослідники прогнозують різке зростання кількості хворих майже до 100 млн., тобто захворюваність населення може досягти рівня епідемії [., 2006].

При нейродегенеративних захворюваннях (НДЗ) вмикаються і діють різноманітні ендопатогенні механізми, що “запускають” механізми клітинної смерті, незважаючи на те, що загибель клітин може бути обумовлена і дією гетерогенних екзогенних факторів.

Характер та масштаб розвитку дегенеративних процесів в головному мозку можливо дослідити на прикладах розвитку різних НДЗ та форм деменції (Табл.1).

При хворобі Гентінгтона однією із основних морфологічних ознак розвитку невропатології є значне в кількісному відношенні накопичення в нейронах протеїнових депозитів. Ці новоутворення формуються із білка гентінгіна, що в нормі забезпечує блокування NMDA-рецепторів. Мутації, що виникають у відповідному гені, спричиняють порушення регуляції кальцієвих каналів, гіперчутливість до впливу збуджуючих нейромедіаторів (глутамату, аспартату) та розвитку ексайтотоксичності. При цьому патологічно некомпетентні протеїни накопичуються в цитоплазмі нейронів у вигляді обмежених протеїнових депозитів [Sun Y., 2001]. Відомо, що при деяких формах хвороби Гентінгтона у хворих відзначається гіперекспресія NMDA-рецепторів, що спричинює їх гіперчутливість до глутамату. Порушення іонного

транспорту клітин, викликане мітохондріальною дисфункцією, індукує зниження синтезу молекул АТФ, зміну функціонування аксондентритних синапсів та загибель нейронів [Fan M.M., 2007].

При хворобі Паркінсона також був визначений розвиток гіперчутливості дофамінових рецепторів нейронів до впливу глутамату. При цьому відбувається порушення функціонування комплексу1 та NADH-цитохром-С-редуктази мітохондрій, швидке утворення вільних радикалів, що викликає дегенерацію нейронів [Blandini F., 1996]. В цих умовах було встановлено, що в нейронах збільшується рівень протеїнів, які при хворобі Паркінсона суттєво впливають на функціонування мітохондрій. Так, один із них - паркін (Parkin) активує механізми елімінації ушкоджених мітохондрій шляхом регуляції механізмів мітофагії. Одночасно з цим в ушкоджених нейронах інший протеїн пінк1 (-Pink1) забезпечує функціонування мітохондрій шляхом фосфорилювання паркіну, викликаючи швидку його інактивацію [Pridgeon J.W., 2007; Chen H., 2009].

Результати нейрогенетичних досліджень свідчать, що в механізмах розвитку ХА впливають декілька основних генетичних порушень [Roses A., 2006]. Для сімейних форм із раннім початком хвороби (найчастіше у віці 40-55 років) характерним є аутосомно-домінантний тип успадкування, при виявленні якому причиною розвитку ХА є мутації декількох генів, і цей тип має місце у 10% хворих. При більш рідкісних сімейних типах хвороби із пізнім початком розвитку патології (-після 65 років) тип успадкування є олігогенний (із

Таблиця 1

Нейродегенеративні захворювання, локалізація розвитку нейродегенеративних процесів

Локалізація нейродегенеративних процесів в ЦНС	Діагноз захворювання
Коркова	Хвороба Альцгеймера
	Лобно-скронева лобарна дегенерація
	Алкогольна енцефалопатія
Підкоркова (переважно)	Прогресуючий надядерний параліч
	Хвороба Гентінгтона
	Хвороба Паркінсона
	Мультиінфарктна деменція
Корково-підкоркова (змішана)	Деменція з тільцями Леві
	Корково-базальна дегенерація
	Судинна деменція
Мультифокальна	Хвороба Крейцфельда-Якоба

головною мутацією в одному, або декількох генах, модифікованих ефектом в інших).

Встановлено три гена, пов'язаних із розвитком сімейних форм ХА. На 21-й хромосомі локалізуються ген амілоїдного попередника (в-APP), на 14-й – ген-пресенилін-1 (PSN-1), а на 1-й хромосомі – ген-пресенилін-2 (PSN-2). Відповідні носії мутацій в гені APP зустрічаються в 3-5% всіх родин із пресенильним типом захворювання. Успадкування у цих родинах відбувається, як зазначалось вище, по аутосомно-домінантному типу.

Мутації в гені PSN-1 пов'язані в 60-70% випадках із розвитком ранніх (пресенильних) родинних форм ХА [Рязанская Н., 1999]. І, нарешті, мутації в гені PSN-2 зустрічаються рідко і встановлені в італійських сім'ях та родинах поволжських німців. Мутації в гені PSN-1 характеризуються повною пенетрантністю і обов'язково клінічно маніфестуються у віці від 30 до 50 років. Мутації в гені PSN-2 характеризуються значно меншою пенетрантністю, пов'язані із розвитком більш рідких ранніх та пізніх родинних форм ХА.

Доведено, що мутації в гені попередника білка амілоїду (в-APP) спричиняють надлишкове утворення в-амілоїду, з якого в клітинних утвореннях мозку формуються сенильні (амілоїдні) бляшки. в-амілоїд являється продуктом протеолізу високомолекулярного білку в-APP, але виключно генетично індукована гіперпродукція в-амілоїду, або збільшення його молекул за рахунок приєднання додатково двох амінокислот призводить до патологічного посиленого утворення окремих молекул та амілоїдних бляшок, оскільки довгі пептиди агрегуються значно частіше, ніж короткі його форми [Lewis J., 2001; Gotz J., 2001; Hardy J., 2002; Selkoe D.J., 2002].

Утворення та накопичення амілоїду в області розташування нейронів при хворобі Альцгеймера вважається результатом глутаматної ексайтотоксичності [Mattson M.P., 2004]. Встановлено, що в-амілоїд набуває форму в-складчастих структур мембран нейронів, формуючи, таким чином, структури, подібні іонним каналам [Mirzabekov T.A., 1996; Quist A., 2005; Danzer K.M., 2007; Tsigelny I.F., 2008]. В окремих дослідженнях було показано, що пептиди амілоїду можуть потрапляти до мітохондрій і накопичуватись в них. Вважається, що амілоїд транспортується в мітохондрії в результаті порушеного транспорту інших мітохондріальних білків [Caspersen C., 2005; Hansson Petersen S.A., 2008]. Потрапляючи до мітохондрій в-амілоїд спричинює відкриття мембранних пор, порушує регуляцію транспорту кальцію не лише в цих органелах, але і супроводжується їх набряканням та дегенерацією нейронів [Canevari L., 2004; Reddy P.H., 2008]. Ці дані свідчать про те, що мітохондрії відіграють важливу роль в механізмах нейрональної ексайтотоксичності. В нормі вони приймають участь в регуляції кальцієвого гомеостазу, а при патологічній нейрональній дисфункції є головними продуцентами вільних радикалів. Відомо також, що навіть при незначному підвищенні концентрації кальцію в цитоплазмі нейронів мітохон-

дрії накопичують ці іони у власному матриксі, проте при ексайтотоксичності відбувається деполяризація мембран цих органел, що викликає порушення механізмів окисного фосфорилування [Duchen M.R., 2000]. Одночасно було встановлено, що застосування деяких інгібіторів ензимів (наприклад, інгібіторів сукцинатдегідрогенази) зменшує інтенсивність розвитку дегенерації нейронів [Calabresi P., 2001]. Продовжуючи цю думку слід наголосити, що в результаті порушень кальцієвого гомеостазу активуються білки, що фосфорилують тау-білок, викликаючи дестабілізацію і дезорганізацію утворення мікротрубочок нейронів. Розпад мікротрубочок та накопичення тау-протеїнів морфологічно проявляється у вигляді накопичення нерозчинних нейрональних цитоплазматичних депозитів. Таким чином, в патогенезі хвороби Альцгеймера можна визначити одночасну активацію декількох патологічних шляхів внутрішньоклітинного накопичення іонів кальцію, що при досягненні критичних концентрацій викликає дегенерацію нейронів в умовах супутнього енергетичного дефіциту [Reddy P.H., 2008].

Судинні деменції (СД) складають від 11% до 45% від загальної кількості випадків деменції. При судинній деменції виявляють ряд клінічних ознак, що мають диференційно-діагностичне значення: наявність в анамнезі вказівок на артеріальну гіпертензію, епізоди гострих порушень мозкового кровообігу із розвитком афатичних, агностичних та апрактичних розладів, наявність рухових порушень у вигляді окремих парезів та паралічів, порушень чутливості, вогнищевих неврологічних симптомів, псевдобульбарного синдрому, гіперкінезії та розвитку паркінсонізму [Волошина Н.П., 1997]. Судинна деменція, обумовлена розвитком одного або декількох інфарктів мозку, складає 5-10% від загальної кількості деменцій. Симптоматика СД клінічно проявляється і прогресує за умов, коли об'єм ішемічно пошкодженої тканини досягає критичних розмірів, або уражається функціональна значимі ділянки мозку. Відомо також, що майже 40% випадків змішаних типів деменцій виникає безпосередньо після розвитку інсультів (постінсультна деменція). Класифікація форм судинної деменції здійснюється в залежності від проявів патогенетичних та етіологічних факторів [Медведев А.В., 1999].

1. Мультиінфарктна деменція. Обумовлена розвитком великих, або середніх і множинних інфарктів, переважно цереброкортикальних, що виникають при тромбоемболії артеріальних церебральних судин великого діаметру.

2. Деменція, що обумовлена поодинокими інфарктами, що розвиваються в стратегічно і життєво важливих клітинних утвореннях мозку. Розвивається внаслідок ураження невеликих за об'ємом, або поодинокими інфарктами коркових та підкоркових структур головного мозку (кутова звивина, таламус, гіпокамп).

3. Енцефалопатія Бінсвангера (субкортикальна атеросклеротична енцефалопатія, САЕ). Належить до групи мікроангіопатичних деменцій, і включає зміни в

мозку, пов'язані із дифузною демієлінізацією семио-вального центру, розвитком астроцитарного гліозу, мікрокист в підкоркових ділянках головного мозку. При розвитку САЕ відмічається патоморфологічні зміни, та виражений гіаліноз коркових судин, що забезпечують кровопостачання клітинних утворень підкоркові області, формування кріброзних порожнин навколо судин. Понад 80% випадків САЕ дебютують у віці 50-70 років. Клінічна картина хвороби характеризується повторними перехідними порушеннями мозкового кровообігу і розвитком т.зв. малих інсультів. В клінічній картині переважають зворотні геміпарези, моторні гемісимптоми, латеральна нерівномірність рефлексів та акінезія. Відмічаються також деякі стійкі неврологічні розлади, притаманні паркінсонізму і в, першу чергу, т.зв. магнітна хода, спостерігаються виражені емоційні розлади, що досягають рівня насильницького плачу, або сміху, дизартрії, порушення контролю сечовипускання. Близько 2/3 випадків мнестико-інтелектуального зниження спостерігається у пацієнтів вже на початку розвитку хвороби, спостерігаються епілептичні напади. Патопсихологічні та неврологічні розлади при САЕ незворотні та стрімко прогресуючі, хоча досить часто у хворих спостерігаються періоди тривалої стабілізації.

Окремою нозологічною одиницею вважається CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy With Subcortical Infarcts And Leukoencephalopathy), що розвивається при мутації генів 19 хромосоми. Ця церебральна патологія характеризується формуванням лакунарних інфарктів у осіб 40-50 років та поступовим розвитком деменції [Leys D., 2001; Roman G.C., 2002].

Таким чином генетично і метаболічно детерміновані нейродегенеративні захворювання ЦНС обумовлені двома основними групами мутацій: генів мітохондріальної ДНК та ядерної ДНК, що кодують білки для

функціонування мітохондрій (Табл. 2).

Розглянемо детальніше менш поширені в нашій популяції і отже маловідомі вітчизняним фахівцям НДЗ. Однією із найбільш досліджених НДЗ мітохондріального генезу вважається MELAS-синдром [Pavla-kis S.G., 1984]. В США зареєстровано приблизно 200000 хворих із діагностованим захворюванням. Встановлено, що MELAS синдром розвивається при виникненні мутації в тРНК до лейцину та існуванні ряду інших мутацій [Goto Y., 1991]. Першими симптомами захворювання є геміпарези, кортикальна дисфункція, енцефаломаліяція та деякі інші, що проявляються вже в 10-ти річному віці [Tau S.H.K., 2006]. Клінічна картина MELAS синдрому характеризується розвитком енцефалопатії, частими головними болями, симптомами, що виникають при церебральному інсульті (геміпарези, геміанаксія, зорова атрофія, сенсорні порушення, кортикальні розлади, периферійна нейропатія і атаксія і, навіть, психотичні розлади). Геміпарези відмічають у 22-83% хворих [Hirano M., 1994]. Починаючи з 29 років у цих хворих реєструють появу зорових галюцинацій (44%), афазію, фотофобію, психоз [Iizuka T., 2003b]. Головний біль може бути односторонній, або білатеральний, пульсуючий. При фокальному ураженні головного мозку в 69% хворих спостерігається розвиток епілепсії [Veggiotti P., 1995]. При MELAS синдромі у пацієнтів розвивається прогресуюча деменція, інсультподібні епізоди, при цьому встановлено наявність високого вмісту молочної кислоти в цереброспінальній рідині [Hirano M., 1994]. За цих константно зберігаючи умов лактоацидозу при MELAS синдромі в базальних гангліях відмічаються процеси інтенсивної кальцифікації, що розвиваються досить активно, симетрично та, зазвичай, безсимптомно. При цьому в головному мозку розвивається процеси фокальна дегенерація з подальшим розвитком атрофії тім'яної та потиличної

Таблиця 2

Характеристика НДЗ, що обумовлені індукованою мітохондріальною патологією.

Нозологічні форми церебральної патології	Статистика (1:кількість населення)
Мітохондріальна лактатацидозна енцефалопатія, (MELAS)	1:10000 - 1:13000
Хвороба Лі (Subacute Necrotizing Encephalomyelopathy, SNEM)	200000 (в США)
Атаксія Фредріха	1:50000 - 1:100000
Синдром Алпера	1:100000 - 1:250000

долей мозку, рідше зустрічається мозочкова та спино-церебральна форми дегенерації [Geldof K., 2007]. Атрофія мозку супроводжується розвитком інсультподібних епізодів, в окремих випадках ці процеси супроводжується розвитком вірусної, тобто герпетичної енцефалопатії та гострого геморагічного інсульту [Valanne L., 1996; Sue C.M., 1998].

Одну із ключових ролей в розвитку MELAS нейродегенерації займає різке порушення процесів окисного фосфорилювання. Генетично обумовлені порушення функціонування мітохондріальних електронтранспортних ланцюгів спричиняють зниження активності нейронального енергетичного метаболізму (в першу чергу окисного фосфорилювання АДФ), процесів церебральної гемодинаміки [Watanabe Y., 1998; Molnár M.J., 2000]. Найбільш суттєве зниження активності процесів енергетичного метаболізму та накопичення недоокиснених продуктів обміну (лактату) реєструється в тім'яній та потиличній долях цереброкортексу. Лактат-ацидозний стан загострює мітохондріальну дисфункцію нервових клітин та прискорює процеси нейродегенерації [Kaufmann P., 2004].

Після розвитку кальцифікованих депозитів в області базальних гангліїв до патологічного процесу залучається нова кора великих півкуль головного мозку, розвиваються ламінарний та псевдоламінарний некроз та супутній їм дифузний цереброкортикальний гліоз. В білій речовині мозку (особливо в субкортикальних ділянках) відбувається ушкодження і розвиток дегенеративних процесів в нервових волокнах, фіброзного гліозу. В деяких випадках порушення гематоенцефалічного бар'єру спричиняють додаткову деструкцію судинних сплетінь шлуночків мозку [Fujii T., 1990].

Іншим мітохондріально патогенетично детермінованим НДЗ є синдром Алпера [Water N.J., 2007]. Причиною виникнення цього захворювання вважаються мутації генів, що кодують мітохондріальний ензим ДНК-полімераза- γ . Дефект цього фактору супроводжується дефіцитом синтезу ферментів, зниженням їх активності, що супроводжується порушенням функціонування електронтранспортного ланцюгу нейрональних мітохондрій [Gordon N., 2006]. Ці зміни вже у дітей раннього віку (починаючи з 3 років) увиникають розвиток атрофії цереброкортексу, мозочку та базальних гангліїв, набряк тканини мозку, відмічається поява ішемічно уражених зон мозку та розвиток епілепсії. В деяких випадках спостерігається виникнення астроцитом в зоровій корі великих півкуль мозку. Досить часто симптоматика цього захворювання нагадує або подібна до MELAS синдрому. Лікування хворих на цей час виключно симптоматичне, а перебіг захворювання характеризується високою летальністю і спостерігається в молодому віці [Hasselman O., 2010; Compton A.G., 2011].

При атаксії Фрідрейха виникає мутація гену мітохондріального білка фратаксину. Це, в свою чергу, індукує накопичення в мітохондріях нейронів іонів заліза в цереброкортексі, мозочку, зубчастому ядрі та

мості. Ці порушення клітинного гомеостазу спричиняють розвиток окислювального стресу, а в подальшому - нейродегенеративних процесів, що особливо інтенсивно прогресують в спиноцеребральних та кортико-пінальних трактах, оптичній корі великих півкуль мозку, і, особливо, пірамідних нейронів Беца [Gova L., 1999; Koerppen A.H., 1999; Richardson D.R., 2003]. При цій патології також встановлено збільшення кальцієвого транспорту і накопичення іонів кальцію в нейронах. Застосування антагоністів кальцієвих каналів (наприклад, верапамілу) зменшує прояви епілепсії при атаксії Фрідрейха [Wildburger N.C., 2009].

Причиною розвитку хвороби Лі (Leigh's disease) є мутація в генах цитохром-С-оксидази, що в майбутньому викликає розвиток дегенеративних процесів в базальних гангліях, цереброкортексі і мозочку, супроводжується дегенерацією нервових волокон, розвитком спонгіозу та гліозу. При спиноцеребральній атаксії 6 типу спостерігається генетично детерміноване порушення провідності Р та Q кальцієвих каналів клітин Пуркін'є, що викликає дегенерацію нейронів [Piedras-Renteria E.S., 2001; Matsuyama Z., 2004; Watase K., 2008].

ВИСНОВКИ

Стале порушення іонного гомеостазу нейронів при різних нейродегенеративних захворюваннях спричиняє і посилює прояви мітохондріальної дисфункції, що супроводжується порушенням функціонування інших внутрішньоклітинних органел. При цьому відбувається збільшення кількості окисдантних молекул (вільних радикалів) та зростає дефіцит АТФ. Вже на початкових стадіях НДЗ спостерігається мітохондріальна альтерація, що супроводжується патоморфологічними змінами в дендритах, що в подальшому призводить до розвитку патопсихологічних розладів. У зв'язку із цим пошук нових лікувальних засобів і реабілітаційних підходів з метою корекції іонних порушень у хворих на деменцію та НДЗ, розробка принципів відновної терапії, що застосовуються на етапах стаціонарного і реабілітаційно відновного лікування, та має велике практичне, соціально-економічне значення.

Література:

1. Каменецкий В.К. Паркинсонизм/ В.К. Каменецкий. СПб., 1995.- 215с.
2. Левин О.С. Клинико-нейропсихологические и нейровизуализационные аспекты дифференциальной диагностики паркинсонизма: автореф. дис. д-ра мед. наук/ О.С. Левин М., 2003.- 36 с.
3. Wu J.C., Iacono R., Aymon M., et al. Correlation of intellectual impairment in Parkinson's disease with FDG PET scan // *Neuroreport*. 2000. - Vol. 1, N 10. - P.2139-2144.
4. Sun Y, Savanenin A, Reddy PH, Liu YF: Polyglutamine-expanded huntingtin promotes sensitization of N-methyl-D-aspartate receptors via post-synaptic density // *J. Biol. Chem.* - 2001. - Vol, 276. - P. 24713-24718.
5. Fan MM, Raymond LA: N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor function and excitotoxicity in Huntington's disease // *Prog Neurobiol* - 2007. - Vol. 81. - P.272-293.
6. Blandini F, Porter RH, Greenamyre JT: Glutamate and Parkinson's disease // *Mol. Neurobiol.* - 1996. - Vol. 12. - P. 73-94.
7. Pridgeon J.W., Olzmann J.A., Chin L.S., Li L. PINK1 protects aga-

- inst oxidative stress by phosphorylating mitochondrial chaperone TRAP1. - *PLoS Biol.* - 2007. - Vol. 5. - P. e172.
8. Chen H., Chan D.C. Mitochondrial dynamics-fusion, fission, movement, and mitophagy-in neurodegenerative diseases // *Hum Mol Genet.* - 2009. - Vol. 18. - P. 169-176.
 9. . On the discovery of the genetic association of Apolipoprotein E genotypes and common late-onset Alzheimer disease // - 2006. - Vol. 9(3 Suppl). - P. 361-366.
 10. Рязанская Н., Дворянчиков Г., Григоренко А., Розаев Е. Полиморфизм в 5'-области пресенилина 2 (PS2). Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии., М.: НЦПЗ РАМН, 1999 - С. 129-130.
 11. Lewis J., Dickeson D.W., Lin Wen-Lang, Chisholm L., Corral A., Jones G., Yen S.-H., Sahara N., Skipper L., Yager D., Eckman C., Hardy J., Hutton M., McGowan E. Enhanced neurofibrillary degeneration in transgenic mice expressing mutant Tau and APP // *Science.* - 2001. - № 5534. - P. 1487-1491.
 12. Gotz J., Chen F., Van Dorpe I., Nitsch R.M. Formation of neurofibrillary tangles in P301L Tau transgenic mice induced by A β 42 fibrils // *Science.* - 2001. - N. 5534. - P. 1491-1495.
 13. Hardy J., Selkoe D.J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics // *Science.* - 2002. - N. 5580. - P. 353-356.
 14. Selkoe D.J. Alzheimer's disease is a synaptic failure // *Science.* - № 5594. - P. 789-791.
 15. Mattson MP: Pathways towards and away from Alzheimer's disease // *Nature.* - 2004. - Vol. 430. - P. 631-639.
 16. Mirzabekov TA, Lin MC, Kagan BL: Pore formation by the cytotoxic islet amyloid peptide amylin // *J Biol Chem.* - 1996. - Vol. 271. - P. 1988-1992.
 17. Quist A, Doudevski I, Lin H, Azimova R, Ng D, Frangione B, Kagan B, Ghiso J, Lal R: Amyloid ion channels: a common structural link for protein-misfolding disease // *Proc Natl Acad Sci USA.* - 2005. - Vol. 102. - P. 10427-10432.
 18. Danzer K.M., Haasen D., Karow A.R., Moussaud S., Habeck M., Giese A., Kretschmar H., Hengeler B., Kostka M: Different species of alpha-synuclein oligomers induce calcium influx and seeding // *J Neurosci.* - 2007. - Vol. 27. - P. 9220-9232.
 19. Tsigelny I.F., Crews L., Desplats P., Shaked G.M., Sharikov Y., Mizuno H., Spencer B., Rockenstein E., Trejo M., Platoshyn O., Yuan J.X., Masliah E. Mechanisms of hybrid oligomer formation in the pathogenesis of combined Alzheimer's and Parkinson's diseases // *PLoS ONE.* - 2008. - Vol. 3. - P. e3135.
 20. Caspersen C, Wang N, Yao J, Sosunov A, Chen X, Lustbader JW, Xu HW, Stern D, McKhann G, Yan SD: Mitochondrial A β : a potential focal point for neuronal metabolic dysfunction in Alzheimer's disease. // *FASEB J* - 2005. - Vol. 19. - P. 2040-2041.
 21. Hansson Petersen CA, Alikhani N, Behbahani H, Wiehager B, Pavlov PF, Alafuzoff I, Leinonen V, Ito A, Winblad B, Glaser E, Ankarcrona M: The amyloid beta-peptide is imported into mitochondria via the TOM import machinery and localized to mitochondrial cristae // *Proc Natl Acad Sci USA.* - 2008. - Vol. 105. - P. 13145-13150.
 22. Canevari L, Abramov AY, Duchon MR: Toxicity of amyloid beta peptide: tales of calcium, mitochondria, and oxidative stress // *Neurochem Res.* - 2004. - Vol. 29. - P. 637-650.
 23. Reddy PH, Beal MF: Amyloid beta, mitochondrial dysfunction and synaptic damage: implications for cognitive decline in aging and Alzheimer's disease // *Trends Mol Med.* - 2008. - Vol. 14. - P. 45-53.
 24. Duchon MR: Mitochondria and calcium: from cell signalling to cell death // *J Physiol.* - 2000. - Vol. 529(Pt 1). - P. 57-68.
 25. Calabresi P, Gubellini P, Picconi B, Centonze D, Pisani A, Bonsi P, Greengard P, Hipskind RA, Borrelli E, Bernardi G: Inhibition of mitochondrial complex II induces a long-term potentiation of NMDA-mediated synaptic excitation in the striatum requiring endogenous dopamine // *J Neurosci.* - 2001. - Vol. 21. - P. 5110-5120.
 26. Волошина Н.П. Деменирующие процессы головного мозга. — Харьков: Основа, 1997. — 184 с.
 27. Медведев А. В. Сосудистые заболевания головного мозга // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 129-146.
 28. Leys D., Henon H., Pasquier F. The role of cerebral infarcts in vascular dementia // *In. Research and practice in Alzheimer's disease.* Vol. 5, 2001. - P. 123-128.
 29. Roman G.C. The role of cholinesterase inhibition in the treatment of vascular dementia // *Second International Congress on Vascular Dementia* (Salzburg, Austria, January 24-27, 2002). - P. 1.
 30. Pavlakis SG, Phillips PC, Dimauro S, De Vivo DC, Rowland LP. (1984) Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes: A distinctive clinical syndrome. *Ann Neuro.* 16: 481-488.
 31. Goto, Y, Nonaka, I, Horai, S. A new mtDNA mutation associated with mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes (MELAS) // *Biochim Biophys Acta.* - 1991. - Vol. 1097. - P. 238-240.
 32. Tay S.H.K., Nordli D.R.; Bonilla E., Null E. Aortic Rupture in Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-Like Episodes // *Arch Neurol.* - 2006. - Vol. 63. - P. 281-283.
 33. Hirano M, Pavlakis SG. Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and Stroke like episodes (MELAS): current concepts. // *J Child Neurol.* - 1994. - Vol. 9. - P. 4-13.
 34. Iizuka T., Sakai F., Kan S., Suzuki N. Slowly progressive spread of the stroke-like lesions in MELAS // *Neurology.* - 2003b. - Vol. 61. - P. 1238-1244.
 35. Veggiotti P., Colamaria V., Dalla Bernardina B., Martelli A., Mangione D., Lanzi G. Epilepsia partialis continua in a case of MELAS: clinical and neurophysiological study // *Neurophysiol Clin.* - 1995. - Vol. 25. - P. 158-166.
 36. Geldof K., Ramboer K., Goethals J.-M., Verhaeghe L. CT and MRI appearance of mitochondrial encephalopathy // *JBR-BTR.* - 2007. - Vol. 90. - P. 288-289.
 37. Valanne L, Paetau A, Suomalainen A, Ketonen L, Pihko H. Laminar cortical necrosis in MELAS syndrome: MR and neuropathological observations // *Neuropediatrics.* - 1996. - Vol. 27. - P. 154-160.
 38. Sue C.M., Crimmins D.S., Soo Y.S., Pamphlett R., Presgrave C.M., Kotsimbo N., Jean-Francois M.J., Byrne E., Morris J.G. Neuroradiological features of six kindreds with MELAS tRNA(Leu) A3243G point mutation: implications for pathogenesis // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* - 1998. - Vol. 65. - P. 233-240.
 39. Watanabe Y., Hashikawa K., Moriwaki H., Oku N., Seike Y., Kodaka R., Ono J., Uehara T., Kusuoka H., Nishimura T. SPECT findings in mitochondrial encephalomyopathy // *J Nucl Med.* - 1998. - Vol. 39. - P. 961-964.
 40. Molnár M.J., Valikovic A., Molnár S., Tron L., Dioszeghy P., Mechler F., Gulyas B. Cerebral blood flow and glucose metabolism in mitochondrial disorders // *Neurology.* - 2000. - 55. - P. 544-548.
 41. Kaufmann P., Shungu D.C., Sano M.C., Jung S.; Engelstad K., Mitsis E., Mao X., Shanske S., Hirano M., DiMauro S., De Vivo D.C. Cerebral lactic acidosis correlates with neurological impairment in MELAS // *Neurology.* - 2004. - Vol. 62. - P. 1297-1302.
 42. Fujii T., Okuno T., Ito M., Motoh K., Hamazaki S., Okada S., Kusaka H., Mikawa H. CT, MRI, and autopsy findings in brain of a patient with MELAS. // *Pediatr Neurol.* - 1990. - Vol. 6. - P. 253-256.
 43. Water N.J., C M Verity, R G Will, G Devereux, and L Stellitano. // *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* - 2004. - Vol. 75. - P. 910-913.
 44. Gordon N. Alpers syndrome: progressive neuronal degeneration of children with liver disease // *Developmental Medicine & Child Neurology* - 2006. - Vol. 48. - P. 1001-1003.
 45. Hasselmann O., Blau N., Ramaekers V.T., Quadros E.V., Sequeira J.M., Weissert M. Cerebral folate deficiency and CNS inflammatory markers in Alpers disease // *Molecular Genetics and Metabolism.* - 2010. - Vol. 99. - P. 58-61.
 46. Compton A.G., Troedson C., Wilson M., Procopis P.G., Li F.Y., Brundage E.K., Yamazaki T., Thorburn D.R., Wong L.J. Application of oligonucleotide array CGH in the detection of a large intragenic deletion in POLG associated with Alpers Syndrome // - 2011. - Vol. 1. - P. 104-107.
 47. Gova L., Babcock M., Smith J.C., Kish S.J., Koeppen A., Jiralerspong S., Montermini L., Kaplan J., Pandolfo M. Iron in the central nervous system of Friedreich ataxia patients // *FRDA research conference 1999* (National Institutes of Health • Bethesda, MD, USA • April 30 to May 2, 1999). - Section II, P. 2.
 48. Koeppen A.H. The uniform neuropathological phenotype of Friedreich's ataxia // *FRDA research conference 1999* (National Institutes of

Health • Bethesda, MD, USA • April 30 to May 2, 1999). – Section II, P. 1.

49. . Friedreich's ataxia: iron chelators that target the mitochondrion as a therapeutic strategy? // – 2003. – Vol. 2. – P. 235-245.

50. Wildburger N.C., Lin-Ye A., Baird M.A., Lei D., Bao J. // *Molecular Neurodegeneration*. – 2009. – Vol. 4. – P. 44

51. Piedras-Renteria E.S., Watase K., Harata N., Zhuchenko O., Zoghbi H.Y., Lee C.C., Tsien R.W. Increased expression of alpha 1A Ca²⁺ channel currents arising from expanded trinucleotide repeats in spinocerebellar ataxia type 6 // *J Neurosci*. – 2001. – Vol. 21. – P. 9185-9193.

52. Matsuyama Z, Yanagisawa NK, Aoki Y, Black JL 3rd, Lennon VA, Mori Y, Imoto K, Imuzuka T: Polyglutamine repeats of spinocerebellar

ataxia 6 impair the cell-death-preventing effect of CaV2.1 Ca²⁺ channel–loss-of-function cellular model of SCA6 // *Neurobiol Dis*. – 2004. – Vol. 17. – P. 198-204.

53. Watase K, Barrett CF, Miyazaki T, Ishiguro T, Ishikawa K, Hu Y, Unno T, Sun Y, Kasai S, Watanabe M, Gomez CM, Mizusawa H, Tsien RW, Zoghbi HY: Spinocerebellar ataxia type 6 knockin mice develop a progressive neuronal dysfunction with age-dependent accumulation of mutant CaV2.1 channels // *Proc Natl Acad Sci USA*. – 2008. – Vol. 105. – P. 11987-11992.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И МИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(обзор литературы)

Степаненко Л.В.

Проведен сравнительный анализ данных литературы относительно механизмов развития нейродегенеративных заболеваний. Описаны генетические факторы развития заболеваний и патобиохимични процессы, которые развиваются в клетках головного мозга и предопределяют дегенерацию нейронов. Нарушение функционирования и развитие патологических изменений в нейронах тесно связаны между собой и не ограничиваются отдельными изменениями метаболизма, а характеризуются глобальными патобиохимичними нарушениями в нейронах и глиоците, что вызывает прогресс нейродегенеративных процессов при болезнях Паркинсона, Гентингтона, Альцгеймера, Альпена и других.

Ключевые слова: нейродегенеративные заболевания, клеточная смерть, функции митохондрий

GENETIC AND MITOCHONDRIAL MECHANISMS OF NEURODEGENERATIVE DISEASES DEVELOPMENT

(Literature Review)

L.V. Stepanenko

The comparative analysis of literature data were resulted in relation due to neurodegenerative diseases. Genetic reasons of diseases development and patobiochemical processes are described in the brain cells, which are cause of neurons degeneration. Violation of functioning and other pathological changes in neurons is closely associated. They are not limited to the separate changes of cerebral metabolism, they characterized considerable global biochemical violations of neurons and gliocytes which cause of some neurodegenerative processes at the Parkinson's, Huntington's, Alzheimer's and Alper's diseases and other.

Keywords: neurodegenerative diseases, cell death, mitochondrial functions

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В.Р. Ілейко, А.В. Канищев

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ

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

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза

На теперішній час в Україні відсутні наукові розробки щодо комплексної СПЕ взагалі і КСППЕ зокрема. У тому числі в зв'язку з цим відсутні і загальні методичні підходи щодо виконання КСППЕ та оформлення експертного висновку. Вибірковий аналіз експертної практики свідчить, що ці підходи відрізняються у різних регіонах України, але найбільш поширеним є використання методичних підходів, наукових розробок та пропозицій, що пропонуються науковцями Російської Федерації - Державного наукового Центру загальної та судової психіатрії ім. В.П.Сербського[1;2]. Це викликає необхідність наведення та аналізу основних характеристик КСППЕ виходячи з її визначення та пропозицій щодо напрямків можливого та доцільного використання у кримінальному та цивільному процесі.

У відповідності з визначенням Кудрявцева І.А. [3] КСППЕ - "це одна з різновидностей міжнародних комплексних експертиз, що оснований на спільному розгляді і інтегративній оцінці результатів скоординованого застосування для дослідження психічної діяльності обвинувачуваних (підозрюваних, потерпілих і свідків) спеціальних знань експерта-психолога і експерта-психіатра з ціллю достовірної, найбільш повної і всебічної загальної (єдиної) відповіді на питання, що складають предмет комплексного дослідження і входять в сферу спільної (сукупної) компетенції експертів".

З представленого визначення, в першу чергу, потребують обговорення наступні поняття, що складають "якісну" специфічність КСППЕ – "спільний розгляд", "інтегративна оцінка", "загальна (єдина) відповідь", "спільна (сукупна) компетенція", з наступним співставленням його (обговорення) результатів з законодавчими і нормативними вимогами, чинними в Україні.

Перша частина визначення, а саме спільний розгляд та інтегративна оцінка результатів проведених експертами-психіатрами і експертами-психологами досліджень не викликає особливих зауважень. Слід лише зазначити, що потребує уточнення й упорядкування порядок проведення експертизи (організація дослідження, планування і виконання етапів тощо), що передують спільному розгляду та інтеграції окремих (індивідуальних) досліджень психічної діяльності підекспертного виходячи з сформульованої робочої гіпотези у відношенні наявності чи відсутності психіч-

ного розладу, його генезу, синдромальної (а коли це можливо і нозологічної) приналежності, так як це визначає експертну тактику, черговість дослідження об'єктів експертизи, що при кожному з напрямків КСППЕ (експертиза емоційних станів, особистісно-вікових характеристик тощо) має свої особливості, які є предметом окремих наукових досліджень в межах проблеми КСППЕ.

Ми взагалі не розглядаємо і не аналізуємо поняття "спільний розгляд", "інтегративна оцінка" механістично, тобто як одночасне, об'єднане вивчення та дослідження об'єктів експертизи (підекспертного і всіх матеріалів, що представлені на експертизу, які характеризують його психічну діяльність, відображену у вербальній та поведінковій складових), тому що це суперечить аксіоматичним вимогам до виконання комісійного експертного дослідження, при якому кожен з експертів самостійно вивчає, досліджує усі об'єкти експертизи, вичленує та аналізує отримані фактичні дані, обґрунтовує власні діагностичні і експертні висновки і лише потім, при "спільному розгляді" та "інтегративній оцінці" формуються комісійні відповіді на експертні питання. Такий підхід, на наш погляд, відноситься і до такого виду комісійної СПЕ як КСППЕ, з урахуванням особливостей, що пов'язані з наявністю спеціалістів різних галузей знань.

Розгляд понять "спільна (сукупна) компетенція", "загальна (єдина) відповідь", пов'язані з необхідністю розгляду питань, які стосуються компетенції спеціалістів, що приймають участь у проведенні КСППЕ і її меж, об'єктів і предмета дослідження кожної з галузей спеціальних знань (судової психіатрії та судово-психіатричної експертизи; судової психології та судово-психологічної експертизи). Звернемося до визначення понять.

Судова експертиза – це дослідження експертом на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває у провадженні органів дізнання, досудового та судового слідства [4]. Предмет судових експертиз – фактичні дані, обставини, що мають значення для справи, які встановлюються на основі застосування спеціальних знань [5].

Психіатрія традиційно розглядається як медична дисципліна, що вивчає клініку, діагностику й лікуван-

ня психічних хвороб, їх етіологію, патогенез, соціальні і організаційні аспекти психіатрії [6]. Психіатрія, судова психіатрія, судово-психіатрична експертиза взаємопов'язані і відносяться одне к одному як загальне, особливе і одиничне. Психіатрія як «материнська» наука включає до себе різні розділи (складові частини), що різняться віковою (дитяча, зрілого віку, геріатрична), професійною (військова, пенітенціарна, судова), медико-реабілітаційною і прогностичною (соціальна, біологічна, епідеміологічна) спрямованістю.

Судово-психіатрична експертиза – спосіб реалізації психіатричних знань зі специфічними (правовими) акцентами. До предмету судової психіатрії С.Н.Шишков [7] відносить *виявлення психічних розладів*, що мають правове значення. У нормативно-правовому документі «Порядок проведення судово-психіатричної експертизи» вказано, що предметом експертизи є *визначення психічного стану осіб*, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду [8].

Психологія – наука про закономірності розвитку й функціонування психіки як особливої форми життєдіяльності. Судова психологія – розділ юридичної психології, що вивчає круг питань, які відносяться до судочинства: психологію суддів, слідчих та інших працівників правоохоронних органів і адвокатури, психологічний зміст їх професійної діяльності, методи відбору та навчання; психологію звинувачуваних, свідків, потерпілих, психологію свідчень свідків, психологічні основи слідчих і судових дій (допиту, очної ставки та ін.), оперативно-розшукової діяльності; методологію та методику судово-психологічної експертизи. Судово-психологічна експертиза – одна з форм практичного застосування спеціальних психологічних пізнань у кримінальному процесі. Загальний предмет судово-психологічної експертизи – *особливості психічної діяльності*, дослідження яких має значення для встановлення істини по кримінальним справам [9;10].

В криміналістичній літературі до об'єктів експертизи відносять речі, як носії властивостей, ознак та відношень, що підлягають дослідженню, матеріали справи, які містять дані про предмет експертизи, тобто матеріальні носії інформації, що дозволяють пізнати предмет експертизи. Об'єкт судово-психіатричної експертизи визначається як «матеріалізоване, визначене процесуальним законодавством джерело відомостей про психічну діяльність і психічне захворювання підекспертного» [11].

У чинному законодавстві України щодо компетенції експерта, спеціальних знань, обов'язкових умов призначення експертизи зазначено наступне. У ст.75 кримінально-процесуального кодексу (КПК) вказується, що експертиза призначається у випадках, коли для вирішення певних питань при провадженні в справі потрібні наукові, технічні або інші спеціальні знання ... Питання, які ставляться експертові, і його висновок по них не можуть виходити за межі спеціальних знань ек-

перта. Ст. 77 КПК передбачає можливість експерту відмовитися від дачі висновку, якщо питання поставлене перед експертом, виходить за межі його компетенції.

В постанові Пленуму Верховного Суду України від 30.05.1997 р. № 8 визначено перелік питань, які суд повинен з'ясувати при перевірці й оцінці експертного висновку (ст.17), зокрема: - компетенція експерта і чи не вийшов він за межі своїх повноважень.

У ст. 143 цивільного процесуального кодексу (- ЦПК) зазначено, що для з'ясування обставин, що мають значення для справи і потребують спеціальних знань у галузі науки, мистецтва, техніки, ремесла тощо суд призначає експертизу за заявою осіб, які беруть участь у справі. У відповідності з п.6 ст.53 ЦПК України, експерт невідкладно повинен повідомити суд про неможливість проведення ним експертизи через відсутність у нього необхідних знань або без залучення інших експертів.

Закон не розкриває змісту поняття «спеціальні знання», а лише відносить до них наукові, технічні знання, знання у галузі мистецтва і ремесла та інші. В судово-психіатричній літературі це питання практично не обговорюється. В юридичній літературі спеціальні знання визначаються «як такі, що не відносяться до загальновідомих, та створюють основу професійної підготовки по науковим, інженерно-технічним і виробничим спеціальностям, а також не загальновідомі знання, що необхідні для заняття будь-якими видами діяльності. Ці знання використовуються «спеціалістом чи експертом з метою сприяння слідчому або суду в з'ясуванні певних обставин справи чи дачі заключення по питаннях для вирішення яких потребується їх застосування. В об'єм поняття «спеціальні знання» не включаються знання з галузі права. До них відносяться: мотив і мета злочину, вина (форма і ступінь), юридична кваліфікація злочину, вірогідність свідчень, вид і міра покарання [12].

В.Б.Первомайський [13], щодо об'єкту судової психіатрії, спеціальних знань і компетенції експерта обґрунтовує наступні положення: «об'єктом і загальною і судової психіатрії є не тільки безпосередньо дана особа, але і всі інші матеріальні носії інформації про стан його свідомості (сприйняття їм себе, оточуючого і поведінки), у минулому (включаючи період, що цікавить слідство та суд) та теперішньому. «В поняття компетенції необхідно виділяти два аспекти. Перший – охоплює коло питань, що передбачені законодавчими актами і розробленими на їх основі відомчими та інструктивними документами, які повинен вирішувати експерт. Цими ж документами пред'являються певні вимоги до Акту експертизи і висновкам експерта. Другий – це коло питань, які може вирішити експерт, при наявності всіх необхідних матеріалів, виходячи із можливостей науки, яку він представляє. Необхідною умовою вірного визначення меж компетенції психіатра-експерта є співпадіння обох вказаних аспектів цього питання... В межі компетенції психіатра-експерта входить те, що складає предмет судової психіатрії;

може бути добуто за допомогою судово-психіатричного методу діагностики; може бути доказане засобами даної науки; не може бути спростовано ніким, окрім іншого спеціаліста у цій галузі знань”.

Судово-психіатрична і судово-психологічна експертизи в загальній класифікації експертних наук відносяться до одного класу й розглядаються у якості суміжних родових експертних дисциплін. Це визначено єдиною спрямованістю вказаних наук на дослідження особливостей психічного функціонування людини [14]. На думку І.А.Кудрявцева [3], яке не викликає зауважень, до даного класу може бути прилічена и КСППЕ, похідна від родових базових експертиз.

Обговорюючи специфіку предметів судово-психіатричної експертизи та судово-психологічної експертизи, І.А.Кудрявцев[3] у якості основних характеристик наводить: для судово-психіатричної експертизи – встановлення фактичних даних *про патологічні відхилення* в психічному функціонуванні особи та їх юридичне значення, визначення психічної норми та її відокремлення від патологічних межових органів; для судово-психологічної експертизи – встановлення фактичних даних про вплив на психічне функціонування *непатологічних психічних факторів* (вікового, ситуаційного, емоційного, особистісного). Щодо КСППЕ, він зазначає наступне: “специфіку предмету КСППЕ створює спрямованість експертного дослідження на встановлення ефекту (результату) взаємодії опосередованих особистістю хворобливих (психопатологічних) і не хворобливих (вікового, емоційного, ситуаційного, в тому числі і групового) психічних факторів і визначення на основі урахування особистісного заломлення цієї системної якості найбільш точної і повної міри їх впливу на характер психічного відбиття, рефлексію и регуляцію юридично значимої поведінки даної особи (підекспертного) в період, що цікавить слідчого (суд) – встановлення особливостей регуляції психічної діяльності та (або) поведінки суб’єкта правових відношень, характеру його психічного функціонування, що мають юридичне значення”.

Якщо визначення специфіки предмету судово-психіатричної та судово-психологічної експертиз є зрозумілим, то визначення специфіки предмету КСППЕ є таким, що демонструє штучність, нечіткість, розпливчастість та дискусійність наведеної специфіки. При її обґрунтуванні змішуються предмети дослідження судово-психіатричної і судово-психологічної експертиз з виникненням, нібито самостійного (особливого) предмету дослідження, який, коли продовжувати логічний ланцюг, повинен припускати і нову (особливу) галузь знань – “психолого-психіатричну” (тобто медично-немедичну).

Виходячи з визначень, опису специфічності, спрямованості й реалізації спеціальних знань у галузі психіатрії і психології, судової психіатрії і судової психології, судово-психіатричної і судово-психологічної експертиз, лінією розподілу спеціальних знань, а значить і компетенції, є наступні:

- *психіатрія, судова психіатрія, судово-психіатрична експертиза* вивчає психічні розлади (виявляє, оцінює, діагностує, здійснює їх лікування, реабілітаційні, епідеміологічно-організаційні, профілактичні заходи та ін.) у всьому їх різноманітті, у тому числі і при розмежуванні так званої психічної норми і психічної патології з відповідною кваліфікацією варіантів норми, включаючи крайні її варіанти (при цьому межі психічних розладів визначаються чинною класифікацією психічних розладів і з урахуванням вітчизняних /національних/ класифікаційних та наукових розробок;

- *психологія, судова психологія, судово-психологічна експертиза* вивчає особливості психічної діяльності (оцінює, аналізує, описує та ін.) особи без психічних розладів. Такий розділ психології як патопсихологія вивчає особливості певних сфер психічної діяльності у осіб з психічними розладами, що може бути використано (і використовується) у якості додаткового (допоміжного) інструменту для діагностики и експертної оцінки психічних розладів. Виділення, так званих, патопсихологічних симптомокомплексів, є, на нашу думку, статичним синтезом отриманих в результаті експериментально-психологічного дослідження даних і не може розглядатися у якості аналога (еквівалента) клінічних психопатологічних синдромів.

При оцінці психічної діяльності особи, психіатри-експерти і психологи-експерти підходять до цієї оцінки під різним кутом зору, вирішуючи завдання, з урахуванням своєї компетенції. Її межі визначаються об’єктами і предметом експертизи, яку представляє експерт як носій спеціальних знань. Це, на наш погляд, повинно відноситися як до однорідної, та і до комплексної експертизи. При цьому комплексна експертиза не створює будь-який самостійний, особливий предмет дослідження, а включає до себе предмети тих суміжних дисциплін (галузей знань), які входять в об’єм конкретного комплексного дослідження. У відношенні КСППЕ, де об’єкт дослідження один и той же, мова йде про дослідження і оцінку психічної діяльності особи (підекспертного) на різних рівнях, лінією розділення яких для різних напрямків спеціальних знань є наявність або відсутність психічного розладу. Межі компетенції експертів, що приймають участь у КСППЕ, визначаються об’ємом спеціальних знань цих експертів. Так психіатр-експерт проводить діагностичну та експертну оцінку психічного стану особи (виявлення наявності психічних розладів у особи в певні юридично значущі періоди часу /у тому числі, при розмежуванні т.зв. психічної норми та психічної патології з відповідною кваліфікацією варіантів норми, включаючи її крайні варіанти/, диференційну діагностику та експертну оцінку психічних розладів тощо). Психолог-експерт проводить оцінку особливостей психічної діяльності особи без психічних розладів у певні, юридично значущі періоди часу (індивідуально-психологічні особливості особистості, затримки розвитку неповнолітнього, особливості емоційного стану особистості тощо).

Основними відзнаками КСППЕ (умовами, що визначають можливість зватися такою) від однорідної комісійної експертизи (СПЕ) у тому числі і з залученням експерта-психолога у якості консультанта, є:

- на процесуальному рівні а) постанова (ухвала) про призначення КСППЕ; б) наявність експертних питань, що відносяться до компетенції експерта (експертів) психіатра і експерта (експертів) психолога;

- на організаційному рівні: а) наявність окремих, повноцінних досліджень об'єкту (об'єктів) експертизи, що проведені експертами різних галузей спеціальних знань - членами КСППЕ, з затвердженою (загальноприйнятою, стандартизованою) структурою цих досліджень, включаючи їх етапність, що представлена в експертному висновку – акті КСППЕ;

- на клінічному рівні: а) наявність обґрунтованих (мотивованих) відповідей на експертні питання в межах професійної компетенції експертів - учасників КСППЕ. І коли процесуальний рівень цілком залежить від судово-слідчого органу, що призначив експертизу, то організаційний та клінічний рівні потребують нормативного і методичного регулювання (обґрунтування) на основі відповідних наукових розробок профільних наукових установ МОЗ України.

Для аналізу поняття “загальна (єдина) відповідь” слід розглянути і проаналізувати основні (базові) питання, які ставляться на вирішення КСППЕ та співставити їх з межами компетенції експертів при підготовці відповідей на них.

У кримінальному процесі до компетенції психіатра-експерта відносяться наступні основні (базові) питання (завдання): 1) виявлення та діагностування психічного розладу на відповідному рівні – синдромологічному, нозологічному (в залежності від специфіки конкретного експертного випадку й наявних фактичних даних про психічний стан) і на певний період часу, що цікавить судово-слідчі органи; 2) оцінка особливостей (характеристик) виявленого та діагностованого психічного розладу (ступеня тяжкості, сталості, динаміки, прогредієнтності та ін.); 3) обґрунтування експертного питання про здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними на певний період часу, що цікавить судово-слідчі органи; 4) обґрунтування експертного питання про необхідність застосування примусових заходів медичного характеру (в цивільному процесі це завдання зникає). Інші питання, які ставляться на вирішення експертизи, або деталізують основні питання, або носять роз'яснюючий, загальнотеоретичний характер.

Вирішення цих основних (базових) питань передбачає наявність спеціальних знань у вигляді медичної освіти та відповідної вузькопрофесійної підготовки, тобто цілком входить до компетенції психіатра-експерта. При їх вирішенні результати психологічного (експериментально-психологічного дослідження) можуть бути використані у якості допоміжного діагностичного (диференційно-діагностичного) інструменту.

Питання, що стосуються індивідуально-психоло-

гічних особливостей підекспертного, що не виявляє будь-яких психічних розладів, емоційного стану підекспертного, рівня психічного розвитку неповнолітнього та ін. (складання їх повного переліку не входило в завдання даної статті), якщо такі цікавлять слідство та суд, передбачає наявність спеціальних знань у вигляді психологічної освіти та відповідної вузькопрофесійної підготовки по судовій психології, тобто цілком входить до компетенції психолога-експерта. Питання, яке стосується мотивів протиправних дій і входить до компетенції юристів, деякими дослідниками відноситься і до компетенції експертів-психологів, що, на наш погляд, є дискусійним.

При наданні питань до експертизи (експертів), що стосують наявності (відсутності) психічного розладу та його впливу на здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними в юридично значущій ситуації (тобто питань діагностики та експертної оцінки, що цілком відносяться до компетенції психіатра-експерта), призначення та проведення КСППЕ є недоцільним економічно і необґрунтованим науково. Результати, що отримані експертом-психіатром за допомогою застосовуваних ним методів дослідження є ведучими, а допоміжні методи, що сприяють отриманню й обґрунтуванню цих результатів (включаючи експериментально-психологічний метод) можуть бути цілком реалізовані шляхом залучення до експертизи спеціалістів-консультантів.

При наданні питань до експертизи (експертів), які розділяються межами їх компетенції і для їх вирішення кожним з експертів необхідно проведення власного повноцінного, етапного, структурованого у відповідності з законодавчими і нормативно-правовими нормами дослідження доцільним, зрозумілим з правової та обґрунтованим з наукової точок зору буде призначення та проведення комплексної експертизи взагалі і зокрема КСППЕ.

Висновки:

1. Наукові розробки, методичні рекомендації щодо КСППЕ, її предмету, завдань, оформлення висновків, що розроблені у Російській Федерації та де-факто використовуються деякими експертними установами та підрозділами МОЗ України не відповідають процесуальним вимогам щодо «спеціальних знань» експерта, меж його компетенції, персонального виконання та оформлення експертного висновку у повному обсязі кожним з експертів різних галузей знань та персональної відповідальності за свій висновок і тому потребують перегляду та уточнення з урахуванням чинного законодавства та нормативно-правових документів України щодо комплексної експертизи.

2. Аналіз таких понять як «спільна оцінка», «інтеграція результатів», «спільна компетенція», «єдина (загальна) відповідь», що у наукових розробках російських фахівців пропонуються, як специфічні характеристики КСППЕ, дозволив визначити наступне: а) «спільна оцінка», з урахуванням існуючих нормативно-правових вимог, є відповідним чином організоване, етапне, незалежне дослідження об'єктів ек-

пертизи кожним з експертів різних галузей знань та взаємне ознайомлення експертів з результатами цих досліджень; б) «інтеграція результатів» з урахуванням існуючих нормативно-правових вимог, є відповідним чином організоване, спільне обговорення досліджень, що проведені кожним з експертів різних галузей знань, взаємне використання результатів цих досліджень кожним з експертів різних галузей знань для обґрунтування та формулювання особистих висновків у відповідності з питаннями, що поставлені та в межах професійної компетенції; в) «спільна компетенція» передбачає ідентичність, тотожність спеціальних знань, використання яких і лежить в основі експертного дослідження, відсутність такої ідентичності виключає й можливість існування спільної компетенції; г) «єдина (спільна) відповідь» - підпис експертом-психіатром результатів дослідження, що проведено експертом-психологом і відповідей на питання в межах його компетенції (і навпаки), буде виходом за межі компетенції даного спеціаліста і може поставити під сумнів результати всього експертного дослідження (КСПЕ) з процесуальної (правової) точки зору.

Література:

1. Судебная психиатрия: Учебное пособие/Т.Б.Дмитриева, А.А.Ткаченко, Н.К.Харитонова, С.Н.Шишков.-М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- С.179-191.

2. Руководство по судебной психиатрии /Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко.- М., 2004.- С.3870-387.
3. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство).- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1999.- 497 с.
4. Закон України «Про судову експертизу» від 25.02.1994 р. № 4038-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. — 1994. — № 28. — Ст. 232.
5. Корухов Ю.Г. Предмет судебной экспертизы // Основы судебной экспертизы. Ч.1. Общая теория. Гл.2. с.1. М., 1997
6. Морозов Г.В. //Руководство по психиатрии / Ред. Г.В.Морозов. — Т.1. — М.: Медицина, 1988. — С.11.
7. Шишков С.Н. Предмет судебной психиатрии // Сов. государство и право.-1990.- № 11. — С.31-38.
8. Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы, утвержденный приказом МОЗ Украины від 08.10.2001 р. № 397, зареєстрований у Міністерстві України 01.03.2002 р. за № 219/6507 // Офіційний вісник України. — 2002. — № 10. — Ст. 493.
9. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов.- Воронеж: Из-во НПО «МОДЭК», 1995.-640 с.
10. Краткий психологических словарь / Сост.Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского.-М.:Политиздат, 1985.-431 с.
11. Словарь основных терминов судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертиз. — М., 1986.- 120 с.
12. Надгорный Г.М. Соотношение специальных и юридических знаний // Криминалистика и суд. экспертиза. — Вып. 28.- Киев, 1984.- С.14-19.
13. Первомайский В.Б. Невменяемость, - Киев, 2000. — 320 с.
14. Шляхов А.Р. Судебная экспертиза. Организация и проведение. М., 1979.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УКРАИНЕ

В.Р. Илейко, А.В. Канищев

В настоящей публикации излагаются и анализируются дискуссионные вопросы, касающиеся научно-методического регулирования комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в Украине.

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN UKRAINE

V.R. Ileyko, A.V. Kanishev

This publication describes and analyzes the controversial issues relating to scientific and methodical management of complex forensic psychological and psychiatric evaluations in Ukraine.

Keywords: multispecialty psychological and psychiatric forensic expertise

УДК 61:340.63

В. Р. Ілейко, А. В. Каніщев

СПІРНІ ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО ТА НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ

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

Ключові слова: комплексна судова експертиза, комплексна судова психолого-психіатрична експертиза

Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза (КСППЕ) має порівняно нетривалу історію розвитку — орієнтовно з 70-х років минулого століття, тобто близько 40 років. Її виникнення пов'язане з науковим інтересом до комплексності у судових експертизах, зумовленим науково-технічним прогресом і затребуваністю одночасної та різнобічної оцінки об'єктів експертизи, що сприяло апробуванню окремих видів комплексування. Стосовно КСППЕ визначаючим був теоретичний прогрес психології з розробкою, узагальненням та доповненням концептуальних положень щодо психічної діяльності людини, а також практичний інтерес судово-психіатричних експертів до більш широкого використання у судово-психіатричній експертизі (СПЕ) стандартизованих способів оцінки психічної діяльності як у нормі, так і при її змінах внаслідок психічного розладу.

Основною задачею цього повідомлення ми поставили розгляд та аналіз деяких аспектів вже усталеної практики використання суміжних спеціальних знань в галузі судової психіатрії і судової психології — КСППЕ.

Не піддаючи сумніву оперативність та економічну доцільність одночасного, взаємодоповнюючого застосування спеціальних знань суміжних (але окремих) галузей — тобто судової психіатрії та судової психології (за умови обґрунтованості такого застосування та розуміння органом, що призначає подібну експертизу, її мети, можливостей, низки питань, на які планується отримати відповідь), варто послідовно розглянути різні рівні регулювання КСППЕ (законодавчий, нормативно-методичний), враховуючи її поширеність та тенденцію до подальшого збільшення питомої ваги.

Вивчення 40 випадків КСППЕ, призначеної після однорідної СПЕ, яка у цілому відповіла на експертні питання, засвідчило, що призначення КСППЕ часто розглядається судово-слідчими органами як призначення більш значимого експертного дослідження, яке апіорі має перевагу над однорідною СПЕ. У більшості випадків таке призначення нічим не обґрунтовується; висновки первинної експертизи не піддаються сумніву з точки зору їх неясності, суперечливості, невідповідності фактичним даним, процесуальних порушень тощо. Така практика має місце передусім у кримінальному процесі, але останнім часом розповсюджується також і у цивільному процесі.

Повертаючись до законодавчого аспекту КСППЕ, можна відзначити наступне. Її регулювання в Україні дещо відрізняється у кримінальному процесі та у

цивільному процесі.

У кримінально-процесуальному законодавстві на теперішній час немає статей, які б визначали порядок призначення КСППЕ, її особливості та специфіку. У ст. 75 Кримінально-процесуального кодексу (КПК) України [1] («Висновок експерта») зазначено лише, що «у разі необхідності в справі може бути призначено декількох експертів, які дають загальний висновок. Коли експерти не дійшли згоди, то кожний з них складає свій висновок окремо». У ст. 433 КПК України («Обставини, що підлягають встановленню в справах про злочини неповнолітніх») відмічається, що «у необхідних випадках для встановлення стану загального розвитку неповнолітнього, рівня його розумової відсталості та з'ясування питання, чи міг він повністю усвідомлювати значення своїх дій і в якій мірі міг керувати ними, повинна бути проведена експертиза спеціалістами в галузі дитячої та юнацької психології (психолог, педагог) або зазначені питання можуть бути поставлені на вирішення експерта-психіатра».

Роз'яснення Пленуму Верховного Суду України у цілому мало доповнюють обсяг інформації щодо КСППЕ.

Так, у п. 12 постанови Пленуму Верховного Суду України від 30.05.1997 р. № 8 «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» [2] зазначено: «комплексна експертиза призначається у випадках, коли необхідно провести дослідження за участю декількох експертів, які є фахівцями у різних галузях знань... для встановлення рівня загального розвитку неповнолітнього, ступеня його розумової відсталості та для з'ясування питання, чи міг він повністю усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою він міг керувати ними, може бути проведена відповідно до вимог ст. 433 КПК судово-психіатрична, психологічна або комплексна психологічно-психіатрична експертиза».

П. 27 постанови Пленуму Верховного Суду України від 07.02.2003 р. № 2 «Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи» [3] вказує, що «для з'ясування, чи вчинено діяння в стані сильного душевного хвилювання, суди мають призначити психолого-психіатричну експертизу». У п. 7 Постанови Пленуму Верховного Суду України від 16.04.2004 р. № 5 «Про практику застосування судами України законодавства у справах про злочини неповнолітніх» [4] зазначено: «за наявності даних, що свідчать про розумову відсталість неповнолітнього, відповідно до статей 76 і 433 КПК має бути призначена судова психолого-психіатрична або педагогічно-психолого-психіатрична експертиза».

пертиза для вирішення питання про наявність чи відсутність у неповнолітнього відставання у психічному розвитку, про ступінь такого відставання, встановлення стану його загального розвитку з метою з'ясувати питання про те, чи міг неповнолітній повністю усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою міг керувати ними. Відповідна експертиза призначається за участю спеціалістів у галузі дитячої та юнацької психології (психолога, педагога) і психіатрії».

Постанова Пленуму Верховного Суду України від 15.05.2006 р. № 2 «Про практику розгляду судами справ про застосування примусових заходів виховного характеру» [5] (п. 18) визначає наступне: «...за наявності даних про розумову відсталість неповнолітнього, не пов'язану із психічним захворюванням, має бути також з'ясовано, чи здатний він повністю усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою може керувати ними, для чого в разі потреби призначають експертизу за участю спеціалістів у галузі дитячої чи юнацької психології або ж експертів-психіатрів... Якщо є підстави вважати, що неповнолітній за своїм інтелектуальним розвитком не досяг віку (14, 16 або 18 років), який відповідає даним свідоцтва про народження чи іншого документа, необхідно призначити психолого-психіатрично-педагогічну експертизу, за допомогою якої це можна підтвердити або спростувати. У разі підтвердження висновком експертизи наявності у неповнолітнього розумової чи психічної відсталості (не пов'язаної із психічним розладом) такого ступеня, за якого він за розвитком не відповідає віку, про який свідчать документи про народження, суд має поставити на розгляд питання щодо визнання неповнолітнього таким, що не досяг віку, з якого може наставати кримінальна відповідальність та можливе застосування примусових заходів виховного характеру».

Не обговорюючи дискусійні питання та суперечності, що містяться у змісті згаданих постанов Пленуму Верховного Суду України, а саме можливість участі у проведенні судової експертизи спеціалістів у галузі дитячої та юнацької психології (педагога чи психолога); можливості встановлення віку притягнення до кримінальної відповідальності; можливості вирішення судово-психологічною експертизою діагностичних та експертних питань (ступеня розумової відсталості особи та міру здатності усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними); можливості існування у неповнолітнього розумової чи психічної відсталості, не пов'язаної із психічним розладом тощо, слід констатувати: а) лише декларування у цих постановах факту наявності КСППЕ, б) спрямованість її використання у таких напрямках, як експертиза емоційних станів; експертиза неповнолітніх і в межах цієї експертизи — вирішення питань психічного розвитку неповнолітніх та міри здатності усвідомлення значення своїх дій і керування ними, тобто питань, які можна віднести до встановлення психологічного критерію обмеженої осудності.

У Цивільному процесуальному кодексі (ЦПК) України [6] міститься окрема стаття (ст. 149), яка має

назву «Комплексна експертиза» і регулює питання, які пов'язані з цим видом експертизи. У відповідності з цією статтею ЦПК, комплексна експертиза проводиться не менш як двома експертами різних галузей знань або різних напрямків у межах однієї галузі знань; у висновку експертів зазначається, які дослідження і в якому обсязі провів кожний експерт, які факти він встановив і яких висновків дійшов; кожен експерт підписує ту частину висновку, яка містить опис здійснених ним досліджень, і несе за неї відповідальність; загальний висновок роблять експерти, компетентні в оцінці отриманих результатів і формулюванні єдиного висновку.

В Законі України «Про судову експертизу» [7], а також у Порядку проведення судово-психіатричної експертизи, затверджені наказом МОЗ України від 08.10.2001 р. № 397 [8], не містяться будь-яких відомостей щодо особливостей проведення комплексної експертизи взагалі і КСППЕ зокрема.

В Інструкції про призначення та проведення судових експертиз та експертних досліджень, затвердженій наказом Мін'юсту України від 08.10.1998 р. № 53/5 (із змінами) [9] зазначається, що експертиза, для вирішення питань якої необхідні знання з різних галузей знань або різних напрямків у межах однієї галузі знань, є комплексною. Висновок експертів при проведенні комплексної експертизи складається з урахуванням таких особливостей: дослідження, які проводились окремими експертами, описуються у відповідних розділах дослідницької частини із зазначенням прізвищ експертів; узагальнення та оцінка результатів досліджень фіксуються у синтезуючому розділі дослідницької частини висновку експертів.

Варто зазначити, що у законодавчих та нормативно-правових документах використовуються аналогічні підходи до висновку комісійної експертизи, а саме: у разі згоди експертів вони підписують спільний висновок, а у разі виникнення розбіжностей складаються і підписуються декілька висновків (за кількістю точок зору і у відповідності з проведеними експертами дослідженнями).

Таким чином, вітчизняне законодавство в загальних рисах містить відомості щодо комплексної експертизи, без визначення її видів та методичних принципів проведення (окрім згадування про можливість проведення КСППЕ у постановах Пленуму Верховного Суду та у ст. 433 КПК). Комплексна експертиза розглядається як різновид комісійної експертизи, тобто такої, що проводиться не менш як двома експертами, але на відміну від однорідної комісійної експертизи, у якій беруть участь експерти одного напрямку знань, комплексна експертиза проводиться не менш як двома експертами різних галузей знань або різних напрямків у межах однієї галузі знань. Виходячи з того, що у вітчизняному законодавстві немає будь-яких визначень, роз'яснень, рекомендацій щодо проведення КСППЕ та формування її висновків, можна припустити, що до неї повинні застосовуватися такі ж вимоги, як і до інших видів комплексної експертизи, включаючи судово-пси-

хіатричну експертизу з залученням експертів інших галузей знань. Законодавчі та нормативні документи у якості обов'язкових включають наступні принципи вимоги щодо експертного висновку: а) експерт дає висновки від свого імені і несе за нього особисту відповідальність; б) експерт при проведенні експертизи не може виходити за межі своїх спеціальних знань, своїх повноважень, тобто за межі своєї компетенції. Такі вимоги дещо суперечать можливості формулювання експертами різних галузей знань єдиного висновку і підпису такого висновку у разі «згоди» між ними.

Питання, що стосуються науково-методичного регулювання КСППЕ потребують аналізу таких понять, як «спільний розгляд», «інтегративна оцінка», «загальна (єдина) відповідь», «спільна (сукупна) компетенція», які використовуються при обґрунтуванні специфічності, наявності начебто окремого предмету дослідження КСППЕ, з подальшим співставленням результатів такого аналізу з чинними в Україні законодавчими і нормативно-правовими вимогами щодо висновку експерта. Такі питання виходять за межі статті, але цей, на нашу думку, цікавий аспект проблеми буде неодмінно висвітлений у наступних публікаціях.

Література:

1. Кримінально-процесуальний кодекс Української РСР від 28.12.1960 р. №№ 1001–05, 1002–05, 1003–05 // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1961. — № 2. — С. 15.
2. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 30.05.1997 р. № 8 «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» // Вісник Верховного Суду України. — 1997. — № 3. — С. 2–5.
3. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 07.02.2003 р. № 2 «Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи» // Вісник Верховного Суду України. — 2003. — № 1.
4. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 16.04.2004 р. № 5 «Про практику застосування судами України законодавства у справах про злочини неповнолітніх» // Вісник Верховного Суду України. — 2004. — № 5. — С. 5.
5. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 15.05.2006 р. № 2 «Про практику розгляду судами справ про застосування примусових заходів виховного характеру» // Вісник Верховного Суду України. — 2006. — № 7.
6. Цивільний процесуальний кодекс України від 18.03.2004 р. № 1618–IV // Відомості Верховної Ради України. — 2004. — № 40–42. — Ст. 492.
7. Закон України «Про судову експертизу» від 25.02.1994 р. № 4038–XII // Відомості Верховної Ради України. — 1994. — № 28. — Ст. 232.
8. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи, затверджений наказом МОЗ України від 08.10.2001 р. № 397, зареєстрований у Мін'юсті України 01.03.2002 р. за № 219/6507 // Офіційний вісник України. — 2002. — № 10. — Ст. 493.
9. Інструкція про призначення та проведення судових експертиз та експертних досліджень, затверджена наказом Мін'юсту України від 08.10.1998 р. № 53/5, зареєстрованим у Мін'юсту України 03.11.1998 р. за № 705/3145 (із змінами) // Офіційний вісник України. — 1998. — № 46. — С. 172.

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО И НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УКРАИНЕ

В.Р. Илейко, А. В. Канищев

В настоящей публикации излагаются законодательные и нормативные аспекты регулирования комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) в Украине. В последние годы КСППЭ приобретает всё большее распространение — как в уголовном, так и в гражданском процессе. В то же время отечественное законодательство регулирует данный вопрос лишь в общих чертах. Комплексные экспертизы (в том числе и КСППЭ) с точки зрения законодательства рассматриваются как разновидность комиссионной экспертизы, что не в полной мере учитывает их специфику. Принципы личной ответственности и компетентности судебного эксперта входят в противоречие с такими понятиями, как «совместная компетенция», «единый вывод», «интегративная оценка», используемых в практике КСППЭ.

Ключевые слова: комплексная судебная экспертиза, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

CONTROVERSIES IN LEGISLATIVE AND NORMATIVE REGULATION OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE

V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev

The article contains the authors' view on current legislative and regulatory problems relating to the complex (multispecialty) forensic psychological and psychiatric expertise, which is all the more widely spread in Ukraine, both in criminal and in civil procedure. Domestic legislation contains only grosso modo information on such expertise. Complex expertise is frequently considered as a modification of the panel expertise. The key principles of forensic expertise (personal responsibility and competence of the forensic expert) come into conflict with the practice of so called "integrative" expert conclusions.

Keywords: multispecialty forensic expertise, psychological and psychiatric forensic expertise

НАРКОЛОГІЯ

УДК 316.6 -612.017

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Г.А. Приб, И.И. Марценковская,

Т.В. Синицкая, К.А. Власова, Ю.А. Войтенко

**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТОКСИКОМАНИЙ
У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: токсикомании, подростковый и молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема токсикомании, особенно в детском, подростковом и молодом возрасте в Украине является достаточно значимой и актуальной среди параллельных алкогольной и наркологической зависимости [1]. По сравнению с вышеуказанными токсикомания возникает в более раннем, преимущественно в детском возрасте (первая половина школьного периода), что является весьма серьезным испытанием по пагубности психосоматического воздействия на несформировавшийся в психофизиологическом отношении организм ребенка [2]. Как правило, вредность воздействия различных токсических веществ вызывает достаточно быстрое привыкание к ним, развивающееся на фоне соответствующей психической и соматической патологии. К сожалению, начальный период употребления токсических препаратов детьми просматривается родителями и педагогами, что ведет к стабилизации пристрастия и формированию токсической зависимости как заболевания [3;4]. Известно, что большая часть детей, приобщающихся к употреблению токсических веществ, делает это в процессе индуцирования со стороны окружающих, чаще сверстников или более старших детей. При этом, безусловно, имеет значение микросоциум – обстановка в доме ребенка; чаще это неполные семьи, конфликтные ситуации разного типа, наблюдаемые ребенком, алкоголизм родителей, материальные проблемы и другие [4;5]. Следует сказать, что токсические вещества, воздействуя на мозг больного, вызывают постепенно изменения психических функций разного уровня и стойкости – непсихотического вплоть до токсических энцефалопатий, а порой и психотического – преимущественно галлюцинаторный компонент [6;7]. Указанные явления формируются достаточно прогрессивно по своему объему и разнообразию и к молодому возрасту (а то и ранее) могут иметь стойкие и необратимые проявления. Естественно, при сохранении токсической зависимости в молодом возрасте, а именно так чаще и бывает, имеющиеся патологические явления еще более нарастают, порой приобретая степень дефекта, или же переходят в другой вид, нередко трансформируясь в наркотическую зависимость какого – либо типа [7-10]. Исходя из вышеуказанного, становится очевидна актуальность

изучения характеристик токсикоманий детского и молодого возраста – как одно из наиболее значимых медико-социологических проблем, касающихся психофизического состояния подрастающего и молодого поколения населения Украины.

Целью исследования является изучение медико-социологических особенностей сравнительной характеристики токсикоманий детского, подросткового и молодого возраста в Украине.

Задачи работы:

1. Изучить распространенность токсикоманий среди лиц молодого и подросткового возраста по регионам страны за период 2008 – 2010 гг.
2. Провести сравнительную характеристику распространенности токсикоманий детского, подросткового и молодого возраста за исследуемый период.
3. Выявить особенности характера формирования токсикоманий в изучаемых группах населения, соответственно различным регионам Украины.

Для проведения работы нами были взяты две группы лиц, страдающих токсикоманиями разного вида: детско – подросткового (0-17 лет) и молодого (15-35 лет) возраста. В процессе работы нами были использованы данные статистики Министерства здравоохранения Украины по распространенности токсикоманий в Украине – в абсолютных цифрах и в пересчете на 100 тыс. населения за период 2008–2010 гг. по регионам страны. Результаты исследования представлены в следующих таблицах.

Как видно из таблицы, число официально зарегистрированных лиц данного возраста, страдающих токсикоманиями, соответственно изучаемым годам составило – 243; 119; 58 человек; в пересчете на 100 тыс. населения – 2,9; 1,5; 0,72. Несмотря на, казалось бы, некоторую положительную динамику (снижение цифр) на объемы токсикоманий в изучаемой группе, наблюдается непропорционально выраженная разница в количественном отношении по разным регионам Украины. Так, наибольшим оказался показатель токсикоманий в городе Севастополе – 10,07; достаточно высокими в других южных областях: Одесской – 2,3; Херсонской – 1,48; и восточных регионах страны: Луганской – 4,35; Донецкой – 1,34; Днепропетровской

Таблица 1

**Распространенность психических расстройств вследствие употребления других
(кроме алкоголя, наркотических) психоактивных веществ (токсикомании) детского возраста 0-17 лет
населения Украины за 2008 - 2010 гг.**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч детского населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	12	6	1	3,5	1,8	0,30
2	Винницкая	1	1	1	0,3	0,3	0,33
3	Волынская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
4	Днепропетровская	24	10	5	4,2	1,8	0,89
5	Донецкая	51	35	9	7,3	5,1	1,34
6	Житомирская	2	1	1	0,8	0,4	0,40
7	Закарпатская	4	4	2	1,4	1,4	0,70
8	Запорожская	13	3	1	4,3	1,0	0,34
9	Ивано-Франковская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
10	Киевская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
11	Кировоградская	5	3	1	2,6	1,6	0,56
12	Луганская	25	21	15	6,9	6,0	4,35
13	Львовская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
14	Николаевская	1	1	0	0,5	0,5	0,00
15	Одесская	69	14	10	15,6	3,2	2,30
16	Полтавская	1	1	0	0,4	0,4	0,00
17	Ровенская	2	1	0	0,7	0,4	0,00
18	Сумская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
19	Тернопольская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
20	Харьковская	8	3	1	1,9	0,7	0,24
21	Херсонская	10	6	3	4,8	2,9	1,48
22	Хмельницкая	0	1	1	0,0	0,4	0,40
23	Черкаская	5	0	0	2,2	0,0	0,00
24	Черновецкая	0	0	0	0,0	0,0	0,00
25	Черниговская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
26	г.Киев	1	1	1	0,2	1,8	0,23
27	г.Севастополь	9	7	6	15,1	0,3	10,07
Украина		235	119	58	2.9	1,5	0,72

0,89; несколько меньшими были показатели в центральных областях. В Киеве показатель составил 0,023.

Характеристика выявляемости лиц с токсикоманиями изучаемой категории лиц за исследуемый период представлено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2 количество вновь выявленных за истекший период лиц с токсикоманиями данной группы, соответственно годам составило – 62; 31; 11 человек, в пересчете на 100 тыс. населения – 0,74; 0,38; 0,14. По сравнению со статистикой общей распространенности токсикомания (таблица 1) также тенденция к

Таблиця 1

**Распространенность психических расстройств вследствие употребления других
(кроме алкоголя, наркотических) психоактивных веществ (токсикоманий) детского возраста 0-17 лет
населения Украины за 2008 - 2010 гг.**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч детского населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	12	6	1	3,5	1,8	0,30
2	Винницкая	1	1	1	0,3	0,3	0,33
3	Волынская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
4	Днепропетровская	24	10	5	4,2	1,8	0,89
5	Донецкая	51	35	9	7,3	5,1	1,34
6	Житомирская	2	1	1	0,8	0,4	0,40
7	Закарпатская	4	4	2	1,4	1,4	0,70
8	Запорожская	13	3	1	4,3	1,0	0,34
9	Ивано-Франковская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
10	Киевская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
11	Кировоградская	5	3	1	2,6	1,6	0,56
12	Луганская	25	21	15	6,9	6,0	4,35
13	Львовская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
14	Николаевская	1	1	0	0,5	0,5	0,00
15	Одесская	69	14	10	15,6	3,2	2,30
16	Полтавская	1	1	0	0,4	0,4	0,00
17	Ровенская	2	1	0	0,7	0,4	0,00
18	Сумская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
19	Тернопольская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
20	Харьковская	8	3	1	1,9	0,7	0,24
21	Херсонская	10	6	3	4,8	2,9	1,48
22	Хмельницкая	0	1	1	0,0	0,4	0,40
23	Черкаская	5	0	0	2,2	0,0	0,00
24	Черновецкая	0	0	0	0,0	0,0	0,00
25	Черниговская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
26	г.Киев	1	1	1	0,2	1,8	0,23
27	г.Севастополь	9	7	6	15,1	0,3	10,07
Украина		235	119	58	2.9	1,5	0,72

некоторому снижению по исследуемым годам и преобладанию показателей в южных регионах: Севастополе – 0,36; Крыму – 0,3; юге страны (Одесская обл. – 0,23) и центрально-восточных регионах (Донецкая обл. – 0,3; Луганская – 0,29; Харьковская – 0,24); из западных регионов наибольшим показателем оказался

в Хмельницкой области – 0,4.

В отличие от данной группы, категория лиц молодого возраста характеризовалась следующим: распространенность токсикоманий в изучаемой группе продемонстрировала значительно большее число больных, что составило в абсолютных цифрах за период

Таблица 3

**Распространенность психических расстройств вследствие употребления
(кроме алкоголя, наркотических) психоактивных веществ (токсикомания) среди молодежи
возрастом 15 – 35 лет в Украине за 2008 – 2010 гг.**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	125	97	83	21,0	16,5	14,25
2	Винницкая	24	26	27	5,1	5,6	5,85
3	Волынская	3	3	3	0,9	0,9	0,94
4	Днепропетровская	166	141	136	16,2	14,0	13,68
5	Донецкая	615	555	581	46,0	42,1	44,97
6	Житомирская	12	13	9	3,2	3,9	2,44
7	Закарпатская	18	21	11	4,5	5,3	2,78
8	Запорожская	65	42	42	12,0	7,9	8,00
9	Ивано-Франковская	9	9	12	2,1	2,1	2,84
10	Киевская	22	21	12	4,3	4,1	2,40
11	Кировоградская	119	132	142	41,1	46,3	50,58
12	Луганская	437	448	390	62,7	65,3	57,90
13	Львовская	10	12	12	1,3	1,5	1,54
14	Николаевская	3	2	4	0,8	0,6	1,13
15	Одесская	85	122	123	11,5	16,6	16,88
16	Полтавская	22	23	34	5,1	5,4	8,04
17	Ровенская	14	13	5	3,9	3,6	1,40
18	Сумская	39	33	30	11,4	9,8	9,09
19	Тернопольская	3	3	4	0,9	0,9	1,24
20	Харьковская	27	23	17	3,1	2,7	2,02
21	Херсонская	38	30	25	11,5	9,2	7,74
22	Хмельницкая	30	36	46	7,9	9,5	12,32
23	Черкаская	9	11	12	2,5	3,0	3,35
24	Черновецкая	13	12	11	4,6	4,3	3,92
25	Черниговская	4	5	6	1,3	1,6	2,00
26	г.Киев	309	308	316	32,7	32,7	34,06
27	г.Севастополь	33	37	36	28,2	31,9	31,56
Украина		2254	2178	2129	16,2	15,8	15,63

исследования (2008- 2010 гг.) - 2254; 2178; 2129 человек; соответственно на 100 тыс. населения данной возрастной категории – 16,2; 15,8; 15,63. При этом наибольшими (по данным 2010 г.) оказались показатели преимущественно восточных, центральных и южных регионов страны: Луганская обл. – 57,9; Кировоград-

ская – 50,58; Донецкая – 44,97; Севастополь - 31,56. В Киеве показатель составил 34,06; значительно меньшими были показатели в западных областях, из них наибольшими в Хмельницкой обл. – 13,32.

Характеристика выявляемости больных токсикоманиями в группе лиц молодого возраста представлена в

Таблиця 4

**Заболеваемость психическими расстройствами вследствие употребления других
(кроме алкоголя, наркотических) психоактивных веществ (токсикомания) среди молодежи
возрастом 15– 35 лет в Украине за 2008- 2010 гг.**

№ п/п	Административные территории	Абсолютные числа			На 100 тысяч населения		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	А Р Крым	9	8	3	1,5	1,4	0,52
2	Винницкая	7	4	1	1,5	0,9	0,22
3	Волынская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
4	Днепропетровская	44	40	30	4,3	4,0	3,02
5	Донецкая	94	72	89	7,0	5,5	6,89
6	Житомирская	5	9	0	1,3	2,4	0,00
7	Закарпатская	1	0	0	0,3	0,0	0,00
8	Запорожская	4	3	1	0,7	0,6	0,19
9	Ивано-Франковская	4	0	3	0,9	0,0	0,71
10	Киевская	5	2	0	1,0	0,4	0,00
11	Кировоградская	23	18	11	7,9	6,3	3,92
12	Луганская	56	64	61	8,0	9,3	9,06
13	Львовская	3	3	7	0,4	0,4	0,90
14	Николаевская	0	0	0	0,0	0,0	0,00
15	Одесская	23	17	9	3,1	2,3	1,24
16	Полтавская	2	3	12	0,5	0,7	2,84
17	Ровенская	4	0	1	1,1	0,0	0,28
18	Сумская	7	3	3	2,1	0,9	0,91
19	Тернопольская	1	3	1	0,3	0,9	0,31
20	Харьковская	8	1	1	0,9	0,1	0,12
21	Херсонская	3	1	0	0,9	0,3	0,00
22	Хмельницкая	4	9	13	1,1	2,4	3,48
23	Черкаская	2	3	0	0,5	0,8	0,00
24	Черновецкая	3	1	1	1,1	0,4	0,36
25	Черниговская	2	2	1	0,7	0,7	0,33
26	г.Киев	25	15	11	2,7	1,6	1,19
27	г.Севастополь	1	8	0	0,9	6,9	0,00
Украина		340	289	259	2,4	2,1	1,90

таблице 4. В абсолютных цифрах число лиц с токсической зависимостью, соответственно годам изучения (2008-2010гг.) составило – 340; 289; 259, то есть прослеживалась некоторая тенденция к снижению. В расчете на 100 тыс. соответствующего населения показатели составили – 2,4; 2,1; 1,9. При рассмотрении по

регионам наибольшие показатели (по данным 2010 г.) наблюдались, как и прежде в восточных, менее центральных областях – Луганская обл. – 9,06; Донецкая – 6,89; Кировоградская – 3,92; Днепропетровская – 3,02; Полтавская – 2,84. Из западных областей высоким оказался в Хмельницкой обл.- 3,48 (соответствовало и

общей распространенности токсикоманий – 12,32); в Киеве показатель соответствовал 1,19.

Сравнивая результаты исследования в двух изучаемых возрастных категориях, можно найти следующие характерные особенности:

1. Раннее начало возникновения детских токсикоманий имеет в качестве причины преимущественно микросоциальный фактор (неблагополучие условий в семье, неблагоприятное окружения среды и негативное индуцирование со стороны сверстников или лиц старшего возраста и д.р.).

2. По объему распространенности токсикоманий детско-подросткового возраста имеют достаточно значимое место среди других медико-социальных проблем; преобладает преимущественно в восточных и южных областях Украины.

3. Токсикомании подросткового переходят постепенно в категорию молодого возраста с той же характеристикой распространенности, преимущественно в вышеуказанных регионах страны.

4. Выявление новых больных, как и учет общей распространенности числа лиц, страдающих токсикоманиями, в объективных показателях преобладают над официальными данными статистики, что объясняется уровнем разной выявляемости и учета больных в различных регионах.

5. Учитывая высокий уровень распространенности токсикоманий среди лиц детского подросткового и молодого возраста, целесообразно сконцентрировать усилия воспитательно-педагогических мер со стороны родителей, педагогов, психологов и социальных работников учебных учреждений разного уровня; проводить

более активную пропаганду здорового образа жизни среди молодежи.

6. Усовершенствовать систему статистического выявления и подсчета больных с токсикоманиями (разного порядка) с целью объективизации систем статистики данной категории лиц.

Литература:

1. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журн. АМН України. – 2010. Т. 16. – N 1. — С. 168–176.
2. Чекинева Т.В. Методика изучения распространенности психоактивных веществ среди школьников / Под ред. М.Е. Поздняковой. – М., 2004.
3. Чекинева Т.В. Девiantное поведение: методология и методика исследования / Под ред. М.Е. Поздняковой. – М., 2004.
4. Шереги Ф.Э. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи / Ф.Э.Шереги, Арефьев А.Л. Доклад. – М.: Изд-во «Оптим Групп», 2003. – 87 с.
5. Егоров А. Современные особенности наркоманий у подростков. Эпидемиология и клинические особенности наркоманий и токсикоманий подростков и молодежи / А.Егоров, А. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9. I. – С. 22–34.
6. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). Лекции по наркологии / Под ред. Иванца Н.Н. – М.: Медпрактика, 2001. – С.13–32.
7. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбильные расстройства поведения. – М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – 328 с.
8. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 408–422.
9. Пятницкая И.Н. Подростковая наркология / Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.
10. Lubman DI. Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? / Lubman DI, Ycel M, Hall WD // J Psychopharmacol. – 2007;21:792–4.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТОКСИКОМАНІЙ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА МОЛОДОГО ВІКУ

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А.Пріб, І.І. Марценковська, Т.В. Синіцька, К.А. Власова, Ю.В. Войтенко

В роботі надана порівняльна медико-соціальна характеристика токсикоманій підліткового та молодого віку відповідно розповсюдження по різних регіонах України. Надані пропозиції по аспектам медико-соціальної корекції даної патології.

Ключові слова: токсикоманія, підлітковий та молодий вік, порівняльна характеристика

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DESCRIPTION OF TOXICOMANIA FOR TEENAGE AND YOUNG ADULT

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, G. Prib, I. Martsenkovska, T. Sinitska, K. Vlasova, Y. Voytenko

We provided a comparative characteristic toxicomania of teenage and young adult under distribution in various regions of Ukraine. Provided suggestions on aspects of medical and social correction of this pathology.

Keywords: toxicomania, teenage and young adult, comparative characteristic

УДК: 616.89-008.441.11:361.054

К.В. Аймедов

ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: патологічний гемблінг, профілактика та реабілітація

Проблема патологічного гемблінгу і зараз є актуальною, не зважаючи на те, що в Україні вже не перший рік діє заборона на діяльність ігрових закладів, яка постійно підсилюється різними підзаконними актами, наприклад наказ ВР від 19.05.2011 р. про заборону діяльності «інтерактивних» клубів [1]. Подібним чином ситуація виглядає і по багатьом іншим країнам, де також втілено низку заходів по боротьбі з ігроманією, але проблема продовжує привертати до себе увагу суспільства та лікарів [2]. Державна заборона та посилення заходів по боротьбі з ігровими закладами, участь соціальних інститутів, різних установ у вирішенні проблеми ігроманії, розробка нових терапевтичних підходів, діяльність лікарів, психологів, соціологів та інших осіб, остаточного результату поки що не надали, тому важлива побудова своєчасної та достатньої профілактики лудоманії, формування здорового способу життя у населення та недопущення створення умов, де особистість має можливість засвоювати патологічні поведінкові моделі. У тих випадках коли вже сформувалась адикція, крім своєчасної та достатньої за обсягом терапії важливо застосування реабілітаційних мір для покращення якості та термінів ремісії.

Метою та завданнями дослідження було створення адекватної системи профілактичних та реабілітаційних заходів, враховуючи світовий та власний досвід для вирішення у суспільстві проблеми патологічного гемблінгу.

Матеріали та методи, що було використано, це дані отримані з Інтернет-мережі, різних друкарських видань присвячених проблеми лудоманії та власні результати, що набуто у процесі вивчення ігроманії та надання допомоги патологічним гравцям. У термін 2005-2011 років проконсультовано більше п'ятиста хворих, отримало терапевтичну допомогу 473 особи, повністю курс терапії та трьохрічну ремісію пройшли 116 хворих. Це є базові дані за якими і складено підґрунтя дослідження. Дані зібрані з світовим досвідом нараховують декілька тисяч хворих.

Система заборони введена в Україні, також є частиною профілактики, яка призвела до зменшення кількості звернень патологічних гравців до лікарів. За власними спостереженнями максимум звернень був у 2008 році, який зараз зменшився, але не зник зовсім, крім того, якщо раніше хворі на ігрову залежність частіше звертались на початкових стадіях хвороби, то зараз вони вже приходять, на більш важких етапах захворювання, тому лікування стає труднішим.

На етапі реабілітації іноді виникає необхідність

додаткового застосування терапії, як заходу примусового подовження терміну ремісії. В цьому випадку частіше застосовують різні психотерапевтичні підходи, як у ізолюваному форматі, так і у поєднанні з фармакотерапією (психотропні препарати різних хімічних груп та механізмів дії наприклад, антидепресанти чи анксиолітики), але узагальнюючий принцип, як саме терапії, так і ведення ремісії ігроманії відсутній. Важливо приділяти увагу ті вирішувати соціальні, сімейні, фінансові та інші проблеми, що виникли внаслідок гри. Треба постійно опрацьовувати особистісно-поведінковий та мотиваційно-ціннісний компонент, його когнітивну структуру, нівелювати уяву про об'єкт залежності, як безперечну цінність, працювати з емоційно-вольовою складовою, що виражається в уявленні про непереборність потягу до об'єкту залежності, тому актуальність пошуку методів всебічної корекції патологічного гемблінгу зараз вже не викликає сумніву, а необхідність інтенсифікації саногенетичного впливу шляхом поєднання фармакотерапії та психотерапії також є очевидною. У весь термін співпраці з пацієнтом необхідно працювати над покращанням родинного клімату і психологічного стану хворого. Мішенями є прояви патологічного потягу до азартних ігор та соматоневрологічні порушення, які можуть спостерігатися в пацієнтів, наприклад у результаті хронічного стресу. На відзнаку від розповсюдженого підходу по лікуванню хворих тільки у час їх перебування у клініки, чи амбулаторного нагляду, нами застосовано комплексність терапевтичного та реабілітаційного методу, охоплюючи низку патологічних ознак та нівелюючи чи корегуючи їх.

Існує багато публікацій присвячених групам “анонімних гемблерів”, а також використанню науково-популярної літератури та відеопродукції, Інтернет-форумів та інших інтерактивних сервісів, адресованих гемблінг-залежним для лікування та профілактики ігрової залежності [3]. Є думки, що для осіб, які страждають даним поведінковим розладом і не мають можливості звернутися за професійною медичною допомогою, даний підхід може бути досить корисним. В багатьох країнах велика увага приділяється соціалізації гемблерів, проблемам само- і взаємодопомоги у середовищі гравців. В той же час, інші, розглядають фізичну культуру як аспект профілактики адиктивної поведінки у дітей та підлітків, з обґрунтуванням теоретичної бази для здійснення досліджень по даній проблематиці, розглядається питання формування гармонічної особистості підлітка за допомогою фізичної культури та спорту [4].

За нашою точкою зору вельми добре, будувати профілактичний напрямок з позицій комплексного розвитку фізичної та духовної сфери людини. Модернізація системи освіти, припускає істотні зміни в педагогічній теорії і практиці навчально-виховного процесу. Об'єктивний прояв особистості виражається у всіх взаємодіях з навколишнім світом. У зв'язку із цим найважливішою складовою педагогічного процесу є індивідуально-орієнтована модель, що має своєю метою різносторонній, вільний та творчий розвиток людини. Зміст освіти в новій ноетичній парадигмі (за академіком В.М. Запорожаном) визначається тим, що глобальні протиріччя часу долаються за допомогою комплексного паралельного розвитку фізичної і духовної сфери людини [5]. Цей ефект пов'язаний із законом, що людина має вроджене прагнення до діяльної єдності зі світом, буттям. Розрив цієї діяльної єдності, або бездуховність, приводить людину до агресивності, антисоціальних дій, саморуйнування. В сучасних умовах збереження і зміцнення здоров'я підрастаючого покоління, його духовно-моральний і фізичний розвиток стають найважливішими державними завданнями. Ризик формування адиктивної поведінки у дітей та підлітків, являє собою загрозу здоров'ю населення, економіці та соціальній сфері країни. Зменшення уваги до виховних аспектів дозвілля, призводить до поширення стихійних форм проведення вільного часу, де сьогодні в його структурі переважають розважальні види діяльності. З діяльності у час дозвілля дітей і підлітків майже повсюдно зникли продуктивні та змістовні форми проведення часу, які замінюються видами діяльності, орієнтованими на спільне проведення вільного часу, конформізм, демонстративність поведінки, агресивність [6].

Для більш глибокого розуміння виникнення порушень поведінки, пов'язаного з виникненням патологічної залежності від об'єкта потяга, і розробки на цьому підґрунті ефективних підходів до його профілактики доцільно розглядати ігromанію, у структурі більш широкого явища, позначуваного як адиктивна чи спочатку відхилення поведінка. Одним з факторів, що сприяє виникненню адиктивної поведінки молоді, є поширення неформальних молодіжних організацій із специфічними груповими нормами, цінностями та способами поведінки. Саме ця особливість структуризації молодіжного середовища полегшує формування моди на "наркокультуру", "алкогольний спосіб життя", ігromанію, залежність від спілкування в Internet і т.п. Як правило, різного роду об'єкти потягу при формуванні адиктивної поведінки детерміновані атрибуткою певної групової субкультури [7]. Найбільш доступною, при цьому ефективною та недооціненою сферою діяльності, здатною формувати у дітей, підлітків та молоді надійні і стійкі ціннісні позиції є фізична культура та спорт.

Світовий і вітчизняний досвід показує, що засоби фізичної культури та спорту мають універсальну спроможність у комплексі розв'язувати проблеми підвищення рівня здоров'я населення, виховання і освіти

дітей, підлітків і молоді, формувати здоровий морально-психологічний клімат у суспільстві. Сфера спорту також спирається у своєму підґрунті на засадах об'єднання малих груп (спортивної команди): виховання в команді будується на принципах взаємовиручки й солідарності, будучи реальною альтернативою адиктивної поведінки.

Важливим фактором профілактики адиктивної поведінки серед молоді є соціальна активність. Часто типові профілактичні засоби проводяться без урахування вікових особливостей ризику, а їх ефективність оцінюється лише по кількості проведених заходів. Профілактика адикції повинна бути адресною, своєчасною і адекватною віку. У профілактиці адиктивної поведінки, а саме патологічної схильності до азартних ігор, важливо врахувати низку різноманітних факторів, таких як родина. Для дитини найпершим інститутом соціалізації є сім'я. У формуванні адиктивних механізмів саме батьківське програмування має велике значення. По цьому сценарію людина успадковує не тільки захворювання, але й спосіб взаємодії із середовищем. Тому якщо батькам властиво відчувати страх перед реальністю та шукати розради і забезпечення у відчуттях, що досягаються в контакті з адиктивними агентами, те й діти успадкують і цей страх і спосіб захисту - відхід від реальності [8]. У процесі реабілітації повинна відбуватися заміна патологічної азартної гри на інший ігровий процес, наприклад із використанням спортивної гри з м'ячем, участь у художній самодіяльності чи щось інше в залежності від індивідуальної схильності.

Ризик формування адиктивної поведінки, а точніше його профілактика повинна торкнутися всіх сфер життя підлітка: родини, освітнього середовища, суспільного життя в цілому. Етапами профілактичної діяльності можуть стати наступні складові: діагностичний, що включає в себе діагностику особливостей, які можуть вплинути на формування залежної поведінки (підвищена тривожність, низька стійкість до стресу, нестійка Я-концепція, низький рівень інтернальності, нездатність до емпатії, некоммунікбельність, підвищений егоцентризм, низьке сприйняття соціальної підтримки, стратегія збігання при подоланні стресових ситуацій, спрямованість на пошук відчуттів та ін.), а також інформація про положення дитини в сім'ї, про характер сімейних взаєностосунків, про склад сім'ї, про його захоплення та здібності. Інформаційно-просвітницький етап, що представляє собою розширення компетенції підлітка в таких важливих галузях, як психосексуальний розвиток, культура міжособистісних стосунків, технологія спілкування, способи подолання стресових ситуацій, конфліктологія і властиво проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів адиктивної реалізації, динаміки розвитку адиктивного процесу і наслідків; тренінги особистісного росту з елементами корекції окремих особливостей і форм поведінки, що включають формування та розвиток навичок роботи

над власним всебічним розвитком.

Профілактика, традиційно підрозділяється на первинну, вторинну та третинну. Первинна профілактика здійснюється шляхом соціально-гігієнічних заходів і психологічних тренінгів цільових груп (соціальне навчання “навичкам життя”). Ціль первинної профілактики - шляхом попередження про згубність зловживань та залежностей, інформування і просвітницької діяльності, а також психологічними методами, підготувати суспільство і індивідуумів до зустрічі із різноманітними формами адиктивної поведінки. Вторинна профілактика хвороб залежності – це індивідуальна профілактика, спрямована на раннє виявлення та створення мотивації до лікування. В структурованому молодіжному середовищі вона є необхідною але на сьогоднішній день відсутньою ланкою профілактичної охорони здоров'я. З одного боку, відчувається недолік технологічно пророблених програм, що включають у себе й раннє виявлення “груп ризику” і мотиваційний тренінг. З іншого боку, молодь, вийшовши з неповнолітнього віку, перестає бути активним об'єктом уваги багатьох профілактичних структур, хоча вимагає до себе серйозного підходу в силу придбання життєвого досвіду. Третинна профілактика спрямована на запобігання інвалідності головним чином шляхом реабілітаційних заходів. У наркології охоплює досить важку галузь - важкі випадки після кількарізових рецидивів та безуспішного лікування.

Заходи, що застосовуються для профілактики адиктивної поведінки при нехімічній залежності практично такі самі, як при хімічній, та вона є більш досконало відомою, тому за базову модель залежності нами взято алкогольну залежність (що відбито у науковій тематиці Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України). Профілактичні міри вельми східні і за змістом, третинна профілактика це вже і є практично реабілітація. На тлі відомих підходів, нами створено власний підхід до втілення профілактично-реабілітаційних мір у патологічних гравців, зараз триває робота по оцінці його ефективності. Співпрацю з пацієнтами можливо назвати системною родинною психотерапією, так як практично у всіх зверненнях фігурували особи близькі до хворого, тому об'єктом психотерапевтичної дії була саме вона – родина.

Важливо одразу приділяти особливу увагу суїцидальній ідеї, при якій потрібна ретельна увага родичів до хворого та іноді термінова госпіталізація. У даних випадках лікування більш тривале та комплексне.

Нами, у власній практиці, було звернуто увагу на давно відомий та простий за суттю, але на жаль зараз малозастосовний у наркологічній та й загально медичній практиці спосіб, це фізкультура та спорт. Нами було відмічено, що спортивна діяльність також азартна, позитивно переключає емоційне сприйняття, корисна для психічного і фізичного стану людини. Тому ми включили засади спортивної медицини до нашої комплексної терапії лудоманії, у тому вигляді,

до якого кожний хворий індивідуально схильний, хто до атлетизму, хто до бігу та плавання, а хто спортивно-ігрової діяльності (футбол, баскетбол та інші), що також дало змогу покращити терапевтичні показники [6].

Сьогодні в профілактиці патологічного гемблінгу, важливою перешкодою є досить низький рівень знань про хворобу-ігроманію серед населення та відсутність соціальної реклами, як о важких наслідках хвороби, так й достатність інформації, куди саме можливо звернутися за кваліфікованою допомогою. Державних установ, телефонів довіри, чи інших форм допомоги гравцю, крім приватних медичних центрів, лікування в яких коштує немалі гроші, просто не існує.

З проведеного власного дослідження та аналізу світової ситуації можливо зробити висновки, які вказують на те, що світова спільнота вельми далека від остаточного вирішення проблеми ігроманії, держава та громадськість немає чіткого покрокового плану дії, щодо ліквідації цієї проблеми у суспільстві, соціальні інститути у нашої країні практично не працюють у даному напрямку, багаточисельні дослідники, мають багато різних пропозицій до лікування, але стан отриманих ремісії бажає бути значно кращим, власний досвід вказує, що для повного розуміння патогенетичних механізмів патологічного гемблінгу треба й надалі працювати і не тільки в галузі медичних наук (психіатрії, психології, наркології, біохімії, фізіології та ін.), а й не медичних (соціології, юриспруденції, педагогіки та ін.), щоб не тільки мати повну зрозумілу за патогенетичними механізмами картину хвороби, і на її тлі розробити адекватну комплексну модель боротьби з патологічною схильністю до азартних ігор на етапах саме хвороби, реабілітації та при побудові загальної профілактики.

Наводячи результати власних досліджень у порівнянні з отриманими у доступній нам літературі даними різних дослідників треба відмітити, що термін нагляду ремісії лудоманії, як правило не перевищує один рік, у власному дослідженні цей термін складав три роки, відсоток одержаних після терапії ремісії, рідко досягає позначки 15-20 відсотків і те, частіше, на протязі першого року утримання від азартної гри, в нас він за окремими групами дослідження досягав 23% по завершенні трьох років патронажу ремісії. Виходячи з цього, система запропонованих нами профілактичних, терапевтичних та реабілітаційних заходів є теоретично та клінічно підкріпленою, тому може застосовуватись у сучасній психіатричній та наркологічній практиці, і при посиленні загальнодержавними діями по боротьби з ігроманією, окрім заборони на ігрові заклади, ще і адекватною широкомасштабною профілактикою, всебічним інформуванням населення, своєчасною допомогою та іншими ланками психопрофілактичного напрямку, набуті власні результати також можливо значно покращити.

Література:

1. <http://orthodoxy.org.ua/ru/node/20662>
2. Grant E. *Epidemiology of adolescent and young adult gambling* / E. Grant, M. Potenza // *American Psychiatric Publish*, 2008; <http://camh.net/gambl/12/07.html>
3. Гоголева А.В. *Аддиктивное поведение и его профилактика*. - М.: Изд-во Моск. псих.- соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. - 2002. - 240 с.
4. Виноградов П.А. *Об эффективном использовании потенциала физической культуры и спорта в профилактике наркомании* / П.А. Виноградов, Н.В. Паришкова, В.П. Моченов // *Материалы Всероссийской конференции «Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью»*. Москва. - 2003. - с. 136.
5. Запорожан В.М. *Игровой паттерн у компенсации ноогенного неврозу* / В.М. Запорожан, В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // *Одеський медичний журнал*. - 2009. - №6(116). - С. 50-53.
6. Крючков І.В. *Фізична культура у комплексному підході до лікування залежності від азартних ігор* / І.В. Крючков, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний // *XIV Міжн. наук.-практ. конф. «Спорт. мед., лікувальна фіз-ра та валеологія - 2008»*. - С. 109-113.
7. Шемчук Н.В. *Факторы, влияющие на возникновение и формирование патологического влечения к азартным играм* / Н.В. Шемчук // *Рос. психиатр. журн.* - 2008. - № 3. - С. 24-28.
8. Бухановский А.О. *Факторы предрасположения к патологическому гемблингу* / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, И.В. Баранова // *Журн. неврологии и психиатрии*. - 2008 - №10 - С.20-25.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

К.В. Аймедов

Автор приводит систему мер, которые способствуют проведению борьбы патологическим гемблингом, как на стадии общей профилактики, так и на стадии реабилитационной работы, сразу после завершения клинического лечения, что дает возможность улучшить результаты проведенной терапии и уменьшить общее количество лиц, которые могут быть вовлечены в данную форму патологической поведенческой модели.

Ключевые слова: патологический гемблинг, профилактика и реабилитация

PROPHYLACTIC AND REHABILITATION MEASURES OF PATOLOGICAL GAMBLING

K. Aymedov

Author to lead system measures which promote to do fight pathological gambling, both on the stage of general prophylaxis and on the stage of rehabilitation work, right after completion of clinical treatment, that enables to improve the results of the conducted therapy and decrease general amount persons which can be engaged in this form of pathological behavior model.

Keywords: pathological gambling, prophylactic and rehabilitation

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И НЕКОТОРЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ 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, нехимическая аддикция

Проблема гендерных различий в предрасположении, формировании, течении, особенностях клинических проявлений психических заболеваний, в частности химических и нехимических аддикций, всегда будет отличаться актуальностью, поскольку без учета упомянутых физиологических и психологических особенностей женского и мужского организма психиатры и наркологи сталкиваются с определенными сложностями в лечении, профилактике и прогнозе психических заболеваний.

Поэтому в изучаемом нами вопросе распространенности и особенностей проявления игровой аддикции, ассоциированной с зависимостью от табакокурения и употреблением алкогольных напитков, среди молодежи Украины считаем важным анализ гендерной составляющей, которая является в последние десятилетия предметом особого внимания со стороны специалистов в области исследования патологической зависимости от азартных игр в зарубежных странах.

Так, в Англии изучение 562 анонимных обращений по телефону доверия позволило установить, что 62,1% обращающихся - женщины, 37,9% - мужчины. Игроки мужского пола чаще сообщали о проблемах с играми стратегического характера, женского - с играми, предполагающими меньшее межличностное взаимодействие (игровой автомат, бинго). Женщины игроманы чаще указывали на лечение психического расстройства, не связанного с зависимостью от азартных игр, мужчины гемблеры - на употребление психоактивных веществ, проблемы с органами правопорядка. Высокие показатели долгов и симптомов психопатологии, отражающей зависимость от азартных игр, включая тревогу и депрессию, имели место как у мужчин, так и у женщин [1]. То есть, соотношение распространенности игровой аддикции у мужчин и женщин приблизительно составляет 2:1. Несмотря на это, многие авторы такой показатель у женщин связывают со сложностями выявления данной патологии, поскольку, как правило,

Література:

1. <http://orthodoxy.org.ua/ru/node/20662>
2. Grant E. *Epidemiology of adolescent and young adult gambling* / E. Grant, M. Potenza // *American Psychiatric Publish*, 2008; <http://camh.net/gambl/12/07.html>
3. Гоголева А.В. *Аддиктивное поведение и его профилактика*. - М.: Изд-во Моск. псих.- соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. - 2002. - 240 с.
4. Виноградов П.А. *Об эффективном использовании потенциала физической культуры и спорта в профилактике наркомании* / П.А. Виноградов, Н.В. Паришкова, В.П. Моченов // *Материалы Всероссийской конференции «Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью»*. Москва. - 2003. - с. 136.
5. Запорожан В.М. *Игровой паттерн у компенсации ноогенного неврозу* / В.М. Запорожан, В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // *Одеський медичний журнал*. - 2009. - №6(116). - С. 50-53.
6. Крючков І.В. *Фізична культура у комплексному підході до лікування залежності від азартних ігор* / І.В. Крючков, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний // *XIV Міжн. наук.-практ. конф. «Спорт. мед., лікувальна фіз-ра та валеологія - 2008»*. - С. 109-113.
7. Шемчук Н.В. *Факторы, влияющие на возникновение и формирование патологического влечения к азартным играм* / Н.В. Шемчук // *Рос. психiatr. журн.* - 2008. - № 3. - С. 24-28.
8. Бухановский А.О. *Факторы предрасположения к патологическому гемблингу* / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, И.В. Баранова // *Журн. неврологии и психиатрии*. - 2008 - №10 - С.20-25.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

К.В. Аймедов

Автор приводит систему мер, которые способствуют проведению борьбы патологическим гемблингом, как на стадии общей профилактики, так и на стадии реабилитационной работы, сразу после завершения клинического лечения, что дает возможность улучшить результаты проведенной терапии и уменьшить общее количество лиц, которые могут быть вовлечены в данную форму патологической поведенческой модели.

Ключевые слова: патологический гемблинг, профилактика и реабилитация

PROPHYLACTIC AND REHABILITATION MEASURES OF PATOLOGICAL GAMBLING

K. Aymedov

Author to lead system measures which promote to do fight pathological gambling, both on the stage of general prophylaxis and on the stage of rehabilitation work, right after completion of clinical treatment, that enables to improve the results of the conducted therapy and decrease general amount persons which can be engaged in this form of pathological behavior model.

Keywords: pathological gambling, prophylactic and rehabilitation

УДК 616.89+616.08

Е.С. Осуховская

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И НЕКОТОРЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ 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, нехимическая аддикция

Проблема гендерных различий в предрасположении, формировании, течении, особенностях клинических проявлений психических заболеваний, в частности химических и нехимических аддикций, всегда будет отличаться актуальностью, поскольку без учета упомянутых физиологических и психологических особенностей женского и мужского организма психиатры и наркологи сталкиваются с определенными сложностями в лечении, профилактике и прогнозе психических заболеваний.

Поэтому в изучаемом нами вопросе распространенности и особенностей проявления игровой аддикции, ассоциированной с зависимостью от табакокурения и употреблением алкогольных напитков, среди молодежи Украины считаем важным анализ гендерной составляющей, которая является в последние десятилетия предметом особого внимания со стороны специалистов в области исследования патологической зависимости от азартных игр в зарубежных странах.

Так, в Англии изучение 562 анонимных обращений по телефону доверия позволило установить, что 62,1% обращающихся - женщины, 37,9% - мужчины. Игроки мужского пола чаще сообщали о проблемах с играми стратегического характера, женского - с играми, предполагающими меньшее межличностное взаимодействие (игровой автомат, бинго). Женщины игроманы чаще указывали на лечение психического расстройства, не связанного с зависимостью от азартных игр, мужчины гемблеры - на употребление психоактивных веществ, проблемы с органами правопорядка. Высокие показатели долгов и симптомов психопатологии, отражающей зависимость от азартных игр, включая тревогу и депрессию, имели место как у мужчин, так и у женщин [1]. То есть, соотношение распространенности игровой аддикции у мужчин и женщин приблизительно составляет 2:1. Несмотря на это, многие авторы такой показатель у женщин связывают со сложностями выявления данной патологии, поскольку, как правило,

при обращении за помощью по поводу психоэмоциональных расстройств, у женщин редко спрашивают о склонности играть на деньги. Также у представительниц женского пола, которые втягиваются в зависимость от азартных игр, в три раза чаще, чем у мужчин, лудомания имеет более тяжелые формы и тяжелее поддается психотерапии [2, 3]. Кроме того, у женщин формирование и развитие лудомании носит более выраженный прогрессивный стадийный характер (социальный, интенсивный и проблемный гемблинг). При сходной коморбидности с другими психическими расстройствами женскому гемблингу чаще сопутствуют депрессивные, аффективные расстройства, физическое насилие, мужскому – алкоголизм и антисоциальное расстройство личности [4].

Также нужно отметить, что Солдаткин В.А. в целях изучения гендерных особенностей лудомании обследовал 150 патологических игроков (135 мужчин и 15 женщин) и установил, что в “стержневых” психопатологических проявлениях гемблинга (синдромы психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий) существенных гендерных различий нет. Вместе с тем, автором был обнаружен половой диморфизм симптоматики, характеризующей модифицирую-

щую роль пола в развитии расстройства: для формирования патологической зависимости от азартных игр у женщин необходим более выраженный предиспозиционный комплекс, более значимые провоцирующие факторы, чем у мужчин. Кроме того, женская лудомания имеет более высокую прогрессивность и выраженную деструктивную, “разрушающую личность” силу [5].

Пик проявления клинических симптомов игровой зависимости отмечается в возрасте от 20 до 40. У лиц старше 70 лет лудоманию диагностируют гораздо реже. У представителей мужского пола патологический гемблинг, как правило, проявляется в более раннем возрасте, чем у женщин.

Таким образом, в связи с актуальностью вышеизложенной проблемы, нами в ходе исследования в Украине распространенности игровой аддикции у лиц молодого возраста была изучена гендерная составляющая зависимости от азартных игр. В соответствии с целью работы мы анонимно, с согласия обследованных, провели опрос 1800 студентов высших учебных заведений г. Киева в возрасте 17 – 25 лет [6, 7, 8]; 47% - составили лица мужского пола, 53% - женского; учащиеся в возрасте 17 лет – 10%; 18 лет – 22%; 19 лет – 20,7%; 20 лет - 19,7%, 21 года – 18,3%; 22 лет – 4%; 23 года –

Таблица 1

Структура ответов представителей мужского и женского пола на вопросы опросника SOGS

№ п/п	Вопросы:	Мужчины				Женщины			
		Нет		Да		Нет		Да	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Вы когда-нибудь говорили, что выиграли, а на самом деле проиграли?	54	56,2	42	43,8	36	46,2	36	46,2
2	Как вы думаете, у вас были когда-нибудь проблемы с азартными играми?	66	68,8	30	31,2	48	61,5	30	48,5
3	Вы когда-нибудь проигрывали больше, чем хотели?	30	31,2	66	68,8	18	23,1	60	76,9
4	Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема с азартными играми за последние 12 мес.?	30	31,2	66	68,8	60	76,9	18	23,1
5	Вас критиковали за азартные игры или говорили, что у вас есть проблема с азартными играми за всю жизнь?	42	43,8	54	56,2	48	61,5	30	38,5
6	Вы когда-нибудь чувствовали себя виноватым из-за участия в азартных играх?	30	31,2	66	68,8	42	43,8	36	56,2
7	Вы когда-нибудь хотели перестать играть, но думали, что не сможете?	48	50	48	50	48	61,5	30	38,5
8	Вы когда-нибудь пытались скрыть от родственников и окружающих, что играете?	42	43,8	54	56,2	48	61,5	30	38,5
9	Были ли ссоры в семье из-за денег в связи с игрой в азартные игры?	60	62,5	36	37,5	60	76,9	18	23,1
10	Вы когда-нибудь ссорились с близкими людьми из-за того, что тратите деньги?	42	43,8	54	56,2	24	30,8	54	69,2
11	Вы когда-нибудь не возвращали деньги из-за проигрыша?	42	43,8	54	56,2	42	53,8	36	46,2
12	Вы когда-нибудь пропускали работу или занятия из-за участия в азартных играх?	48	50	48	50	54	69,2	24	30,8

3,3%; 24 года – 1%; 25 лет – 1%. У 9,6% (174 чел.) молодых людей, из которых 44,82% (78 чел.) – женщины, 55,18% (96 чел.) – мужчины, по результатам тестирования с помощью диагностического опросника «-

SOGS» была обнаружена игровая аддикция.

Некоторые ответы представителей мужского и женского пола на вопросы опросника SOGS представлены в таблице 1 и иллюстрированы (рис. 1):

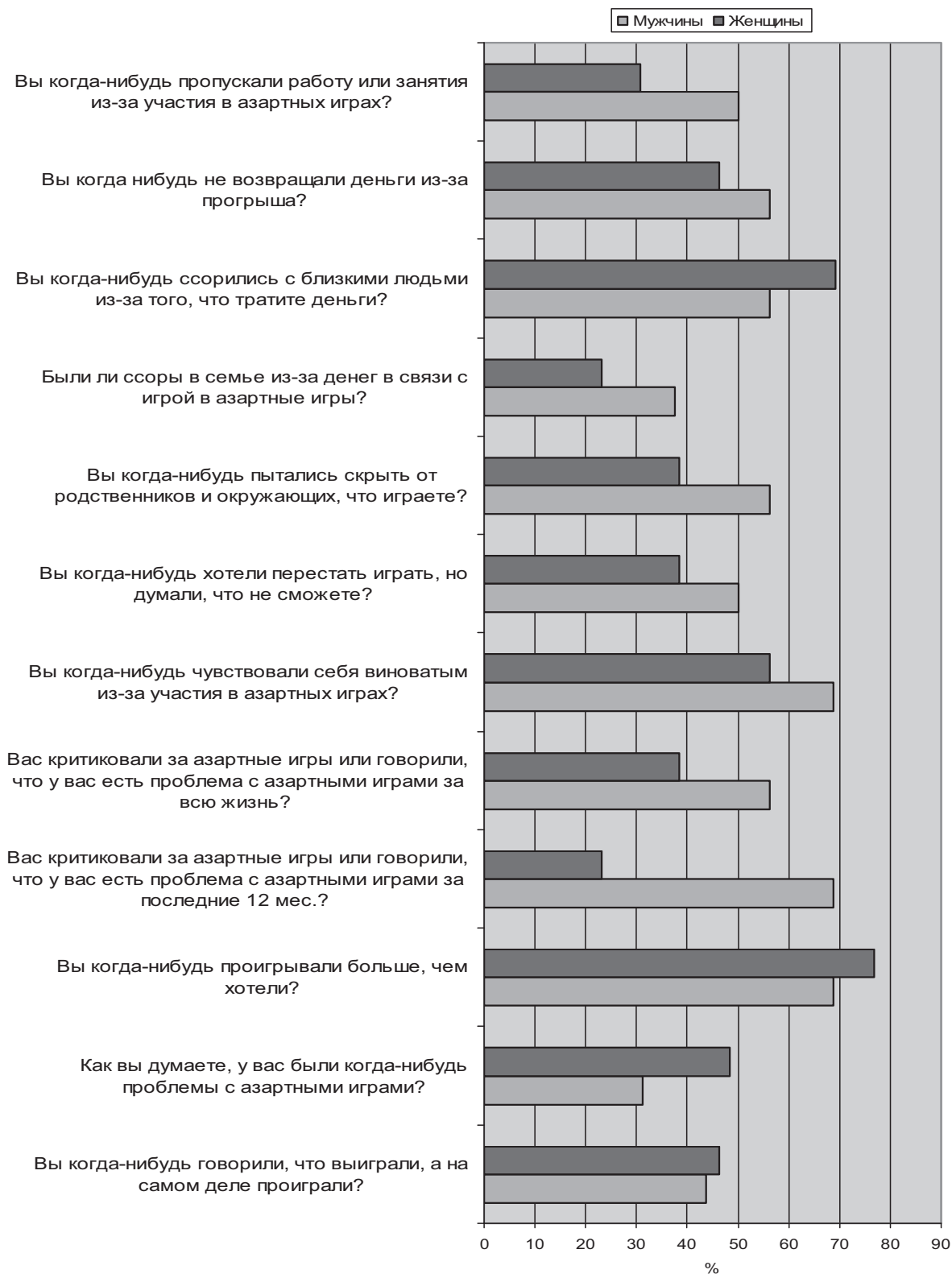


Рис. 1. Положительные ответы на вопросы скринингового исследования лиц молодого возраста по методу SOGS.

Отвечая на 16 вопрос опросника, «Если бы вы брали деньги взаймы для игры или чтобы расплатиться с игровыми долгами, то у кого или где?» респонденты, мужчины и женщины, с игровой аддикцией ответили так (табл. 2):

Таблица 2

№ п\п	Вопросы:	Мужчины				Женщины			
		Нет		Да		Нет		Да	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Из денег на ежедневные расходы	72	75	24	25	30	38,5	48	61,5
2	У вашего друга	48	50	48	50	42	53,8	36	46,2
3	У родственников	72	75	24	25	48	61,5	30	38,5
4	В банке кредит	84	87,5	12	12,5	72	92,3	6	7,7
5	У частных лиц под высокие проценты	96	100	0	0	72	92,3	6	7,7
6	Продавали личную собственность	96	100	0	0	78	100	0	0
7	Брали кредит у игорного заведения	96	100	0	0	66	84,6	12	15,4

На 3 вопрос: «У кого из близких людей были проблемы с азартными играми?» мужчины и женщины ответили следующим образом (табл. 3, рис. 3):

Таблица 3

№ п\п	Вопросы:	Мужчины		Женщины	
		Абс	%	Абс	%
1	Ни у кого	6	6,2	12	15,4
2	У отца	12	12,5	0	0
3	У матери	24	25	6	7,7
4	У сестры/брата	0	0	12	15,4
5	У другого родственника	18	18,8	6	7,7
6	У друга или знакомого	36	37,5	42	53,8
7	Всего	96	100	78	100

У кого из близких людей были проблемы с азартными играми?

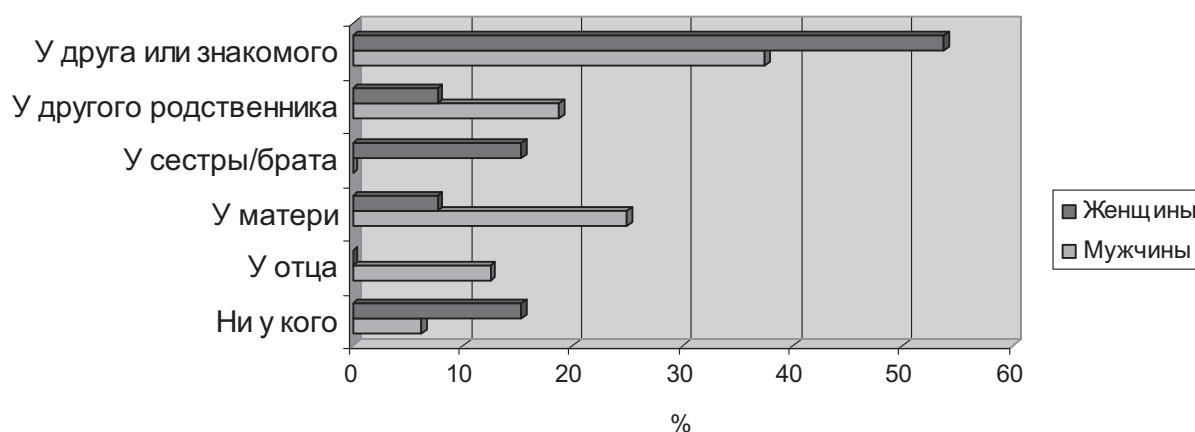


Рис. 3. Структура отношения к азартным играм у окружающих лиц обследованных респондентов молодого возраста

Самую крупную сумму денег, с которой играли в один день, мужчины и женщины обозначили так (табл. 4):

Таблица 4

№ п\п	Ответы на вопрос: «Какова самая крупная сумма денег, с которой вы играли в один день?»	Мужчины		Женщины	
		Абс	%	Абс	%
1	Никогда не играли	24	25	6	7,7
2	10 грн. и менее	24	25	12	15,4
3	От 11 до 100 грн.	18	18,8	30	38,5
4	От 101 до 1000 грн.	18	18,8	30	38,5
5	От 1001 до 10000 грн.	12	12,5	0	0
6	Свыше 10000 грн.	0	0	0	0
7	Всего	96	100	78	100

Самая крупная сумма денег, с которой играл/а в один день

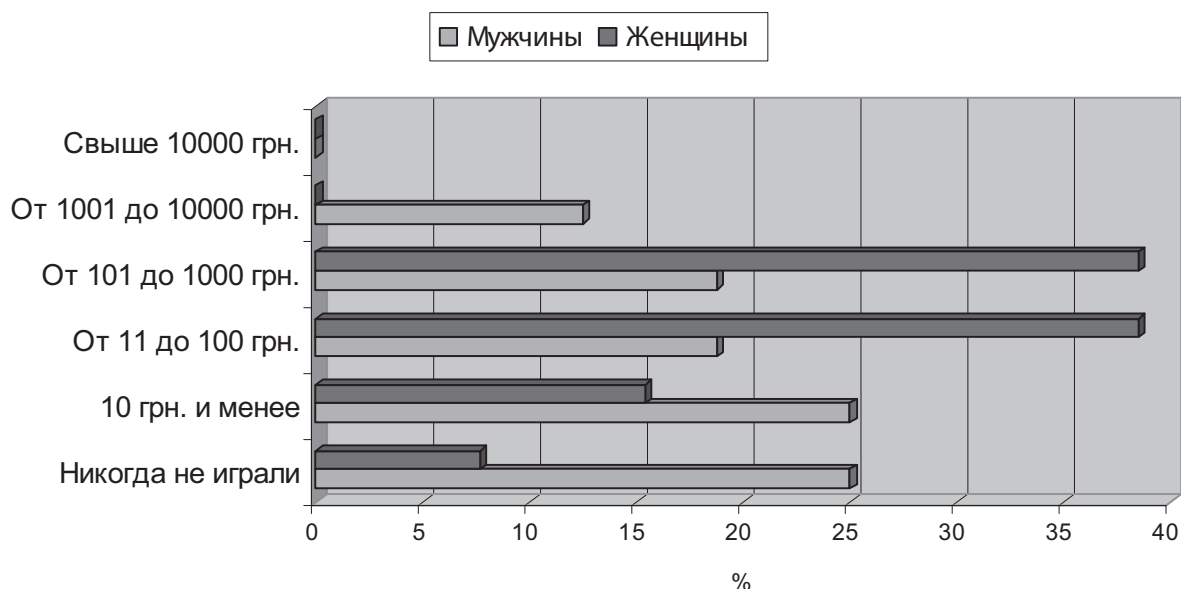


Рис. 4. Структура участия обследованных респондентов в азартных играх с финансовыми затратами

На вопрос «Как часто вы возвращаетесь на следующий день, чтобы отыграться?» «никогда» ответили 46,2% женщин и 68,8% мужчин; «иногда»: 38,8% женщин и 24% мужчин; «в большинстве проигрышей»: 15,4% женщин и 6,2% мужчин; «каждый раз, когда проигрываю»: положительно не ответил никто (табл. 5):

Таблица 5

№ п\п	Ответы на вопрос «Как часто вы возвращаетесь на следующий день, чтобы отыграться?»	Мужчины		Женщины	
		Абс	%	Абс	%
1	Никогда	66	68,8	36	46,2
2	Иногда	24	25	30	38,8
3	В большинстве проигрышей	6	6,2	12	15,4
4	Каждый раз, когда проигрываю	0	0	0	0
5	Всего	96	100	78	100

Результаты опроса студентов-гемблеров, определяющие модель отношения к азартным играм представлены ниже (табл. 6)

Таблица 6

№ п\п	Вопросы:	Мужчины				Женщины			
		Нет		Да		Нет		Да	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Я не собираюсь прекращать игру или играть реже	60	62,5	36	37,5	54	69,2	24	30,8
2	Я серьезно собираюсь прекратить игру	90	93,8	6	6,2	78	100	0	0
3	Я планирую играть реже в следующие 30 дней	78	81,2	18	18,8	78	100	0	0
4	Я играю реже в последние 6 месяцев	84	87,5	12	12,5	60	76,9	18	23,1
5	Я перестал играть более 6 месяцев назад	84	87,5	12	12,5	54	69,2	24	30,8

Среди опрошенных лиц женского и мужского пола указали на то, что увлечение азартными играми сказывается на учебе 23,1% (18 чел.) и 43,8% (42 чел.) соответственно.

От родителей, педагогов, других близких людей свое увлечение азартными играми скрывают 30,8% (24 чел.) женщин и 50% (48 чел.) мужчин.

Длительность времяпрепровождения в течение суток за азартными играми респонденты обозначили следующим образом (табл. 7):

Таблица 7

Кол-во часов в сутки, проводимое за азартными играми	1	2	4	5	6	7	8	12
Пол, %								
Мужской	12,5	6,2	6,2	6,2	12,5	6,2	6,2	6,2
Женский	7,7	7,7	15,4	0	15,4	0	7,7	0

Не ответили на вопрос 46,2% женщин и 37,5% мужчин.

На вопрос «Как часто вы проводите время за азартными играми?» 15,4% опрошенных женщин и 18,8% - мужчин отказались отвечать, остальные учащиеся ВУЗов ответили так (табл.8):

Таблица 8

Частота времяпрепровождения за азартными играми	1-2 раза в месяц или реже	1 раз в неделю	2 раза в неделю или чаще
Пол, %			
Мужской	31,2	25,0	25,0
Женский	61,5	23,1	0
Мужчин и женщин	44,8	24,1	13,8

Для определения отдельных психологических predispositional компонентов в формировании игровой аддикции студентам было предложено высказать свое мнение относительно возможных провоцирующих обращение к азартным играм состояний. На вопрос «Вы использовали азартные игры для ухода от переживаний?» респонденты обоих полов ответили следующим образом (табл. 9):

Таблица 9

Психологические predispositional компоненты, чувства	Вины	Беспомощности	Раздраженности	Беспокойства, плохого настроения
Пол, %				
Мужской	7,7	25	12,5	18,8
Женский	6,2	0	30,8	38,5

Среди лудоманов женского пола 38,5% и мужского – 68,8% опрошенных отметили, что после участия в азартных играх возвращаются в мыслях к игровому процессу и проигрывают в уме новые игровые комбинации; 69,2% женщин и 50,0% мужчин продолжают игру при возрастающем подъеме ставок для достижения желаемой остроты ощущений.

Анализ вышеизложенных результатов исследования, позволил сделать следующие выводы.

Впервые в Украине изучены гендерные особенности распространенности и некоторых проявлений игровой аддикции у лиц молодого возраста, которая выявлена у 9,6% респондентов, при этом доля женского пола среди игроманов составила 44,82%, мужского – 55,18%, в то время, как в 2010 г. в различных странах мира доля женщин-лудоманов составляла от 4% до 20% от общего числа патологических игроков во взрослой популяции [9].

Отношение женщин к своему увлечению азартными играми оказалось более самокритичным и адекватным, чем у мужчин, в то же время женщины чаще подвергались критике со стороны окружающих, проигрывали больше, чем хотели, чаще брали деньги на игру из сумм для ежедневных расходов и в качестве кредита у игорного заведения, отмечали проблемы с азартными играми у сестры\брата, друга или знакомого, играли в один день с суммой, не превышающей 1000 грн., чаще возвращались после проигрыша к игре, чтобы отыграться, что свидетельствует о более интенсивном проявлении импульсивного радикала, реже скрывали от окружающих свое увлечение играми ($p < 0,01$). Больше количество женщин обращались к игре 1-2 раза в месяц и реже. Характерными для женщин-лудоманов являются особенности эмоциональной сферы, приводящие чаще, чем мужчин к азартной игре, а именно: чувства раздраженности, беспокойства и плохого настроения ($p < 0,01$).

Мужчины чаще, чем женщины указывали на наличие проблем с азартными играми у отца и матери, играли в один день с суммой от 1000 до 10000 грн., имели намерение реже играть в ближайший месяц, играли 2 раза в неделю и чаще. Специфичным для мужчин гемблеров было также и то, что доминирующим стимулятором обращения к игре являлось чувство беспомощности ($p < 0,01$). Практически равное количество респондентов обоих полов играли 1 раз в неделю.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что одним из последствий технического прогресса и эмансипированного конфликта «женщина-общество» является значительный показатель распространенности женской лудомании (44,82%), что является безусловной предпосылкой к формированию дифференцированной системы психопрофилактики и коррекции патологической зависимости от азартных игр в Украине, как чрезвычайно актуальной составляющей мероприятий по улучшению психического здоровья нации.

Литература:

1. Осуховская Е.С. Методы исследования патологического влечения к азартным играм. Архив психиатрии – 2010. - №4. – С.64-69.
2. Осуховская Е.С. Результаты исследования отношения лиц молодого возраста к азартным играм. Архив психиатрии – 2011. - №1. – С.64-69.
3. Осуховская Е.С. Результаты исследования игровой аддикции у лиц молодого возраста. Архив психиатрии – 2011. - №1. – С.64-69.
4. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States. J Gambling Studies 1996; 12: 111-128.
5. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. Psych Serv 1998; 49: 11: 1434-1439.
6. <http://www.psyobsor.org/1998/14/3-9.php>
7. <http://www.springerlink.com/content/h091247gu6741010/>
8. http://www.narkotiki.ru/53_1028.htm
9. <http://www.diary.ru/~narkolog/p95532392.htm>

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНОСТІ ТА ДЕЯКИХ ПРОЯВІВ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

О.С. Осуховська

У статті наведені дані дослідження студентів ВУЗів України, проведеного з метою вивчення гендерних особливостей поширеності та деяких проявів ігрової адикції в осіб молодого віку. Отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що одним з наслідків технічного прогресу і емансипованого конфлікту «жінка-суспільство» є значний показник поширеності жіночої лудоманії (44,82%), що є безумовною передумовою до формування диференційованої системи психопрофілактики та корекції патологічної залежності від азартних ігор в Україні, як надзвичайно актуальної складової заходів щодо поліпшення психічного здоров'я нації.

Ключові слова: ігрова адикція, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, нехімічна адикція

GENDER-SPECIFIC PREVALENCE AND SOME MANIFESTATIONS OF GAMBLING IN YOUNG PERSONS

O.S. Osukhovska

The article described the research of students of universities of Ukraine, conducted to examine gender-specific prevalence and some manifestations of game addiction in young people. These data suggest that one of consequences of technological progress and emancipated conflict "Female society" is a significant prevalence ludomaniya female (44.82%), which is an absolute prerequisite to formation of differentiated psycho and correction. Depending on the pathological gambling in Ukraine as extremely actual component of measures to improve mental health nation.

Keywords: game addiction, gambling, ludomaniya, gambling, non-chemical addiction

УДК 613.81

Н.В.Побережная
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

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

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

На сегодняшний день алкоголизм в Украине, как и во многих странах мира, приобретает форму национальной катастрофы. Эпидемическая распространенность злоупотребления алкогольными напитками, в частности пивом, представляет реальную угрозу здоровья населения нашей страны [Гатицкая А.Э., 2010]. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из сорока) стран Европы, в которых темпы роста числа пациентов с алкогольной зависимостью неуклонно прогрессирует [Сосин И.К., Гончарова Е.Ю. Чуев Ю.Ф., 2008]. Неудивительно, что наша страна занимает первое место по уровню детского алкоголизма в мире. От 700 до 900 тысяч лиц находятся на учёте как больные алкоголизмом, однако реальная цифра в 3–5 раз выше. Среди тех, кто обращается за помощью к наркологам, приблизительно 15–20% болеют пивным алкоголизмом [Аносова Е.В., 2008]. Каждый житель нашей страны на протяжении года выпивает больше 60 литров пива. В настоящее время идет тенденция к трансформации алкогольных проблем, т.к. лица молодого возраста больше отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам и пиву. [Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э., 2010.]. Все это и объясняет актуальность и большой интерес исследователей к поиску диагностики пивного алкоголизма и лечению данного контингента.

В основу нашей работы положены результаты комплексного исследования 393 человек, которые проводились на базе Донецкого профессионального лицея коммунального хозяйства и Донецкого профессионально – технического училища №22, в том числе из них 205 обследуемых из техникума и 188 обследуемых из лицея.

Инструментом исследования была специально разработанная карта, состоящая из 47 пунктов, в том числе 9 пунктами, связанными с социально – демографическими характеристиками обследуемого контингента. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 15– 16 лет - 144 человека, 17 – 18 лет-194 человека, 19 –22 года-55 человек. По полу: мужчин -248 человек, женщин -145 человек. Для психодиагностического и клинико – психопатологического исследований использованы традиционные методики: опросники Ч.Д.Спилбергера – Ханина (2000), Сан (2001) и др.

По результатам комплексного исследования на выявления пивной зависимости по тесту AUDIT у дан-

ного контингента обследуемых (n=393чел.) были выявлены следующие закономерности: у 193 (49,1%) человек не выявлено признаков алкогольной зависимости, у 132 (33,5%) обследуемых выявлено чрезмерное или рискованное употребление пива, у 23(5,8%) обследуемых выявлено употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и у 45 (11,4%) человек наблюдается формирование пивной алкогольной зависимости (F10.24).

По результатам своих исследований специалисты Санэпиднадзора утверждают, что 5,5% и 2,2% школьников и студентов, средних и высших учебных заведений употребляют спиртные напитки практически каждый день. Данные указанные нами по употреблению спиртных напитков и формировании алкогольной зависимости у лиц молодого возраста, учащихся техникумов и лицеев выше, чем приведенные данные Санэпиднадзора свидетельствуют о том, что пивной алкоголизм в настоящее время является актуальной проблемой, особенно среди лиц молодого возраста и требует пристального внимания к разработке новых подходов методов психокоррекции и психопрофилактики данного контингента.

Нами была проанализирована взаимосвязь социально – демографических характеристик с риском возникновения психических нарушений и формирования алкогольной зависимости, связанной с употреблением пива.

В таблицах 1 – 5 представлено распределение больных по возрасту, уровням урбанизации, образованию, материально - бытовых условий, употреблению спиртных напитков в семьях, уровню воспитания и др. Обследуемый контингент был разделен на 3 группы, согласно формирования пивной алкогольной зависимости.

Так, представленные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что наиболее подвержена риску возникновения и формирования алкогольной зависимости лица в возрасте от 17 до 18 лет. В остальных группах исследования в возрастной категории от 15 до 22 риск возникновения пивной алкогольной зависимости минимален.

Анализ социальных и демографических данных (табл.2) показывает, что жителей крупного индустриального города, а также небольшого города, включая поселок, в группе без наличия алкогольной зависимости было 167 (86,52%) человек; в группе, где подростки чрезмерно употребляют алкоголь 128 (96,96%)

Таблица 1

Распределение исследуемого контингента, употребляющего спиртные напитки по возрасту

Возраст, лет	Лица без алкогольной зависимости (n=193чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15– 16 лет	90	46,63%	35	26,52%	6	26,08%	13	28,89%
17 – 18 лет	85	44,05%	63	47,73%	13	56,53%	22	48,89%
19 –22 года	18	9,32%	34	25,75%	4	17,39%	10	22,22%
Всего	193	100	132	100	23	100	45	100

Таблица 2

Распределение исследуемого контингента по уровням урбанизации

Место жительства	Лица без алкогольной зависимости (n=193чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Крупный индустриальный город	95	49,22%	85	64,39%	13	56,52%	9	20%
Небольшой город	56	29,02%	37	28,03%	7	30,44%	2	4,45%
Поселок	16	8,29%	6	4,54%	–	–	10	22,22%
Село	26	13,47%	4	3,04%	3	13,04%	24	53,33%
Всего	193	100	132	100	23	100	45	100

Таблица 3

Распределение исследуемого контингента по уровням образования

Образование	Лица без алкогольной зависимости (n=193чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общее среднее	155	80,31%	48	36,36%	21	91,30%	37	82,22%
Средне специальное	23	11,91%	19	14,39%	6	26,08%	3	6,66%
Высшее незаконченное	-	-	2	1,51%	-	-	-	-
Высшее	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	193	100	132	100	23	100	45	100

человек; в группе употребляющих алкоголь с вредными последствиями 20 (86,95%) человек и в группе с формированием пивной алкогольной зависимости 21 (46,66%) человек. В селе проживали в 1 группе 26 (13,47%) человек, во 2 группе 4 (3,04%) человека, в 3 группе 3 (13,04%) обследуемых и в 4 группе 24 (53,33%). Данные, приведенные в таблице 2, свидетельствуют о том, лица молодого возраста, чрезмерно употребляющие и употребляющие с вредными последствиями пиво, являются преимущественно жителями крупного индустриального города, а лица с формированием синдрома зависимости в результате употребления пива являются в основном жителями села.

По уровню образования (табл. 3): в группе без наличия алкогольной зависимости 155 (80,31%) человек имеют общее среднее образование, 23 (11,91%) человека со средне – специальным образованием. В трех остальных группах: с общим средним образованием 200 (53%), со средне - специальным 28 (14%), с незаконченным высшим 2 (1,51%).

По опросах по материально – бытовым условиям жизни (табл. 4): в группе без наличия алкогольной зависимости 165 (85,49%) человек проживают в удо-

влетворительных материально – бытовых условиях, 28 (14,51%) в неудовлетворительных условиях. В трех остальных группах: удовлетворительные материально – бытовые условия имеют 157 (78,5%), неудовлетворительные 43 (21,5%).

Данные, приведенные в таблице 5, указывают, что в группе без наличия алкогольной зависимости 175 (90,67%) воспитывались родителями либо бабушками и дедушками, 11 (5,7%) воспитывались сестрами либо братьями, 5 (2,6%) другими родственниками и 2 (1,03%) школой интернатом. Во 2 группе 90 (68,18%) воспитывались родителями, 5 (3,79%) воспитывались сестрами либо братьями, 15 (11,36%) другими родственниками и 22 (16,67%) школой интернатом. В двух остальных группах: воспитание родителей 30 (44,12%), братьями или сестрами 4 (5,88%), 8 (11,76%) – другими родственниками и школой - интернатом 26 (38,24%) человек.

Анализ таблицы 5 показывает, что дети – сироты, воспитываемые в школах – интернатах, дети из неполных семей, а также воспитываемые другими родственниками наиболее часто употребляют пиво с дальнейшим формированием пивной алкогольной зависимости.

Таблица 4

Материально-бытовые условия исследуемого контингента

Материально - бытовые условия	Лица без алкогольной зависимости (n=193чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Удовлетворительные	165	85,49%	114	86,36%	19	82,61%	24	53,33%
Неудовлетворительные	28	14,51%	18	13,64%	4	17,39%	21	46,67%
Всего	193	100	132	100	23	100	45	100

Таблица 5

Распределение исследуемого контингента по принятию участия в его воспитании

Участие в воспитании исследуемого контингента	Лица без алкогольной зависимости (n=193чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23чел)		Лица с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45чел)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Родители и другие родственники	175	90,67%	90	68,18%	14	60,87%	16	35,55%
Сестра/брат	11	5,7%	5	3,79%	1	4,35%	3	6,67%
Другие родственники	5	2,6%	15	11,36%	2	8,69%	6	13,34%
Школа - интернат	2	1,03%	22	16,67%	6	26,09%	20	44,44%
Всего	193	100	132	100	23	100	45	100

Как видно из приведенных выше данных, наиболее высокий риск возникновения и формирования пивной алкогольной зависимости в возрасте 17 – 18 лет, где лица молодого возраста являются преимущественно жителями крупного индустриального города и жителями села, имеющие в основном общее среднее образование и воспитывающиеся в семьях с родителями или в школе – интернате, что говорит о важности актуальности проблемы пивной зависимости и необходимости уделять более пристальное внимание контингенту данного молодого возраста.

Полученные данные о факторах риска, социально – демографических данных, особенностях распространённости пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста будут использованы в разработке психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий у лиц молодого возраста, употребляющих пиво.

Литература:

1. Аносова Е.В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков / Аносова Е.В., Богушевская Ю.В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых, Курск, 15-16 апр., 2008. 4.1.- Курск, 2008.- С. 238-2393.
2. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев – Донецк: « Медицина Тонких энергий», 2010. – 96с
3. Гатицкая А.Э.Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью// Архив психиатрии. – 2010. – Т.16, №1(60). – С.55 – 57
4. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 5. – С. 56 - 58
5. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 4. –С. 78 - 82
6. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // Наркология. – 2007. - № 3. – С. 30 – 42.
7. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н.В.Побережная

Представлено результати комплексного дослідження 393 осіб молодого віку технікумов та ліцеїв міста Донецька. Згідно поставлених цілей та задач дослідження були виявлені з основної групи (n=393) хворі з діагнозом F10.1-58% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24-1145% . Були проаналізовані соціально – демографічні характеристики та фактори ризику даного контингенту та виявлен зв'язок з виникненням та розвитком пивного алкоголізму у даних осіб молодого віку.

Ключові слова: пивний алкоголізм, підлітки

GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED

N.V.Poberezhnaya

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are presented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-58% and F10.24 – 11, 45%. Social – demographic characters and risk factors of this contingent were analyzed and connection with the rise and development of beer young people was revealed.

Keywords: beer alcohol addiction, teenagers

УДК 159.922:616.89-008.441.13:615.851

Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины"

Ключевые слова: комплаенс, алкогольная зависимость, терапевтический режим, мотивация к лечению, психокоррекция

В настоящее время в условиях активного использования достижений психофармакотерапии, внедрения идей реабилитации и длительного противорецидивного лечения феномен комплаенса привлекает все большее внимание специалистов. Многие ученые сходятся во мнении о том, что полноценный комплаенс пациента является показателем высокого качества медицинской помощи и характеризует оптимальное терапевтическое сотрудничество [1; 6; 8; 9].

Следует отметить, что внимание к этой проблеме существовало на всех этапах развития медицинской

науки, но лишь в последнее десятилетие вопрос соблюдения пациентом терапевтического режима стал предметом самостоятельных исследований [5;12;13]. Именно в процессе этих исследовательских работ возник и укрепился англоязычный термин «комплаенс» («compliance» – согласие, податливость, уступчивость, приспособление и разделение взглядов). Этот термин, прочно вошедший в медицинскую литературу, имеет несколько определений, что указывает на неоднозначность содержания самого феномена.

Ряд авторов [1;5;9;14] подчеркивают бихевиораль-

Как видно из приведенных выше данных, наиболее высокий риск возникновения и формирования пивной алкогольной зависимости в возрасте 17 – 18 лет, где лица молодого возраста являются преимущественно жителями крупного индустриального города и жителями села, имеющие в основном общее среднее образование и воспитывающиеся в семьях с родителями или в школе – интернате, что говорит о важности актуальности проблемы пивной зависимости и необходимости уделять более пристальное внимание контингенту данного молодого возраста.

Полученные данные о факторах риска, социально – демографических данных, особенностях распространности пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста будут использованы в разработке психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий у лиц молодого возраста, употребляющих пиво.

Литература:

1. Аносова Е.В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков / Аносова Е.В., Богушевская Ю.В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых, Курск, 15-16 апр., 2008. 4.1.- Курск, 2008.- С. 238-2393.
2. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев – Донецк: « Медицина Тонких энергий», 2010. – 96с
3. Гатицкая А.Э.Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью// Архив психиатрии. – 2010. – Т.16, №1(60). – С.55 – 57
4. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 5. – С. 56 - 58
5. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 4. –С. 78 - 82
6. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // Наркология. – 2007. - № 3. – С. 30 – 42.
7. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Н.В.Побережная

Представлено результати комплексного дослідження 393 осіб молодого віку технікумов та ліцеїв міста Донецька. Згідно поставлених цілей та задач дослідження були виявлені з основної групи (n=393) хворі з діагнозом F10.1-58% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24-1145% . Були проаналізовані соціально – демографічні характеристики та фактори ризику даного контингенту та виявлен зв'язок з виникненням та розвитком пивного алкоголізму у даних осіб молодого віку.

Ключові слова: пивний алкоголізм, підлітки

GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED

N.V.Poberezhnaya

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are presented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-58% and F10.24 – 11, 45%. Social – demographic characters and risk factors of this contingent were analyzed and connection with the rise and development of beer young people was revealed.

Keywords: beer alcohol addiction, teenagers

УДК 159.922:616.89-008.441.13:615.851

Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины"

Ключевые слова: комплаенс, алкогольная зависимость, терапевтический режим, мотивация к лечению, психокоррекция

В настоящее время в условиях активного использования достижений психофармакотерапии, внедрения идей реабилитации и длительного противорецидивного лечения феномен комплаенса привлекает все большее внимание специалистов. Многие ученые сходятся во мнении о том, что полноценный комплаенс пациента является показателем высокого качества медицинской помощи и характеризует оптимальное терапевтическое сотрудничество [1; 6; 8; 9].

Следует отметить, что внимание к этой проблеме существовало на всех этапах развития медицинской

науки, но лишь в последнее десятилетие вопрос соблюдения пациентом терапевтического режима стал предметом самостоятельных исследований [5;12;13]. Именно в процессе этих исследовательских работ возник и укрепился англоязычный термин «комплаенс» («compliance» – согласие, податливость, уступчивость, приспособление и разделение взглядов). Этот термин, прочно вошедший в медицинскую литературу, имеет несколько определений, что указывает на неоднозначность содержания самого феномена.

Ряд авторов [1;5;9;14] подчеркивают бихевиораль-

ный аспект комплайенса, когда поведение пациента соответствует полному объему предоставляемой медицинской помощи и детерминируется согласованностью взглядов больного и врача на проявления заболевания и методы лечения.

Комплайенс также определяют как «приверженность» терапии в противовес «согласию с лечением», подчеркивая тем самым активное и самостоятельное отношение пациента к лечению, а не вынужденное или пассивное принятие лечебных воздействий [24].

Нередко комплаиенс соотносят с понятием «готовность лечиться» и оптимальным соблюдением лечебного режима. Это определение охватывает получение различных видов помощи, регулярное посещение клиники и соблюдение лечебных рекомендаций специалистов. Но основное внимание авторы концентрируют на вопросах, касающихся строгого соблюдения схемы приема лекарственных препаратов [17].

Наиболее обобщающим считается определение комплайенса, которое включает правильный выбор, назначение и применение в ходе терапии как лекарственных средств, так и комплекса психосоциальных воздействий, что позволяет говорить о соблюдении условий лечения не только самим пациентом, но и его родственниками, а также медицинским персоналом [9].

М. М. Кабанов рассматривает комплаиенс как осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача [4]. По его мнению, вся лечебно-восстановительная работа с пациентами при склонности к хроническому течению заболевания сталкивается все в большей мере с проблемами стигматизации и комплайенса. Степень стигматизации и выраженность комплайенса зависят от стиля работы медицинского учреждения, его репутации и профессионализма персонала. При этом достижение необходимой степени комплайенса невозможно без снятия страха пациента перед общением с психиатром, перед диагнозом и без принятия им приемлемой для своего статуса «внутренней картины болезни».

В научной литературе, посвященной изучению вопроса о готовности пациента лечиться, общепризнанными считаются трудности, связанные с количественной оценкой комплайенса [7]. К тому же, очень часто в различных исследованиях критерии такой оценки не совпадают.

Существуют работы, рассматривающие влияние различных факторов на формирование отношения пациента к проводимому лечению. В настоящее время идентифицировано около 250 упомянутых факторов, объединенных в несколько больших групп и связанных, в основном, с личностью пациента, стилем работы врача или с организацией лечебного процесса. В целом, комплаиенс отражает сложное взаимодействие этих факторов, конфигурация которых может меняться в динамике заболевания и на отдаленных этапах существенно отличаться от начальной [9;15].

Имеются данные о влиянии преморбидных особенностей личности пациента на формирование комплай-

енса [19]. Так, больные с истерическими чертами отличаются легкомысленным и небрежным отношением к лечению, лекарственные средства часто используют как средство манипуляции, для них актуален риск развития лекарственной зависимости. Больные с obsessивными чертами пунктуально следуют предписаниям врача, прием лекарств превращают в ритуал, что может затруднять их отмену. Самолечение или злоупотребление медикаментами чаще свойственно личностям с невротической структурой, психологически незрелым или склонным к ситуационным тревожным реакциям.

В проведенных нами исследованиях [10] было показано, что уровень комплайенса больных с зависимостью от алкоголя детерминируется сложным сочетанием социально-демографических, клинических и психологических факторов. К факторам, способствующим формированию оптимального комплайенса относятся: позднее начало заболевания, наличие работы и семьи, терапевтическая установка на изменение поведения, сензитивный тип отношения к болезни и конформизм. Факторами, связанными с низким уровнем комплайенса, явились: молодой возраст, частые рецидивы, повторные госпитализации, анозогнозия, фаталистические установки и когнитивное снижение.

Известен ряд работ, в которых рассматриваются причины несоблюдения рекомендаций в отношении лекарственной терапии и обобщаются стратегии повышения готовности лечиться. Основой большинства программ является не столько соблюдение врачебных рекомендаций, сколько сотрудничество между пациентом и врачом [20]. Некоторые программы нацелены на углубление знаний о лекарственных препаратах, тогда как другие делают акцент на практическом обучении приему лекарств. Р. Corrigan [16] систематизировал потенциальные препятствия на пути укрепления сотрудничества с пациентом: они могут быть связаны с побочными эффектами лекарств, длительным и сложным режимом лечения, недостатком знаний пациента о болезни и методах лечения, безразличием к лечению со стороны семьи и индивидуальным стилем врача, не ориентированным на совместную работу и т.д.

Р. Bebbington [11] описал основные компоненты стратегий повышения готовности лечиться, а именно: предоставление информации в обстановке уважения и равноправия, использование таких взаимоотношений для стимулирования и повышения готовности лечиться, а также для формирования более благоприятных представлений о заболевании и лечении. В соответствии с этими идеями R. Kemp, A. David, P. Hayward разработали когнитивное вмешательство, которое назвали "Комплаиенс-терапия" [18] и в пользу высокой эффективности которого привели убедительные доводы.

Важно отметить, что в наркологии довольно часто наблюдается низкое качество соблюдения лечебных рекомендаций, поскольку соответствующие заболевания оказывают значительное влияние на суждения больного, его стабильность и критические способно-

сти [2, 3]. Центральная проблема, с которой сталкиваются клиницисты, работая с наркозависимыми, заключается в том, что патологическое влечение к психоактивному веществу, как основной признак болезни, предусматривает субъективное переживание эйфории или облегчение дисфории. Этот факт контрастирует с тем, что наблюдается при большинстве других психических расстройств, когда основные признаки болезни доставляют дискомфорт и мотивируют к лечению. Поэтому в традиционной модели «врач – больной» нарколог нередко вынужден оказывать помощь тому, кто к ней не стремится, что создает дополнительные трудности для формирования комплайенса.

Заключая вышесказанное, следует признать, что в отечественных работах, рассматривающих вопросы лечения наркологических заболеваний, пока мало места отводится проблеме комплайенса. Количество систематических исследований в этой области значительно отстает от работ, посвященных различным аспектам психофармакологии и психотерапии. До настоящего времени остается слабо разработанным понятийный аппарат, описывающий феномен комплайенса, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования. Существующие исследования в этой области, как правило, недостаточно теоретически обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, а исследования комплайенса больных с алкогольной зависимостью вообще остаются единичными.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психологического феномена комплайенса, определение его специфики у больных с алкогольной зависимостью и создание на этой основе системы психокоррекции, направленной на повышение мотивации к лечению и соблюдение терапевтического режима.

В работе использовался комплекс психодиагностических методик, а именно: "Мотивы потребления алкоголя", "Отношение пациента к болезни и лечению", 16-факторный опросник личности Р.Б. Кеттелла, "Уровень субъективного контроля", "Тип отношения к болезни", а также "Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью", разработанная специально для данного исследования. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью методов определения достоверности различий (с использованием t-критерия Стьюдента-Фишера, U-критерия Уилкоксона-Манна-Уитни, точного метода Фишера) и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Были обследованы 90 пациентов с синдромом алкогольной зависимости, средний возраст которых составил $36,15 \pm 0,56$ лет.

Результаты

В рамках исследования нами выдвинуты следующие теоретические положения:

1. Комплайенс – это комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Ком-

плайенс рассматривается как сложный, динамический клинико-психологический феномен, формирующийся в процессе терапевтического взаимодействия как результат согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения и эффекты терапии. Комплайентностью больного называется степень соответствия его поведения лечебно-реабилитационным мероприятиям.

2. Комплайенс формируется на основе осознанного восприятия симптомов болезни, представлений о ее возможных последствиях и ожиданий конкретных терапевтических результатов. Эти субъективные переживания, их элементы и связи между ними носят как адекватный, так и неадекватный характер.

3. Комплайенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический – представляет система оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий – сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

4. Соблюдение больным терапевтического режима означает согласие с предлагаемой формой лечения, реализуемое в выполнении как медикаментозных так и немедикаментозных назначений врача, а также в изменении стиля жизни и поведения, поддерживающих болезнь.

В соответствии с уровнем соблюдения режима нами выделены следующие варианты комплайенса:

– полный (20,00% обследованных больных), характеризующийся приемом более 80% лекарств от назначенной медикаментозной схемы лечения с четким соблюдением дозировки и времени приема, следованием инструкциям относительно предписанного режима трезвости и активным участием в психокоррекционной работе;

– частичный (62,22% пациентов), означающий соблюдение схемы приема лекарств с некоторыми нарушениями (изменением дозировки или времени приема) в пределах 20%-80% от назначенного лечения, эпизодические нарушения режима трезвости и участие в психокоррекционной программе с пропуском нескольких занятий;

– низкий (17,78% больных), предполагающий соблюдение менее чем 20% лекарственных назначений, игнорирование терапевтических советов по поддержанию режима трезвости и отказ или минимальное участие в психокоррекционной работе.

Наряду с уровнями были выделены различные типы комплайенса (табл. 2), а именно: конструктивный (4,44%), формальный (15,56%), пассивный (18,89%), симбиотический (11,11%), нестабильный (27,78%), негативистический (7,78%) и дефицитарный (14,44%).

Психодиагностическими критериями выделенных типов явились: 1) критичность к симптомам и последствиям болезни, 2) степень доверия к врачу, 3) инфор-

мированность о применяемых методах лечения, 4) удовлетворенность терапевтическими результатами, 5) готовность к изменению жизненного стиля и 6) наличие поддержки семьи.

На основании полученных данных была разработана и внедрена система психокоррекции, цель которой - повышение мотивации больных с алкогольной зависимостью к лечению и оптимизация их комплайенса.

Методологической базой разработанной системы психокоррекции послужили принципы и подходы гуманистической модели психотерапии [22], а также методы когнитивно-бихевиоральной терапии [23] и теории мотивационного усиления [21].

Система психокоррекции имеет многомодульную структуру и включает 1) мотивацию к терапевтическому сотрудничеству; 2) повышение критичности к болезненным проявлениям; 3) коррекцию амбивалентного отношения к лечению; 4) мотивацию к изменению проблемного поведения; 5) мотивацию к долгосрочному приему лекарств; 6) тренинг самоуправления; 7) закрепление моделей оптимального соблюдения режима. Психокоррекционная программа рассчитана на 20 часов интенсивных занятий на протяжении основного лечебного курса.

Анализ результатов динамического психодиагностического исследования показал, что реализация разработанной системы психокоррекции способствовала формированию у больных более позитивного отношения к терапевтическому режиму, критического отношения к заболеванию и мотивации к долгосрочному сотрудничеству, что сопровождалось положительной динамикой в эмоциональной и поведенческой сферах.

Таким образом, на основании данных исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Комплайенс является многокомпонентным динамическим клинично-психологическим феноменом, формирование и функционирование которого определяется сложным сочетанием ряда факторов. Комплайенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Оптимальный комплайенс больного - это надежный предиктор эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

2. Комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным, частичным или низким. Психодиагностическими критериями выделенных вариантов комплайенса являются: степень соблюдения схемы приема назначенных лекарственных препаратов, следование предписанному режиму трезвости и активность участия в психокоррекционной программе.

3. Предложенная нами типология комплайенса больных с алкогольной зависимостью отражает вариативность реакций пациентов на требования терапии и включает: конструктивный (наиболее оптимальный), формальный (формальное соблюдение требований терапии), пассивный (подчинение режиму без осознания его необходимости), симбиотический (зависимость от врача), нестабильный (спонтанность в соблюдении режима), негативистический (сопротивление терапевтическим мерам) и дефицитарный (некритичный к болезненным проявлениям).

4. Система психологической коррекции для оптимизации комплайенса больных с алкогольной зависи-

Таблица 2

Характеристика типов комплайенса больных с алкогольной зависимостью

Тип комплайенса	Характеристика типа
Конструктивный	Осознание симптомов и последствий болезни, установка на получение помощи и трезвость, доверие к врачу, стабильность при выполнении требований терапии
Формальный	Частичное осознание болезни, внешние установки на получение помощи, избирательность в отношении методов лечения, формальное отношение к терапевтическим договоренностям
Пассивный	Слабые побудительные функции мотивов, инертность, фаталистические установки, обесценивание результатов лечения, пассивное подчинение лечебным процедурам
Симбиотический	Неуверенность в оценке болезни и лечения, стремление избежать ответственности, тревожность, зависимость от врача, инфантильное поведение
Нестабильный	Спонтанность, непоследовательность, недостаточная организованность, амбивалентное отношение к лечебным рекомендациям, импульсивное поведение
Негативистический	Отрицание болезни, отсутствие эмпатии, сопротивление терапевтическим мерам и осуществление действий, противоположным требованиям и ожиданиям врача
Дефицитарный	Проявления когнитивного дефицита, отсутствие критики к болезни, равнодушное или эйфорическое поведение

мостью, разработанная на основе принципов гуманистической модели психотерапии, методов когнитивно-поведенческого подхода и теории мотивационного усиления, способствует формированию у пациентов адекватных представлений о заболевании, реалистических ожиданий относительно терапевтических результатов, а также выработке поведенческих схем соблюдения лечебного режима.

5. Учитывая всю сложность и мультифакторность рассмотренной проблемы, целесообразно продолжать работу по повышению точности диагностики нарушений режима и определить круг адекватных и информативных психометрических инструментов для оценки комплаенса. Кроме того, представляется перспективным дальнейший поиск специфических психокоррекционных подходов, направленных на повышение уровня комплаенса, включающих организацию работы с медицинским персоналом и с микросоциальным окружением больного.

Литература:

1. Банищев Ф. Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф. Р. Банищев // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2006. – № 4. – С. 9–11.
2. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // *Лекции по наркологии* / Ю. В. Валентик. – М.: Нолиж, 2000. – С. 140–176.
3. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. – ЭЛБИ-СПб. – 2002. – 192 с.
4. Кабанов М. М. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса / М. М. Кабанов // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1997. – №4. – С. 58–62.
5. Коркина М. В. Выраженность алекситимии и уровень комплаенса у больных, перенесших инфаркт миокарда / М. В. Коркина, М. – А. Цивилько, О. А. Кисляк, С. В. Бухарева // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1999. – Т.9, вып 4. – С. 20–23.
6. Крупицкий Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежные исследования / Е. М. Крупицкий // *Вопросы наркологии*. – 2003. – № 3. – С. 51–61.
7. Любов Е. Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике / Е. Б. Любов // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. – Т.11, вып 1. – С. 89–101.

8. Мосолов С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С. Н. Мосолов // *Российский медицинский журнал*. – 2002. – Т. 10, № 12–13. – С. 64–68.
9. Незнанов Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2004. – Т.06, №4. – С. 213–214.
10. Шестопалова Л.Ф. Психологічні фактори формування комплаєнсу хворих з алкогольною залежністю / Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2008. – №3 (20). – С. 61–67.
11. Bebbington P. E. The content and context of compliance / Bebbington P. E. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1995. – Vol. 9. – P. 41–50.
12. Blackwell B. Compliance / Blackwell B. // *Psychother.* – 1992. – Vol. 58. – P. 161–167.
13. Fawcett J. Compliance: definitions and key issues / Fawcett J. // *Clin. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 56 (suppl. 1). P. 4–10.
14. Carter S. A question of choice — compliance in medicine taking / Carter S., Taylor D., Levenson R. // *London: Medicines Partnership*, 2003. – 26 p.
15. Colom J. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients / Colom J. // *Clin. Psychiat.* – 2000. – Vol. 8. – P. 549–555.
16. Corrigan P. W. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia / Corrigan P. W., Liberman, R. P., Engel, J. D. // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1990. – Vol. 41. – P. 1203–1211.
17. Insull W. The problem of compliance to cholesterol altering therapy / Insull W. // *J. Inter. Med.* – 1997. – Vol. 241. – P. 317–25.
18. Kemp R., David A., Hayward P. Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychother* 1996; 24: 4: 331–350.
19. Kampman O. Compliance in psychoses / Kampman O. // *Acta Psychiat. Scand.* – 1999. – Vol. 3. – P. 167–75.
20. Littrell K. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией / Littrell K, Jones–Vaughn J. E, MacFarlane J. // *Психиатр. и психофармакотер.* – 2005. – № 7 (4). – С. 23–27.
21. Miller W. R. Motivational interviewing with problem drinkers. The drinkers check-up as preventive intervention / Miller W. R // *Behavioral Psychotherapy*. – 1988. – Vol. 16. – P. 251 – 268.
22. Rogers C. R. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory / Rogers C. R. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1951. – 234 p.
23. Sobell M. B. Control as a pathway to recovery from alcohol problems // *Key trends in cognitive and behavioral therapies* / Sobell M. B, Sobell L. C. – N. Y.: John Wiley & Sons, 1996. – P. 77–85.
24. Valenstein M et al. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiat* 2006; 67 (10): 1542–50.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КОМПЛІАЄНСА ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна

На основі динамічного психодіагностичного обстеження 90 осіб з синдромом алкогольної залежності описано феномен комплаєнсу, визначено його структуру і роль у терапевтичному процесі. Виділені різні рівні комплаєнсу - повний, частковий, низький; створено його типологію, що включає конструктивний, формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістський і дефіцитарний типи. Розроблено систему психокорекції, спрямовану на підвищення мотивації до лікування і оптимізацію дотримання терапевтичного режиму у хворих на алкогольну залежність. Доведено її високу ефективність.

Ключові слова: комплаєнс, алкогольна залежність, терапевтичний режим, мотивація до лікування, психокорекція

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE COMPLIANCE OF THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya

On the basis of a complex dynamic psychodiagnocical investigation of the 90 patients with syndrome of alcohol dependence phenomenon of compliance was described. It's structure and role in the therapeutic process was determined and the various levels of compliance - full, partial, or low were highlighted. Typology of compliance includes constructive, formal, passive, symbiotic, unstable, negativistic, deficitary types. The system of psychological correction, aimed at increasing the motivation to treatment and optimization of the therapeutic regimen in patients with alcohol dependence was developed. Its high efficiency was proved.

Keywords: compliance, alcohol dependence, therapeutic mode, motivation to treatment, psychological correction

УДК: 616.89-008.441.33-057.87-084

А.В. Погосов, Т.А. Филатова

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Курский государственный медицинский университет, Россия

Ключевые слова: первичная профилактика, психоактивные вещества, факторы риска

Приобщение учащихся к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) является одной из актуальных и до сих пор нерешенных проблем современной наркологии [4;5;9;10]. Наиболее эффективным методом ее решения является первичная профилактика – комплекс мероприятий, направленный на предотвращение вовлечения, прежде всего, несовершеннолетних в потребление ПАВ. Профилактические мероприятия должны проводиться с учетом совокупности факторов, приводящих к потреблению ПАВ. По данным литературы [1;2;6;14; 16;19], к числу значимых факторов риска относятся наследственная отягощенность злоупотреблением ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе, преморбидные личностные девиации, нарушение состава родительской семьи, дефекты семейного воспитания, влияние асоциальной среды, раннее начало употребления ПАВ.

Для построения эффективных программ профилактики необходим тщательный анализ клинико-биологических, социально-психологических и индивидуально-психологических факторов риска возникновения зависимости от ПАВ, вариантов их сочетанного взаимодействия, что и явилось **целью** нашего исследования.

Материал и методы исследования. Для анализа факторов, способствующих приобщению к употреблению ПАВ, было проведено комплексное клинико-психопатологическое и катamnестическое исследование 129 больных алкоголизмом и опийной наркоманией, находящихся на лечении в Курской областной наркологической больнице и наркологическом отделении Курской психиатрической больницы (средний возраст больных составил $36,57 \pm 11,03$ лет), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 90 здоровых лиц со средним возрастом $36,01 \pm 12,97$ лет и сходными с основной группой половыми и социально-демографическими характеристиками. При исследовании всех испытуемых заполнялась специально разработанная формализованная индивидуальная карта больного и здорового человека.

Для изучения сочетанного воздействия факторов риска развития зависимости от ПАВ у учащихся общеобразовательных учреждений и разработки дифференцированных программ первичной профилактики было проведено клинико-психопатологическое (с заполнением индивидуальной карты школьника) и психодиагностическое исследование 82 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений №27, №40, №52, №55 и ОГОШИ «Лицея-Интерната №1» г. Курска в воз-

расте $15,4 \pm 0,31$ лет (38 девушек и 44 юноши). Психодиагностический метод был представлен патохарактерологическим диагностическим опросником (ПДО) А.Е. Личко, тестом «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел), шкалой тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и тестом «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевич.

Статистическая обработка результатов включала в себя t-критерий Стьюдента для определения достоверности разности средних и относительных величин и полихорический показатель связи (χ^2) для измерения сопряженного разнообразия признаков двух категорий.

Результаты исследования. В результате статистической обработки полученных данных было выявлено значимые различия в частоте встречаемости в анамнезе больных, страдающих зависимостью и здоровых людей ряда клинико-биологических, социально-психологических и индивидуально-психологических факторов [20;21]. К клинико-биологическим факторам риска отнесены наследственная отягощенность зависимостью от ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, перенесенные черепно-мозговые травмы, соматическая и психическая патология. Социально-психологические факторы риска представлены нарушением состава родительской семьи (неполные и «деформированные» семьи), дефектами семейного воспитания (гипер- и гипоопека), влиянием асоциальной среды, ранним началом употребления ПАВ. Индивидуально-психологические факторы включают склонность к аддиктивному и делинквентному поведению. К этой группе факторов риска также отнесены акцентуации характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов [11;19], пониженную стрессоустойчивость, повышенную тревожность и сниженную способность к социальной адаптации [15], выделенные на основе данных специальной литературы из-за сложностей диагностики преморбидных качеств личности у больных с изменениями личности в результате зависимости от ПАВ.

В результате исследования школьников было установлено, что наиболее распространенными на данный момент времени являются клинико-биологические факторы [20]. Проанализировав имеющиеся корреляционные взаимосвязи, мы выделили три наиболее часто встречающихся типа сочетания факторов: 1-й – сочетание клинико-биологических и социально-психологических факторов; 2-й – клинико-биологических и индивидуально-психологических; 3-й – клинико-биологических, социально-психологических и индивиду-

ально-психологических факторов. Присутствие клинко-биологических факторов риска зависимости от ПАВ во всех рассмотренных случаях иллюстрирует их значительную распространенность и значимость в современной подростковой среде.

Заклучение

На основе полученных данных разработаны дифференцированные программы профилактики зависимости от ПАВ для учащихся общеобразовательных учреждений [14].

В структуре факторов риска у подростков большой удельный вес занимают клинко-биологические факторы. Это обстоятельство обуславливает необходимость их коррекции в первоочередном порядке. Наличие в анамнезе у подростков перинатальной патологии и черепно-мозговых травм достаточно часто приводит к развитию церебральной резидуально-органической недостаточности. Последняя является наиболее распространенной патологией среди непсихотических психических расстройств у подростков. Она играет важную роль в механизме формирования зависимости от ПАВ [16;21]. Таким подросткам рекомендуются курсы противоорганической терапии. Их длительность определяется скоростью наступления терапевтического эффекта и его стойкостью (продолжительность до 2-х месяцев, частота 2–3 раза в год) [17]. Основой противоорганической терапии являются ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы), стимулирующие интегративную деятельность головного мозга, активирующие мнестические и мыслительные процессы, повышающие устойчивость ЦНС к психическим нагрузкам. При применении ноотропных препаратов необходимо ориентироваться на особенности клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности. В результате обследования учащихся общеобразовательных учреждений подросткового возраста нами выделены следующие клинические разновидности данной патологии:

1. Когнитивные нарушения – снижение памяти (процессов запоминания и сохранения информации), сложности концентрации внимания, расстройства скорости и продуктивности мыслительных операций;

2. Гипердинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гипердинамический синдром) – снижение психической работоспособности, повышенная утомляемость, гиперестезии, вегетативная симптоматика, сочетающаяся с расторможенностью, недостаточностью активного внимания, повышенной аффективной возбудимостью, неустойчивостью поведения и настроения;

3. Гиподинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гиподинамический синдром) – стойкие астенические симптомы в виде вялости, низкой активности, повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со склонностью к сниженному настро-

ению вплоть до дисфорических эпизодов.

Обозначенные варианты клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности наблюдались у учащихся общеобразовательных учреждений либо в изолированном виде, либо в сочетании когнитивных нарушений в одних случаях с гиподинамическим, в других – с гипердинамическим типом церебрастенического синдрома.

В зависимости от особенностей клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности рекомендуется дифференцированное применение медикаментозных препаратов [3;8;18] (табл. 1).

При выявлении индивидуально-психологических факторов риска в виде акцентуации характера и склонности к девиантному поведению назначение медикаментозного лечения осуществляют только в случаях декомпенсации психического состояния подростка с выраженными поведенческими нарушениями. Для коррекции нарушений поведения, проявляющихся агрессивностью, повышенной импульсивностью, асоциальными поступками (не поддающихся психотерапевтическому воздействию), целесообразно назначение нейролептиков: *сонапакса* (до 15 лет – по 20-30 мг в сутки, старше 15 лет – 30-50 мг в сутки 3 раза в день), *неулеттила* (до 15 лет – от 2 до 20 мг в сутки, после 15 лет – от 5 до 40 мг в сутки в 2-3 приема после еды; утром 1/4—1/3 суточной дозы, оставшееся количество – в вечерние часы), *хлопротиксена (труксала)* (до 15 лет – от 7,5 до 45 мг в сутки, после 15 лет – от 15 до 100 мг в сутки, из расчета 0,5-2 мг на 1 кг веса, 3-4 раза в сутки, большую часть суточной дозы следует назначать вечером). Начинать курс лечения нейролептиками необходимо с низкой дозы препаратов, постепенно увеличивая её в дальнейшем до получения оптимального терапевтического эффекта. При отмене нейролептиков проводят постепенное снижение дозы.

При наличии расстройств адаптации с тревожными симптомами (в случаях неэффективности психотерапевтического воздействия) рекомендуется применение *сонапакса*, обладающего противотревожным эффектом (способ применения см. выше), *хлопротиксена (труксала)* в дозировке 15-50 мг в сутки, *фенибута* (способ применения см. выше). Наличие расстройств адаптации с депрессивными проявлениями обуславливает необходимость назначения *азафена* (в начальной дозе 25-50 мг, с постепенным увеличением до 0,15-0,2 г в сутки в течение 1-1,5 месяца) или *коаксила* (по 12,5 мг 3 раза в сутки перед едой). Отмена препарата производится после исчезновения симптоматики с постепенным уменьшением его дозировки.

Наиболее распространенным фактором риска развития зависимости от ПАВ среди подростков является наследственная отягощенность алкогольной зависимостью. В этих случаях развитие заболевания во многом обусловлено сопутствующими социально-психологическими и индивидуально-психологическими факторами риска. При наличии неблагоприятных

Таблица 1

**Дифференцированная медикаментозная коррекция церебральной
резидуально-органической недостаточности**

Ведущие клинические синдромы	Перечень препаратов, их разовая и суточная доза	Длитель- ность курса лечения
Когнитивные нарушения	<i>Кортексин:</i> внутримышечно 1 раз в день 10 мг в 1-2 мл 0,5% раствора новокаина, физиологического раствора или воды для инъекций	30 дней
	<i>Церебролизин:</i> Внутримышечно 1 раз в день по 1 мл на 10 кг массы тела	10-20 дней
	<i>Пирацетам (луцетам, мемотропил, ноотропил):</i> внутривенно, внутримышечно и внутрь, средняя терапевтическая доза – 1200-1600 мг, максимальная – 2400 мг; 2-3 раза в день преимущественно в первую половину дня.	30-60 дней
	<i>Пиридитол (пиритинол, энербол, энцефабол):</i> внутрь в суточной дозе 200-300 мг (10-15 мл). В первые 10 дней прием препарата только утром и днем (в меньших дозах). Затем утреннюю и дневную дозу увеличивают и добавляют третий прием. При нарушениях сна последнюю дозу следует назначать не позднее 18 часов	30-60 дней
	<i>Пикамилон:</i> внутрь, до 15 лет – по 0,05 г 2 раза в день; старше 15 лет – по 0,05 г 3 раза в день.	30 дней
	<i>Семакс 0,1%:</i> по 2-4 капли в каждый носовой проход (в одной капле стандартного раствора содержится 50 мкг активного вещества). Разовая доза составляет от 200 до 2000 мкг (из расчета 3-30 мкг/кг). Суточная доза – 500-5000 мкг (из расчета 7-70 мкг/кг).	7-14 дней
	<i>Когитум:</i> внутрь 2 ампулы утром (20 мл) в неразведенном виде или с небольшим количеством воды.	21-30 дней
	<i>Мемоплант (танакан):</i> по 1 таблетке (40 мг) или 1 мл раствора для приема внутрь 2-3 раза в сутки во время еды (80-120 мг в сутки).	60 дней
Астено- гиподинами- ческий синдром	<i>Пирацетам:</i> способ применения см. выше	30-60 дней
	<i>Пиридитол:</i> способ применения см. выше	30-60 дней
	<i>Когитум:</i> способ применения см. выше	21-30 дней
Астено- гипердинами- ческий синдром	<i>Пантогам (пантокальцин):</i> внутрь через 15-30 минут после еды 3 раза в день, разовая доза – 2,5-3 г/сут. Дозу наращивают в течение 7-12 дней. Прием максимальной дозы продолжается 15-40 дней. Затем доза постепенно уменьшается до отмены в течение 7-8 дней.	30-40 дней
	<i>Фенибут:</i> внутрь до еды по 250 мг 3 раза в день.	60 дней
	<i>Глицин:</i> внутрь по 1 таблетке (0,1 г) 2-3 раза в день	30-60 дней

социально-психологических факторов (дефекты семейного воспитания, нарушение состава родительской семьи, влияние асоциальной микросреды) оптимальным методом коррекции является системная *семейная психотерапия* (СП). Подросток в этом случае рассматривается как носитель симптома неблагополучия семьи. Семья, в свою очередь, – как целостная система, представляющая собой нечто большее, чем сумму ее частей. При этом что-либо, затрагивающее семью в целом, влияет на каждого ее члена, а изменение в состоянии одного члена семьи находит отражение в изменении состояния всех его близких. При этом семья, как любая система, стремится к сохранению равновесия, поэтому у нее очень большой потенциал для самосохранения и развития. Она является не только первопричиной проблем подростка, но и необходимым условием и мощным резервом его развития и становления как личности. Ни врач, ни рекомендации психолога, ни советы друзей не могут дать семье больше, чем члены семьи способны сделать друг для друга. От специалистов требуется помощь в виде активации положительных изменений семейной динамики, указания верного направления движения.

СП включает в себя 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В.В., 1989):

1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Длительность СП обуславливается выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале СП проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее – 1 раз в 3 недели.

К задачам СП в рамках профилактической работы относятся следующие:

- информирование родителей о роли и месте семьи в развитии зависимости у подростка, о возможных семейных причинах наркотизации;
- информирование родителей о признаках употребления подростком ПАВ;
- оптимизация системы внутрисемейного воспитания;
- нормализация родительско-детских отношений и снижение их конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростком на семейную ситуацию;
- повышение ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

Поставленные задачи невозможно решить с помощью только одного психотерапевтического подхода. В данном случае необходима гибкость тактики лечебного воздействия, индивидуальный подбор методов диагностики и коррекции. К наиболее эффективным и апробированным техникам диагностического этапа относятся: социометрические методики, построенные на том, что все члены семьи выбирают (или отвергают)

партнеров для совместной работы, совместного проведения свободного времени и т.п.; метод циркулярного опроса, заключающийся в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними; невербальные методы, основанные на анализе взаиморасположения членов семьи в пространстве (как спонтанного, так и заданного специальными упражнениями: «Построение семейной скульптуры», «Организация семейного пространства»); наблюдение за совместной деятельностью членов семьи, например, при строительстве соломенной башни. На последующих этапах – ликвидации конфликтов и реконструкции отношений – эффективно использование метода групповой дискуссии, совместного анализа и интерпретации взаимоотношений, анализа аудио- и видеозаписей сеансов, разыгрывания семейных ролей (особенно с их попеременной сменой между членами семьи), создания «живых скульптур». Реконструкция отношений должна сопровождаться обучением правилам конструктивного спора, навыкам эмпатического общения. Также целесообразно предоставления заданий по модификацию поведения. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Молчаливому члену семьи можно предложить высказаться, в то время как лидер должен молчать в течение 5 минут. Сыну, который чаще общается с матерью, можно предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр. Детям на несколько дней поменяться ролями со своими родителями и т.п. При этом стимулируется любая совместная деятельность. Эффективно использование кинотерапии, заключающейся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующим совместным обсуждением. На поддерживающем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения нового ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, наблюдается динамика внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Семейная психотерапия является наиболее эффективным, но, в то же время – наиболее трудоемким методом психокоррекционного воздействия на неблагоприятные микросоциальные факторы. Если ее проведение является невозможным в силу технических причин (несовпадение свободного времени у членов семьи и т.п.) или подросток отказывается от участия в СП, то более доступным, но не менее эффективным методом в данном случае может служить *тренинг родительской компетенции*. Родители составляют значительную часть микросоциального окружения подростка, способны влиять на приобретение им социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении проблем. Изменения в их поведении и образе жизни оказывают значи-

тельное влияние на опыт и поведение ребенка. Следует заранее (за две-три недели) пригласить родителей для участия в тренинге, доступно изложить его цель, план и методику, выяснить наличие препятствий для совместной работы. Подбирая группу, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходить оба партнера, что помогает следить за особенностями семейной динамики. Оптимальным вариантом проведения тренинга являются занятия в группе численностью от 6 до 8 человек с частотой 1 раз в неделю продолжительностью 2 часа (6 занятий). Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение, сплачивает родителей. Вначале проводится анализ стереотипов поведенческих взаимодействий, определяется круг проблем во взаимоотношениях с подростком. Продумываются и совместно прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные подходы. При этом можно использовать такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры и видеонаблюдение. Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации. На занятиях необходимо производить обучение родителей навыку выявления своей позиции и позиции подростка методом трансактного анализа, способам передачи подростку ответственности за свои поступки и разрешения конфликтов.

В результате проведения тренингов родители должны научиться формировать равноправные взаимоотношения с подростком, адекватную самооценку в роли родителя. Информационный компонент включает знакомство с внешними признаками употребления различных ПАВ, проявлениями зависимости от них. Важной является правовая информация об ответственности родителей за воспитание детей и их правонарушения.

Следует учитывать, что изменение воспитательных подходов ведет в переходной фазе к неуверенности воспитателя. Это может привести к временному усилению симптоматики у подростка после родительского тренинга. Поэтому в некоторых случаях улучшение проявляется после определенной латентной фазы. Важно, чтобы родители были осведомлены о возможных критических периодах и чтобы в эти периоды с родителями и подростком проводились поддерживающие беседы.

При наличии *индивидуально-психологических факторов риска* развития зависимости от ПАВ (склонности к девиантному поведению, акцентуаций характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов, повышенной тревожности и др.) психотерапевтические мероприятия должны включать *тренинговую работу с подростками* с целью развития способности к сознательной психологической саморегуляции, фор-

мирования позитивных жизненных целей, мотивации к сохранению здоровья, функциональных стратегий поведения, препятствующих употреблению ПАВ [12]. Информационный компонент работы, реализуемый в процессе тренинга, включает, наряду с традиционной информацией о вреде ПАВ для физического здоровья, обсуждение причин и последствий их употребления, форм заболеваний, связанных с ними, анализ этических и духовных аспектов проблемы, связь употребления ПАВ и другими формами саморазрушающего поведения, с особенностями личности, общения, стрессом и путями его преодоления. Информация о ПАВ не дается в лекционной форме, а включается в дискуссию на этапе, когда реализованы три важнейших направления работы: 1-осознание собственных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения; 2-развитие этих ресурсов; 3-развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровому образу жизни и препятствующего злоупотреблению ПАВ. Важнейшим компонентом работы является выполнение домашних заданий, предназначенных для включения в профилактическую работу членов семьи и друзей; для самостоятельного осмысления, полученного на занятиях и в жизни опыта.

Для подростков, испытывающих сложности социальной адаптации, целесообразно проведение *тренинга коммуникативных навыков* (5 занятий по 40 минут в группе численностью 12-15 человек с частотой 1 раз в неделю), со сниженной способностью справляться со стрессовыми ситуациями – *тренинга стрессоустойчивости* (10 занятий 1 раз в неделю по 80 минут в группе из 6-12 человек с использованием релаксационных, медитационных упражнений, ролевых и психологических игр) [7]. При наличии повышенного уровня личностной тревожности показана комбинация индивидуальной поведенческой и семейной психотерапии.

Обучение умению отказаться от предложения принять ПАВ, формирование навыков регулирования эмоций, разрешения конфликтов, эффективного общения, принятия решений также возможно осуществлять в процессе *групповой психотерапии*. Занятия проводятся в группе численностью от 7 до 15 человек с частотой 1 раз в неделю. Их продолжительность 1 академический час (рекомендуется 15-20 занятий).

В случае возможности индивидуальной работы с подростком наиболее оптимальным методом психокоррекционного воздействия является *когнитивная поведенческая психотерапия*. Она основана на положении, что чувства и поведение человека определяются не ситуацией, в которой он оказался, а восприятием этой ситуации. Целью когнитивной поведенческой психотерапии является формирование более адаптивных паттернов поведения через изменение привычных стереотипов мышления, освоение новых способов видения сложившейся ситуации. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосроч-

ный курс, состоящий из 10 – 20 сеансов с частота 1 – 2 раза в неделю.

Литература:

1. Альтшуллер В.Б. Наркомания – дорога в бездну. / В.Б. Альтшуллер, А.В. Надежин. – Москва, 2000. – 29 с.
2. Благина И.А. Динамика аддиктивного поведения у детей с резидуально-органическим психосиндромом / И.А. Благина, Н.Е. Буторина, Е.Н. Кривулин. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 36-40.
3. Бурчинский С.Г. Пирацетам: новые открытия, новые возможности [Электронный ресурс] / С.Г. Бурчинский // Газета «Еженедельник аптека» от 27.09.2004 г. – № 37 (458). <http://www.apteka.ua/archives/458/21115.html>
4. Бохан Н.А. Современные тенденции наркологической ситуации среди подросткового населения / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Л. Трефилова. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 40-42.
5. Егоров А.Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1. – С. 22-34.
6. Измайлова И.Г. Хроническая посттравматическая головная боль после легкой черепно-мозговой травмы в детском возрасте / И.Г. Измайлова, О.А. Колосова, В.В. Белопасов. // Российская научно-практическая конференция с международным участием «Хронические болевые синдромы»: тезисы докладов (23-25 мая 2007 г., г. Новосибирск). – Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007. – С. 156-161.
7. Каменюкин А.Г. Антистресс-тренинг, 2-е изд. / А.Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак. – СПб: Питер – 2008. – 224 с.
8. Карпов А.М. Результаты изучения применения мебикара и ноотропных препаратов с целью повышения эффективности трудовой реабилитации инвалидов - психически больных / А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макарачиков. // Неврологический вестник. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3-4. – С.38-41.
9. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических расстройств среди подростков в России в 2007 г. / Е.А. Кошкина. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным уча-

стием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 72-73.

10. Кошкина Е.А. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Е.А. Кошкина, К.В. Вышинский, Н.И. Павловская, И.А. Збарская, О. И. Антонова // Наркология. – 2010. – № 4 – С. 27-36.
11. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. / А.Е. Личко. – М.: Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.
12. Макарычева Г.И. Тренинг для подростков: профилактика асоциального поведения. / Г.И. Макарычева. – СПб: Речь, 2007. – 192 с.
13. Надеждин А.В. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией подросткового возраста / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова. // Наркология, 2002. – №7. – С. 35-40.
14. Погосов А.В. Мероприятия профилактики зависимости от психоактивных веществ для учащихся общеобразовательных учреждений (медикаментозная и психотерапевтическая коррекция в группе риска): Методические рекомендации. / А.В. Погосов, Т.А. Филатова. – Курск: КГМУ, 2009. – 15 с.
15. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002. – 206 с.
16. Психопатологические расстройства резидуально-органического круга при юношеском алкоголизме / Д.В. Детков, К.Ю. Ретюн-ский, Д.Я. Ойкер и др. [Электронный ресурс] // Информационно-поисковый портал «Медгородок.ру». – Уральский медицинский журнал. Психиатрия. – 2007. – № 4 (32) <http://www.urmj.ru/arhpsih07.htm>
17. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 2004. – 896 с.
18. Сухотина Н.К. Пантогам как средство лечения пограничных нервно-психических расстройств / Н.К. Сухотина. // Медлайн экспресс. – 2006. – №4(187). – С. 44-45.
19. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией / Ю.Б. Тузикова. // Вопросы наркологии, 2001. – №5 – С.26-34.
20. Филатова Т.А. Профилактика употребления психоактивных средств в подростковой среде / Т.А.Филатова, А.В. Погосов, Н.С. Степашиов. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – №3 – С. 79-87.
21. Филатова Т.А. Предикторы развития зависимости от психоактивных средств / Т.А. Филатова // Материалы II Архангельской международной медицинской конференции молодых ученых и студентов «Бюллетень Северного государственного медицинского университета (выпуск XXII)» – №1 – 2009. – Изд-во Северного государственного медицинского университета – С.23.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ

О.В. Погосов, Т.О. Філатов

У результаті дослідження хворих на алкоголізм і опійну наркоманію в порівнянні зі здоровими людьми позначені найбільш значущі клініко-біологічні, соціально-психологічні і індивідуально-психологічні фактори ризику, які сприяють формуванню залежності від психоактивних речовин. На основі аналізу факторів ризику вживання психоактивних речовин серед учнів загальноосвітніх закладів, варіантів їх сполученої дії, розроблені комплексні диференційовані програми первинної профілактики вживання психоактивних речовин у підлітковому середовищі.

Ключові слова: первинна профілактика, психоактивні речовини, фактори ризику

THE PROPHYLAXIS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADDICTION AMONG PRIMARY SCHOOL PUPILS

A.V. Pogosov, T.A. Philatova

According to the results of investigation of the persons suffering from alcohol addiction and drug addiction to opium in comparison with healthy ones the most important clinical-biological, social-psychological and individual risky factors, which contribute to the formation of psychoactive addiction, are determined. Taking into consideration the analysis of risky factors of taking psychoactive substances, which are consumed by pupils, the variants of its influence determination complex differentiated programs of prophylaxis of taking psychoactive substances among students were worked out.

Keywords: primary prophylaxis, psychoactive substances, risky factors

УДК 616-036.12-039.57-08:615.214

И.С. Рыткис¹, А.Ю. Васильева¹, А.В. Гуркова²
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТАБАКОКУРЕНИЯ
И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины²

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, распространенность, клинические особенности, лечение, профилактика

Табакокурение продолжает оставаться одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества, представляя серьезную опасность для здоровья населения. Никотин наряду с алкоголем и кофеином относится к «легальной триаде» психоактивных веществ, употребление которых (при определенных возрастных ограничениях на приобретение табачных изделий и спиртных напитков) не преследуется законом в странах европейской культуры [1-2].

На сегодняшний день табакокурение рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как глобальная медико-социальная проблема. Согласно данным ВОЗ, ежегодно от обусловленных табаком болезней умирает около 5 миллионов человек, и, если нынешние тенденции распространенности курения будут сохраняться, то к 2030 году эта цифра достигнет 10 миллионов [3]. В настоящее время курят 36% мужчин и 8% женщин в мире [4].

Ситуация с курением табака в Украине оценивается экспертами ВОЗ как критическая, которая приобрела масштабы эпидемии среди населения Украины. К курению ежегодно приобщаются 500 тысяч молодых людей, а каждый третий курит табак более 20 лет [4]. Количество курильщиков, особенно среди трудоспособного населения, является одним из самых больших в странах Европы: курит 66% мужского населения старше 15 лет (из них 62% курит ежедневно, а 4% — периодически) и 20% женского населения (17% — ежедневно, 3% — эпизодически). У мужчин интенсивность курения чаще составляет от 10 до 20 сигарет в сутки (79,6%), а у женщин — до 10 сигарет (71,8%).

Согласно данным "Всемирного исследования взрослого населения о потреблении табака" (GATS) [5], который проводился в рамках сотрудничества правительства Украины с Всемирной организацией здравоохранения, распространенность ежедневного курения за последние 5 лет в стране снизилась на 27%. Если в 2005 году каждый день в стране курили 14,1 млн. человек, из них 10,7 млн. мужчин (62,3%) и 3,4 млн. женщин (16,7%), то в 2010 г. количество ежедневных курильщиков в государстве снизилось до 10,2 млн. человек (8,3 млн. мужчин и 1,9 млн. женщин). По стандартизованным показателям распространенности курения среди взрослых в 2006 году (45%) Украина занимала четвертое место в мире, уступая лишь Греции, Науру и России. В 2009 году этот показатель уменьшился до 32% и теперь наша страна делит 24-29

места вместе с Непалом, Испанией, Сербией, Тунисом и Соломоновыми островами (из 147 стран, по которым имеются данные). Самые высокие показатели распространенности курения в 2009 году (40% или более) наблюдались в таких странах, как Греция, Австрия, Россия, Албания, Босния и Герцеговина, а также в маленьких тихоокеанских странах: Кирибати, Науру, Самоа и Папуа-Новая Гвинея. По стандартизованному показателю распространенности курения среди мужчин в 2006 году (65%) Украина уступала только России, а в 2009 году этот показатель уменьшился до 50% и теперь она делит 14-17 места вместе с Латвией, Литвой и Малайзией [6].

С 11.02.2010 года действует Закон Украины «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення».

6.06.2011 года в Верховном Совете Украины был зарегистрирован законопроект № 8635, согласно которому предлагается установить полный запрет курения водителям транспортных средств во время вождения, а также вводится запрет на курение во всех других транспортных средствах, в которых находятся лица в возрасте до 16 лет. В настоящее время действует запрет на курение в общественном транспорте (метро, автобусах, маршрутных такси, троллейбусах и трамваях).

Полное запрещение рекламы табака, обеспечение выполнения законодательства по защите людей от табачного дыма, последующее повышение табачных акцизов, организация системы помощи в прекращении курения способны и в дальнейшем уменьшить его распространенность. Кроме того, производство сигарет в Украине за первое полугодие 2011 года сократилось на 16% по сравнению с объемом, произведенным за аналогичный период 2010 года [7]. Так, за период с января по июнь 2011 года производство сигарет, содержащих табак, или смесей табака с его заменителями, сократилось на 16%, то есть до 44,8 млрд. штук. В июне производство сигарет составило 9,1 млрд. штук, что на 12,6% ниже уровня июня прошлого года и на 8,4% больше уровня мая 2011 года.

Отказ от курения, как и от других форм потребления табака, проблематичен в силу аддиктивных свойств. По данным Королевского колледжа врачей Великобритании, зависимость от сильнее, чем герои-

новая [8-10]. В преамбуле по борьбе против табака [11] сказано: «...сигареты и некоторые другие изделия, содержащие табак, являются высокотехнологичными изделиями, разработанными таким образом, чтобы создавать и поддерживать, и что многие содержащиеся в них компоненты и выделяемый ими дым являются активными, и, и, а также что зависимость от табака классифицируется в основных международных классификациях болезней как отдельное расстройство...». В развитии и становлении табачной зависимости можно выделить несколько этапов: *любопытство к сигарете*, которое приводит к пробам закурить (обычно это происходит в детском или подростковом возрасте); *игра с сигаретой* (периодическое курение, становление привычки табакокурения); *эпизодически-ситуационное курение* (курение только в определенных ситуациях: в компаниях, за каким-то определенным занятием, или напротив, когда нечем заняться); *регулярное привычное курение* (курение каждый день, уже в большем числе ситуаций, но не более 10 сигарет); *регулярное зависимое курение* (курение становится регулярным, ежедневным, в день выкуривается 10-20 сигарет); *выраженная табачная зависимость* (выкуривается более 20 сигарет в день, курильщику трудно обходиться без курения более часа).

Табачная зависимость формируется очень быстро с появлением регулярности курения. Считается, что первые признаки "никотинового голода" начинают проявляться, если человек выкуривает 5 сигарет в течение недели (1 сигарету в день). У детей и подростков привыкание к никотину происходит в 2-3 раза быстрее, чем у взрослых.

Никотиновая зависимость — хроническое состояние, аналогичное другим видам зависимости от каких-либо веществ, требующее повторных вмешательств для достижения и поддержания стойкого отказа от курения [12]. Содержащийся в табаке никотин вызывает развитие приверженности к курению. После нескольких недель ежедневного курения его прекращение обычно сопровождается синдромом отмены. Никотин действует на Н-холинорецепторы, которые находятся в нейронах ганглиев симпатической и парасимпатической нервных систем, нервно-мышечных синапсах, мозговом веществе надпочечников и центральной нервной системе (ЦНС) [12;13]. В головном мозге никотиновые рецепторы расположены в основном на пресинаптических терминалах различных структур, а воздействие на них в зависимости от места расположения может оказывать как стимулирующее, так и тормозящее действие. Никотин, модулируя ацетилхолиновые рецепторы, инициирует выброс норадреналина, серотонина, дофамина, ацетилхолина, ГАМК, глутамата и эндорфинов [14;15]. Небольшие дозы никотина возбуждают ЦНС. В головном мозге наибольшее связывание никотина происходит в гипоталамусе, гиппокампе, таламусе, среднем мозге, стволе мозга, коре, полосатом теле и нейронах мезолимбической области. Длительное потребление никотина снижает чувствительность Н-хо-

линорецепторов к ацетилхолину, приводит к образованию дополнительных ацетилхолиновых рецепторов в головном мозге [16], отличающихся повышенным сродством к никотину [17;18], что объясняет возникновение толерантности и физической зависимости. Недавние исследования показали, что никотиновые Н-холинорецепторы типа б4- и в2-компонентов, обладают наибольшей чувствительностью к никотину, достигающей 50% максимальной активации при концентрации никотина от 0,1 до 1 мкмоль/л [19] и играют важную роль в возникновении зависимости [20;21]. Курение стимулирует дофаминергическую мезолимбическую систему, которая занимает ключевое место в развитии зависимости от ПАВ [22-25]. Кроме того, табакокурение приводит к снижению активности моноаминоксидазы типа А, что способствует увеличению уровня дофамина. В последнее время установлено, что префронтальная кора, амигдала и гиппокамп через глутамат- и ГАМКергические системы активно участвуют в формировании никотиновой зависимости [26, 27].

WHO, World Bank, Tobacco Control [28] признает важность борьбы с табачной зависимостью среди разных групп населения для снижения распространенности табакозависимых болезней и связанных с ними смертей и идентифицировал 6 эффективных направлений: контроль курения, увеличение цены на сигареты и другую табачную продукцию, ограничение и запрещение курения в общественных местах, улучшение информации, включая проведение кампаний, использование средств массовой информации [29]. После введения во Франции в 2008 году в действие запрета на курение в общественных местах, поступление в отделения интенсивной терапии пациентов с инфарктом миокарда снизилось на 15%, а в Италии, после введения в январе 2005 г. запрета на курение в общественных местах, число случаев острой коронарной недостаточности среди лиц в возрасте 35–64 лет снизилось на 11,2%. В странах, где аналогичная политика не проводится, продолжается рост табакокурения и, соответственно, смертности от этих заболеваний [30].

Курение является корригируемым фактором риска [31, 32] в отношении целого ряда заболеваний дыхательной [33-39], сердечно-сосудистой [40-48] систем и органов желудочно-кишечного тракта [49-51], онкологических заболеваний [52-60], [61-64], а также может утяжелять течение других, не обусловленных курением, болезней, ухудшая прогноз и качество жизни [65-68].

В последние годы большое значение придается пассивному курению [69-71]. Вдыхание вторичного дыма на 60% увеличивает риск заболеваний сердца и сосудов и на 22-32% повышает вероятность возникновения рака органов дыхания [72-75]. Боковой поток дыма, выделяемого сигаретой вне момента затяжки, в 4 раза вдыхаемого [76-77]. Приблизительно 25% рака легких у некурящих лиц исследователи связывают с пассивным курением [78]: жены заядлых курильщиков страдают от рака легких вдвое чаще, чем жены некурящих мужчин. Ежегодно около 50 млн. женщин вынужденно вдыхают

табачный дым в период беременности, что может стать причиной недоношенности, выкидыша и гибели плода на поздних сроках [61-64, 79]. По данным ВОЗ, каждый второй ребенок в мире, в той или иной мере, является пассивным курильщиком [80]. Дети курящих родителей чаще страдают острыми респираторными заболеваниями и бронхиальной астмой, отстают от сверстников в учебе и физическом развитии [81].

Коморбидность курения и психические расстройства. Ряд исследований [82-84] показал, что более чем у 60% людей, входивших в программу по отказу от курения, в анамнезе отмечали выраженные депрессивные расстройства; в этой группе смогли бросить курить в 2 раза меньше участников, чем в группе без аффективных расстройств [85]. Так, у бросивших курить участников с депрессивными расстройствами в анамнезе в 7 раз возросла вероятность повторной экзacerbации депрессии [85-86].

Табакокурение тесно связано и с другими психическими расстройствами. Если среди всех американцев курят табак около 23% населения, то среди пациентов с психическими расстройствами частота курильщиков в 2-4 раза выше. Показатели для разных психических расстройств представлены в таблице 1 [87].

Таблица 1

Коморбидность курения и психических заболеваний

Психические заболевания	Курящие, %
Шизофрения	45–88
Биполярное расстройство	51–70
Депрессия	40–60
Паническое расстройство	19–52
Обсессивно-компульсивное расстройство	7–22
Посттравматическое стрессовое расстройство	53–66
Зависимость от психоактивных веществ	75

Связь между шизофренией и курением была доказана по данным регрессионного анализа многими исследованиями [88]. Вдыхание никотина также может быть связано с нарушениями центральных никотинергических функций. Никотин ускоряет гейтирование р50 и усиливает нарушения в «следящих» движениях глаз, при этом активизируя процессы внимания [89-90]. Более того, исследования близнецов подтверждают гипотезу о наличии генетической подверженности к никотиновой зависимости и депрессии. Предполагаемые кандидаты включают систему цитохрома Р-450, метаболизирующего никотин, а также гены дофаминергической системы [89]. Только лишь в единственном исследовании не была подтверждена роль депрес-

сии в качестве независимого фактора риска отказа от курения [91], что подчеркивает недостаточность имеющихся данных.

Неблагоприятные взаимоотношения между аддиктивными и аффективными расстройствами, близкие к феномену взаимного утяжеления, отмечаются при табакокурении. Установлено, что пациенты, страдающие большим депрессивным расстройством, чаще приобретают привычку к курению, чем психически здоровые лица [92-95]. Перенесенные депрессивные состояния повышают риск прогрессирования никотиновой зависимости с нарастанием резистентности к специфическим средствам лечения [96-98]. Лицам, страдающим депрессиями, труднее удается прекратить курение [99]. В тоже время прекращение табакокурения повышает риск возобновления депрессивных симптомов, если до этого они отсутствовали [100]. Курение индивида (в том числе анамнестическое) при наличии случаев курения в семье увеличивает вероятность развития депрессивного расстройства, и, напротив, депрессия у индивида при наличии случаев депрессии в семье маркирует повышенный риск табачной зависимости. При этом высказывается точка зрения, что связь между курением и депрессией носит генетический, а не каузальный характер [101]. Никотиновая зависимость также связана с высоким риском суицидальных попыток, независимо от сопутствующих психических расстройств [102;103].

Проблема аффективных расстройств при табакокурении не исчерпывается эндогенными депрессиями. Кроме большого депрессивного расстройства, встречающегося у курильщиков достоверно чаще, чем у некурящих, никотиновая зависимость нередко проявляется неспецифическими и характерными для многих аддиктивных расстройств состояниями отмены со сниженным настроением, раздражительностью, ангедонией и другими симптомами, исчезающими или ослабевающими при своевременном назначении антидепрессантов.

Группой исследователей была изучена взаимосвязь между зависимостью от никотина и компульсивным влечением к употреблению алкоголя [104]. На основании полученных данных авторы приходят к заключению о том, что у зависимых от алкоголя пациентов тяжесть никотиновой зависимости связана с более высокой степенью тяги/влечения к употреблению алкоголя, что в свою очередь свидетельствует о сходных патофизиологических механизмах влечения к употреблению алкоголя и табака. Кроме того, табакокурение усиливает негативные последствия употребления алкоголя [105].

Один из важнейших мероприятий по борьбе с табакокурением и никотиновой зависимостью является широкое внедрение в практику методов психотерапии, эффективность которых подтверждена по современным критериям в рандомизированных контролируемых испытаниях, мета-анализах, систематических обзорах. Большинство курильщиков хотят бросить

курить и пытались делать это неоднократно. Так, около 28% курящих мужчин и 7% женщин серьезно пытаются бросить курить, но удается это лишь 9% мужчин и 2% женщин [106].

В рекомендациях по лечению табакокурения и никотиновой зависимости [107-109] выделяют 10 ключевых моментов, которые необходимо учитывать в практической деятельности

1. Зависимость от табака — хроническое заболевание, которое часто требует повторных вмешательств и неоднократных попыток прекращения курения. Существуют, однако, эффективные методы лечения, которые могут существенно повысить вероятность длительно отказа от курения.

2. Необходимо, чтобы клиницисты и работники системы здравоохранения постоянно определяли и документировали статус табакокурения и лечили каждого курильщика.

3. Лечение табачной зависимости эффективно в широком диапазоне субпопуляций (пол, возраст, состояние здоровья, образовательный уровень и т.д.). Врачи психиатры-наркологи должны поощрять желание каждого пациента сделать попытку прекратить курение, давать им соответствующие консультации и рекомендовать медикаменты, эффективность которых на сегодняшний день уже доказана.

4. Короткие курсы лечения никотиновой зависимости эффективны. Врачи психиатры-наркологи должны предложить каждому курящему пациенту хотя бы непродолжительное лечение методами, эффективными с позиций доказательной медицины.

5. Индивидуальные, групповые и телефонные консультации эффективны, и их результативность повышается по мере интенсификации лечения (медикаментозного).

6. Существует ряд медикаментов с достаточной эффективностью в лечении никотиновой зависимости, и врачи психиатры-наркологи, психотерапевты должны приложить все усилия для их использования пациентами, желающих отказаться от курения, за исключением случаев, когда имеются медицинские противопоказания.

Семь препаратов первого ряда (первые 5 содержат никотин) достоверно увеличивают вероятность длительного отказа от курения: никотинсодержащая жевательная резинка; никотиновый ингалятор; никотинсодержащие леденцы; никотинсодержащий назальный спрей; никотинсодержащий пластырь; варениклин и бупропион.

Врачи должны также рассматривать возможность применения комбинации препаратов в тех случаях, когда монотерапия недостаточно эффективна и в то же время доказана большая по сравнению с монотерапией эффективность комплексного лечения.

7. Психотерапия в комплексном лечении более эффективна.

8. Консультации в телефонном режиме и через интернет по вопросам прекращения курения позволя-

ют охватить более широкие слои населения.

9. Если курящий в настоящее время не склонен сделать попытку прекратить курение, необходимо мотивировать его на лечение в будущем.

10. Лечение табачной зависимости эффективно как клинически, так и экономически. Страховым агентам и работникам здравоохранения следует включать в страховые планы методы, имеющие доказанную эффективность, так как они экономически оправданы.

В России для лечения табачной зависимости зарегистрирован цитизин (табекс), производимый в Болгарии и являющийся препаратом растительного происхождения, содержащим алкалоид, выделенный из растения *Cytisus laburnum* (раkitник). По механизму действия он сходен с никотином. При курении на фоне приема цитизина эффект никотина суммируется с эффектом цитизина, что приводит к появлению неприятных симптомов передозировки этим препаратом. Это заставляет пациентов постепенно отказываться от курения, не испытывая при этом симптомов абстиненции, так как действие никотина заменяется действием цитизина [110]. Вместе с тем, эффективность цитизина значительно ниже, чем у парциального агониста никотина – варениклина [111].

Все рекомендованные выше методы медикаментозного лечения никотиновой зависимости, по данным мета-анализов, достоверно превосходят плацебо (табл. 2) [109, 112].

Данные мета-анализа, сравнившего эффективность 2-х не содержащих никотин препаратов — бупропиона и варениклина, свидетельствуют о существенной и достоверно большей эффективности последнего (табл. 3) [109; 112-115]. Больные, принимавшие варениклин, более чем в 2 раза чаще прекращали курить, чем при приеме бупропиона.

Таблица 2
Суммарная оценка влияния фармакотерапии на отказ лиц от курениязаболеваний

Фармакотерапия	Отношение шансов (95% ДИ)
Бупропион	2,12 (1,76-2,56)
Никотинсодержащая жевательная резинка	1,65 (1,37-2,01)
Никотиновый ингалятор	2,18 (1,38-3,45)
Никотиновый назальный спрей	2,37 (1,57 - 3,60)
Никотиновый пластырь	1,88 (1,60 - 2,22)
Никотиновые таблетки	2,06 (1,47-2,87)
Варениклин	2,55 (1,99-3,24)

Примечание: Источник - <http://medi.ru/doc/g846604.htm> ~ Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости (MEDI.RU) (рис. 1).

Таблица 3

**Прямое сравнение бупропиона и варениклина
в отношении прекращения курения
(бупропион применяли в контрольной группе)**

Исследо- вание	Число бросивших курить / Число участников		
	Плацебо	Вмеша- тельство	Отношение шансов (95% ДИ)
Gonzales et al.	48/344	99/352	2,33 (1,67-3,33)
Jorenby et al.	59/341	105/344	2,13 (1,53-2,96)
Nides et al.	6/123	10/126	2,04 (0,91-3,88)
Nides et al.	6/123	7/126	1,79 (0,65-3,21)
Nides et al.	6/123	18/125	2,73 (1,56-4,46)
Всего	113/808	239/1073	2,18 (1,09-4,08)

Примечание: Источник - <http://medi.ru/doc/g846604.htm> ~ Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости (MEDI.RU) (рис. 2).

Рядом авторов рекомендуется чаще применять монотерапию, но если она оказывается неэффективной, можно комбинировать лекарственные средства, например, сочетать бупропион с никотиновой заместительной терапией. Другие препараты, такие как нортриптилин (nortriptyline) [116], клонидин (clonidine) [117], селегилин (selegiline) [118] и римонабан (rimonabant) [119], также дают определенные положительные результаты. Однако на данный момент только нортриптилин и клонидин можно рассматривать как резервные, в случае если лекарственные средства первой линии оказались неэффективными. Применение этих двух препаратов ограничивается возможными побочными эффектами [120].

Никотиновая заместительная терапия. Трудность отказа от курения связана с проблемой преодоления синдрома отмены никотина, который сопровождается такими симптомами, как тревога, раздражительность, беспокойство, ухудшение концентрации внимания, повышение аппетита, желание употребить табак. Метод никотиновой заместительной терапии (НЗТ) обеспечивает поступление в организм чистого никотина в дозировке, которая вполне достаточна для преодоления синдрома отмены, снижения влечения к курению, что повышает эффективность лечения.

В настоящее время НЗТ доступна в различных вариантах, которые отличаются по способу введения и скорости абсорбции. Средства замещения никотина предлагаются в виде жевательной резинки, таблеток,

леденцов, трансдермальных систем (накожные пластыри), буккальных и назальных ингаляторов, а также специальных сигарет, выпускаемых промышленностью дифференцировано для лиц мужского и женского пола (например, сигареты Захарова, сигареты «Наши» и др.). Мета-анализ более чем ста клинических исследований показал, что все формы НЗТ являются примерно в равной мере эффективными средствами для прекращения курения [121-122]. Существуют данные, указывающие на то, что применение специального назального ингалятора повышает частоту успешных отказов от курения в 2-3 раза по сравнению с плацебо [123]. Эффективность НЗТ выше при более интенсивной психотерапевтической поддержке, а выбор его типа зависит от таких характеристик, как схема приема, чувствительность пациента к побочным эффектам, предпочтения и их доступность. Однако специальных исследований по комбинированию различных видов НЗТ на сегодняшний день проведено недостаточно. Установлено также, что повышение эффективности лечения путем комбинирования никотинового пластыря с другими видами НЗТ не нашло подтверждения. Незначительное количество исследований показали, что НЗТ хорошо переносится, не ведет к увеличению тяжести заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы и может быть использована даже спустя несколько дней после инфаркта миокарда [124]. Учитывая доказанную эффективность и немногочисленные противопоказания при приеме НЗТ ее можно рекомендовать для включения НЗТ в курс лечения всем лицам, курящим табак.

С клинической точки зрения для отказа от курения существуют эффективные методы лечения. В метаанализах некоторые антидепрессанты увеличивают частоту отказа от курения, что еще больше подтверждает близость синдромов отмены никотина и депрессии [89]. Например, применение бупропиона вдвое увеличивает частоту отказа от курения, а применение СИОЗС и венлафаксина не вызывает длительного эффекта [117]. В контролируемых исследованиях подтверждена эффективность индивидуальных поведенческих консультаций в формировании отказа от курения (OR 1,6, 95% CI 0,6-1,6). При этом кратковременные воздействия оказались так же эффективны, как и более интенсивные (OR 0,98, 95% CI 0,6-1,6) [125]. Заместительная терапия никотиновой зависимости фармакологически более эффективна по сравнению с плацебо [126].

В трех контролируемых исследованиях, в которых участвовали около 2000 человек, выкуривающих 15 сигарет и более в день, пациенты получали бупропион в течение 7 недель (в дозе 100, 150 или 300 мг в сутки) или плацебо. Воздержание от курения табака оценивалось с помощью индивидуальных дневников и проверялось уровнем СО в выдыхаемом воздухе. В результате было установлено, что 27% принимавших бупропион в дозе 150 мг в день и 36% – в дозе 300 мг/сутки достигли 4-х недельного воздержания, тогда как в

группе плацебо таких больных было всего 17%. Кроме того, лечение в течение 7 недель по 300 мг/день было более эффективно, чем плацебо, в поддержании ремиссии через 26 недель от начала исследования. Факторами, снижающими эффективность терапии, являлись мужской пол и длительный синдром отмены при предыдущих попытках отказа от курения. Важным показателем эффективности лечения явилось состояние после 2-х недельной терапии. Если пациент перестает курить после этого периода, то, вероятнее всего, курс терапии бупропионом будет успешным. Имеются данные, полученные в результате исследований, что бупропион более эффективен, чем никотиновый пластырь, а в сочетании с никотиновым пластырем еще более эффективен, чем только один пластырь [127]. В другом исследовании, в котором приняли участие 426 курящих со стажем не менее 10 лет, изучали эффективность бупропиона в сравнении с плацебо. У пациентов методами генетического анализа определяли функциональный генетический полиморфизм гена цитохрома CYP2B6, который участвует в метаболизме никотина. Результаты данного исследования показали, что у курящих, являющихся носителями гена низкоактивной формы данного цитохрома (около 25% людей), результаты лечения были лучше, чем у курящих с обычной формой CYP2B6. Вероятность повторного развития зависимости к никотину в последнем случае оказалась выше на 50%. Было также показано, что применение бупропиона является более эффективным у женщин с низкоактивной формой CYP2B6 [128]. Обнаруженную связь между наследственными факторами и исходами никотиновой зависимости важно учитывать при разработке индивидуальных для каждого пациента схем лечения.

В исследовании [129-130] 1025 курящих сравнивали эффективность препаратов варениклин, бупропион и плацебо в сочетании с психотерапией. Установлено (на основании данных, подтвержденных уровнем СО в выдыхаемом воздухе), что показатели отказа от курения на 9–12-й неделе составили 44% в группе варениклина, 17,7% – в группе плацебо и 29,5% – в группе бупропиона. На 9–52-й неделе эти цифры составили 21,9% против 8,4% и 16,1% соответственно [113;129;130]. В другом исследовании 1027 курящим табак в течение 12 недель назначали варениклин, бупропион либо плацебо. За 4 недели терапии отказались от сигарет 43,9% принимавших варениклин, против 17,6% и 29,8% в группах плацебо и бупропиона (различия статистически достоверны). Показатели отказа от курения на 9–52-й неделе достигали 23, 10 и 14,6% соответственно [114]. В исследовании эффекта варениклина по сравнению с плацебо у 1236 курящих было установлено, что после 12 недель приема препарата отказ от курения в группе варениклина сохранялся достоверно чаще, чем в группе плацебо: 70,5% против 49,6%. На 13–52-й неделе эти показатели составили 43,6% против 36,9% соответственно [131]. Кроме того, имеются данные о снижении на фоне приема

варениклина потребности в приеме алкоголя [132].

На основании метаанализа пяти рандомизированных исследований с общей численностью выборки 861 человек проведена оценка эффективности нортриптилина для облегчения отказа от курения в сравнении с препаратом бупропион и плацебо [133]. Установлено, что по сравнению с плацебо нортриптилин обладает достоверно более высокой эффективностью. Наибольшие различия между нортриптилином и плацебо наблюдались в первые месяцы прекращения курения. Показатель синдрома отмены в группе, принимавшей бупропион, был выше по сравнению с группой нортриптилина, однако эти различия не были статистически достоверны. Учитывая положительные результаты данного исследования, авторы рекомендуют нортриптилин в качестве резервного препарата на начальном этапе прекращения курения у лиц, резистентных к другим лекарственным средствам.

В таблице 4 представлена эффективность различных схем лечения никотиновой зависимости и табакокурения (по данным мета-анализа 83 исследований). Данные вышеприведенных исследований и мета-анализов свидетельствуют, что на сегодняшний день варениклин (производное алкалоида растительного происхождения цитозина) — является эффективным средством для лечения никотиновой зависимости [81;134].

Психотерапевтическая коррекция табачной зависимости. В процессе многочисленных исследований (31 РКИ, 26 000 участников) оценивалась эффективность консультаций о необходимости и способах отказа от курения, которые проводили врачи общей практики в больницах и поликлиниках, медикосанитарных частей на производстве и в учебных заведениях установлено, что советы врачей способствуют увеличению числа лиц, бросивших курить, в 1,69 раза. Консультации медицинских сестер также способствовали отказу от курения, тогда как коллективные лекции о пользе здорового образа жизни и вреде курения оказались малоэффективными. После консультаций или советов врача частота отказа от курения у зависимых составляет 10% [135].

Обзор 9 РКИ продемонстрировал в 1,55 раза большую эффективность индивидуальных сеансов психотерапии по сравнению с короткой беседой и советом врача общей практики. Групповая психотерапия оказалась эффективнее для самостоятельной работы, но была не намного лучше других вмешательств, основанных на личном контакте с врачом [135].

Обзор 24 РКИ не выявил заметного эффекта условно-рефлекторной терапии, как при использовании неспецифических раздражителей, так и при сочетании препарата, вызывающего неприятный вкус во рту, с дымом сигарет. Аверсивная психотерапия (быстрое курение, быстрое вдыхание и т.д.) увеличивает частоту отказа от курения и воздержание. При когнитивно-поведенческой психотерапии частота полного отказа от курения и сохранения воздержания от него составляет 15% [135]. Важным компонентом когнитивно-поведен-

Таблица 4

**Мета-анализ: эффективность препаратов в отношении воздержания от курения пластырем
(83 исследования)**

Препарат	Количество групп	Отношение шансов (95% доверительный интервал)
Никотиновый пластырь (группа сравнения)	32	1,0
Монотерапия		
Варениклин (2 мг/сут)	5	1,6 (1,3—2,0)
Никотиновый назальный спрей	4	1,2 (0,9—1,6)
Пластырь с высоким содержанием никотина (>25 мг, стандартно или длительно)	4	1,2 (0,9—1,6)
Никотиновая жевательная резинка (>14 нед)	6	1,2 (0,8—1,7)
Варениклин (1 мг/сут)	3	1,1 (0,8—1,6)
Никотиновый ингалятор	6	1,1 (0,8—1,5)
Клонидин	3	1,1 (0,6—2,0)
Бупропион МВ	26	1,0 (0,9—1,2)
Пластырь никотиновый (>14 нед)	10	1,0 (0,9—1,2)
Нортриптилин	5	0,9 (0,6—1,4)
Никотинсодержащая жевательная резинка	15	0,8 (0,6—1,0)
Комбинированная терапия		
Пластырь (>14 нед) + никотинзаместительная терапия (жевательная резинка или спрей)	3	1,9 (1,3—2,7)
Пластырь + Бупропион МВ	3	1,3 (1,0—1,8)
Пластырь + Нортриптилин	2	0,9 (0,6—1,4)
Пластырь + ингалятор	2	1,1 (0,7—1,9)
Антидепрессанты второго поколения + пластырь	3	1,0 (0,6—1,7)
Препараты, эффективность которых не доказана		
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	3	0,5 (0,4—0,7)
Налтрексон	2	0,3 (0,1—0,6)

Примечание: Источники — www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm (Table 6.28),

<http://medi.ru/doc/g846604.htm> ~ Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости (MEDI.RU) (табл. 1)

ческой психотерапии являются пособия по самопомощи в виде брошюр и буклетов, аудио- и видеокассет, а также компьютерных программ и он-лайн интернет-консультирования. В 12 РКИ оценивались пособия по самопомощи без личного контакта с врачом. Установлено, что самостоятельная работа с пособиями повышала частоту отказа от курения в 1,23 раза. По данным 8 РКИ индивидуально подобранные пособия были в 1,41 раза более эффективными, чем универсальные или заменяемые поэтапно. Показана эффективность сочетания самостоятельной работы с пособиями по самопомощи и консультациями психотерапевта по телефону по сравнению с использованием только одного из этих методов [135].

Таким образом, на сегодняшний день возможен выбор препаратов для лечения табакокурения и никотиновой зависимости, эффективных с позиций доказательной медицины — 5 никотинсодержащих (никотинзаместительная терапия) и 2 не содержащих никотин — бупропион и варениклин. Сочетание назначения лекарств с проведением психотерапевтической коррекции эффективнее, чем только прием лекарств или психотерапия, и до 30% повышает частоту отказа от курения у зависимых от никотина лиц.

Очевидно, что главная роль в системе мероприятий, направленных на борьбу с распространением табакокурения, отводится мероприятиям социально-экономического и общественно-политического харак-

тера. Однако, медицина традиционно играет исключительную роль не только в лечении, но и в профилактике табачной зависимости. Задача каждого медицинского работника, как активного члена общества, наделенного специальными знаниями, включает: формирование вокруг себя негативного общественного мнения по отношению к употреблению табака в любой форме, особенно несовершеннолетними; разъяснение физиологического вреда курения, включая пассивное курение, уделяя особое внимание созданию "бездымных зон" в окружении беременных женщин, детей и людей, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями; целенаправленную и продуманную деятельность по ориентации пациентов, имеющих обусловленный курением высокий риск развития осложнений основного заболевания, навсегда прекратить употребление табака; информирование и профессиональную помощь всем лицам, самостоятельно принявшим решение отказаться от курения; формирование позитивного образа медицинского работника путем отказа от курения и прочих вредных привычек, подрывающих его личный авторитет в области пропаганды здорового образа жизни.

Литература:

1. Левшин, В.Ф. Курение и табакизм: патогенез, диагностика и лечение / Левшин В.Ф. М.: Анахарсис, 2005. - 128 с. ISBN 5.
2. Косарев, В.В. Тенденции формирования и возможные пути профилактики табачной зависимости (по данным эпидемиологических исследований) / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Пульмонология. 2006. - № 3. - С. 119-124.
3. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362:847-852.
4. http://www.who.int/fctc/reporting/global_progress_report_ru_rev.pdf
5. <http://biz.liga.net/articles/EA100242.html>
6. http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf
7. <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. Hajerk P. Introduction: recognition and management of some possible consequences of stopping smoking / P.Hajerk // *Curr Med Res Opin*. - 2009. - Vol. 25 (2). - P. 509-510.
9. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/4-addiction.htm#4>
10. Doll R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. / R. Doll, R. Peto, J. Boreham, I. Sutherland // *British Medical Journal*. - 2004. - Vol. 328. - P. 1519-28.
11. http://www.who.int/fctc/text_download/ru/index.html
12. Сахарова Г.М. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов // Справочник поликлинического врача. - 2008. - С.14-15.
13. Abreu-Villaca, Y. Nicotine is a neurotoxin in the adolescent brain / Y. Abreu-Villaca et al. // *Brain Res*. 2003. - Vol. 25. - № 1-2. - P. 114-128.
14. Sullivan M.A. Nicotine dependence: the role for antidepressants and anxiolytics. / M.A. Sullivan, L.S. Covey // *Curr Opin Investig Drugs*. - 2002. - Vol. 3 (2). - P. 262-271.
15. Benowitz N. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2008, 83, 531.
16. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Ps* 2002; 143: 993-7.
17. Leonard S, Bertrand D. Neuronal nicotinic receptors: from structure to function. *Nicot Tobac Res* 2000; 3: 203-23.
18. Garrison G.D., Dugan S.E. Varenicline: A First-Line Treatment Option for Smoking Cessation. *Clin Therap* 2009;31:3:463-491.
19. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Varenicline. *Int J Clin Pract* 2006;60:571-576.
20. Picciotto MR, Zoli M, Rimondini R et al. Acetylcholine receptors containing the beta2 subunit are involved in the reinforcing properties of nicotine. *Nature* 1998; 391: 173-7.
21. Tapper AR, Mc Kinney SL, Nashmi R et al. Nicotine activation of alpha4 receptors: sufficient for reward, tolerance, and sensitization. *Science* 2004; 306: 1029-32.
22. Kenny PJ, Markou A. Neurobiology of the nicotine withdrawal syndrome. *Pharmacol, Biochem Behav* 2001; 70: 531-49.
23. Wise RA. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron* 2002; 36: 229-40.
24. Anthenelli R.M. Recent advances in the treatment of tobacco dependence. *Clin Neurosci Res* 2005;5:175-183.
25. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Гаврисюк Е.В. Варениклин— препарат нового поколения для лечения табачной зависимости. *Клиническая фармакология и терапия* 2009;18:3:1-5.
26. Dani JA, De Biasi M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2001; 70: 439-46.
27. George TP, O'Malley SS. Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *Trends Pharmacol Sci* 2004; 25: 41-8.
28. Рамочная конвенция по борьбе против табака A/FCTC/INB6/5 ВОЗ. — Женева. 2003.
29. http://www.who.int/fctc/text_download/ru/index.html
30. Масленникова, Г.Я. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе / Масленникова Г.Я., Оганов П.Г. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. № 6. - С. 17 - 20.
31. Чебаненко, Н.И. Влияние курения на состояние здоровья человека / Н.И. Чебаненко // Лики Украины. 2003. - № 2. - С. 59-63.
32. Ошакбаев, К.П. Факторы, ассоциированные с табакокурением / К.П. Ошакбаев, Ж. Абылайулы, Т.И. Аманов, Кожобекова Б.Н. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007. — № 2. — С. 22-56.
33. Nuorti, J.P. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. *Active Bacterial Core Surveillance Team*. N / J.P. Nuorti, J.C. Butler, M.M. Parley et al. // *Engl. J.* 2000. - Vol. 342, № 10. - P. 681-689.
34. Шпрыков, А.С. Табакокурение и туберкулез легких / А.С. Шпрыков, В.З. Жданов, А.З. Окарин. Нижний Новгород: Издательство НГМА. -2002.
35. Gajalakshmi, V. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls / V. Gajalakshmi, R. Peto, T.S. Kanaka et al. // *Lancet*. 2003. -Vol. 362.-P. 507-515.
36. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease / Executive Summary 2006. Medical Communications Resources, Inc. — 2006. - P. 1-32.
37. Заридзе, Д.Г. Курение основная причина высокой смертности россиян / Д.Г. Заридзе, Р.С. Карпов, С.М. Киселева и др. // Вестник РАМН. -2002.-№9.-С. 40-45.
38. Чучалин, А.Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, Ю.К. Новиков —М., 2001 — 14 с.
39. Leung, C.C. Smoking and tuberculosis in Hong / C.C. Leung, W.W. Yew, C.K. Chan et al. // *Kong. Int J Tuberc Lung Dis*. 2003. - Vol. 7, № 10. -P. 980-986.
40. Lind, P. Risk of myocardial infarction and stroke in smokers is related to plasma levels of inflammation-sensitive proteins / P. Lind, G. Engstrom, L. Stavenow et al. // *Arterioscler Thromb Vase // Biol*. 2004. - Vol. 24, № 3.-P. 577-582.
41. Bazzano, L.A. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States / L.A. Bazzano, J. He, P. Muntner et al. // *Ann Intern Med*. 2003. - Vol. 138, № 11. - P. 891-897.
42. Cooke, J.P. Nicotine and angiogenesis: a new paradigm for tobacco-related diseases / J.P. Cooke, H. Bitterman // *Ann Med*. 2004. - Vol. 36, № 1. -P. 33-40.
43. Critchley, J.A. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review / J.A. Critchley, S. Capewell // *JAMA*. 2003. - Vol. 290, № 1. - p. 86-97.
44. Critchley, J. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease / J. Critchley, S. Capewell // *Cochrane Database Syst Rev*. -2004. -№ 1.-41 p.
45. Goldenberg, I. Current Smoking, Smoking Cessation, and the Risk of Sudden Cardiac Death in Patients With Coronary Artery Disease / I.

- Goldenberg, M. Jonas, A. Tenenbaum et al. // *Archives of Internal Medicine*. -2003.-Vol. 163.-P. 2301-2305.
46. Iribarren, C. Cohort study of exposure to environmental tobacco smoke and risk of first ischemic stroke and transient ischemic attack / C. Iribarren, J. Darbinian, A.L. Klatsky et al. // *Neuroepidemiology*. 2004. - Vol. 23, № 1-2.-P. 38-44.
47. Jousilahti, P. Environmental tobacco smoke and the risk of cardiovascular disease / P. Jousilahti, K. Patja, V. Salomaa // *Scand J. Work Environ Health*. 2002. - Vol. 28, № 2. - P. 41-51
48. Mahonen, M.S. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations / M.S. Mahonen, P. McElduff, A.J. Dobson et al. // *Tob Control*. 2004. - Vol. 13, № 3. - P. 244-250.]
49. Abraham, N. Is smoking an indirect risk factor for the development of ulcerative colitis? An age and sexmatched case control study / N. Abraham, W. Selby, R. Lazarus, M. Solomon // *J. Gastroenterol Hepatol*. -2003.-Vol. 18, №2.-P. 139-146.
50. Wu, W.K. The pharmacological actions of nicotine on the gastrointestinal tract / W.K. Wu, C.H. Cho // *J. Pharmacol Sci*. 2004. - Vol. 94. - № 4. -P. 348-358. 351.
51. Wu, M.T. Relationship between site of oesophageal cancer and areca chewing and smoking in Taiwan / M.T. Wu, D.C. Wu, H.K. Hsu et al. // *British Journal of Cancer*. 2003. - Vol. 89. -№ 7. - P. 1202-1204.
52. Левшин, В.Ф. Табак и злокачественные новообразования / Левшин В.Ф., Заридзе Д.Г. // *Вопросы онкологии*. 2003. -Т. 49, № 4. - 391 с.
53. Hecht, S.S. Effects of reduced cigarette smoking on the uptake of a tobacco-specific lung carcinogen / S.S. Hecht, S.E. Murphy, S.G. Carmella et al. // *Journal of the National Cancer Institute*. 2004. - Vol. 96, № 2. - P. 107115.
54. Gray, N. More on the regulation of tobacco smoke: how we got here and where next / Gray N, Kozlowski LT. // *Ann Oncol*. 2003. - Vol. 14, №3. -P. 353-357
55. Limburg, P.J. Cigarette smoking and colorectal cancer: long-term, subsitespecific risks in a cohort study of postmenopausal women / P.J. Limburg, R.A. Vierkant, J.R. Cerhan et al. // *Clin Gastroenterol Hepatol*. -2003. Vol. 1, № 3. - P. 202-210.
56. Chao, A. Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. / A. Chao, M.J. Thun, E.J. Jacobs et al. // *Journal of National Cancer Institute*. 2000. - Vol. 92, № 23. - P. 1888-1896.,
57. Colangelo, L.A. Cigarette smoking and colorectal carcinoma mortality in a cohort with long-term follow-up / L.A. Colangelo, S.M. Gapstur, P.H. Gann, A.R. Dyer // *Cancer*. 2004. - Vol. 100, № 2. - P. 15288-15293.
58. Daling, J.R. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer / J.R. Daling, M.M. Madeleine, L.G. Johnson et al. // *Cancer*. 2004. - Vol. 101, № 2. - P. 270-280
59. Mack, W.J. A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer: cigarette smoking and consumption of alcohol, coffee, and tea / W.J. Mack, S. Preston-Martin, L. Dal Maso et al. // *Cancer Causes Control*. 2003. -Vol. 14, №8.-P. 773-785.
60. Ogimoto, I. Risk of death due to hepatocellular carcinoma among smokers and ex-smokers. Univariate analysis of JACC study data / I. Ogimoto, A. Shibata, Y. Kurozawa et al. // *Kurume Med. J*. 2004. - Vol. 51, № 1. p. 71-81.
61. Scott, A. Paternal smoking and pregnancy loss / A. Scott et al. // *Am. J. Epidemiol*. -2004.-Vol. 159.-P. 993-1001.
62. England, L.J. Effect of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants / L.J. England, J.S. Kendrick, H.G. Wilson et al. // *Am. J. Epidemiol* -2001. Vol. 154, № 8. - P. 694-701
63. Horta, B.L. Maternal smoking and the risk of early weaning: a metaanalysis / B.L. Horta, M.S. Kramer, R.W. Platt // *Am. J. Publ Health*. -2001. Vol. 91, № 2. - P. 304-307.
64. Jones, I.E. Associations of birth weight and length, childhood size, and smoking with bone fractures during growth: evidence from a birth cohort study / I.E. Jones, S.M. Williams, A. Goulding // *Am. J. Epidemiol*. -2004. Vol. 159, № 4. - P. 343-350.
65. Traber, M.G. Tobacco-related diseases. Is there a role for antioxidant micronutrient supplementation? / M.G. Traber, A. van der Vliet, A.Z. Reznick et al. // *Clin. Chest Med*. 2000. - Vol. 21.-№ 1.-P. 173-187.
66. Sofikitis, N. Effects of smoking on testicular function, semen quality and sperm fertilizing capacity / N. Sofikitis et al. // *J. Urol*. 1995. - Vol. 154. -№ 3. - P. 1030-1034.
67. Srivastava, A. Cigarette smoking and testicular cancer/ A. Srivastava, N. Kreiger // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004. - Vol. 13, № 1. - P. 49-54.
68. Ибрагимова К. О., Богданова С. Ю. Изучение показателя качества жизни курящих и некурящих студентов-психологов [Электронный ресурс] // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи* / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачеришвили. — Киев–Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper039.htm>.
69. Dayal, H.H. Passive smoking in obstructive respiratory diseases in an industrialized urban population / H.H. Dayal, S. Khuder, R. Sharrar et al. // *Environmental Research*. 1994. - Vol. 65. - P. 161-171.
70. Ezzati, M. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors / M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, C.J.L. // *Geneva, World Health Organization*. -2004.-P. 121-135.,
71. Panagiotakos, D.B. Effect of exposure to secondhand smoke on markers of inflammation: the ATTICA study / D.B. Panagiotakos, C. Pitsavos, C. Chrysoshoou et al. // *The American Journal of Medicine*. — 2004. Vol. 116.-№ 3. P. 145-150.
72. Glantz, S.A. Passive smoking and heart disease epidemiology, physiology and biochemistry / S.A. Glantz, W.W. Parmley // *Circulation*. 1991. -Vol. 83.-P. 1-12.213.
73. Glantz, S.A. Passive smoking and heart disease / Glantz, S.A., Parmley W.W. // *Journal of American Medical Association*. -1995 Vol. 273, № 13. -P. 1047-1053.
74. Law, M.R. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease / M.R. Law, N.J. Wald // *Prog Cardiovasc Dis*. 2003. - Vol. 46, № 1. - P. 31-38.
75. Pechacek, T.F. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? / T.F. Pechacek, S. Babb // *BMJ*. 2004. - Vol. 328. -P. 980-983.
76. Boffetta, P. Involuntary smoking and lung cancer / P. Boffetta // *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2002. - Vol. 28, №2.-P. 30-40
77. Khuder, S.A. Is there an association between passive smoking and breastcancer? / S.A. Khuder, V.J. Simon // *Eur. J. Epidemiol*. 2000. - Vol. 16, № 12. - P. 1117-1121.
78. Doll, R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors / R. Doll, R. Peto, J. Boreham, I. Sutherland // *BMJ*. -2004. -doi. 10.1136/bmj.38142.554479.
79. Novell, M.F. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial / M.F. Novell, J.M. Zakarian, G.E. Matt et al. // *BMJ*. 2000. - Vol. 321, № 7. - P. 337342.
80. Jarvis, M.J. Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys / M.J. Jarvis, E. Goddard, K. Higgins et al. // *BMJ*. 2000. - Vol. 321, № 7257. - P. 343- 345.
81. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости // *Справочник поликлинического врача №14-15 / 2008*
82. Glassman AH, Stetner F, Walsh BT et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988; 259: 2863-6.
83. Lasser, K. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study / K. Lasser, J.W. Boyd, S. Woolhandler et al. // *JAMA*. 2000. - Vol. 284, №20.-P. 2606-2610.
84. Breslau, N. Psychiatric disorders and stages of smoking / N. Breslau, S.P. Novak, R.C. Kessler // *Bio Psychiatry*. 2004. - Vol. 55, № 1. - P. 69-76.
85. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546-9.
86. Schumann, A. Prevalence, Characteristics, Associated Mental Disorders and Predictors of DSM-IV Nicotine Dependence / A. Schumann, U. Hapke, C. Meyer et al. // *Eur. Addict Res*. 2004. - Vol. 10. - № 1. - P. 29-34.
87. Kalman D, Morissette SB, George TP. Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14 (2): 106-23.

88. Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135–57.
89. Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. Smoking and depression. *Med Clin North Am* 2004; 88: 1483–94, x-xi.
90. Sacco KA, Bamnon KL, George TP. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *J Psychopharmacol* 2004; 18: 457–74.
91. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE et al. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 657–63.
92. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG et al. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990; 264 (8): 1541–6.
93. Isensee, B. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study / B. Isensee, H.U. Wittchen, M.B. Stein et al. // *Arch Gen Psychiatry*. 2003. - Vol. 60, № 7. - P. 692–700.
94. Johnson, J.G. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood / J.G. Johnson, P. Cohen, D.S. Pine et al. // *JAMA*. 2000. - Vol. 284. - P. 2348–2351.
95. McCaffery, J.M. A study of depressive symptoms and smoking behavior in adult male twins from the NHLBI twin study / J.M. McCaffery, R. Niaura, G.E. Swan et al. // *Nicotine Tob Res*. 2003. - Vol. 5, № 1. - P. 77–83.
96. Kendler KS, Neale MC, McLean CJ et al. Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (1): 36–42.
97. Martini, S. The association of tobacco smoking and depression in adolescence: evidence from the United States / S. Martini, F.A. Wagner, J.C. Anthony // *Subst Use Misuse*. 2002. - Vol. 37, № 14. - P. 1853–67.
98. Murphy, J.M. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends from the Stirling County Study / J.M. Murphy, N.J. Horton, R.R. Monson et al. // *Am J Psychiatry*. -2003.-Vol. 160, №9.-P. 1663–1669.
99. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG et al. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990; 264 (8): 1541–6.
100. Niaura R, Abrams DB. Stopping smoking: a hazard for people with a history of major depression? *Lancet* 2001; 357:1900–8 Picciotto, M.R. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression / M.R. Picciotto, D.H. Brunzell, B.J. Caldarone // *Neuroreport*. 2002. -Vol. 13.-№9.-P. 1097–1106.
101. Brust JCM. *Neurological Aspects of Substance Abuse*. New York: Elsevier, 2004
102. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA70/AA70.htm>
103. Johnson, J.G. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood / J.G. Johnson, P. Cohen, D.S. Pine et al. // *JAMA*. 2000. - Vol. 284. - P. 2348–2351.
104. Hillemecher T Nicotine dependence is associated with compulsive alcohol craving. / Hillemecher T, Bayerlein K, Wilhelm J, Frieling H, Thurauf N, Ziegenbein M, Kornhuber J, Bleich S. // *Addiction* 2006 Jun; 101(6):892–7.
105. Durazzo T.C. Cigarette smoking exacerbates chronic alcohol-induced brain damage: a preliminary metabolite imaging study/ Durazzo TC, Gazdzinski S, Banys P, Meyerhoff DJ. // *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 Dec; 28(12):1849–60.
106. Rigotti NA. The future of tobacco treatment in the health care system. *Ann Int Med* 2009; 150:496–497.
107. Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2008.
108. Александров А. А. Лечение табачной зависимости / А.А. Александров // *Медицинские новости*. – 2009. – №2. – С. 31–36,
109. Погосова Г. В. Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости / Г.В. Погосова, Н.М. Ахмеджанов, Н.П. Качанова, И.Е. Колтунов // *Профилактическая медицина*, 2009, №5, с. 29–34
110. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Гаврисюк Е.В. Табачная зависимость и ее лечение. *Врач* 2009; 4:4–7.
111. Cahill K., Stead L.F., Lancaster T. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2008. – Issue 3. Art. No: P. CD006103. DOI – P. 10.1002/14651858.CD006103.pub3. 4
112. Eisenberg M.J., Filion K.B., Yavin D. et al. *Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *CMAJ* 2008; 179:2:135–144.
113. Gonzales D, Rennard SI, Nides M et al. Varenicline, an a4b2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296 (1): 47–55.
114. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA et al. Efficacy of varenicline, an a4b2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296 (1): 56–63.
115. Nides M., Oncken C., Gonzales D. et al. // *Arch. Intern. Med.* – 2006. – Vol. 166. – P. 1561–1568. Nides M., Glover E. et al. Varenicline versus bupropion sr or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Amer. J. Health Behavior*; 2008, 32, 664–675.
116. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD000031.
117. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD000058.
118. George TP, Vessicchio JC, Termine A et al. A preliminary placebo-controlled trial of selegiline hydrochloride for smoking cessation. *Biol Psychiat* 2003; 53: 136–43.
119. Le Foll B, Goldberg SR. Cannabinoid CB1 receptor antagonists as promising new medications for drug dependence. *J Pharmacol Exp Ther* 2005; (312): 875–83.
120. Крупицкий Е. М. Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии / Е. М. Крупицкий, Р.Д. Илюк, О.Ф. Ерышев, М.В. Цой-Подосенин // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева* №1 2009
121. Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD000146,.
122. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000; 55: 987–99.
123. Tonnesen P et al. A double-blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *New Engl J Med* 1991; 325: 311–31.
124. Mc Robbie H, Hajek P. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction* 2001; 96: 1547–51.
125. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
126. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12: 21–7.
127. Jorenby D.E., Leischow S.J., Nides M.A., et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685–91.
128. Lerman C et al. Pharmacogenetic investigation of smoking cessation treatment. *Pharmacogenetics* 2002; 12 (8): 627–34.
129. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000; 2: 19–37.
130. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Гаврисюк Е.В. Варениклин—препарат нового поколения для лечения табачной зависимости. *Клин фармакол и тер* 2009; 18:3:1–5.
131. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296 (1): 64–71.
132. McKee S.A., Harrison E.L.R., OMalley S.S. et al. Varenicline reduces alcohol self-administration in heavy-drinking smokers. *Biol Psychiat* 2009; 66:185–190.
133. Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers MP. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2005; 100 (3): 317–26.
134. Garrison G.D., Dugan S.E. Varenicline: A First-Line Treatment Option for Smoking Cessation. *Clin Therap* 2009; 31:3:463–491.
135. Wu P., Wilson K., Dimoulas P., Mills E.J. // *BMC Public Health*. – 2006. – Vol. 6. – P. 300.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

I. С.Риткіс, Г. Ю.Васильєва, О.В. Гуркова

У статті наведено аналіз сучасного стану проблеми нікотинової залежності та тютюнопаління у світі та в Україні, проаналізовано дані про поширеність, клінічні особливості та сучасні методи корекції тютюнової залежності.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, розповсюдженість, клінічні особливості, лікування, профілактика

CURRENT VIEW ON TOBACCO SMOKING PROBLEM AND TOBACCO ADDICTION

I. Ritkis, A.Vasylyeva, O. Hurkova

The data of the analysis of the current state of a problem of nicotinic dependence and tobacco smoking in the world and in Ukraine are carried out, the data about prevalence, clinical features and modern methods of tobacco dependence are given.

Keywords: tobacco smoking, tobacco addiction, morbidity, clinical peculiarities, treatment, prophylaxis

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.831-006:615.851

В.В. Огоренко

ПСИХОТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (обзор литературы)

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: онкологические заболевания, психотерапия адьювантная, качество жизни, экзистенциальный дистресс, когнитивно-бихевиоральная групповая программа, опухоли головного мозга

Введение

Психотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных с онкологическими заболеваниями в течение последних десятилетий нашла широкое применение. Во многом это связано со значительным распространением психологических проблем и психических расстройств в популяции больных с онкологическими заболеваниями различной локализации. Проблема взаимозависимости между онкологическими заболеваниями и психическими расстройствами, влияющими на тяжесть состояния, степень дезадаптации, продолжительность жизни и комплаентность к традиционным методам лечения, затрагивается многими исследователями [1 – 5; 6 и др.]. Целью психотерапии в онкологии является повышение качества жизни, оптимизация лечебно-реабилитационного процесса и улучшение социально-психологической адаптации с учетом своеобразия трудностей пациента в борьбе с болезнью или в адаптации к жизни вследствие неё [7].

Значительное число исследований посвящено изучению психологических особенностей личности и их возможной роли в возникновении, клинических проявлениях онкологической патологии, а также степени влияния на эффективность терапевтического воздействия [8 – 12; 5 и др.]. Природа экзистенциальных и психических расстройств в структуре онкологической болезни исследуется в аспекте стратегий выживаемости: описаны 5 идеально-топических фаз процесса, которые могут быть пройдены онкологическим больным: нежелание знать и изоляция, гнев и отвержение, фаза переговоров, депрессия, примирение с судьбой [13]; выделены наиболее частые причины экзистенциального дистресса [14;15]; наиболее исследован аспект деморализации, когда потеря смысла и цели с сопутствующим этому состоянию ощущением беспомощности и субъективной недееспособности может усугублять желание ускоренной смерти [15]. Деморализация как психопатологический феномен в онкологической практике наблюдается в 14-38% случаев [16]. Исследование валидности этого нарушения выявило, что в трети наблюдений данное состояние коморбидно ангедонической депрессии, в 14% случаев патологическая деморализация встречается в «чистом» виде [15].

При лечении этих состояний используются техники межличностной психотерапии [17;18]. В то же время, M.Petticrew и соавторы выдвигают предположение о неэффективности навязывания пациентам определенного стиля совладания с болезнью: при исследовании особенностей экзистенциального дистресса авторами не выявлена прямая корреляция между стратегиями совладания в структуре онкологического заболевания и выживаемостью [19]. Отсутствие влияния психосоциальных интервенций на продолжительность жизни мужчин со злокачественными опухолями различных локализаций показано в работе M. W Linn и соавт.[20]. F. I Fawzy и соавторы, обнаружив увеличение продолжительности жизни как следствие психотерапевтического воздействия при злокачественной меланоме [21], позже пришли к заключению о нивелировании эффекта психотерапии через 10 лет [22]. Вместе с тем, данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что различные виды психотерапевтических вмешательств могут продлевать жизнь онкологических пациентов [23 -28]. A. J Cunningham и K.Watson описали 10 случаев инкурабельных больных, которые в результате психотерапевтического вмешательства жили на 2 – 12 лет больше прогнозируемого срока [29]. Достаточно большое количество работ посвящено изучению психобиологических взаимоотношений, лежащих в основе продления жизни онкологических больных под влиянием психотерапии. Имеется ряд исследований, подтверждающих позитивное влияние психотерапевтического воздействия на иммунную систему [30; 11; 31; 32; 41]. На основании обзора литературы J.K. Kielolt-Glaser и R. Glaser пишут об имеющихся доказательствах того, что различные психотерапевтические методики оказывают иммуномодулирующее действие [33]. Более осторожные выводы делают G.E.Miller и S.Cohen, проведя метаанализ 85 исследований. Авторы работы отмечают бедность свидетельств модулирующего влияния психотерапевтических техник на иммунитет, но вместе с тем считают, что было бы преждевременно говорить о нечувствительности иммунной системы к подобного рода воздействиям [34; 35].

Целью психотерапии в онкологии является не толь-

ко облегчение эмоционального дистресса, вызванного болезнью и ее психосоциальными последствиями, а также улучшение качества жизни. Многочисленные работы неопровержимо свидетельствуют об эффективности психотерапии, снижающей уровень дистресса, тревоги и депрессии у больных с онкологической патологией [36; 37]. Многие авторы отмечают безусловную необходимость психотерапевтической помощи больным онкологического профиля и предлагают рассматривать психотерапию в онкологической практике в качестве адъювантной наряду с химиотерапией [27; 29]. По мнению некоторых исследователей, особую актуальность психотерапия приобретает в связи с риском суицидального поведения онкологических больных [38; 39].

В целом в онкологической клинической практике преобладает эклектический подход к консультированию и психотерапевтическому воздействию - анализ литературных источников, касающихся преимуществ определенных психотерапевтических техник и подходов, используемых в работе по улучшению качества жизни онкологических больных, свидетельствует о применении практически всех направлений психотерапии. У лиц с опухолями различной локализации применяются как кратковременная, так и долгосрочная индивидуальная и групповая психотерапия [40;41]. Высокоэффективным считается когнитивно-бихевиоральный подход [42 - 46]. Осознание способов неадекватной обработки информации и замена их правильными – таковы главные задачи когнитивной терапии. Поведенческая (бихевиоральная) терапия направлена, прежде всего, на уменьшение человеческих страданий и ограничений в способности к действиям. Целью поведенческого тренинга является обучение индивидуума приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Он представляет собой скорее запрограммированный курс обучения, чем серию обычных психотерапевтических занятий [42]. В онкологической практике нашла применение и психодинамическая терапия [47; 48], в частности N.Straker отмечает нормализацию эмоциональных и интеллектуальных способностей у онкологических больных в результате использования психодинамической терапии [47]. Широко известна поддерживающе-экспрессивная групповая терапия, успешно используемая у онкобольных [49], основной задачей которой является установление прочных связей поддержки между пациентами, а также обучение открыто выражать свои эмоции. Этот вид терапии помогает пережить экзистенциальный кризис, выражать чувства, связанные с внутренним переживанием болезни и справляться с ними, улучшить взаимоотношения с врачами и значимыми другими [49]. Нейролингвистическое программирование направлено на развитие интуитивно-образного мышления с целью приобретения пациентами новой модели жизни [33; 34]. Гештальт-терапия и транзактный анализ применяются с целью развития более глубокого осознания собственных чувств, мыслей и поведения [44;45]. Позитивная

психотерапия построена на тренировке умений видеть положительные стороны в негативных событиях [46; 47]. Широко используется рациональная и суггестивная психотерапия, аутогенная тренировка и различные виды релаксационного тренинга [48; 49]. Сообщается об эффективности поведенческих методов, включающих расслабление, биологическую обратную связь, систематическую десенсибилизацию, управляемое воображение у пациентов с болями, тревогой во время диагностических и/или лечебных процедур, тошнотой и рвотой, а также соматическими последствиями хирургических вмешательств [20;21]. У больных, которые фиксированы на соматических симптомах и плохо поддаются убеждению в возможности улучшения клинического прогноза, получены успешные результаты применения аутогенной тренировки и суггестивной терапии с разными модификациями гипнотических воздействий [43]. Ряд авторов отмечают продуктивность поведенческих методов, включающих пассивную релаксацию с визуальными образами, прогрессивное расслабление мышц, электромиографическую биологическую обратную связь, систематическую десенсибилизацию и когнитивное рассеяние при психотерапии онкологических больных. По данным авторов, сочетание этих видов психотерапии позволяет получить высокий результат в короткий срок. Необходимым условием успешной реабилитации и улучшения качества жизни онкологических больных является семейная терапия [29;42]. Свое применение в онкологии нашли и такие методики как различные модификации терапии творчеством: «творческая возрождающая терапия», арт-терапия, музыкотерапия, а также психотерапия посредством интернета [17;22;41;43]. Гипнотерапия занимает особое место в ряду психотерапевтических подходов при лечении онкологических заболеваний. Этот метод наиболее часто используется для облегчения и редукции соматических симптомов, сопутствующих онкопатологии, отмечено иммуномодулирующее влияние гипноза, широко используется гипнотерапия для улучшения качества жизни онкологических больных [30 - 32]. В.С. Табачникова рекомендует использовать “малую” психотерапию (совокупность рациональных психотерапевтических методов) для дезактуализации психотравмирующих переживаний, мобилизации личностных резервов больного [44]. В целом в клинической практике преобладает эклектический подход с использованием комбинированных элементов поддерживающе-экспрессивной, экзистенциальной терапии с психодинамической, когнитивно-бихевиоральной и межличностной психотерапией. Страх рецидива, совладание с нерешительностью и поведенческие подходы к препарированию фобий и травматических симптомов хорошо поддаются воздействию когнитивно-бихевиоральной терапии, тогда как совладание с потерей и изменениями, сменой ролей, смыслом жизни и межличностными отношениями более поддаются межличностной терапии. Большую известность получил метод под названием адъювантная психологическая терапия (АПТ) [45; 46]. АПТ является

эклeктичной психотерапевтической методикой и представляет собой краткосрочную, проблемно-фокусированную когнитивно-бихевиоральную групповую программу. Она направлена на то, чтобы пациенты, во-первых, смогли пересмотреть свои представления о болезни и, во-вторых, изменить дезадаптивные стили поведения. При использовании АПТ авторы исходят из предположения, что проблемы у онкологических больных связаны не только с самим фактом наличия у них злокачественной опухоли, но и еще с двумя важными факторами: 1) личностным восприятием пациентом своего заболевания; 2) его способностью справляться с трудностями. Именно на этих факторах и фокусируется АПТ. A.Cunningham предлагает ввести адьювантную психотерапию (вариант гуманистической терапии) в арсенал обязательного лечения онкологических пациентов вне зависимости от того, имеет ли пациент признаки психопатологии или нет [27].

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о том, что психотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных с онкологическими заболеваниями в течение последних десятилетий нашла широкое применение. Значительное число исследований посвящено изучению психологических особенностей личности и их возможной роли в возникновении, клинических проявлениях онкологической патологии, а также степени влияния на эффективность терапевтического воздействия. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что различные виды психотерапевтических вмешательств могут продлевать жизнь онкологических пациентов. Многие авторы отмечают безусловную необходимость психотерапевтической помощи больным онкологического профиля и предлагают рассматривать психотерапию в онкологической практике в качестве адьювантной. Анализ литературных источников, касающихся преимуществ определенных психотерапевтических техник и подходов, используемых в работе по улучшению качества жизни онкологических больных, свидетельствует о применении практически всех направлений психотерапии у лиц с опухолями различной локализации. Вместе с тем, практически отсутствуют в научно-практических исследованиях данные о применении психокоррекции и психотерапии при лечении и реабилитации больных с онкологической патологией головного мозга. Отсутствуют данные об этиопатогенетических механизмах психогенно-личностных реакций, возникающих на факт диагностики онкологического заболевания головного мозга. Накопленный теоретический материал и практические результаты использования психотерапии в онкологии, несомненно, могут быть применены в популяции больных ОГМ. Опираясь на собственные наблюдения, можно говорить о построении индивидуальной модели психотерапевтической помощи, направленной не только на снижение воздействия стресса, но и воздействующую на ряд особенностей клинической картины психопатологических проявлений опухолей на госпитальном этапе, а также минимизация

последствий оперативного лечения ОГМ. Такой подход может способствовать решению многих важных задач в оказании психотерапевтической помощи, включая купирование психопатологической симптоматики и адекватную оценку результата лечения в динамике с соответствующей своевременной коррекцией методики в случае неудовлетворительного эффекта. Выделение симптомов-мишеней психотерапевтического воздействия с учетом особенностей реакции личности больного и психопатологической симптоматики позволяет клинически обосновать реализацию конкретного психотерапевтического метода и оценить клиническую эффективность его применения. Это, в свою очередь, позволяет помочь пациентам более адекватно оценить значение психотравмирующих событий, преодолевать боль, пессимистическое восприятие сложившейся ситуации, связанной с болезнью, скорректировать иррациональные установки, выделить адекватные цели, мобилизовать усилия, редуцировать страх рецидива и смерти, сформировать новые перспективы вне болезни.

Литература:

1. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы). Автореф. дис. ... канд. мед.наук. М., 1986.
2. Семке В.Я., Гузев А.Н. Системный подход к анализу пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т.2. – В. 5. – С.47-51
3. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1996. – В.5. – С.70–73
4. Стукалова Л.А., Кравец Б.Б., Боков С.Н. О типологии отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т.3. – С.354-356.
5. Paykel E.S. Psychotherapy, medication combinations and compliance // J. Clin. Psychiatry. – 1995. – V.56. – Suppl. 1. – P. 24-34
6. Выборных Д.Э., Моисеева Т.Н., Габеева Н.В., Савченко В.Г. Нарушения терапевтического сотрудничества (non-compliance) у пациентов с лимфогранулематозом. // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. – №1. – С.32-34
7. Саймонтон К., Саймонтон С.. Психотерапия рака. – СПб: Питер, 2001. – 228 С.
8. Ивашина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: Дис. ...канд. психол. наук: Москва, 1998. – С. 166
9. Непомнящая Н.И. Гипотеза о психосоматической природе рака // Психологический журнал. – 1998. – Т.19. – №4. – С.132-145
10. Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Падун М.А. и соавт. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы // Социальная и клиническая психиатрия – 2008. – Т. 18., вып. 4. – С.22-28
11. Kennedy S., Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R. Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships // Br. J. Med. Psychol. – 1988. – Vol. 61. – P. 77–85
12. Butow P.N., Coates A.S., Dunn S.M. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer // Annals of Oncology / - 2000. – Vol. 11. – P. 469-474
13. Руководство по медицине. Диагностика и терапия: В 2 т. / Пер. с англ.; Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера. М. Мур. - 1997. - 2. – С. 3-76
14. Kissane D.W., Yates P. Psychological and existential distress. In

O'Connor M., Aranda S (Eds.), Palliative care nursing (2d ed.). Melbourne: Ausmed. – 2003

15. Kissane DW, Wein S, Lave A et al. The Demoralization Scale. A report of its development and preliminary validation. // J Palliat Care/ - 2004/ - 20/ - P/ 269-276

16. Grassi, L., Travado, L., Moncayo, FL. et al. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European. Psycho-Oncology Stude. // J. Affect. Disord. – 2004. – 83. – P. 243-48

17. Donnelly JM., Fleishman S. et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners// Psychooncology. – 2000. – Vol. 9 – P. 44-56

18. Meyer TJ, Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments// Health Psychol. – 1995. – N.14. – P. 101-108

19. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review.// BMJ. – 2002/- N.325. – P.1066

20. Linn M. W., Linn B. S., Harris R. Effects of counseling for late stage cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. [Clinical Trial, Comparative Study, Journal Article, Randomized Controlled Trial, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.] // Cancer – 1982. – Vol. 49, N 5. – P. 1048-1055

21. Fawzy F. I., Fawzy N.W. Nancy W. et al. Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later // Arch Gen Psychiatry/ - 1993. – V.50. – N. 9. – P. 681-689

22. Fawzy F.I., Canada A.L., Fawzy N.W. et al. Effects of a Brief, Structured Psychiatric Intervention on Survival and Recurrence in 10-Year Follow-up.// Arch. Gen. Psychiatry. – 2003. – N. 60. – P. 100-103

23. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике // Российский онкологический журнал. – 2009. – №1 – С. 42-48

24. Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.// Lancet. – 1989. – 14. – P. 888-891

25. De Vires M. J., Schindler J. N., Mulder C. L. . et al. Phase II Study of Psychotherapeutic Intervention in Advanced Cancer // Psychooncology. – 1997. – Vol. 6, N 2. – P. 129 – 137

26. Jeffrey D., Newport D. J., Charles B., Nemeroff C. B. Assessment and treatment of depression in the cancer patients // J. Psychosom. Res. – 1998. – Vol. 45, N 3. – P. 215 – 237

27. Cunningham A. J., Edmonds C. V. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. // J Clin. Oncol. - 2005 - . V 23(22) - P.5263-65

28. Cunningham A.J., Edmonds C.V., Phillips C. et al. A prospective longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. // Psychooncology / - 2000 / - 9(4) / - P. 323-39.

29. Cunningham AJ, Edmonds CV, Williams D. Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format//Psychooncology. – 1999/ - 8(2). – P.177-82.

30. Бухтояров О.В., Кожевников В.С., Банул Н.В., Ница Н.А., Шишков А.А., Козлов В.А., Архангельский А.Е. Психоиммунологические эффекты гипносуггестивной психотерапии больных онкологическими заболеваниями (предварительные результаты) // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №1 – С. 64-70

31. Elkins G., Marcus J., Palamara L. et al. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer // Am. J. Clin. Hypn. – 2004. – Vol. 47, N 1. – P. 29-42.

32. Kaye J.M. Use of Hypnosis in the Treatment of Cancer Patients. J. Psychosoc. Oncology. 1987; 5; 2; 11-22/

33. Kiecolt-Glaser J.K., Fisher L.D., Ogrocki P. et al. Marital quality, marital disruption, and immune function // Psychosom. Med. - Vol. 49. - P. 13-34.

34. Miller, G.E., Cohen, S. //Health Psychology – 2001 – N.20. – P. 47-63.

35. Cohen, S., Miller, G.E., Rabin, B.S. // Psychosomatic Medicine – 2001 - N 63/ - P. 7-18.

36. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adult with cancer: meta-analysis of 116 studies// Oncol. Nurs. Forum. – 1995. – 22. – P. 1369-81

37. Meyer TJ, Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments.// Health Psychol. – 1995. – 14. P. 101-8

38. Польш Фресс. Эмоциональные ситуации. Экспериментальная психология. / Ред.-сост. П.Фресс, Ж.Пиаже. М.: Прогресс. – 1975. - С. 133-42.

39. Попов С.Е. Паллиативная помощь больным распространенным раком органов ЖКТ с суицидальным поведением. Дис. ... канд. мед. наук. 2004.

40. Senf W. Stationar-ambulante psychoanalytische Gruppentherapie // Zsch. psychosomat. Med. – 1995. – 41. – P. 293-305

41. Kellermann P.F. Role reversal in psychodrama. /P. Holmes. M. Karp, M. Weston. Psychodrama since Moreno. - London. – 1994. – P.263-280.

42. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis.//J Behav Med. - 2006. - 29(1). – P.17-27.

43. Moorey S., Greer S. Cognitive-behaviour therapy for people with cancer (2d ed.). Oxford: Oxford University Press, 2002

44. Kisanne D.W., Bloch S., Miach P. et all. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes// Psychooncology. – 1997. – Vol. 6– P. 25-33

45. Kisanne D.W., Bloch S., Smith G.C. et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial // Psychooncology. – 2003. – Vol. 12, N 6. – P. 532-546

46. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York, NY: Basic Books; 1980;

47. Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients.// J Psychother Pract Res. – 1997. - 7(1). – P. 1-9

48. Lindsay EA., Berenbaum MC., Bonnett R. and Thomas DGT. Photodynamic therapy of a mouse glioma: intracranial tumours are resistant while subcutaneous tumours are sensitive// Br J Cancer. -2002. – 63. –P. 242-246

49. Classen C., Butler L.D., Koopman C. et al. Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients with Metastatic Breast Cancer. Arch. Gen. Psychiatry. 2001; 58; 5; 494 – 501

ПСИХОТЕРАПІЯ У ОНКОЛОГІЇ: МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко

Проведено огляд літератури щодо використання різних видів психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих з онкологічними захворюваннями. Відмічена безумовна необхідність застосування психотерапії хворим онкологічного профілю і необхідність розглядати її у якості ад'ювантної. Показано необхідність застосування психотерапевтичних методів в популяції хворих на пухлини головного мозку.

Ключові слова: онкологічні захворювання, психотерапія ад'ювантна, якість життя, екзистенційний дистрес, когнітивно-біхевіоральна групова програма, пухлини головного мозку

PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGY: POSSIBILITIES OF APPLICATION AT ONCOPATHOLOGY OF THE BRAIN

V.V. Ogorenko

The monitoring of literature for using different types of psychotherapist intervention in complex treatment patients with oncological disease was done. Unconditional necessity of using psychotherapy for oncological patients and necessity to consider it as adjuvant was noticed. The necessity of using psychotherapy methods in population of patients with brain tumors was shown.

Keywords: oncological disease, adjuvant psychotherapy, quality of life, existential distress, cognitive-behavioral group program, brain tumor

УДК 616.831-616.34

А.Ю. Касьянова

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШКІВНИКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Ключові слова: синдром подразненого кишківника, емоційні розлади, сімейна психотерапія, групова психодинамічна терапія

Актуальність. Профілактика та ефективне лікування функціональних хвороб кишківника в дитячому віці має велику медико-соціальну значимість, яка обумовлена не тільки значною розповсюдженістю даної групи захворювань, але й складністю та коштовністю діагностики та недостатньо ефективними методами терапії. За деякими даними розповсюдженість Синдрому подразненого кишківника (СПК) серед дитячого населення досягає 20% [6]. Враховуючи широку поширеність та різноманітність клінічної симптоматики СПК протягом багатьох років вітчизняними та зарубіжними науковцями досліджено велику кількість різних засобів лікування, що включали дієтичні заходи, психотерапію та медикаментозне лікування в різних комбінаціях.

Але на практиці дитячим гастроентерологам часто важко надати комплексну допомогу дітям з функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), через відсутність психологів та психотерапевтів у відділеннях. Тому сьогодні лікування СПК зводиться, головним чином, до дієти та медикаментозного лікування.

Досвід роботи провідних клінік дитячої гастроентерології доводить, що незважаючи на важливу роль порушення кишкової моторики в патогенезі СПК бажаних результатів терапії у дітей можна очікувати тільки на фоні застосування комплексу дієтичних, психотерапевтичних, медикаментозних та фізіотерапевтичних заходів [7;10;11].

Необхідність залучення психотерапії до комплексного лікування СПК у дітей обумовлена підвищеним рівнем тривожності та/або депресивними станами у переважної кількості дітей [9].

Різні автори багаторазово підкреслюють важливість психотерапевтичних методів лікування СПК [1,2,9,10]. Як діти так і дорослі хворі потребують подвійної консультації: гастроентеролога та психотерапевта.

В дослідженні Дросмана та ін. було показано, що когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) є ефективним заходом лікування СПК з точки зору задоволення від терапії, зменшення хворобливої симптоматики та загального благополуччя після трьох місяців КБТ, в той же час КБТ мало або зовсім не вплинула на зменшення почуття болю у пацієнтів з СПК. Часто пацієнти звітували, що «біль залишається, але я можу справлятися з нею більш вдало», зазначаючи при цьому, що покращився їхній стиль поведінки. КБТ показана для зменшення інтенсивності хворобливої симптоматики

СПК, особливо в ситуації, коли в анамнезі хворого зустрічаються сексуальні зловживання, залежності або наявна депресія [8].

Релаксаційні тренінги та техніки спрямовані на зменшення відчуття емоційного збудження, що включають прогресивну м'язову релаксацію, біологічний зворотній зв'язок, аутогенний тренінг та медитацію навчають пацієнтів з СПК протидіяти психологічним наслідкам стресу та тривоги та допомагають значно зменшити хворобливі гастро-інтестинальні симптоми [8].

Декілька досліджень направлених на пошук альтернативних засобів лікування СПК показали, що поєднання прогресивної м'язової релаксації з КБТ дає більш ефективний результат ніж стандартизоване медичне лікування гастроентерологом [8;7]. Так, багатокomпонентна біхевіоральна терапія включає прогресивну м'язову релаксацію, когнітивну копінг-стратегію, навчання вирішувати проблеми, тренінг направлений на підвищення самооцінки та впевненості хворого та тренінг направлений на опрацювання думок пацієнта, які пов'язані з захворюванням.

Враховуючи, що більшість наукових досліджень з питань психотерапії дітей з СПК присвячені когнітивно-біхевіоральній терапії та технікам самонавіювання, в нашому дослідженні ми вирішили дослідити ефективність сімейної та психодинамічної терапії в лікуванні дітей з СПК.

В нашому дослідженні ми виходили з того, що розглядати психосоціальний стан дітей необхідно, в першу чергу, в контексті сім'ї, тому окрема увага приділялась дослідженню емоційної сфери батьків. Але, за не достатньою кількістю чоловіків, в кінцеві результати дослідження увійшли тільки дані матерів.

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності лікування синдрому подразненого кишківника в дитячому віці шляхом визначення емоційного стану дітей та матерів та розробка відповідних рекомендацій щодо психотерапевтичної допомоги.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження було проведено на базі Київської клінічної дитячої лікарні № 9. В психодіагностичному дослідженні прийняло участь 61 дитина з СПК та 55 матерів. В психотерапевтичному дослідженні прийняло участь 39 дітей з СПК віком 8 – 15 років (середній вік $12 \pm 0,8$ років) та 37 матерів, віком 28 – 53 роки (середній вік $39 \pm 2,5$ роки). Основну групу (I) склали 19 дітей (8 – 16 років) з СПК, які окрім традиційного (медикаментозного) лікування отримували психотерапевтичну допомогу та 18

матерів. Контрольну групу (II) склали 20 дітей (8 – 16 років), які отримували тільки медикаментозне лікування та притримувалися діти та 20 їх матерів. Всім дітям був проведений комплекс загальних та спеціальних діагностичних процедур з метою виключення органічного захворювання. Після підтвердження функціонального характеру захворювання та отримання письмових етичних згод, щодо проведення психодіагностичних та психотерапевтичних заходів, дітям та їх матерям були запропоновані тестові методики для визначення емоційного стану до та після проведення психотерапії. Для дослідження рівня тривоги у дітей ми використовували дитячу шкалу проявів тривожності CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), адаптовану А.М. Прихожан (2000) [4]. З метою визначення депресії у дітей ми використовували опитувальник CDI (Children's Depression Inventory), адаптований Подольским А.И., та Ідубаєвою О.А. (2004) [5]. Для дослідження невротичних станів у матерів ми використовували Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів, який був розроблений у 1978 р. К.К. Яхінім та Д.М. Менделєвічем [3].

В продовж надання психотерапевтичної допомоги всі діти отримували традиційне медикаментозне лікування в залежності від форми захворювання. Під час вибору стилю психотерапії, в першу чергу, ми керувались віком дитини. Так, у 8 - 10 років була запропонована групова сімейна психотерапія, яка була спрямована на подолання комунікативних складнощів з батьками та однолітками на фоні адаптації в загальноосвітній школі. В разі погодження батьків ми проводили 10 занять у формі розвивальних ігор. Серед дітей 14 – 16 років ми застосовували короткий курс (10 занять) особистісно-спрямованої групової динамічної психотерапії.

Для визначення ефективності проведеної терапії у дітей, ми оцінювали ступінь вираженості клінічних ознак захворювання в балах: 1) відсутність ознак захворювання – 0 балів; 2) незначно або слабо виражені ознаки – 1 бал; 3) помірно виражені ознаки – 2 бали; 4) значно виражені ознаки – 3 бали. Ефективність лікування оцінювали за позитивною динамікою клінічних симптомів хвороби: болі, частоти стільця, диспепсичних порушень (нудота, зниження апетиту, відчуття розпирання в животі, метеоризм), тривожність, депресивний стан. Високо позитивним – вважали результат при зникненні підвищеної тривожності, депресії, болю, диспепсичних явищ, та нормалізації стільця та частоти актів дефекації. Середньо позитивним – вважали результат при нормалізації тривожності, частоти і консистенції стільця, зникненні абдомінального болю, але збереженні періодично виникаючого здуття живота, метеоризму. Слабо позитивним – вважали результат при зменшенні відчуття болю в животі та його здуття; поліпшенні консистенції калу при частоті стільця 3 та більше разів на день або 3 та менше разів на тиждень, збереженні підвищеної тривожності та депресії.

Для обробки результатів роботи використовували відповідні математично-статистичні критерії. Обробку отриманих даних проводили за допомогою пакету програм SPSS (Statistical Package for Social Science) версії 12.0.2 для Windows та програми Excel.

Результати дослідження. Досліджуючи емоційний стан дітей з СПК ми виявили, що переважній більшості 51 (83,6%) дітей притаманні підвищена тривожність та/або депресія. Результати емоційних розладів у дітей в залежності від форми СПК представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Наявність депресії та тривоги у дітей в залежності від форми СПК

Ознака	Хворі СПК із закрепом (n=35)		Хворі СПК із діареєю (n=9)		Хворі з СПК із змішаним типом (n=5)		Хворі з СПК, переміжний тип (n=12)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Наявність тільки депресії	1	2,9Д	5	55,6*	2	40	1	8,3□
Наявність тільки тривоги	23	65,7	0	0	2	40	5	41,7
Наявність депресії та тривоги	1	2,9Д	4	44,4*	1	20	6	50□
Відсутність депресії та тривоги	10	28,5	0	0	0	0	0	0

Примітки: * - різниця достовірна між групами дітей із діареєю та закрепом ($p < 0,001$);

Д - різниця достовірна між групами дітей із закрепом та переміжним СПК ($p < 0,001$);

□ - різниця достовірна між групами дітей з закрепами та іншими трьома формами СПК (діареєю, змішаним, переміжним) у сумі ($p < 0,001$).

Такий психосоматичний стан дітей доводить, що ефективне лікування СПК у дітей може відбуватися лише в комплексі застосування традиційної терапії з психотерапією. А рання психодіагностика тривоги та депресії у пацієнтів дозволить вчасно виявити групу ризику дітей та правильно скорегувати не тільки діагностику та лікування, але й профілактику рецидивів захворювання у майбутньому.

Загальне обстеження дітей показало, що ті діти, у яких виявився високий рівень тривоги та депресії в більшій мірі скаржились на інші хворобливі симптоми функціонального характеру (головний біль, абдомінальний біль, кістково-м'язовий біль, нудоту, відсутність апетиту, втомлюваність) ніж діти без депресії та тривоги.

Досліджуючи емоційний стан матерів дітей з СПК ми виявили, що майже 90% матерів страждають на невротичні стани. Результати характеристики невротичних станів у матерів дітей з СПК представлені в таблиці 2.

Таблиця 2
Невротичні стани у матерів дітей з СПК та матерів дітей з ВХ

Шкали	Матері дітей з СПК (n=55)	
	Абс.ч.	%
Тривожність	40	72,7
Невротична депресія	24	43,6
Астенія	29	52,7
Істеричний тип реагувань	11	20
Обсесивно-фобічні порушення	25	45,5
Вегетативні порушення	48	87,3

Тому, з метою досягнення кращого та тривалого ефекту від лікування СПК в дитячому віці, актуальною є розробка сімейного підходу в лікуванні та профілактиці функціональних захворювань у дітей.

Наприкінці першого тижня перебування в стаціонарі була відмічена нормалізація стільця майже у третини 11 (28,2%) дітей з СПК, з них 7 (17,9%) дітей були з першої групи, де окрім медикаментозного лікування були призначена психотерапія, а 4 (10,3%) дітей були з другої групи. Темп нормалізації моторних порушень після тижневого лікування був майже однаковим в обох групах хворих, а при 2-го тижневого – мав тенденцію до підвищення у дітей основної першої групи, у яких відмінні результати від застосування психотерапії визначено у 17 (89,5 %) хворих, а у дітей, що отримували лише медикаментозну терапію – лише у 14 (70,0 %) випадків. Результати динаміки змін соматичного та психологічного стану у дітей з СПК під час лікування представлені в таблиці 3.

Висновки та обговорення.

1. Майже 70 % дітей з СПК страждають від підвищеного рівня тривожності. В свою чергу їхні матері скаржаться на ті ж самі невротичні розлади. Невротичні стани у матерів дітей з СПК можуть створювати негативний психосоціальний вплив на виникнення емоційних розладів у дітей, що в свою чергу може значно ускладнювати перебіг СПК та його лікування. Адже, батьківська модель реагування на біль може безпосередньо впливати на формування емоційної та поведінкової відповіді дитини на переживання болю.

2. Залучення короткого курсу психотерапії до базисного лікування СПК у дітей показало значно кращі результати ефективності лікування за всіма дослідженими показниками психосоматичного стану пацієнтів.

Таблиця 3
Динаміка змін соматичного та психологічного стану дітей з СПК під час лікування

Симптоми	Середні бали в основній та контрольній групах дітей з СПК							
	1-й день		4-день		9-день		12-день	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Частота стільця	2,42±0,51	2,45±0,53	1,74±0,74	1,86±0,61	0,79±0,23	0,89±0,47	0,12±0,12	0,32±0,45
Болі в животі	2,45±0,72	2,47±0,62	1,82±0,55	1,95±0,43	1,14±0,36	1,47±0,63	0,12 ±0,24*	0,68±0,11*
Диспепсичні порушення	1,86±0,45	1,68±0,86	1,45±0,50	1,36±0,78	1,04±0,36	1,15±0,81	0,02±0,11	0,03±0,21
Тривожність	2,23±0,50	2,34±0,45	0,98±0,39*	2,12±0,67*	0,45±0,23*	1,85±0,38*	0,35±0,48*	1,98±0,78*
Депресивний стан	1,12±1,78	1,14±1,82	0,95±1,55*	1,14±1,68*	0,68±1,35*	1,12±1,12*	0,46±0,67*	1,14±1,80*

Примітки: * - різниця достовірна між основною (I) та порівняльною групою(II) ($p < 0,05$)

3. Враховуючи, наявність невротичних розладів не тільки у дітей з СПК, але й в їхніх батьків, психотерапія має носити сімейний характер, та по можливості поширюватись на всіх членів родини. Застосування групової сімейної терапії виявилось достатньо ефективним в комплексному лікуванні дітей 8 – 11 років та дало можливість покращити комунікативні навички в родині, сімейний клімат та взаєморозуміння.

4. Групова динамічна психотерапія виявилась ефективною в групі дітей 14 – 16 років. За допомогою створення близького та довірливого контакту між терапевтом та учасниками групи, пацієнти навчилися сміливо обговорювати свої переживання, негативні емоції, чому і як вони реагують на стреси та зміни навколишнього середовища.

Таким чином, залучення медичного психолога до комплексу діагностичних процедур СПК у дітей дозволить вчасно виявити емоційні розлади та правильно скерувати лікувально-профілактичні заходи. Адже наявність підвищеного рівня тривоги та ознак депресії у хворих потребує залучення до лікування дітей з СПК не тільки гастроентеролога або педіатра, але й медичного психолога або психотерапевта, які окрім традиційного медикаментозного лікування зможуть підібрати потрібний комплекс психотерапевтичних занять.

Література:

1. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим – Київ: Інститут психології ім.Г.С.Костюка АПН України; Ніжсин: Міланік, 2007. 115 с.
2. Марилов В. В., Орестова Т. Ю., Марилова Т. Ю. Психопатологические варианты синдрома раздражённой толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — Т. 105, № 6. — С. 64–65.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Мед-пресс-информ, 2008. — 432.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. — Воронеж, 2000. — 305 с.
5. Подольский А.И., Идובהва О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. —СПб.: Питер, 2004. — 202 с.
6. Шадрін О.Г. Прогнозування розвитку, діагностика та лікування синдрому подразненого кишечника у дітей. Автореф. дис.докт.мед. наук: 14.01.10 — К., 2004. — 24 с.
7. Cremonini F, Talley NJ. Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Med.* 2004 Oct;95(5):427-41.
8. Drossman D.A., Richter J.E., et al. The functional gastrointestinal disorders and their diagnosis: A coming of age. The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology, and treatment-A multinational consensus. // Boston: Little, Brown. — 1994, pp.1 – 23.
9. Kaminsky L., Robertson M., Dewey D., Psychological correlates of depression in children with recurrent abdominal pain. // *Journal of Pediatric Psychology.* — 2006. — No.2, pp. 1 – 11.
10. Levy R.L., Olden K.W., Naliboff B.D., et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. // *Gastroenterology.* — 2006. — No.130, pp. 1447 – 1458.
11. Murray CD, Flynn J, Ratcliffe L. et al. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2004 Dec;127(6):1695-703.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА У ДІТЕЙ

А.Ю. Касьянова

Исследован 61 ребенок с Синдромом раздраженного кишечника (СРК) и 55 матерей. Данное исследование продемонстрировало, что значительное количество детей с СРК и их матерей страдает от эмоциональных нарушений. Предполагаем, что невротические состояния матерей могут влиять на возникновение подобных эмоциональных расстройств у детей, что значительно усугубляет течение СРК и его лечение. Учитывая биопсихосоциальную модель СРК и невротические состояния матерей, наиболее целесообразным видом психологической помощи выступает семейная психотерапия.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, мамы, тревожность, депрессия, семейная психотерапия

PSYCHOSOMATIC FEATURES OF DIAGNOSTIC CHILDREN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A.Yu. Kasyanova

61 children with irritable bowel syndrome (IBS) and 55 mothers were tested. The study demonstrated that a significant number of children with IBS, but also their mothers suffer from emotional disorders. We assume that mother's neurotic states can induce similar emotional disorders in children that aggravate the IBS course and its treatment. Taking into consideration biopsychosocial IBS model and mother's neurotic state, the most reasonable assistance is considered to be a family psychotherapy.

Keywords: irritable bowel syndrome, children, mothers, anxiety, depression, family therapy

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

УДК 616. 89 (091)

П.Т. Петрюк¹, О.П. Петрюк²
АКАДЕМІК ВІКТОР ПАВЛОВИЧ ПРОТОПОПОВ:
ТВОРЧА БІОГРАФІЯ ТА НАУКОВА СПАДЩИНА
(до 130-річчя з дня народження)

Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки,
м. Харків¹

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України²
Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3 (Сабурова дача)²

Ключові слова: академік В.П. Протопопов, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, наукова спадщина

*Завершеність життя, і короткого і довгого,
визначається тільки метою,
заради якої вона прожита.
Д. Джордан*



Віктор Павлович Протопопов (1880-1957) – видатний російський, український та радянський психіатр і фізіолог, академік АН, відомий засновник патофізіологічного напрямку в психіатрії, який заснував оригінальну патофізіологічну школу в радянській психіатрії, розробив оригінальні методики дослідження вищої нервової

діяльності, описав симпатикотонічний синдром (S) при маніакально-депресивному психозі (МДП), увів у психіатричну практику терапію, методики дезінтоксикаційної терапії, дієтотерапії. Віктор Павлович був головним психіатром та головою Вченої ради Міністерства охорони здоров'я УРСР, редактором журналів „Український вісник експериментальної педагогіки і рефлексології” та „Советская психоневрология”, багато зробив для післявоєнного відновлення мережі спеціалізованих психіатричних закладів в як після громадянської війни, так і після Другої світової війни.

Ім'я В.П. Протопопова належить до плеяди великих учених нашої країни, що проклали нові шляхи в науці. Людина високої цілеспрямованості і нестримного пориву до творчої праці, Віктор Павлович увесь свій талант, виняткову енергію і знання присвятив служінню медицині. Він був видатним вітчизняним психіатром, дослідником вищої нервової діяльності людини та тварин, учнем і послідовником корифеїв вітчизняної науки – В.М. Бехтерева та І.П. Павлова [1-17;19-25].

В.П. Протопопов народився 22 жовтня 1880 року в с. Юрках на Полтавщині. Після успішного закінчення гімназії в Ростові-на-Дону Віктор Павлович вступив до Військово-медичної академії, де, будучи студентом

четвертого курсу, виконав при кафедрі В.М. Бехтерева експериментальну роботу, яка була удостоєна медалі. Після закінчення академії з відзнакою (1906) академік В.М. Бехтерев залишає його на три роки в ад'юнктурі при кафедрі психіатрії.

В 1909 році В.П. Протопопов блискуче захистив докторську дисертацію на тему „Про сполучно-рухові реакції на звукові подразники”. Відкриття Віктором Павловичем рухових оборонних рефлексів дало можливість В.М. Бехтереву зосередити увагу на вивченні рухової сфери у тварин і людини.

У 1911 році Віктор Павлович одержав звання приват-доцента і продовжував працювати в клініці і лабораторії В.М. Бехтерева, де займався дослідженням соматичних розладів при МДП, що було покладено в початок формування його концепції про патогенез цього захворювання, а також вивчення рухових умовних рефлексів у людини, що лягло в основу розробки спеціальних методик для вивчення вищої нервової діяльності.

У 1921 році В.П. Протопопов став професором організованої ним кафедри психіатрії Пермського університету. Водночас на педагогічному факультеті він викладав психопатологію з вченням про дефективність, був директором Інституту дефективної дитини, а також завідував обласною психіатричною лікарнею, організовував психіатричну допомогу в області, займався підготовкою кваліфікованих кадрів для кафедри та лікарні [1-3; 8; 13; 14; 19; 25].

У 1923 році Віктор Павлович переїхав до Харкова, де працював до початку Другої світової війни. Тут з його ініціативи найбільша в СРСР психіатрична лікарня (Сабурова дача) була реорганізована в Український державний інститут клінічної психіатрії та соціальної психогігієни, який пізніше увійшов до складу Всеукра-

їнської психоневрологічної академії (нині Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України). Також він організував при Медичному інституті кафедру психіатрії (до цього існувала тільки одна загальна кафедра неврології та психіатрії), якою завідував 20 років, і першу в Радянському Союзі кафедру вищої нервової діяльності при Інституті народної освіти. Згодом В.П. Протопопов бере участь у створенні кафедри психіатрії і вищої нервової діяльності при Психоневрологічному інституті кадрів, організатором і першим деканом якого він був. Віктор Павлович був першим інспектором з психіатрії Наркомздраву УРСР і постійно приймав активну участь у всіх заходах з організації психіатричної допомоги в республіці [4-6, 8, 10, 16].

Наукова діяльність В.П. Протопопова в цей харківський період, характеризується дослідженнями в галузі патогенезу і лікування шизофренії, а також вивченням фізіології вищої нервової діяльності в умовах природного експерименту людей та вищих тварин (собак і мавп). В цей час він багато працює в закладах Наркомосвіти і Наркомату оборони, являється професором рефлексології в Інституті народної освіти, завідує секцією рефлексології при Науково-дослідному інституті педагогіки. В Харкові Віктор Павлович організував журнал „Український вісник експериментальної педагогіки і рефлексології” і був його головним редактором [1-3; 14; 15; 17; 19].

У роки Другої світової війни Віктор Павлович, перебуваючи на протязі двох років у м. Чкалові (в подальшому перейменовано в м. Оренбург), куди був евакуйований Харківський медичний інститут, не припиняв своєї наукової діяльності. Він успішно розробляє проблему травматичних психозів воєнного часу, закінчує роботу над монографією про патофізіологічні основи раціональної терапії шизофренії.

Слід підкреслити, що «вузівське» викладання медицини в Оренбурзі розпочалось з 1942 року, коли в це глибоко тилове місто був евакуйований Харківський медичний інститут. Кафедру психіатрії, як відмічено вище, в той час очолював В.П. Протопопов. Разом із своїми працівниками – А.С. Познанським, Е.М. Бонгард, М.Б. Цукером – В.П. Протопопов серйозно займався лікувальною роботою, консультував хворих евакогоспіталів, узагальнював досвід лікування і патофізіологічного аналізу травматичних нервово-психічних розладів. Колектив кафедри вивчав питання психічних порушень при важливій для того часу формі краєвої патології – агранулоцитозі, котрий виникав внаслідок вживання з їжею перезимованих злаків. Віктор Павлович пробув в Оренбурзі біля двох років і повернувся в Україну [11].

З 1944 року і до останніх днів свого життя В.П. Протопопов працював у Києві. Цей період його діяльності був особливо плідним. Напружену наукову працю він поєднував з великою організаторською і громадською діяльністю. Віктор Павлович створив відділ психіатрії і патології вищої нервової діяльності в системі Академії наук УРСР, академіком якої він був

обраний у 1945 році, і кафедру психіатрії при Київському інституті удосконалення лікарів (нині Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика). Цими підрозділами двох закладів він керував до кінця свого життя. В.П. Протопопов був головою Вченої ради і головним психіатром Міністерства охорони здоров'я УРСР, вів велику консультативну та видавничу роботу [1-3, 19, 20].

У післявоєнні роки широко розгорнулись його дослідження в області патогенезу шизофренії і МДП, а також складних форм вищої нервової діяльності людини. Його праці з цих питань дістали широке визнання не тільки в Радянському Союзі, а й далеко за його межами. Академіка В.П. Протопопова можна заслужено рахувати одним із основоположників патофізіологічного напрямку в сучасній психіатрії [1;4;14;15;21].

У клініці Віктора Павловича було експериментально підтверджено і далі розвинуто положення І.П. Павлова про гіпноїдний стан кори головного мозку у хворих на шизофренію. На основі цих досліджень було встановлено, що при шизофренії мають місце гіпноїдні фази, послаблення сили основних нервових процесів, схильність їх до іррадіації та інертності, а також ряд інших порушень. Увесь цей комплекс взаємозв'язаних розладів В.П. Протопоповим був позначений як „гіпноїдний синдром”, який академік визнавав за патофізіологічну основу психопатологічної симптоматики шизофренії. В подальшому на основі спеціальних експериментальних досліджень було доведено, що розлади мислення при шизофренії виникають на основі гіпноїдних станів з розладами вищого аналізу та синтезу. Отже, гіпноїдний синдром при шизофренії поширюється на обидві сигнальні системи [1;19].

Розвиваючи положення про те, що психоз є захворюванням не тільки мозку, а й усього організму, Віктор Павлович провів велику кількість досліджень для з'ясування соматичних процесів і обміну речовин у хворих на шизофренію, прагнучи поєднати їх з церебральними розладами в єдиний патогенетичний ланцюг. Численні дослідження співробітників ученого виявили токсичність крові, сечі і ліквору у хворих на шизофренію, а також нагромадження токсичних продуктів білкового метаболізму: аміак, нітроти, ароматичні сполуки (фенол-крезоли) та ряд недоокислених продуктів. Поряд з цим було виявлено, що процеси виведення токсичних продуктів з організму у хворих на шизофренію значно порушені. Функціональну недостатність окремих органів і систем при шизофренії (ендокринні залози, печінка, кровотворний апарат) В.П. Протопопов пов'язував з явищами токсикозу. Дуже важливими для виявлення інтимного патогенетичного зв'язку між явищами токсикозу і церебральними порушеннями були дані про те, що сироватка крові хворих на шизофренію гальмує споживання кисню мозковою тканиною [1;2;19].

Увесь комплекс досліджень церебральних і соматичних процесів, проведений академіком В.П. Протопоповим та його співробітниками, дав йому можли-

вість сформувати струнку гіпотезу патогенезу шизофренії, яка не втратила свого теоретичного і практичного значення і понині. Суть цієї гіпотези полягає в тому, що шизофренія розвивається на базі типологічних особливостей, які виникають в процесі філо- і онтогенезу під впливом несприятливих умов середовища як екзогенного, так і психогенного порядку. Неспроможність захисних механізмів призводить до нагромадження в організмі шлакових продуктів обміну, які блокують окислювальні ферментні системи, насамперед мозку. Це явище сприяє розвитку хронічної гіпоксії і зв'язаного з нею гіпноїдного стану, який лежить в основі складної психопатологічної картини шизофренії [1; 2; 15; 21; 25].

Вивчення порушень обміну речовин та інших соматичних процесів у хворих на шизофренію дало можливість Віктору Павловичу теоретично обґрунтувати та впровадити в практику комплекс біологічних методів лікування: дезінтоксикаційну терапію і заходи, направлені на підвищення окислювальних процесів функції печінки, кровотворної системи тощо. Він вважав, що кожний із застосовуваних методів лікування має свій механізм дії. На основі концепції І.П. Павлова про охоронне гальмування при шизофренії та власних експериментальних даних про функціональну слабкість центральної нервової системи при цьому захворюванні В.П. Протопопов розробив важливі загальні принципи і методи охоронної терапії в психіатрії. Він вперше в Радянському Союзі застосував лікування сном при психічних розладах, а також розробив спеціальну систему охоронного режиму (сепарацію) в психіатричному стаціонарі.

Велику теоретичну і практичну цінність становлять багаторічні дослідження Віктора Павловича, що стосуються МДП. Зокрема, він виявив ряд характерних соматичних ознак МДП (тахікардія, розширення зіниць, запори, аменорея, сухість шкіри, зменшення маси тіла), які були ним об'єднані у поняття симпатикотонічного синдрому, а в подальшому нами використані для розробки способу оцінки депресивної фази циркулярного психозу, що супроводжується симпатикотонічним синдромом, з допомогою спеціальної шкали [18].

Всебічне вивчення обміну речовин при МДП показало, що при цьому захворюванні відбуваються значні зміни в енергетичному обміні в напрямі як гіпер-, так і гіпоенергізму, залежно від особливостей фази захворювання. Вони патогенетично зв'язані із симпатикотонічними зрушеннями і зумовлені змінами з боку центральної регуляції, причому істотну роль тут відіграє таламо-гіпоталамічна ділянка головного мозку.

Зіставляючи факти, одержані в клініці і лабораторії, В.П. Протопопов дійшов висновку, що основою приступу МДП є підвищене збудження (за типом застійного) у таламо-гіпоталамічній ділянці. Це збудження, з одного боку, призводить до розвитку симпатикотонічного синдрому і зміни інтенсивності обмінних процесів, а з другого – спричиняє своєрідні емоції, характер-

ні для даного захворювання і, нарешті, змінює стан кори мозку внаслідок іррадіації збудження або пригнічення коркової діяльності шляхом негативної індукції чи парабіозу.

Аналізуючи працю Віктора Павловича з питань МДП, Є.О. Попов справедливо підкреслював: „Він дає нову концепцію маніакально-депресивного психозу, яка, на нашу думку, є найважливішим з усього, що було написано про це захворювання з того часу, як воно було виділене в окрему нозологічну форму” [21]. В.П. Протопопов уперше в психіатрії поставив питання про всебічне обстеження хворих на МДП у період ремісії. В даний час, дякуючи досягненням в області експериментальної та клінічної фізіології ретикулярної формації, гіпоталамуса і лімбічної системи, концепція Віктора Павловича про патогенез МДП набуває великого теоретичного значення [1;2;19]. В.П. Протопопов вивчав також пресенильні психози і епілепсію, організував експедицію для обстеження психічно хворих в умовах високогір'я на Ельбрусі.

Віктор Павлович був видатним організатором психіатричної допомоги. Він вимагав, з одного боку, створення системи охоронного режиму, а з другого, – таких умов, які при умові використання біологічних методів лікування, сприяли би стимуляції хворих до діяльності. В даному випадку мова йде про різні форми трудової терапії, які є фоном, на котрому інші лікувальні заходи набувають ефективності. Трудова терапія, рахував В.П. Протопопов, повинна сприяти відновленню повноцінності особистості хворого, його трудових і соціальних зв'язків.

Віктор Павлович надавав особливе значення „відкритій” психіатричній допомозі. Він розробив чітку структуру позалікарняної допомоги психічно хворим у вигляді мережі амбулаторій (диспансерів), спочатку при психіатричних лікарнях, а потім в окремих містах і районах. В.П. Протопопов був рішучим прихильником ідеї децентралізації, створення психіатричної служби в кожній області і районі. Особливо слід відмітити заслугу Віктора Павловича в організації спеціальних літніх санаторіїв для хворих, які знаходились в психіатричних стаціонарах. Опираючись на позитивний досвід роботи такого санаторію, він прийшов до висновку про необхідність введення в практику лікування психічно хворих як постійної міри переводу деяких хворих в заклади санаторного типу [1;2;19].

В.П. Протопопов усе своє життя не поривав зв'язки з рідним селом, цікавився життям і трудовими досягненнями колгоспників. У 1935 році, в день 30-річчя наукової діяльності вченого, трудівники с. Юрки обрали його почесним колгоспником.

Численні дослідження В.П. Протопопова і його співробітників показали, що умовні рефлекси створені в руховій сфері, мають усі основні риси, властиві секреторним умовним рефлексам. Ще в 1921 році Віктор Павлович одним з перших висунув положення про роль мови у дослідженні умовно-рефлекторної діяльності людини. Це значно розширило можливості дос-

лідження вищої нервової діяльності людини як у нормі так і при патології.

Особливе велике значення мають праці В.П. Протопопова в галузі фізіології моторних навиків, яка по суті, стала новим розділом фізіології вищої нервової діяльності. Результати цих досліджень були узагальнені В.П. Протопоповим у монографії „Умови утворення моторних навиків і їх фізіологічна характеристика”. Про них він доповів на XXV Міжнародному конгресі фізіологів, який відбувся у 1935 році.

Починаючи з 30-х років минулого сторіччя Віктор Павлович приділяє особливу увагу виникненню і розвитку процесів абстракції, вивченню фізіологічних основ логічного мислення в нормі і патології. Висунути В.П. Протопоповим поняття „стимул-перепона” і „реакція подолання” мають широке загально біологічне, а стосовно до людини і соціальне значення; вони лежать в основі тих явищ, які І.П. Павлов визначав як „рефлекс мети” і „рефлекс свободи”. Разом із своїми учнями Віктор Павлович розробив ряд методичних прийомів дослідження вищої нервової діяльності, що має пряме відношення до цілої низки важливих проблем сучасної фізіології, зокрема до проблеми активності [1;2;7;18].

Велике теоретичне значення мають праці В.П. Протопопова і його учнів у області проблеми абстракції. При допомозі спеціального розроблених методик було експериментально доказано, що у тварин (собак, нижчих мавп, антропоїдів) можна утворювати умовну реакцію на відносні признаки (відношення величин предметів, інтенсивностей звукових і світлових коливань тощо). Така форма абстракції у вищих тварин виражається в тому, що відносний признак не відволікається повністю, як у людини, дякуючи слову, а тільки виділяється в конкретних об'єктах і явищах (абстракція *in concreto*). Ці експерименти показали, що елементи абстракції властиві і вищим тваринам. Ці роботи Віктора Павловича стали неоспореним аргументом проти уявлень „гештальтистів” про те, що реакція на відносні признаки не підлягає фізіологічному аналізу [1;2;19; 22;25].

Наслідуючи І.М. Сеченова, В.П. Протопопов надавав особливу увагу фізіологічному аналізу абстрактного мислення людини. Він стверджував, що при дослідженні мислення і його розладів необхідно поєднання фізіологічного аспекту з логічним. До цієї роботи Віктор Павлович приступив уже в останній період свого життя. Перші її результати були опубліковані в монографії, написаній в співавторстві з Е.А. Рушкевичем „Исследование расстройств абстрактного мышления у психически больных и их физиологическая характеристика” (1956).

Працями В.П. Протопопова та його учнів суттєво розширено вчення про експериментальні неврози. Він дослідним шляхом доказав можливість зриву вищої нервової діяльності у собак поза станком, в умовах вільного пересування.

Ці дані мали принципове значення у зв'язку з тим,

що деякі закордонні вчені стверджували, що експериментальний невроз, описаний І.П. Павловим, є лише результатом обмеження тварин, які були поміщені в станок.

В результаті наукової діяльності Віктора Павловича стало ясно, що психічні захворювання є хворобами усього організму, а не тільки мозку. Він також стверджував, що психоз є патологією вищої нервової діяльності.

Будучи учнем В.М. Бехтерева та І.П. Павлова, В.П. Протопопов сприйняв найкращі традиції петербурзької патофізіологічної школи І.М. Белінського, І.П. Мержеєвського і свого першого безпосереднього вчителя – В.М. Бехтерева, до яких відносився з великою повагою [1; 2; 8; 14; 15; 19; 21; 23; 25].

Віктор Павлович підкреслював, що психіатр не може бути тільки психопатологом, що він насамперед повинен стати лікарем, який спирається на точні дані сучасної фізіології, патофізіології, біохімії та інших суміжних наук.

Виступаючи з промовою-відповіддю на урочистих зборах, присвячених 70-річчю з дня народження і 45-річчю своєї наукової, педагогічної і лікарської діяльності, В.П. Протопопов говорив: „Я щасливий з того, що моя наукова і лікарська діяльність почалися в період розвитку творчості Бехтерева і Павлова, під впливом яких сформувався мій світогляд і визначилися мої наукові інтереси. Вся моя 45-річна діяльність була спрямована на розробку ідей, сприйнятих від моїх учителів, і на розвиток у психіатрії патофізіологічного напрямку, якого їй так бракувало. Для здійснення цього я повинен був заглибитися, окрім клініки психозів, у вивчення фізіології і головним чином в галузь фізіології та патології вищої нервової діяльності, і не по книгах, а ведучи науково-дослідницьку роботу в цій галузі. І тому мої наукові праці складаються немовби з двох розділів – клініко-психіатричного і фізіологічного. Проте це тільки зовнішній поділ, а по суті вони спрямовані до однієї мети – до вивчення матеріальних, нервово-фізіологічних основ психічної діяльності у нормі і при патології. Спираючись на фізіологію, я з більшою впевненістю міг проводити дослідження і в галузі патофізіології та терапії психозів [23].

Педагогічна діяльність Віктора Павловича – професора, академіка, керівника кафедр психіатрії і вищої нервової діяльності – була величезною за об'ємом і часом, що затрачувався. Головним в його лекціях, особливо в тих, що читалися для студентів – майбутнім лікарям, було заперечення правомірності відриву психіатрії від загальної медицини, боротьба з терапевтичним нігілізмом. Не випадково студенти психоневрологічного факультету називали Віктора Павловича „войовничим психіатром”.

Кожну свою лекцію вчений ілюстрував прикладами, які він ретельно добирав, а це значно сприяло дохідливості. Так, зокрема, з великим інтересом сприймалася лекція В.П. Протопопова про творчість психічно хворих в галузі живопису, літератури і

мистецтва. Демонструючи хворих по ходу лекції, він розмовляв з ними спокійно, дуже просто, природно, ніби з цілком здоровими людьми. Віктор Павлович категорично відкидав будь-яку „парадність” під час читання лекції; проте бував дуже задоволений, коли його лекції відвідували викладачі і студенти інших кафедр [1].

Слід підкреслити, що на урочистих зборах у день свого 70-річчя Віктор Павлович говорив: „ Кожен хворий, який хворіє на тяжкі недуги – сліпоту, рак, туберкульоз, – викликає глибоке співчуття, але ще більшого співчуття і душевної уваги заслуговує людина, яка у розквіті сил, з багатообіцяючим майбутнім несподівано впадає у темряву слабоумства або метушиться у вихорі маячних ідей. І не слід думати, що сам психічно хворий не зазнає страждань від своєї хвороби. Це помилкова думка. Хворий страждає і від того жаху, що охоплює його у потоці маячних ідей та галюцинацій, а також і від того, що в момент прояснення він розуміє, на що хворіє, і переконаний, що його хворобу неможливо вилікувати. Все це призводить іноді до самовбивства. Багато хворих, які зовні здаються навіть отупілими, зберігають виняткову ніжність і делікатність у своїх почуттях і переживаннях” [23].

В.П. Протопопов створив свою оригінальну наукову школу, в якій проблеми психіатрії вирішувались в єдності з фізіологією і патологією вищої нервової діяльності, біохімією і загальною патофізіологією. Одним з основних девізів Віктора Павловича щодо науки була вимога „максимальної особистої ініціативи і невідступного мислення”. Він підкреслював, що наукова робота вимагає насамперед часу для мислення, але часто загальна зайнятість, перевантаженість численними засіданнями та деякими іншими другорядними справами заважають науковим працівником займатись основним видом діяльності.

Мабуть, найхарактернішою рисою особи В.П. Протопопова як вченого була „розумова чутливість”, яку в ньому помітив і оцінив ще І.П. Павлов [1].

Перу Віктора Павловича належать більше 160 наукових робіт, у тому числі 5 монографій, зокрема: „О сочетательной двигательной реакции на звуковые раздражения” (1909), „Менструальные расстройства при маниакально-депрессивном психозе” (1919), „Соматический синдром, наблюдаемый в течении маниакально-депрессивного психоза” (1920), „Объективный метод изучения поведения человека и высших животных” (1924), „Психология, рефлексология и учение о поведении” (1929), „Условия образования моторных навыков и их физиологическая характеристика” (1935), „К вопросу об организации терапии психозов” (1935), „Принципы и методы охранительной терапии” (1937), „Патофизиологические особенности в деятельности центральной нервной системы при шизофрении” (1938), „Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении” (1946), „Состояние и пути дальнейшего развития на Украине учения И.П. Павлова о физиологии и патологии высшей нервной

деятельности” (1950), „Образование моторных навыков у животных по методу «стимул-преграда»” (1950), „Процессы отвлечения и обобщения (абстракции) у животных и человека” (1950), „Великий российский ученый И.П. Павлов” (1951), „Итоги работ в области психиатрии, физиологии и патологии высшей нервной деятельности, проведенные нами за последние 20 лет” (1953), „Обмен веществ при маниакально-депрессивном психозе, терапия и профилактика этого психоза” (1955), „Проблема маниакально-депрессивного психоза” (1957) та інші [1, 3, 19, 24].

Серед найближчих учнів академіка В.П. Протопопова слід назвати Є.О. Попова, Н.П. Татаренко, М.Т. Миролюбова, Й.А. Поліщука, П.В. Бірюковича, А.Є. Хільченка, О.Л. Лещинського, Є.А. Рушкевича, М.А. Гольденберга, М.І. Ліхтерева, І.М. Аптера, О.С. Познанського, В.В. Наумову, Л.У. Уланову, Б.В. Цукер, Б.Л. Ландкоф, М.Д. Бурштейн, В.В. Яблонську, Г.А. Шифріну, Н.І. Чучмарьову, С.Д. Расіна, С.П. Зелінського, Т.М. Городкову, Т.Н. Недбайлову, Л.О. Булахову, М.П. Доценка, Л.Я. Поляк та інших [1, 2, 9, 15, 19, 21, 25].

В.П. Протопопов підготував 11 докторів і 25 кандидатів медичних наук, більше 40 аспірантів та клінічних ординаторів. Його учні очолили кафедри психіатрії в медичних інститутах Москви, Харкова, Горького, Іжевська, Новосибірська, Чернівців, а також відділи у науково-дослідних інститутах багатьох міст, де успішно продовжують розвивати ідеї вченого.

За багаторічну плідотворну наукову, педагогічну, лікарську і громадську діяльність В.П. Протопопову було присвоєно почесне звання заслуженого діяча науки УРСР (1934), звання академіка Академії наук УРСР (1945), а також Віктор Павлович був нагороджений двома орденами Леніна, орденом Трудового Червоного Прапора і багатьма медалями. Ім'я академіка В.П. Протопопова у свій час носила Львівська обласна психіатрична лікарня та Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, який раніше називався Харківським науково-дослідним інститутом неврології і психіатрії імені В.П. Протопопова, диплом лауреата конкурсу імені академіка Академії наук УРСР В.П. Протопопова щорічно вручається Товариством неврологів, психіатрів та наркологів України за значні досягнення в науковій і практичній роботі [4].

Вартий уваги той факт, що академік В.П. Протопопов похований на Байковому цвинтарі м. Києва рядом з могилою свого улюбленого учня професора Й.А. Поліщука, який завжди з любов'ю і великою пошаною відносився до нього і залюбки цитував наукові роботи свого учителя В.П. Протопопова. При цьому, любив підкреслювати, що він мовби є науковим сином академіка, а ми, молодші, повинні бути його науковими внуками [17].

Таким чином, академік Віктор Павлович Протопопов вніс великий вклад у золотий фонд медичної науки. Його висока принциповість як громадянина і вченого, широта наукових інтересів, оригінальність мислення, непохитна воля і добросовісність, наполе-

гливість у праці, тісний зв'язок теорії з практикою і високий гуманізм є найкращим прикладом для молоді, що присвятила себе науці. Безумовно, творча біографія і науковий здобуток Віктора Павловича мають великий інтерес як для історії української, так і російської науки і потребують подальшого дослідження.

Література:

1. Бірюкович П.В. В.П. Протопопов / П.В. Бірюкович. – К.: Здоров'я, 1977. – 48 с. (Серія „Видатні вітчизняні вчені-медики”).
2. Бірюкович П.В. К 100-літтю со дня народження Віктора Павловича Протопопова / П.В. Бірюкович // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1980. – Т. 80. – № 11 – С. 1710-1713.
3. Бірюкович П.В. Протопопов Виктор Павлович / П.В. Бірюкович // Большая медицинская энциклопедия (В 30 томах. / (АМН СССР). Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 21. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С. 701-702.
4. Волошин П.В. 60 лет Харьковскому НИИ неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова / П.В. Волошин // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1983. – Т. 83. – Вып. 5. – С. 780-783.
5. Волошин П.В. 80-річчя декрету про створення Українського науково-дослідного психоневрологічного інституту / П.В. Волошин // Укр. вісник психоневрології. – 1999. – Т. 7. – Вип. 4 (22). – С. 71-81.
6. Волошин П.В. К истории Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины / П.В. Волошин, Н.П. Волошина // Международный медицинский журнал. – 2001. – Т. 7. – № 4. – С. 119-123.
7. Волошин П.В. 25-річчя відновлення власних клінік і лабораторної бази Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України / П.В. Волошин, Н.О. Марута // Укр. вісник психоневрології. – 2004. – Т. 12. – Вип. 1 (38). – С. 6-9.
8. Воробьева Т.М. Развитие идей единства биологического и психического в Украинском НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии / Т.М. Воробьева, И.И. Кутько // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. – Т.1 – Х.: Б.и., 1994. – С. 7-13.
9. Роль и место кафедры ХМИ в истории развития психиатрии на Украине / В.Л. Гавенко, Н.Е. Бачериков, Г.А. Самардакова, А.В. Смыков // Там же. – С. 40-42.
10. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой дачи / Н.М. Зеленский. – К.–Х.: Госмедиздат УССР, 1946. – 160 с.
11. Кафедра психиатрии и медицинской психологии Оренбургского медицинского института [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://orgma.ru/units/chears/ch27/ch27.php>.
12. Коваленко П.И. 35 лет Украинского научно-исследовательского психоневрологического института / П.И. Коваленко // Тез. докл. XX научн. сессии Украинского научно-исследовательского психоневрологического института. – Х.: Б.и., 1956. – С. 3-5.
13. Корнетов А.Н. Основные аспекты истории украинской психиатрии / А.Н. Корнетов // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. Т. 1 – Х.: Б.и., 1994. – С. 69-70.
14. Крижанівський О.В. Видатний вклад школи академіка В.П. Протопопова в розвиток української психіатрії / О.В. Крижанівський, Л.О. Крижанівська // Там же. – С. 78-80.
15. Кузнецов В.Н. Патофизиологическая школа академика В.П. Протопопова в украинской психиатрии / В.Н. Кузнецов // Там же. – С. 82-85.
16. Кутько И.И. К истории организации Украинского государственного института клинической психиатрии и социальной психиатрии / И.И. Кутько, В.М. Козидубова, П.Т. Петрюк // Там же. – С. 95-97.
17. Петрюк П.Т. Иосиф Адамович Полищук – крупнейший представитель украинской психиатрической школы (фрагменты воспоминаний) / П.Т. Петрюк // Там же. – С. 115-117.
18. Петрюк П.Т. Способ оценки депрессивной фазы циркулярного психоза, сопровождающейся симпатикотоническим синдромом, с помощью специальной шкалы / П.Т. Петрюк // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 25-30.
19. Петрюк П.Т. Академик Виктор Павлович Протопопов – видатний вітчизняний психіатр і фізіолог, відомий засновник патофізіологічного напрямку в психіатрії (До 125-річчя з дня народження) / П.Т. Петрюк, О.П. Петрюк // Укр. вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13. – № 1 (42). – С. 123-127.
20. Полищук И.А. Виктор Павлович Протопопов (предисловие) / И.А. Полищук, В.П. Бірюкович // В.П. Протопопов: Избранные труды. – К.: Изд-во АН УССР, 1961. – С. 3-9.
21. Попов Е.А. К 70-летию со дня рождения и 45-летию врачебной, научной и педагогической деятельности действительного члена Академии наук Украинской ССР В.П. Протопопова / Е.А. Попов // Вопросы физиологии. – 1953. – № 4. – С. 7-14.
22. Протопопов Виктор Павлович (1880-1957), психиатр, академик АН УССР // ЦНА АН УССР, ф. 151, 4 д., 1948-1951 (Личные архивные фонды в государственных хранилищах СССР) [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.rusarchives.ru/guide/lf_ussr/pom_pro.shtml.
23. Протопопов В.П. Цель и задачи, выполнению которых я посвятил свою жизнь / В.П. Протопопов // В.П. Протопопов: Избранные труды. – К.: Изд-во АН УССР, 1961. – С. 533-536.
24. Протопопов Виктор Павлович [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://uk.wikipedia.org/wiki/>.
25. Татаренко Н.П. Творческий путь Виктора Павловича Протопопова (К 75-летию со дня рождения и 50-летию научной, педагогической и общественной деятельности) / Н.П. Татаренко, И.М. Антер // Журн. высшей нервной деятельности. – 1955. – Т. 5. – № 6. – С. 916-920.

АКАДЕМИК ВИКТОР ПАВЛОВИЧ ПРОТОПОПОВ: ТВОРЧЕСКАЯ БИОГРАФИЯ И НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ (к 130-летию со дня рождения)

П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк

На основании источников специальной литературы приведены новые биографические данные и воспоминания современников об академике В.П. Протопопове – выдающемся отечественном психиатре и физиологе, известном основателе патофизиологического направления в психиатрии, который создал свою оригинальную научную школу.

Ключевые слова: академик В.П. Протопопов, биографические данные, жизненный и творческий путь, научное наследие

ACADEMICIAN VICTOR PAVLOVYCH PROTOPOV: CREATIVE BIOGRAPHY AND SCIENTIFIC LEGACY (to 130-th anniversary)

P.T. Petryuk, O.P. Petryuk

Based on the particularized literary sources, new biographical data and contemporaries' memoirs about academician V.P. Protopopov are presented in the article. Academician V.P. Protopopov was prominent domestic psychiatrist and physiologist, well-known founder of pathophysiological branch in psychiatry, who originated his own original scientific school.

Keywords: academician V.P. Protopopov, biographic information, vital and creative way, scientific legacy

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Возможно ли создание Дискуссионного клуба среди украинских врачей – психиатров, наркологов, психотерапевтов, организаторов здравоохранения? Есть ли среди украинских врачей желание дискутировать? Мы воспринимаем буквально все, что нам дают. Причем, это касается как начинающих, так и совсем зрелых врачей.

Полагаем, что задачей Дискуссионного клуба может быть как обсуждение актуальных статей, так и докладов на конференциях, круглых столах и пр. Что может быть лучше отдыха в упражнении ума дискуссией?

Для того, чтобы Вы ответили, мы и перепечатаем из журнала № 3 Нейро News (январь, 2010) очень актуальную и интересную статью Президента Ассоциации психиатров Украины Семена Фишилевича Глузмана.

Ждем Ваших откликов и предложений.

С уважением,

Гл. редактор журнала
«Архив психиатрии»
С.Табачников

С.Ф. Глузман, Ассоциация психиатров Украины

ЭТИОЛОГИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЙ В ПСИХИАТРИИ: ПОПЫТКА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО АНАЛИЗА

История науки – наиболее рациональная и в то же время наиболее увлекательная из всех историй. Драма идей, составляющая собственно предмет истории науки, в не меньшей мере является и драмой людей, как самих ученых, так и ее «подопытных кроликов» – объектов практического приложения научных новаций.

В эпоху, когда наука все больше проникает в общественную практику, она может осуществлять свою общественную функцию соответствующим образом лишь тогда, когда не скрывает своих границ и условности своего поля деятельности [1]. Современная психиатрия опирается на верифицируемые научные знания лишь отчасти, значительная часть ее поля собственно «правильной» наукой не является (так называемые гуманитарные науки в английском языке обозначаются как «моральные»), и неблагоприятная нравственная или правовая ситуация в государстве может привести к систематическим злоупотреблениям психиатрией как социальным институтом.

Злоупотребления психиатрией – это злоупотребления ролью психиатра как эксперта, так и лечащего врача. Феномен злоупотреблений психиатрией не является сугубо национальным (немецким, русским, румынским, кубинским...). Отдельные случаи злоупотреблений, с той или иной частотой проявляющиеся и в государствах, максимально возможно ориентированных на соблюдение прав человека, в определенных

социальных условиях становятся государственным институтом, в частности, ориентированным на подавление политического и религиозного инакомыслия.

Эта работа – первая попытка неэмоционально и объективно проследить, какие же конкретные причины лежат в основе становления и существования интернационального феномена злоупотребления психиатрией.

...Буллой Папы Иннокентия VIII предписывалось разыскивать и привлекать к суду людей, добровольно и сознательно отдавших под власть «демонов». Два доминиканских монаха, Яков Шпренгер и Генрих Инсистерис, опираясь на папскую буллу, стали энергично истреблять «ведьм». В 1487 г. они опубликовали свой «Молот ведьм» – своеобразное руководство опознания, изобличения и сокрушения ведьм. Вероятно, как сегодня мы понимаем, наиболее благодарным материалом для инквизиторов были депрессивные больные с идеями самообвинения [2]. С презентистской точки зрения, такая практика противоправна, но злоупотреблением психиатрией не являлась, поскольку правовая доктрина инквизиции не знала института невменяемости.

Злоупотреблением психиатрией, в том числе и в политических целях, является умышленная экскульпация граждан, по своему психическому состоянию не нуждающихся ни в психиатрическом стеснении, ни в психиатрическом лечении (разумеется, данное опреде-

ление все варианты злоупотреблений психиатрией не исчерпывает). Поскольку индивид XX века существует, создает и мыслит в промежутке многих культур, мы вправе рассматривать феномен злоупотребления психиатрией обобщенно; незначительные национальные различия не касаются основы злоупотребления психиатрией, ее «идеологии».

Даже поверхностный анализ феномена свидетельствует о том, что массированные, институциональные злоупотребления психиатрией имеют место лишь в специфически организованных государствах, которые политология определяет как тоталитарные.

В основе характеристики соответствующих государственных систем лежат такие показатели, как число партий, организация выборов, отношения государства к правам и свободам граждан и подобные элементы традиционного набора признаков демократии [3]. В тоталитарных государствах такие признаки демократии фактически отсутствуют.

В основе любого тоталитарного государства – власть, оформившаяся как тяготеющий к тотальному контроль над определенным социальным пространством, наполненным людьми и вещами. Власть утопии.

Утопия трагична не только по определению, по самому смыслу своего греческого имени. Охваченный пророческой надеждой утопист готовит человечеству трагедию хотя бы потому, что его концепция жестко детализирует будущее. Утопия есть миф о возможности построения и функционирования общности единоверцев, где понятия веры и единомыслия жестко спаяны и совпадают по своим смысловым полям.

Утопист, впрочем, как и любой идеологический человек, исходит из всепоглощающей уверенности в достижении нового мира, в котором новый человек создаст новое общество. Как писал русский философ Г.В. Флоровский, «утопизм есть постоянный и неизбывный соблазн человеческой мысли, ее отрицательный полюс, заряженный величайшей, хотя и ядовитой энергией» [4]. Вкус и стремление к мелочной регламентации всей жизни необычайно показательны для самых разнообразных направлений утопической мысли.

Однако действительность не терпит жестких конструкций. Претворение утопии в жизнь вызывает сопротивление тех самых индивидов, ради светлого будущего которых и осуществляются грандиозные социальные метаморфозы. Осуществление утопии означает ее смерть. Жизнь рассыпает любые утопические прожекты в прах. И тогда новая социальная конструкция вынуждена прибегнуть к репрессии тех, кто, увы, не в состоянии понять будущего счастья своих потомков...

Единомыслие есть борьба. Борьба со всем тем, что идет от культуры сомнения. И в результате ложь как один из главных проводников единомыслия становится состоянием сознания большинства граждан.

Социальная утопия, претворенная в жизнь хотя бы частично, может существовать только в одном случае: если она успевает окостенеть в форме тоталитарного государства.

Тоталитарное государство постоянно и целенаправленно подавляет в сознании своих граждан любые проявления инакомыслия. Здесь инакомыслие – категория не только социально-идеологическая, но и сугубо правовая. Личность, заявляющая или демонстрирующая своим поведением несогласие с официальной доктриной или институтом, подвергается не только групповому давлению большинства сограждан, но и судебному преследованию. Классический тоталитаризм репрессий не стесняется, фактически ничем не маскирует их. Тюрьма, пуля или затопленная с живыми узниками баржа – лучшие средства поддержания тоталитарного порядка.

Тоталитарные государства стремятся полностью стабилизировать и организовать поведение своих граждан, соответствующим образом построив и законотворчество, и правоприменение. Но, так уж устроен мир, что стабилизированный и полностью организованный способ поведения граждан государства оказывается весьма разрушительным для самого государства [5]. В первую очередь, в сфере экономики и науки. В таких условиях вполне нормальный и здравомыслящий человек может сознательно осуществлять антиинституциональное поведение, выступая как участник социального движения, целью которого являются именно уничтожение, изменение, замена данного института.

Истощившийся, уставший тоталитарный режим в силу ряда объективных причин не способен на массовые и откровенные репрессии заявленного инакомыслия. Он маскирует имманентно присущие ему нетерпимость и жестокость. Способы маскировки различны: от внешней формализации процедуры расследования «антигосударственной деятельности» до использования психиатрических больниц для изоляции и медикаментозного «лечения» политических убеждений.

На первый взгляд, феномен выглядит так: в том или ином тоталитарном государстве правители, привычно расправляющиеся с любым проявлением политического инакомыслия, спускают «социальный заказ» репрессивному органу; тот, в свою очередь, дает непосредственное указание особо доверенным психиатрам... и несогласные с чем-либо граждане помещены в стены психиатрических лечебниц. Исходя из такого поверхностного объяснения, следует: при отсутствии властного указания помещать инакомыслящих психически здоровых граждан не будет и практики злоупотребления психиатрией.

Увы, проблема гораздо глубже, сложнее. Злоупотребление психиатрией с целью подавления инакомыслия основывается на состоянии самой психиатрии в тоталитарном государстве. Идеологические службы и репрессивные органы лишь пользуются этим.

Как упоминалось выше, психиатрия является научной дисциплиной лишь отчасти. С тем, чтобы заранее отвергнуть подозрение, что мы исповедуем так называемые антипсихиатрические взгляды, например, по Szasz, приведем публично высказанное мнение вполне конформных отечественных психиатров: «В системе наук, изучающих человека, психиатрия занимает то место, которое она заслуживает. Она находится на «задворках» научного познания. Система ее основных постулатов и, особенно, методов далека от подлинной научности, ее вклад в познание природы психических явлений более чем скромнен». Но, даже не согласившись с этим, уверовав в возможность верифицировать все без исключения положения психиатрической теории средствами научной методологии, мы обязаны помнить: любая наука, в том числе и наука о психическом, не включает в себя фактор моральной и социальной ответственности, наука не дискутирует о настоящих целях человеческого бытия.

Как бы ни была велика уверенность психиатра-исследователя, практикующий врач не может опираться в своей деятельности лишь на верифицируемое знание. Психиатрия как область практической медицинской практики опирается не только на прагматическое, утилитарное знание, но и на мораль, право.

Разумеется, представление о «научных фактах» зачастую включает в себя более или менее обусловленную культурой составляющую. Тем не менее, мы вправе говорить о том, что при всем различии национальных школ клиническая психиатрия оперирует одним классом понятий. Так, несмотря на серьезное несоответствие культур и условий Европы, Америки и Африки, культуральные исследования Дж. М. Мэрфи показали, что частота проявления поведения, описываемого в Европе в качестве шизофрении, в сообществах эскимосов и Йоруба сравнима с известными уровнями заболеваемости шизофренией в таких западных странах, как Канада и Швеция.

Психиатрия в тоталитарных государствах весьма специфична. Эта отнюдь не национальная специфика может быть обобщена так: «К сожалению, из внимания нередко упускается факт относительной зависимости наших знаний от нас самих и от наших методов... Традиционные психиатрические представления приобрели такую колоссальную силу инерции, что попытка критики даже частных положений встречает негативную реакцию. Пышные узоры симптоматологии и синдромологии создают видимость великолепия и совершенства «платья короля»» [6].

Психиатрия как социальный институт, сформировавшаяся и функционирующая в тоталитарном государстве, не может быть нетоталитарной. Такая психиатрия вынуждена служить двум разнонаправленным принципам: признанию и лечению психически больных, с одной стороны, и психиатрическому репрессированию людей, проявляющих политическое или идеологическое инакомыслие, с другой. Разумеется,

бывали и снова могут появиться независимо мыслящие психиатры в условиях тоталитарного государства, но эти единицы не могут изменить того, что тысячи воспитанных на некорректных псевдонаучных концепциях и страхе перед государством будут верить: раскованное, свободное мышление гражданина есть симптом безумия.

Знание, наука — лишь вспомогательные средства, не имеющие смысла в среде, лишенной нравственных ориентиров. Социальная утопия, претворившаяся в той или иной стране в форме тоталитарного общества, лишает нравственных ориентиров всех, в том числе и граждан, профессионально занимающихся психиатрией.

Психиатр, искренне не понимающий, что идеологическая и правовая доктрины его государства оспори-мы и уязвимы, не нуждается в специальном указании репрессивных служб. Он самостоятельно, искренне выставит диагноз психической болезни и правдолюбцу-генералу, ради нравственной истины сломавшему сытую, благополучную свою жизнь, и художнику-сюрреалисту, рисующему летающих коров. Он годами будет держать на мощной терапии в стенах больницы юношу, из-за религиозных убеждений предпочитающего двум годам сравнительно спокойной жизни службы в армии с оружием в руках многие годы лагерных мук. Наконец, он будет считать себя вправе госпитализировать старую женщину только потому, что ее десять кошек мешают соседям по дому... Он многое может и многое будет делать. И это страшнее, серьезнее, нежели сотрудничество всепонимающего врача-циника с репрессивными органами, исполняющего свои палаческие функции исключительно «по заказу» или «по приказу».

Случается, наш язык выговаривает не только то, что мы собирались сказать, но и то, что не входило в наши намерения. Только так возможно объяснить «научную» сентенцию, содержащуюся в учебнике психиатрии и утверждающую, что симптомами серьезной психической патологии являются «научные идеи, доминирующие в сознании ученого, и фанатические идеи верующего». Этот учебник был издан в Москве в 1973 г. Такая категоричность мнения психиатра в тоталитарном государстве — не артефакт. Она закономерна, она имманентна тоталитарному сознанию.

Тоталитарное сознание имеет особенность, резко отличающую его от любого авторитарного сознания, например, от средневекового сознания в христианских обществах Европы. В средневековой Европе церковь указывала, во что верить, но хотя бы позволяла держаться одних и тех же верований от рождения до смерти. Особенность же тоталитарного государства та, что, контролируя мысли и поступки своих граждан, оно не фиксирует их на чем-то одном. Выдвигаются догмы, не подлежащие обсуждению, однако изменяемые изо дня в день. И тоталитарно воспитанный психиатр, сегодня получивший разъяснение от начальства, что изображение на полотне летающих коров не противосто-

речит идеологии и концепции «социалистического реализма», завтра определит «безумными» изображения летающих лошадей. Или летающих зайцев.

Вина психиатрической парадигмы тоталитарного государства — в экспансии в сферы, изначально не являющиеся зонами психиатрической компетенции. В 1892 г. Вернике ввел в психиатрию понятие о сверхценной идее, в 1924 г. Циэн описал состояния «метафизической (философской) интоксикации», в 1962 г. Ирль описал «интуитивное чувство шизофрении»...но никто из них не предполагал, что позднее их именами будет освящено преследование инакомыслящих в тоталитарных государствах!

Строго говоря, злоупотребления психиатрией следует различать по наличию или отсутствию прямого умысла у злоупотребляющего врача. Те «знаменитые» случаи преследования правозащитников, которые стали символом злоупотребления психиатрией в политических целях, как правило, произошли по сознательному умыслу циничных психиатров, выполнявших «-казак» (естественно, никаких письменных документов не было, существование феномена доказывается косвенно, в том числе и со слов публично кающихся сегодня «заказчиков»).

Страшнее, серьезнее, на наш взгляд, те случаи злоупотреблений, где врач действовал искренне, убежденно, не сомневаясь в наличии серьезной психической патологии у вполне здравомыслящего человека. В конце концов, в каждой культуре, в каждом обществе есть свои Геростраты... Речь не о них.

Каковы же предпосылки неумышленного участия врачей в злоупотреблениях?

1. Специфика психиатрической парадигмы тоталитарного государства, плотно закрытой от «чужестранных влияний».

2. Отсутствие правового сознания у большинства граждан, включая врачей.

3. Игнорирование законодателем и органами правоприменения основных прав человека.

4. Декларативность или отсутствие законодательных актов, регулирующих осуществление психиатрической помощи в стране. В СССР, к примеру, такой акт был принят лишь в 1988 г.

5. Абсолютный государственный патернализм тоталитарных режимов естественно порождает и доминирование архаичной патерналистской этической концепции в медицинской практике. Профессиональное сознание врача основывается на почти абсолютном праве принимать решения без согласия пациента (то есть налицо игнорирование принципа осознанного согласия пациента на лечение или отказа от него).

6. Удручающе скверные условия в психиатрических лечебницах, связанные, в первую очередь, с нищетой здравоохранения, неотвратимо приводят к

дегуманизации персонала, в том числе и врачей. Дегуманизированный, ожесточенный персонал легче идет на неэтичные действия по отношению к пациентам, легче переступает порог профессиональных злоупотреблений. Весьма характерным следствием такой «профессиональной жизни» является, к примеру, нежелание большинства советских психиатров отказаться от употребления сульфозина; из опрошенных 52 психиатров 37 сообщили, что изъятие сульфозина из арсенала советской психиатрии невозможно, так как «нечем вообще будет лечить больных, ведь уже нет большинства нейролептиков, почти не поступает в психиатрические стационары инсулин...».

В качестве примера характерного образа мыслей такого врача приведем выдержку из статьи одного из ведущих советских судебных психиатров: «Необходима дальнейшая законодательная и инструктивно-методическая регламентация попечения психически больных во внебольничных условиях. Видимо, должен быть решен вопрос, уже поднимаемый Г.В. Морозовым и Д.Р. Лунцем (1977) о повышении ответственности родственников и опекунов за неоповещение психиатрических учреждений о наступившем обострении болезни, злоупотреблении алкоголем, заведомо неправильном общественно опасном поведении больного» [7]. Статья написана и опубликована во времена «гласности» и «перестройки».

В силу вышеприведенных причин, «выстраивающих» специфический менталитет психиатра в тоталитарном государстве, достаточно часто врачи совершенно искренне ставят знак равенства между собственно психическими аномалиями (в частности, психопатией) и асоциальными формами поведения. Поскольку проявление инакомыслия в таком государстве однозначно определяется в качестве антисоциального поступка, психиатры искренне включаются в процесс модификации поведения психиатрическими средствами.

В то же время такая правовая и профессиональная «слепота» распространяется, в основном, только на политические и религиозные деликты. В иных случаях, даже при диагностике психических аномалий, преступившие закон лица эскулипируются значительно реже. Так, психические аномалии не влияют или влияют весьма незначительно на совершение, например, хозяйственных и должностных преступлений [8]. К сожалению, мы не можем воспользоваться статистикой «невменения» политических и религиозных деликтов в абсолютных цифрах, ибо таковая не публиковалась. Однако относительные цифры, известные нам из открытой печати, убеждают: среди тех, кто обвинялся в антисоветской деятельности, процент «душевнобольных» оказывался во много раз выше, чем среди уголовных преступников.

Как отмечается в журнале «Новое время» (1991, № 5, С. 32), «...институт (Институт имени Сербского — авт.) проводит в год до двух тысяч экспертиз. Их этих двух тысяч даже в самые «урожайные» годы лишь 1-

2% касались тех, кто обвинялся в антисоветской деятельности...». Несложный расчет: согласно приведенным газетой «Известия» в феврале 1991 г. данным, в СССР было 1100 пениitenciарных учреждений по 1500 человек в среднем в каждом. В 70-е годы (а это и пик использования психиатрических репрессий против диссидентов) таких учреждений и людей в них было значительно больше: как минимум, 2 млн осужденных. Количество осужденных диссидентов в пениitenciарных учреждениях тогда же – до 1 тыс. человек, то есть 0,05% от общего количества осужденных. Теперь вернемся к публикации: 2% значительно больше, нежели 0,05% в 40 раз!

Еще одно косвенное доказательство особого «внимания» к диссидентам: при обследовании 156 несовершеннолетних правонарушителей выявлено, что 20 из них страдает неврозами, а 35 – патохарактерологическим развитием; при этом – никаких серьезных «лечебно-психиатрических» последствий для этих 55 подростков [9].

Существенный интерес представляет следующее: какие психиатрические маски используют тоталитарные режимы для экскульпации инакомыслящих; почему используются именно эти, а не другие диагнозы? Анализ 23 случаев психиатрического репрессирования диссидентов, имевших место в 70-80-е гг. в СССР (мы взяли только те случаи, где необоснованность экскульпации была позднее доказана компетентными специалистами), показывает: диагнозами «выбора» являются здесь «сутяжно-паранойальное развитие личности» и «вялотекущая шизофрения» (всего 21 случай). Еще в двух случаях была определена параноидная шизофрения.

Сутяжно-паранойальное развитие (иначе психопатия), по-видимому, является наиболее удобным диаг-

нозом для психиатрического репрессирования инакомыслящих. Если у лиц, совершивших общеуголовные деликты, диагностирование сутяжно-паранойального развития личности почти никогда не приводило к экскульпации и последующему принудительному лечению, то у диссидентов почти всегда заканчивалось экскульпацией.

Диагноз вялотекущей шизофрении также оказался весьма удобным в этом отношении. И дело здесь не только в слабой очерченности диагностических критериев, сам факт такого диагноза в советской психиатрической парадигме неотвратимо диктует последствия – экскульпацию со всеми вытекающими из нее последствиями. Как отмечают Л.И. Подрезова и Е.А. Трошкин, большинство психиатров настаивает на признании невменяемыми по существу всех больных шизофренией [10].

Диагноз параноидной шизофрении, поставленный лицам, никогда не проявлявшим психотической симптоматики и позднее признанным психически здоровыми, по-видимому, свидетельствует либо о чрезвычайно низком профессионализме экспертов, либо об их ленивой неряшливости, вызванной уверенностью в собственной безнаказанности. Иначе этот факт объяснить трудно.

Заканчивая эту печальную тему, хотелось бы напомнить, что еще двести лет тому назад французский врач Пьер Жан Кабани писал: «Если человек психически здоров, или же когда незначительные изменения в его душевной деятельности не угрожают ни его собственной, ни чужой безопасности и не нарушают общественного покоя, никто не имеет права, даже все общество в целом, посягать на его свободу».

**Журнал Нейро News номер 1 (20)
за январь 2010 года**