

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

Головний редактор С.І. Табачніков

Заступник головного редактора О.М. Дзюба

Випускаючий редактор К.Е. Сагратова

Редакційна колегія:

Я.Б. Бікшаєва, Г.Ю. Васильєва, О.М. Дзюба, О.М. Зінченко, Є.Г. Гриневич,
В.Р. Ілейко, І.А. Марценковський, І.І. Марценковська, А.В. Каніщев,
В.В. Когутницький, О.П. Олійник, О.С. Осуховська, М.Ю. Полив'яна,
О.А. Ревенко, К.Е. Сагратова, Н.М. Степанова, О.О. Хаустова,
Є.М. Харченко, О.С. Чабан, С.С. Шум

Редакційна рада:

Р.В. Богатирьова (Україна), В.А. Абрамов (Україна), Ю.А. Александровський (Росія), К.В. Аймедов (Україна),
І.О. Бабюк (Україна), Т.Д. Бахтєєва (Україна), М.П. Бєро (Україна), Б.І. Білобровко (Україна),
В.С. Бітенський (Україна), Л.О. Булахова (Україна), Л.Ф. Бурлачук (Україна), В.А. Вербенко (Україна),
А.М. Вієвський (Україна), М.І. Вінник (Україна), Д.С. Волох (Україна), П.В. Волошин (Україна),
В.Л. Гавенко (Україна), О.П. Гудзенко (Україна), М.І. Дубина (Україна), Ю.В. Думанський (Україна),
С.К. Евтушенко (Україна), В.М. Казаков (Україна), В.Г. Клімовицький (Україна), А.Г. Кожина (Україна),
Е.А. Кошкина (Росія), В.М. Краснов (Росія), Є.В. Кришталь (Україна), І.В. Лінський (Україна),
І.О. Лінько (Україна), І.О. Мінко (Україна), В.Д. Мішиєв (Україна), В.М. Кузнецов (Україна),
С.Д. Максименко (Україна), О.М. Макаренко (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна),
Б.В. Михайлов (Україна), О.М. Морозов (Україна), О.К. Напрєєнко (Україна), О.В. Павленко (Україна),
О.А. Панченко (Україна), В.С. Підкоритов (Україна), В.А. Піщиков (Україна), А.В. Погосов (Росія),
М.С. Пономаренко (Україна), Т.М. Пушкарьова (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), В.М. Рахманов (Україна),
Г.М. Румянцева (Росія), А.М. Скрипніков (Україна), І.К. Сосін (Україна), І.Д. Спіріна (Україна),
О.Г. Сиропятов (Україна), О.Ю. Табачніков (Україна), О.С. Тіганов (Росія), А.П. Чуприков (Україна),
О.О. Чуркін (Україна), В.В. Шаповалов (Україна), В.О. Шаповалова (Україна), Л.Ф. Шестопалова (Україна),
Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), Е.М. Харченко (Україна)

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

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

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

Адреса редакції:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Тел./факс: (044) 468-32-15

e-mail: undisspn@ukr.net

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

Дизайн обкладинки *Т. Пилипчук*

Коректори: *О.С. Тараканов*

Комп'ютерна верстка *В.Ю. Зяярний*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання №3 від 10.04.2012р.).

Здано до набору 17.04.2012р. Підп. до друку 24.04.2012р. Формат 30 x 42 1/2. Друк офс. Папір офс.

Гарнітура «Times». Ум.-друк. арк. 53,0. Наклад 300 прим. Зам. № 81.

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

Редакція може публікувати матеріали не розділяючи точки зору авторів.

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

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



ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Д.Ю. Сайко</i> КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	5
<i>Л.В. Степаненко</i> ЛІКУВАННЯ ПАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА	8
<i>В.М. Сінайко, Л.Д. Коровіна, О.В. Земляніцина</i> МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ ТА ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ	13
<i>Е.В. Харчук</i> КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНИЙ ХВОРОБИ: КОРОТКИЙ ОГЛЯД	17
<i>Є.І. Гетманчук</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТА МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ ПСИХОГЕННОЮ ГІПЕРФАГІЄЮ	19
<i>В.И. Очколяс</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ	25
<i>Н.Г. Пишук, Н.П. Кирилюк, Л.В. Стукан</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	29
<i>Г.М. Кожина, В.І. Коростій, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянська, І.А. Григорова</i> КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	33
<i>Л.Т. Сновида</i> ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ	37
<i>С.Г. Поликова</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСІЇ У ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ	42
<i>В.С. Потаскалова, М.М. Селюк, М.В. Хайтович</i> ЗАКОНОМІРНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУ НЕРВОВУ СИСТЕМУ	45
<i>М.А. Соловьева</i> ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ФИНАНСОВО- КРЕДИТНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЙ	47

CONTENTS

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>D.Yu. Sayko</i> CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE	5
<i>L.V. Stepanenko</i> MENTALLY VIOLATIONS TREATMENT IN PATIENTS WITH AND DEMENTIA ALZHEIMER'S ILLNESS	8
<i>V.M. Synaiko, L.D. Korovina, O.V. Zemlyanitsyna</i> METABOLIC SYNDROM AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: PROBLEM ARISING AND CORRECTION APPROACHES	13
<i>E.V. Harchuk</i> COGNITIVE IMPAIRMENT IN SCHIZOPHRENIA AND HYPERTENSION: AN OVERVIEW	17
<i>E.I. Getmanchuk</i> CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS PATIENTS OF PSYCHOGENIC HYPERPHAGIA	19
<i>V.I. Ochkoilyas</i> FEATURES OF PERSONAL RESPONSE PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PROSTATE CANCER IN DISEASE	25
<i>N.G. Pshuk, N.P. Kirilyk, L.V. Stukan</i> CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS ...	29
<i>H.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, V.B. Myhaylov, O.L. Tovazhnyanska, I.A. Hryhorova</i> CLINICAL STRUCTURE AND DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS AMONG PATIENTS OF WORKING AGE WITH PHYSICAL ILLNESS	33
<i>L.T. Snovyda</i> GENDER-DEPENDED FACTORS AND MECHANISMS OF A SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN DEPRESSIONS	37
<i>S.G. Polshkova</i> IMPROVING PREVENTION OF AUTOAGGRESSION IN PERSONS OF DANGEROUS PROFESSIONS	42
<i>V.S. Potaskalova, M.N. Seliuk, N.V. Khaitovych</i> REGULARITY OF THE PATHOLOGICAL INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC IRRADIATION ON THE NERVOUS SYSTEM	45
<i>M.A. Solovyova</i> RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE NEUROTIC, STRESS-RELATED DISORDERS IN WORKERS FINANCIAL CREDIT INSTITUTIONS	47

<i>В. Ю. Федченко</i>	
ПРОВІДНІ ФАКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В ГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	50

<i>А.К. Ладык-Брызгалова</i>	
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ..	55

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>Т.П. Мозговая, В.Л. Гавенко, И.В. Лещина</i>	
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	59

<i>Г.В. П'янкova</i>	
ВПЛИВ ЕМПАТІЇ НА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	61

<i>Н.Г. Міхановська, Г.М. Кожина</i>	
ПСИХОПАТОЛОГІЯ РАНЬОГО ВІКУ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ	65

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В.Р. Илейко</i>	
СУДЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА, КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА — РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ	70

<i>А.В. Канищев</i>	
АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У ВІДНОШЕННІ НЕПОВНОЛІТНІХ ОБВИНУВАЧЕНИХ	74

НАРКОЛОГІЯ

<i>М.Г. Зарицкий, О.В. Любарев, Т.А. Шаповал</i>	
ОСОБЕННОСТИ СКРЫТОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ	79

<i>Н.В. Побережная</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	82

ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>О.М. Макаренко, М.О. Голубева, Л.В. Степаненко, О.Г. Артюх</i>	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	86

<i>V. Yu. Fedchenko</i>	
LEADING FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN THE GENESIS OF NEUROTIC DISORDERS	50

<i>A. Ladyk-Bryzgalova</i>	
THE OBJECTIVITY OF ATTITUDE TO PATIENTS BY MEDICAL STAFF IN CONDITIONS OF THE IN-PATIENT PSYCHIATRIC FACILITY AS A FACTOR OF THE PSYCHIATRIC HELP OPTIMIZATION	55

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>T.P. Mozgovaya, V.L. Gavenko, I.V. Leshchina</i>	
THE ANALYSIS OF INDICATORS OF FORMATION OF HYPERKINETICAL DISORDERS AND BEHAVIOURAL DISORDERS AMONG ADOLESCENTS	59

<i>G.V. Pyankova</i>	
EMPATHY INFLUENCE ON COMMUNICATIVE SKILLS FORMING AMONG TEENAGERS	61

<i>N.G. Mikhanovskaya, H.M. Kozhyna</i>	
PSYCHOPATOLOGY IN EARLY AGE: APPROACH TO DIAGNOSIS	65

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V.R. Pleyko</i>	
FORENSIC NARCOLOGICAL EXPERTISE, COMPLEX FORENSIC (MULTISPECIALTY) NARCOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE: REALITY AND PERSPECTIVE	70

<i>A.V. Kanishchev</i>	
PRACTICE OF APPOINTMENT OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN CASES OF JUVENILE OFFENDERS	74

NARCOLOGY

<i>M.G. Zarytskiy, O.V. Lubaretz, T.A. Shapoval</i>	
FEATURES OF HIDDEN SUICIDALITY IN PATIENTS WITH OPIUM DRUG ADDICTION	79

<i>N.V. Poberezhnaya</i>	
CLINICAL PECULARITIES OF BEER ALCOHOLISM AMONG TEENAGERS	82

PSYCHOTHERAPY

<i>A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, L.V. Stepanenko, O.G. Artukh</i>	
PSYCHOLOGICAL PECULARITIES OF WORK WITH ELDERLY AGE PEOPLE	86

<i>В.В. Волобуев</i>	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ	
АБРЕАКЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ	
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ	
РАССТРОЙСТВАХ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ	
ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ	91

<i>А.Е. Табачников</i>	
ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ	95

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

МИХАЙЛОВ БОРИС ВОЛОДИМИРОВИЧ	101
--	-----

<i>В.С. Андрух, В.Н. Андрух, М.В. Слободян</i>	
АНТОНІЙ КЕПІНСКІ –	
ЛІКАР, НАУКОВЕЦЬ І ВЧИТЕЛЬ	102

<i>V.V. Volobuyev</i>	
THERAPEUTIC USE OF ABREACTIVE	
MECHANISMS IN SURVIVORS OF TECHNOGENIC	
ACCIDENTS AND CATASTROPHES	
WITH NON-PSYCHOTIC	
MENTAL DISORDERS	91

<i>A. Tabachnikov</i>	
TRANSACTIONAL ANALYSIS	95

BIBLIOGRAPHICAL ESSAYS

MYKHAILOV BORYS VOLODYMYROVYCH	101
--	-----

<i>V.S. Andrykh, V.N. Andrykh, M.V. Slobodyan</i>	
ANTONIY KEPINSKI	
DOCTOR, SCIENTIST AND TEACHER	102

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.858-008.6:616.89-07-008.47

Д.Ю. Сайко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

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

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, психические расстройства, особенности клиники, факторы этиопатогенеза

Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой одно из самых распространенных органических поражений головного мозга, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением. Помимо классических двигательных нарушений для БП характерен широкий спектр немоторных проявлений, включающий различные нервно-психические нарушения: эмоциональные, когнитивные, психотические и поведенческие расстройства [1;2;10]. Психические расстройства встречаются у большинства пациентов с БП, являясь ведущими факторами, снижающими качество жизни пациентов и ухудшающими течение БП [3;7]. Однако диагностика данных расстройств у больных с БП во многом осложнена за счет мультифакторности их патогенеза и клинической схожести с двигательными и недвигательными проявлениями самой БП [2;6]. В связи с чем необходимость усовершенствования критериев диагностики психической патологии у больных с БП становится особо актуальной.

Целью данного исследования было комплексное изучение этиопатогенетических факторов формирования и клинико-психопатологической структуры психических расстройств у больных с болезнью Паркинсона.

Для реализации цели исследования использовались такие **методы**: клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, клиническая беседа); психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS) [9], шкала Монтгомери-Асберга (MADRS) [8], клиническая шкала оценки тревоги (CAS) [8], краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE) [5], унифицированная рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS) [4]), шкала дневной активности Шваб и Ингланд [4] и методы математической статистики.

Из 373 обследованных больных болезнью Паркинсона у 297-ми было зафиксировано наличие психической патологии, что составило 79,6% от общей выборки больных, среди которых: у 59 человек (19,9%) было диагностировано расстройство адаптации в виде депрессивной реакции F43.21, у 36 человек (12,1%) – рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F33.0-33.1, у 89 человек (29,9%) – органическое

непсихотическое депрессивное расстройство F06.36, у 33 человек (11,1%) – органическое тревожное расстройство F06.4, у 52 человек (17,5%) – органическое эмоционально-лабильное расстройство F06.6, у 28 человек (9,5%) – деменция при болезни Паркинсона F02.3. Больные БП, осложненной психическими расстройствами, представили основную группу исследования. У 76 пациентов в клинической картине БП психические расстройства не регистрировались, данные больные вошли в контрольную группу.

Таким образом, согласно данным исследования по генезу у больных с БП чаще формировались психические расстройства органического генеза F06.36, F06.6, F06.4, F02.3 (68,0%), по клинической форме – депрессии F06.36, F43.21, F33.0-33.1 (61,9%). Психические расстройства у больных БП значительно ухудшали клинический и социально-профессиональный прогноз, быстро формируя инвалидность (в 89,3% случаев при F02.3 и в 21,2% случаев при F06.6).

Анализ выделенных форм психической патологии при болезни Паркинсона позволил выделить их специфические клинико-психопатологические особенности, этиопатогенетические факторы формирования и характер взаимосвязи с основным заболеванием. Полученные результаты представлены ниже.

Депрессивные реакции у больных БП (F43.21). Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F43.21 у больных БП выступали: женский пол (66,1%), возраст 54,4±4,2 года, занятость в сфере умственного труда (89,8%), высшее (незаконченное высшее) образование (89,8%), статус вне брака (72,9%), хроническая соматическая патология (52,5%), наследственная отягощенность аффективной патологией (55,9%), невропатическая конституция (77,9%), интровертированные (69,5%), тревожные (66,1%) и аффективно-ригидные (42,4%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (81,4%) острого воздействия (64,6%), связанных с болезнью Паркинсона, сексуальными проблемами, другой угрозой здоровью (76,3-52,5%); длительность БП 4,1±0,8 лет, дрожательная форма БП ($r=0,64$), быстрый тип прогрессирования БП ($r=0,72$), 2-2.5 стадия БП ($r=0,6$), 80%-70% двигательная активность (60,9%), умеренно-легкая выра-

женность клиники БП (0,5-1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5-0,7 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (72,9%).

Клинически депрессивные реакции F43.21 у больных БП характеризовались умеренно-легкой степенью тяжести депрессивного состояния (25,4±3,7 по шкале MADRS) с ведущими обсессивными (37,3%) и истерическими (30,5%) расстройствами: субъективно высказываемые признаки подавленного настроения выраженной степени (4,5±0,7 по шкале MADRS), выраженная тревога (16,8±3,1 по шкале CAS), напряжение, боязнь, страх, обида, неудовлетворенность собой, общее неудовольствие (49,2%-33,9%); двигательное беспокойство (69,5%) и манерность умеренной степени (54,2% по шкале PANSS); ипохондрические идеи (64,4%), снижение уровня интересов (52,5%), навязчивые мысли (52,5%), трудности в принятии решений (49,2%), мысли о самоубийстве (35,6%) в легкой степени (1,2±0,1 по шкале MADRS); вегетативно-висцеральные кризы, вегетативные нарушения сердечнососудистой, мочевогоделительной, дыхательной систем, головные боли (54,2%-30,5%), умеренно-выраженные нарушения сна и аппетита (3,8±0,4 и 4,1±0,6 по шкале MADRS).

Реккурентное аффективное расстройство, депрессия F33.0-33.1 у больных болезнью Паркинсона. В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессии F33.0-33.1 у больных БП выступали: мужской пол (72,2%), возраст 62,6±2,1 года, занятость в сфере умственного труда (83,3%), высшее (незаконченное высшее) образование (80,6%), наследственная отягощенность аффективной патологией (72,2%), дистимические (77,8%) и интровертированные (58,3%) преморбидные особенности; длительность БП 2,4±2,1 лет, акинетико-ригидная форма БП (r=0,56), умеренный тип прогрессирования БП (r=0,8), 1-1.5 стадия БП (r=0,63), 80% двигательная активность (44,4%), умеренно-легкая выраженность клиники БП (0,5-1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5-0,8 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (75,0%).

В качестве основных клинических особенностей депрессии F33.0-33.1 у больных БП были выделены: умеренно-тяжелая степень депрессии (32,3±5,1 по шкале MADRS) с ведущим тоскливым синдромом (52,8%): суточные колебания настроения, горе, тоска, эмоциональная отчужденность, печаль, ангедония умеренной степени (3,4±0,2 по шкале MADRS), апатия умеренной степени (1,1±0,3 по шкале MADRS) (86,1%-44,4%); рудиментарные (55,6%) и ступорозные (33,3%) двигательные расстройства; расстройства воли (72,2%), пессимистические мысли выраженной степени (4,6±0,6 по шкале MADRS), снижение уровня интересов (63,9%), социальная отстраненность (58,3%), идеи малоценности (52,8%), мысли о самоубийстве (38,9%) умеренной степени (3,7±0,5 по

шкале MADRS), чувство вины сильной выраженности (36,1% по шкале PANSS); снижение массы тела, запоры, нарушения сна и аппетита выраженной степени (4,3±0,3 и 4,6±0,7 по шкале MADRS), сексуальные нарушения (72,2-55,6%).

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство F06.36 у больных БП. Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F06.36 у больных БП служили: мужской пол (76,4%), возраст 66,1±2,5 года, занятость в сфере умственного труда (78,7%), высшее (незаконченное высшее) образование (73,0%), статус вне брака (75,3%), наследственная отягощенность аффективной патологией (51,7%), дистимические (68,5%) и возбудимые (53,9%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (58,4%) хронического действия (63,5%), связанных с ухудшением материально-бытовых условий, страхом потерять работу, потерей социального статуса, собственными неблагоприятными поступками (58,4-46,1%); длительность БП 15,5±2,0 лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП (r=0,72), медленный тип прогрессирования БП (r=0,78), 3 стадия БП (r=0,67), 60% дневная активность (55,1%), умеренная выраженность клиники БП (1,1-1,6 по шкале MDS-UPDRS) и двигательных осложнений (1,1-1,4 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (66,3%).

Основными клиническими особенностями депрессии F06.36 у больных БП выступали: умеренная степень тяжести депрессии (28,1±1,8 по шкале MADRS) с ведущими астено-анергическими проявлениями органического генеза (65,2%): астения, усталость выраженной степени (4,8±0,9 по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, тоска, напряженность средней степени (по шкале PANSS), безразличие, апатия умеренной степени (1,3±0,2 по шкале MADRS) (80,9-37,1%); пессимистические мысли выраженной степени (4,7±0,8 по шкале MADRS), быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, чувство вины умеренной степени (PANSS), нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), расстройства памяти (88,8-40,4%); ухудшение коммуникативных функций (73,0%), расстройства воли (68,5%); снижения массы тела, сексуальные нарушения, нарушения аппетита и сна (67,4-39,3%).

Органическое эмоционально-лабильное расстройство F06.6. Среди этиопатогенетических факторов формирования расстройства F06.6 у больных БП были выделены: мужской пол (98,1%), возраст 69,4±2,8 лет, занятость в сфере физического труда (71,2%), среднее (средне-специальное) образование (67,3%), наследственная отягощенность расстройствами личности (55,8%) и алкогольной зависимостью (40,4%), перинатальная патология (65,4%), возбудимые (42,3%) преморбидные особенности; длительность БП 20,3±1,4 лет, акинетико-ригидно-дрожатель-

ная форма БП ($r=0,6$), медленный тип прогрессирования БП ($r=0,8$), 3-4-я стадия БП ($r=0,72$), 60-50% двигательная активность (69,2%), умеренно-выраженная тяжесть клиники БП (1,3-2,3 по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,5-1,8 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (75,0%).

Клинически расстройство F06.6 у больных БП характеризовалось: преобладанием астенических расстройств органического генеза (92,3%): постоянное ощущение усталости выраженной степени ($2,4 \pm 0,3$ по шкале по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, импульсивность умеренной степени (PANSS) (80,8-59,6%); быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, расстройства памяти, нарушения абстрактного мышления сильной степени (PANSS), ипохондрическая мнительность (PANSS), расстройства воли средней степени (92,3-48,1%); ухудшение коммуникативных функций (76,9%), социальная отстраненность (53,8%); расстройства сна (53,8%) выраженной степени ($2,1 \pm 0,3$ по шкале MADRS), вегетативно-висцеральные кризы (44,2%), головные боли (36,5%).

Органическое тревожное расстройство F06.4 у больных БП. Факторами этиопатогенеза органического тревожного расстройства F06.4 у больных БП являлись: женский пол (81,8%), возраст $65,2 \pm 1,9$ лет, занятость в сфере умственного труда (87,9%), статус вне брака (78,8%), наследственная отягощенность невротическими расстройствами (48,5%) и расстройствами личности (30,3%), невропатическая конституция (63,6%), возбудимые (60,6%) и тревожные (48,5%) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (63,6%), хронического воздействия (81,0%), связанных с одиночеством, потребностью в любви, конфликтами в семье, проблемами с детьми, разрывом дружеских отношений, сексуальными проблемами (63,6-48,5%); длительность БП $14,9 \pm 2,3$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r=0,53$), умеренно-быстрый тип прогрессирования БП ($r=0,79$), 2-3 стадия БП ($r=0,7$), 60% дневная активность (51,5%), умеренно-легкая выраженность клиники БП (0,5-1,6 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,1-1,3 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (69,7%).

Клинически органическое тревожное расстройство у больных БП проявлялось в преобладании тревожных (93,9%) и ананкастных (57,6%) расстройств поведения органического генеза с активной социальной отстраненностью (60,6%): тревога высокой степени выраженности ($20,2 \pm 1,1$ по шкале CAS), эмоциональная лабильность, напряженность средней степени (PANSS), отчаяние, боязнь (93,9-36,4%); снижение уровня концентрации внимания умеренной степени (PANSS), ригидность мышления, расстройства памяти, стереотипное мышление умеренной степени (PANSS),

трудность принятия решений, нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), недостаточность суждений и критики умеренной степени (PANSS) (78,8-66,7%); двигательное беспокойство (36,4%); расстройства воли (78,8%); вегетативно-висцеральные кризы, гипергидроз, нарушения сна, сексуальные нарушения (72,7-48,5%).

Деменция при болезни Паркинсона F02.3. Основными этиопатогенетическими факторами формирования деменции F02.3 у больных БП служили: средний возраст $77,9 \pm 3,2$ года, занятость в сфере физического труда (71,4%), среднее (средне-специальное) образование (96,5%), хроническая соматическая патология (89,3%), наследственная отягощенность алкогольной зависимостью (42,9%) и эпилепсией (35,7%), перинатальная патология (75,0%), аффективно-ригидные (71,4%) и интровертированные (39,3%) преморбидные особенности; длительность БП $24,4 \pm 2,7$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r=0,79$), медленный тип прогрессирования БП ($r=0,73$), 4-5 стадия БП ($r=0,82$), 30% двигательная активность (75,0%), выражено-тяжелая степень клиники БП (2,3-3,5 по шкале MDS-UPDRS), выраженные двигательные осложнения (2,4-2,6 по шкале MDS-UPDRS), выраженный когнитивный дефицит (89,3%).

Клинически деменции F02.3 у больных БП характеризовались преобладанием когнитивных нарушений (100%), сочетающихся с апатоабулическими расстройствами органического генеза: расстройствами запоминания и воспроизведения в зрительной, кратковременной и долговременной памяти, ригидностью мышления, быстрой истощаемостью психической деятельности, недостаточностью суждений и критики средней степени (PANSS), конструктивными нарушениями, нарушениями концентрации внимания сильной степени (PANSS), стереотипным мышлением средней степени (PANSS), снижением уровня интересов, невозможностью принять решение, расстройствами понимания, нарушениями абстрактного мышления сильной степени (PANSS), агнозией (96,4-71,4%); безразличием, притупленным аффектом средней степени (PANSS), слабодушием, эмоциональной отчужденностью сильной степени (PANSS), ангедонией (78,6-60,7%); ухудшением коммуникации, пассивно-апатической социальной отстраненностью и волевыми расстройствами сильной степени (PANSS) (89,3-57,1%); сексуальными нарушениями (92,9%) и нарушениями сна (78,6%).

Подводя итог, следует отметить, что выделенные в ходе проведенного исследования клинико-психопатологические особенности психических расстройств у больных с БП выступают в качестве дополнительных диагностических критериев психической патологии при БП, использование которых позволит усовершенствовать систему их диагностики и разработать конкретные дифференцированные терапевтические мероприятия.

Литература:

1. Артемьев, Д.В. Современные подходы к лечению ранних стадий болезни Паркинсона / Д.В. Артемьев, А.В. Обухова // *Consilium Medicum*. – 2008. – 10 (7). – С. 89–92.
2. Залылова, З.А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З.А. Залылова, Л.А. Яковлева, Э.И. Богданов // *Методическое пособие для постдипломного образования*. – Казань. – 2009. – 34 с.
3. Каличук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т.Н. Каличук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58–59.
4. Крыжановский, Г.Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г.Н. Крыжановский, И.Н. Карабань, С.В. Магаева с соавт. – М.: Медицина, 2002. – 336с.

5. Кузнецов, В.Н. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / В.Н. Кузнецов, М.А. Мазуренко, С.А. Маляров та соавт. – К., 2004. – 160с.
6. Левин, О.С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция / О.С. Левин // *Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению*. Под ред. Штока В.Н. и др. – М.: Медпресс-информ, 2002. – с.125–151.
7. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона / С.П. Московко, Г.С. Московко // *НЕЙРОNEWS*. – №3/2. – 2008. – С. 43–49
8. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 432с.
9. Kay, S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A.Fiszbein, L.A.Opler // *Schizophr. Bull.* – 1987 – Vol. 13.- P. 261-276.
10. Chaudhuri, K.R. Early Parkinsons disease and non-motor issues / K.R. Chaudhuri, Y. Naidu // *J.of.Neurology-2008.-Vol.255.-Suppl.5.-P.-33-38*.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Д.Ю. Сайко

На підставі обстеження 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, що ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група). Вивчено клініко-патопсихологічну структуру психічних розладів при ХП, її рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви. Проаналізовано особливості ХП з конкретними психічними розладами. На підставі результатів дослідження виділено чинники формування та особливості клініки психічних розладів при ХП.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, психічні розлади, особливості клініки, чинники етіопатогенезу

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE

D.Yu. Sayko

On the base of examination of 373 patients with Parkinson's disease (PD), including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group), a clinical-pathopsychological structure of mental disorders in PD and their motor, cognitive, behavioral, emotional, and somatic-autonomous manifestation were investigated. Peculiarities of BP with specific mental disorders had been analyzed and on the basis of results of this investigation factors of formation and clinical peculiarities of mental disorders in PD were defined.

Keywords: Parkinson's disease, mental disorders, clinical peculiarities, factors of etiopathogenesis

УДК 616.89

Л.В.Степаненко

ЛІКУВАННЯ ПАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: деменція, хвороба Альцгеймера, депакін, тегретол, лерівон, арисепт

Вступ

В останні роки проблема когнітивних порушень у всьому світі набуває великого медичного та соціально-економічного значення у зв'язку з постійно зростаючими показниками поширеності деменції, частоти інвалідизації та смертності таких хворих [1-4].

Більшістю фахівців в якості основних причин, що призводять до розвитку деменції, визнаються хвороба Альцгеймера і цереброваскулярну патологію. Захворюваність судинною деменцією вище нейродегенеративної патології і досягає за різними даними 25-50% серед усіх можливих причин інтелектуально-мнестичних розладів. Потрібно зазначити, що більша частина лікарських засобів, що використовуються для лікування деменції, не призводить до регресування захво-

рювання і не гальмує його розвиток. Наприклад, інгібітори ацетилхолінестерази, широко застосовуються для лікування хвороби Альцгеймера, можуть покращувати симптоми і сповільнювати прогресування хвороби, однак вони не здатні обернути назад існуючі пошкодження мозку або зупинити прогресування захворювання до настання його більш важкої стадії [5-10].

Метою нашого дослідження була порівняльна оцінка показників лікування психічних розладів при застосуванні лікарських засобів різного напрямку дії.

Матеріали і методи. Нами були обстежені 305 пацієнтів (185 жінок і 120 чоловіків) у віці 44-80 років (середній вік 65,3±10,7 років) з наявністю деменції, розподіл хворих на власне хворобу Альцгеймера та сенільну деменцію здійснювався згідно критеріїв

Литература:

1. Артемьев, Д.В. Современные подходы к лечению ранних стадий болезни Паркинсона / Д.В. Артемьев, А.В. Обухова // *Consilium Medicum*. – 2008. – 10 (7). – С. 89–92.
2. Залылова, З.А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З.А. Залылова, Л.А. Яковлева, Э.И. Богданов // *Методическое пособие для постдипломного образования*. – Казань. – 2009. – 34 с.
3. Калищук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т.Н. Калищук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58–59.
4. Крыжановский, Г.Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г.Н. Крыжановский, И.Н. Карабань, С.В. Магаева с соавт. – М.: Медицина, 2002. – 336с.

5. Кузнецов, В.Н. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / В.Н. Кузнецов, М.А. Мазуренко, С.А. Маляров та соавт. – К., 2004. – 160с.
6. Левин, О.С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция / О.С. Левин // *Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению*. Под ред. Штока В.Н. и др. – М.: Медпресс-информ, 2002. – с.125–151.
7. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона / С.П. Московко, Г.С. Московко // *НЕЙРОNEWS*. – №3/2. – 2008. – С. 43–49
8. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 432с.
9. Kay, S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A.Fiszbein, L.A.Opler // *Schizophr. Bull.* – 1987 – Vol. 13.- P. 261-276.
10. Chaudhuri, K.R. Early Parkinsons disease and non-motor issues / K.R. Chaudhuri, Y. Naidu // *J.of.Neurology-2008.-Vol.255.-Suppl.5.-P.-33-38*.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Д.Ю. Сайко

На підставі обстеження 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, що ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група). Вивчено клініко-патопсихологічну структуру психічних розладів при ХП, її рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви. Проаналізовано особливості ХП з конкретними психічними розладами. На підставі результатів дослідження виділено чинники формування та особливості клініки психічних розладів при ХП.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, психічні розлади, особливості клініки, чинники етіопатогенезу

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE

D.Yu. Sayko

On the base of examination of 373 patients with Parkinson's disease (PD), including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group), a clinical-pathopsychological structure of mental disorders in PD and their motor, cognitive, behavioral, emotional, and somatic-autonomous manifestation were investigated. Peculiarities of BP with specific mental disorders had been analyzed and on the basis of results of this investigation factors of formation and clinical peculiarities of mental disorders in PD were defined.

Keywords: Parkinson's disease, mental disorders, clinical peculiarities, factors of etiopathogenesis

УДК 616.89

Л.В.Степаненко

ЛІКУВАННЯ ПАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: деменція, хвороба Альцгеймера, депакін, тегретол, лерівон, арисепт

Вступ

В останні роки проблема когнітивних порушень у всьому світі набуває великого медичного та соціально-економічного значення у зв'язку з постійно зростаючими показниками поширеності деменції, частоти інвалідизації та смертності таких хворих [1-4].

Більшістю фахівців в якості основних причин, що призводять до розвитку деменції, визнаються хвороба Альцгеймера і цереброваскулярну патологію. Захворюваність судинною деменцією вище нейродегенеративної патології і досягає за різними даними 25-50% серед усіх можливих причин інтелектуально-мнестичних розладів. Потрібно зазначити, що більша частина лікарських засобів, що використовуються для лікування деменції, не призводить до регресування захво-

рювання і не гальмує його розвиток. Наприклад, інгібітори ацетилхолінестерази, широко застосовуються для лікування хвороби Альцгеймера, можуть покращувати симптоми і сповільнювати прогресування хвороби, однак вони не здатні обернути назад існуючі пошкодження мозку або зупинити прогресування захворювання до настання його більш важкої стадії [5-10].

Метою нашого дослідження була порівняльна оцінка показників лікування психічних розладів при застосуванні лікарських засобів різного напрямку дії.

Матеріали і методи. Нами були обстежені 305 пацієнтів (185 жінок і 120 чоловіків) у віці 44-80 років (середній вік 65,3±10,7 років) з наявністю деменції, розподіл хворих на власне хворобу Альцгеймера та сенільну деменцію здійснювався згідно критеріїв

МКБ-10. Підгрупи хворих складались із осіб, що мали ідентичні основні клінічні характеристики за виключенням того що для лікування вони отримували різні препарати із різними механізмом фармакології дії (Табл. 1). Пацієнти отримували щоденно лікарські засоби різного механізму дію. Депакін (Sanofi-Synthelabo) призначався з дози 300 мг на добу із подальшим поступовим збільшенням дози до 900-1500 мг. Тегретол (Novartis) застосовували у таблетованій формі, починаючи з 200 мг на добу, із поступовим збільшенням добової дози до 400-600 мг. Лерівон (Organon) застосовувався у добовій дозі 30-90 мг, а препарат арісепт (Pfiser) – в дозі 5 мг на добу. Курс лікування препаратами підбирався індивідуально і тривав від 1 до 3 місяців, але в середньому цей термін складав приблизно 2,5 місяці.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних хворих на підгрупи в залежності від лікування

Діагноз	Депакін	Тегретол	Лерівон	Арісепт
Судинна деменція (n=150)	38	40	39	33
Сенільна деменція (n=70)	22	16	18	14
Хвороба Альцгеймера (n=85)	20	29	19	17

Для оцінки терапевтичної ефективності фармакологічних препаратів використовувались: шкала GBS та 4-бальна шкала загального клінічного вираження. Всім хворим на початку проведення дослідження застосовували комплексне клінічне обстеження, одночасно із клінічним дослідженням крові, сечі, біохімічним аналізом крові. Нижче наведені результати лікування хворих із деменцією та хворобою Альцгеймера та їх аналіз.

Результати та обговорення результатів. В цілому аналізувалися дані лікування 305 пацієнтів, включених у дослідження. Між групами хворих, що отримували різні препарати виявлено відмінності ефективності їх застосування. У групи хворих, що отримували препарат депакін впродовж 1-3 місячного курсу відмічено суттєву різницю ефективності застосованої терапії. При лікуванні хворих позитивний вплив препарату було виявлено на такі показники статусу і порушення спонтанної діяльності, емоційну лабільність, сплутаність, подразливість, тривогу, знижений настрій та неспокій. Ефективність лікування препаратом несуттєво відрізнялась в різних групах хворих: найбільш виражену дію депакіну було встановлено щодо корекції афективних розладів, порушень активності та агресивності, в той же час вираженої дії на галюцинації та порушення сну не було відмічено у жодного обстеженого хворого. Помірну ефективність лікування депакі-

ном спостерігали при аналізі впливу на такі психічних порушення як маячіння, тривога та різні фобії. Незначну ефективність спостерігали щодо ліквідації галюцинацій, агресивності або порушень сну. В середньому по всім досліджуваним групам виражений ефект лікування депакіном було встановлено лише у 14,6% хворих, помірне покращення психічного стану відмічено у 16,2%, а часткове відновлення психічних функцій спостерігалось у 15,3% хворих. При цьому у 54,1% хворих достовірної терапевтичної дії цього фармакологічного препарату встановлено не було.

При лікуванні хворих депакіном відмічено зменшення тривожності, неспокою, нудьги, відчуття безпорадності, зменшення ступеню самозвинувачень та самоприниження. У пацієнтів зростає критичне відношення до свого стану, вони можуть залучатися до проведення психокорекційних заходів. Слід також відзначити, що на початку терапії цим препаратом у хворих посилювались астеничні компоненти депресії, і частина з них відчувала періоди слабкості, в'ялості та підвищену втомлюваність. У пацієнтів із фазним перебігом афективних психічних розладів (біполярний афективний розлад, шизоафективний психоз) застосування депакіну частково змінювало перебіг захворювання. Про це свідчать дані, що при наступних нападах (епізодах) маячневі дії були менш афективно насиченими, актуальними і впливаючими на психогенічну поведінку хворих.

Результати проведених досліджень свідчать, що депакін позитивно впливає на психічний стан хворих із різними варіантами деменцій та хворобою Альцгеймера. Препарат суттєво зменшує такі поведінкові розлади як розгальмованість, агресивність, ажитацію, метушливість, блукання, порушення не індукованої діяльності. При цьому існує незначна відмінність в дії препарату на хворих із судинною та сенільною формами деменції та хворобою Альцгеймера, вона стосується впливу на окремі показники і є не достовірною. Терапевтична активність препарату характеризується також певною тривалістю дією, при цьому не спостерігається сомнолентна, седативна та міорлаксуєча дія. При лікуванні депакіном хворих на судинну деменцію частково редукується продуктивна психотична симптоматика, зменшується кількість станів із порушеною свідомістю. Депакін виявився ефективним терапевтичним засобом не лише при судинній та сенільній деменціях, але і у випадку розвитку первинної дегенеративної деменції (хвороби Альцгеймера). При ендогенних психозах, що виникали на тлі НДЗ, депакін здійснював виражену антиманіакальну дію, а також нівелював афективні коливання, суттєво скорочував тривалість і частоту маніакальних загострень, порівняно із відповідними депресивними епізодами.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що депакін можна вважати достатньо ефективним і безпечним препаратом, що може бути використаний для корекції поведінкових розладів у хворих із деменцією та хворобою Альцгеймера. В той же час терапевтична ефективність лікування цим засобом від-

мічається у 45,9% хворих, а виражена ефективність - лише 14,6% обстежених осіб, що потребує подальшого лікування із використання інших фармакологічних препаратів.

Клінічне вивчення ефективності препарату тегретол при лікуванні психічних розладів у пацієнтів із деменціями та хворобою Альцгеймера дано наступні результати. У хворих поряд із типовими симптомами депресії спостерігались ознаки генералізованої тривоги, ажитації, obsесивно-компульсивні порушення, іпохондрія, панічні атаки, анорексія, деперсоналізація. У частини із загального контингенту хворих ($n=4/4,7\%$) і були встановлені ознаки терапевтичної резистентності до застосування на попередньому етапі лікування трициклічних антидепресантів.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про достатньо високу ефективність застосування тегретолу. Про це свідчить редукція тривожних розладів починаючи із першого тижня лікування, і депресивної симптоматики – з другого тижня застосування тегретолу. Виразений ступінь ефективності корекції препаратом афективних розладів вдалось отримати у хворих із деменцією (судинною - 40%, сенільною - 37,5%), дещо гірші показники були отримані у хворих із хворобою Альцгеймера у 34,4% хворих (Табл. 9). Подібну тенденцію встановлено у пацієнтів при аналізі фармакокорективного впливу тегретолу на агресивність та порушення активності. Натомість спостерігался недостатній вплив препарату на темпи розвитку маячних порушень, тривожність та фобії. Одночасно з цим у деяких хворих було відмічено зниження маніфестації галюцинацій та інсомнії. Одночасно із корекцією афективних розладів, препарат тегретол здійснював терапевтичний вплив на соматовегетативні розлади, сенсорну гіперестазію.

Аналізуючи середні показники ефективності терапії хворих із НДЗтегретолом було доведено, що лікувальна дія препарату на систему психотичних показників відбувається у 70,2% хворих, при цьому виражений лікувальний ефект спостерігався у 24% хворих, помірний – у 26,2%, а незначний відмічався у 20,7% пацієнтів. Більш виражену ефективність дії тегретолу відмічено також у пацієнтів із пароксизмальним перебігом депресивних епізодів (в анамнезі), що прогресували на фоні резидуального органічного ураження головного мозку, а також при резистентності хворих до попередньо призначеного лікування. Середня тривалість періоду загострення захворювання у пацієнтів із хворобою Альцгеймера становила 35,6 днів, а у хворих судинною та сенільною формами деменції – відповідно 38,9 і 36,1 днів.

Аналіз особливостей терапевтичної дії тегретолу показав, що показники високої, помірної та низької ефективності дії препарату в досліджуваних групах хворих суттєво не відрізнялись, за виключенням деяких показників. Так, у хворих із сенільною деменцією спостерігалось більш виражена корекція маячних проявів у порівнянні із іншими групами хворих, а у

хворих хворобою Альцгеймера - агресивності та афективних розладів.

Лікування тегретолом добре переносилось хворими із НДЗ, побічні явища та ускладнення терапії у хворих не відмічені, у зв'язку із цим постало питання про припинення прийому препарату, що істотно порушувало би самопочуття пацієнтів. Серед побічних ефектів було відмічено прояви запаморочення, порушення акомодатції у 5 хворих (5,8%) на початку прийому тегретолу, що зникли у зв'язку із зменшенням дози та сповільнення темпу прийому препарату.

Аналіз динаміки стану рухових, інтелектуальних і емоційних функцій 64 хворих, що приймали арісепт, встановив статистично достовірне покращення більшості показників, що складають шкалу GBS. Це стосувалося нормалізації порушень рухових функцій при прийомі їжі і спонтанної діяльності, покращення орієнтації в просторі, та пам'яті на недавні події, впливу на розсіяність та неуважність. Позитивний терапевтичний ефект зростав по мірі продовження лікування хворих препаратом. Лікування арісептом більшої частини хворих із помірним і легким ступенем деменції супроводжувалося суттєвою нормалізацією порушень когнітивних функцій. Мова хворих відновлювалась практично до нормального рівня, а при вираженому ступені змін - покращувалась. Арісепт виявив позитивний вплив не тільки на пізнавальні здібності, але й на загальний стан пацієнтів, при цьому зменшувалась емоційна лабільність хворих, покращився настрій, з'являвся активний інтерес до оточуючого і подій.

Найбільш вираженої ефективності лікування арісептом було досягнуто при аналізі таких показників, як афективні розлади, агресивність і тривожність. Стійку помірну корекцію відповідних порушень вдалось досягти при лікуванні хворих із сенільною деменцією, особливо в плані корекції маячіння і агресивності. Серед хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера ефективність корекції психотичних порушень арісептом за різними показниками відрізнялась, але за середнім груповим значенням окремих показників були встановлені достатньо високі результати лікування. У хворих відмічено покращення асоціативної пам'яті, відновлення спроб до запам'ятовування і інформації.

При виконанні проб на переключення у 28 осіб (43,7%) суттєво зменшилась інертність психічних процесів і покращилась концентрація уваги пацієнтів. У хворих із тяжким ступенем деменції арісепт частково попереджав явища амнестичної афазії, покращує пам'ять та критичність мислення. Слід підкреслити, що найбільш виражена ефективність лікування пацієнтів арісептом стосувалась впливу цього препарату на порушення пам'яті і концентрації уваги, нестійкість настрою, емоційно-вольові розлади. У хворих НДЗ на фоні лікування прискорювався час реакції, покращувалась пам'ять, зменшувалась емоційна лабільність, пацієнти ставали більш зібраними, уважними, зникала перманентну тривожність, переважало позитивне

забарвлення емоційних переживань, зменшувалась аспонтанність, або її прояви.

У пацієнтів із порушеннями кортикальних функцій, що виникали внаслідок розвитку вогнищевих розладів (різні види афазії, аграфії, алексія, акалькулія, агнозія) ефективність препарату суттєво менша. Ефективність лікування та ступінь відновлення відповідних функцій визначався ступенем та важкістю уражень головного мозку. Але у хворих, які отримували лікування арісептом, відновлення мови, читання, просторової орієнтації досягали значно більшого рівня, ніж при використанні інших фармакологічних препаратів. Відмічається суттєве підвищення цілеспрямованості і активності хворих та зменшення виснаженості внаслідок виконання поточних дій.

Слід відзначити, що лише у 17,1% хворих лікування арісептом супроводжувалось відсутністю клінічних ознак фармакорекційної дії щодо порушень психічної діяльності, що набагато менше, ніж при використанні депакіну або тегретола. Серед побічних ефектів слід відзначити розвиток вираженої диспепсії у 6 хворих (9,3%), що раніше перенесли різні оперативні втручання на шлунково-кишковому тракті (холецистектомія, операція з приводу завороту кишківника), що спричинило припинення лікування препаратом.

Застосування антидепресантного препарату лерівону (міансерін) показало, що у всіх обстежених були виражені тривожно-депресивні розлади із помірними супутніми астенічними проявами. У половини хворих при виконанні тестових завдань було відмічено виснаження уваги і швидка розумова стомлюваність, порушення пам'яті і подовження часу запам'ятовування інформації. Відносно високий характер і темп запам'ятовування (але більш низький, ніж у здорових осіб) встановлено у лише 37% обстежених, але у більшості пацієнтів відмічено швидке виснаження уваги, неуважність і емоційна млявість.

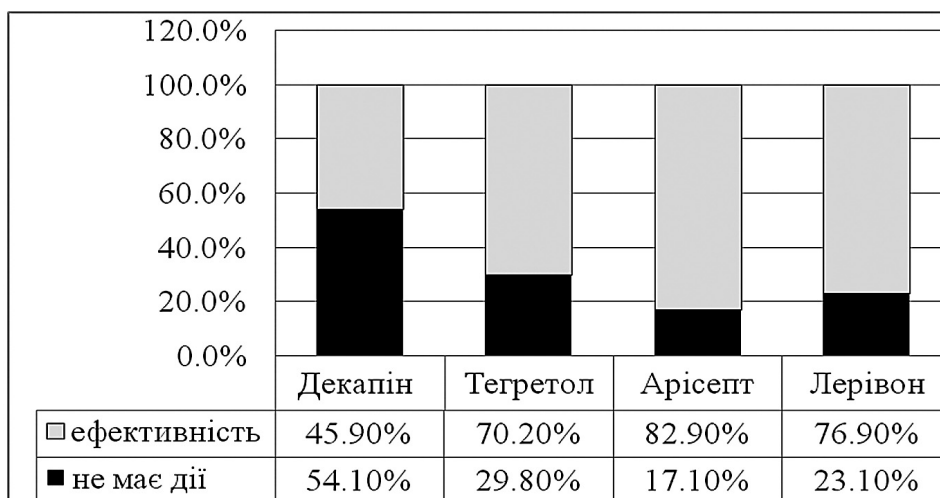
Порівнюючи результати лікування пацієнтів лерівонм і арісептом був зроблений висновок, що загальний терапевтичний вплив досліджуваного препарату був меншим і поступався дії арісепту. В той же час ефективність терапевтичної дії першого у хворих різних груп суттєво відрізнялась. Досить виражений терапевтичний вплив лерівону було досягнуто у хворих із хворобою Альцгеймера у відношенні корекції маячевих порушень та патопсихомоторної активності, у хворих сенильною та судинною формою деменції відповідно афективних розладів та тривожності. Зниження епізодів галюцинацій при лікуванні лерівонм встановлено не було. Середньо груповий показник терапевтичної ефективності препарату становив 14,6%, що майже на 4% менше, ніж при лікуванні хворих арісептом і на 10% менше при застосуванні тегретола. Можна стверджувати про відсутність достовірної різниці між дією лерівону та депакіну, що складають групу препаратів, які традиційно застосовуються для лікування. Стійкий помірний терапевтичний вплив лерівон здійснював на хворих хворобою Альцгеймера. Клінічно це знайшло

відображення у зниженні афективних розладів та агресивності, у хворих сенильною деменцією – корекції агресивності та галюцинацій, а за іншими показниками суттєвої різниці між досліджуваними групами хворих не встановлено. Середньо груповий показник ефективності лерівону становив 28,9%, тобто суттєво відрізнявся від ефективності депакіну майже на 12%, проте суттєво не відрізнялось від інших досліджених нами лікарських засобів. І, нарешті, показники “незначного” лікувального ефекту у всіх досліджуваних груп відрізнялись мало, але при лікуванні судинної деменції було встановлено більш виражену корекцію афективних розладів, психомоторних та емоційних порушень.

Вивчення психовеgetативного статусу хворих впродовж зазначеного періоду лікування НДЗ дозволило встановити статистично значуще зниження рівня астеновеgetативних та тривожно-депресивних розладів, що підтверджує відому анксиолітичну, антидепресивну, вегетотропну і м'яку антиастенічну дію лерівону. Одночасно зі зменшенням рівня тривожно-депресивних порушень у хворих відзначалися нормалізація нічного сну та поліпшення окремих когнітивних показників. Мова йде про достовірне збільшення швидкості і точності запам'ятовування, поліпшується активна увага, збільшується обсяг короткочасної та довготривалої пам'яті.

В порівняльному аспекті вивчення терапевтичної ефективності досліджуваних препаратів встановлено, що в загальному спектрі найбільш ефективним виявився арісепт, потім можна назвати по низхідній засоби лерівон, тегретол та депакін (Мал. 1). Проте такий характер впливу препаратів дещо відрізнявся в кожному конкретному клінічному випадку. Так, арісепт характеризувався найбільш вираженою “м'якою” тривалою терапевтичною дією, лерівон мав низьку ефективність у значній кількості хворих, дія тегретола мала відносно стабільну терапевтичну дію у загальної кількості обстежених. Але для депакіну і лерівону були характерні найнижчі показники значної дії та клінічно достовірних результатів лікування.

Таким чином, на основі отриманих результатів проведених клінічних досліджень можна зробити декілька наступних заключень. Лікування патопсихічних розладів на тлі судинної та сенильної деменції, та хвороби Альцгеймера має носити тривалий характер. Бажаних результатів лікування препаратами досить часто не вдається досягти. Ключова проблема при застосуванні базисних антидементних препаратів полягає в своєчасній та адекватній оцінці їх ефективності у конкретного хворого. Розгляд цього питання є особливо актуальним в зв'язку з тим, що базисні антидементні засоби виявляються ефективними далеко не у всіх пацієнтів із відповідною нозологічною формою. Враховуючи цей аспект пацієнт повинен отримувати лише ті препарати, які дійсно володіють лікувальним ефектом, а не ті, що потенційно здатні впливати на симптоматику захворювань. Особливо важко оцінювати ефективність препарату в умовах прогресивного перебігу захворювання. Позитивний ефект, заради якого приймаються лікарські засоби, може полягати не лише в



Мал. 1. Порівняльна ефективність дії препаратів, що застосовуються для терапії патопсихічних розладів при деменціях та хворобі Альцгеймера

поліпшенні загального стану пацієнта, але також в стабілізації або в уповільненні прогресування патології.

При оцінці ефекту антидементних засобів слід враховувати можливість їх дії на різні мішені: когнітивні функції, функціональний статус, афективні та поведінкові порушення. Важливим є кількісна оцінка вихідного рівня когнітивних і поведінкових порушень, функціонального статусу, щоб отримати точку відліку для подальшої оцінки ефективності терапії. Зокрема нами показано, що препарати із лінії антидементних засобів різного механізму дії варіабельно впливають на відновлення психічної сфери, одні функції можуть поліпшуватися, інші - продовжувати погіршуватися. У зв'язку з цим слід застерегти від оцінки ефективності тільки на підставі одного тесту або дослідження однієї психічної сфери, а також звернутись до персоналізованої стратегії лікування.

Висновки

1. Антидементні препарати протисудомної (депакін, тегретол), антидепресантної (лерівон) і антихолінестеразної (арісепт) дії варіабельно впливають на відновлення психічної сфери, одні функції поліпшуються, інші - продовжувати погіршуватися.

2. Препарати добре переносяться пацієнтами, в досліджуваних терапевтичних дозах не мають виражених побічних ефектів.

3. Позитивний клінічний ефект досягається впродовж 1-3 місяців від початку терапії, максимальний лікувальний ефект відзначається при застосуванні арісепту.

Література:

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. - М.: Пульс, 2003. - 337 с.
2. Дамулин И.В., Левин О.С., Яхно Н.Н. Болезнь Альцгеймера: клинико-МРТ-исследование / И.В. Дамулин, // Неврол. журн. - 1999. - № 2. - С. 34-38.
3. Левин О.С., Дамулин И.В. Диффузные изменения белого вещества [лейкоареоз] и проблема сосудистой деменции // Достижения в нейрогериатрии. - М.: ММА, 1995. - С. 189-231.
4. Левин О.С., Усольцева Н.И., Юниченко Н.А. Постинсультные когнитивные нарушения: механизмы развития и подходы к лечению / О.С. Левин, // Трудный пациент. - 2007. - №8, Т.5. - С. 29-36.
5. Dooley M., Lamb H.M. Donepezil: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs Aging. - 2000. - Vol. 16(3). - P. 199-226.
6. Goldsmith D.R., Scott L.J. Donepezil: in vascular dementia // Drugs Aging. - 2003. - Vol. 20(15). - P. 1127-1136.
7. Robinson D.M., Plosker G.L. Galantamine extended release // CNS Drugs. - 2006. - Vol. 20(8). - P. 673-681.
8. Scott L.J., Goa K.L. Galantamine: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs. - 2000. - Vol. 60(5). - P. 1095-1122.
9. Spencer C.M., Noble S. Rivastigmine: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs Aging. - 1998. - Vol. 13(5). - P. 391-411.
10. Yang L.P.H., Keating G.M. Rivastigmine transdermal patch: in the treatment of dementia of the Alzheimer's type // CNS Drugs. - 2007. - Vol. 21(11). - P. 957-965.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Л.В.Степаненко

В работе приведены результаты собственных исследований терапевтического действия препаратов противосудорожного, антидепрессантного и антихолинэстеразного действия на интеллектуально-мнестические расстройства у таких пациентов, сравнительную оценку эффективности терапии.

Ключевые слова: деменция, болезнь Альцгеймера, депакин, тегретол, леривон, арисепт

MENTALLY VIOLATIONS TREATMENT IN PATIENTS WITH AND DEMENTIA ALZHEIMER'S ILLNESS

L.V. Stepanenko

The results of research of cognitive therapy in patients with dementia and Alzheimer's disease are presented. The results of the effectiveness of anticonvulsant, anticholinesterase and antidepressant drugs on the intellectual-mnemonic disorders in these patients, a comparative assessment of the effectiveness of therapy are shown.

Keywords: dementia, Alzheimer's disease, depakin, tegretol, lerivon, aricept

УДК 616.89

В.М. Сінайко¹, Л.Д. Коровіна¹, О.В. Земляніцина²
МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ:
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ ТА ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет¹ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данілевського АМН України»²

Ключові слова: шизофренія, антипсихотики, метаболічний синдром, абдомінальне ожиріння, цукровий діабет, якість життя

Шизофренію можна віднести до тих захворювань, що визначають стан психіатрії як медичної науки, а успіхи у лікуванні цього захворювання в певній мірі віддзеркалюють прогрес фармакотерапії та нашу можливість контролювати розвиток психопатологічних симптомів. Розповсюдженість шизофренії становить у середньому 1% населення, але медичне, соціальне та економічне значення цього захворювання та його наслідків набагато вище. Незважаючи на значні успіхи у діагностиці, та лікуванні шизофренії, багато питань, пов'язаних із купіруванням загострень захворювання, попередженням його рецидивів та зміцненням якості та тривалості ремісій, залишаються остаточно не вирішеними [6;9;11;13;29].

Традиційний погляд на шизофренію як на хронічне прогресуюче захворювання, що характеризується наявністю продуктивної й дефіцитарної психопатологічної симптоматики та призводить до формування специфічного дефекту, дещо звужує можливості терапії цього захворювання, але розвиток фармакотерапії дозволяє нам по-іншому дивитись на питання розробки лікувально-корекційних заходів щодо хворих на шизофренію, із урахуванням сучасних реалій [14;16].

Звичайно, значний прогрес у лікуванні хворих на шизофренію почався із 50-х років ХХ сторіччя, він був пов'язаний із уведенням у клінічну практику нейролептиків (антипсихотиків). З того часу основні зусилля лікарів-психіатрів були спрямовані на боротьбу із продуктивними психотичними розладами (маячними ідеями та галюцинаціями). Основні негативні прояви такої терапії були пов'язані із виникненням різних варіантів нейролептичного синдрому, для зменшення яких доводилось застосовувати антипаркінсонічні препарати (коректори) [4;9;14;27].

З кінця 80-х років увагу дослідників привернула проблема формування негативних симптомів та дефектних станів у хворих на шизофренію. Ці прояви зменшували соціальну активність пацієнтів, суттєво впливали на їх працездатність, соціальну та сімейну адаптацію.

В останні роки актуальними становляться проблеми формування когнітивних порушень у хворих на шизофренію та інших чинників, що впливають на якість життя пацієнтів, можливість їх адаптації та реадaptaції [11;30].

Застосування сучасних антипсихотиків є важливою складовою лікування хворих на шизофренію. Їхне

використання дозволяє успішно боротися із продуктивними симптомами, запобігти розвитку негативної симптоматики, не викликаючи при цьому нейролептичних ускладнень. Серед інших чинників, які впливають на стан хворих та визначають якість їх життя, слід відзначити розвиток метаболічних порушень, у тому числі абдомінального ожиріння. Згідно даних досліджень, збільшення маси тіла на 20% і більше відзначається в 40-80% хворих, що приймають антипсихотики другого покоління, а ожиріння у хворих на шизофренію зустрічається в 2 рази частіше, ніж у загальній популяції. Саме розвиток надлишкової маси тіла вважають основним та найбільш важким у лікуванні побічним ефектом 60% респондентів із країн Західної Європи та США, які приймають дані препарати [23, 40].

Абдомінальне ожиріння патогенетично пов'язане з такими захворюваннями, як артеріальна гіпертонія, цукровий діабет 2 типу, воно також визначає зниження якості життя цих хворих і їх прихильність до терапії [2; 3; 4; 9; 12; 20; 21; 24; 28; 36].

Результати популяційних досліджень показали, що вже у віці 30-39 років поширеність цукрового діабету (ЦД) у хворих на шизофренію перевищує середньопопуляційну, а у віці 40-49 даний показник подвоюється, складаючи відповідно 17,3 і 9,6 %. В середньому частота ЦД і порушення толерантності до глюкози складає відповідно 16,0 і 30,9 %, що вдвічі перевищує загальнопопуляційні показники [1;10;16;25].

Подібні дані були отримані іншими авторами, які під час обстеження 200 пацієнтів із шизофренією та шизоафективними розладами у віці близько 41 року діагностували гіперглікемію у 7 % хворих, а ЦД – у 14,5 % обстежених, що достовірно вище, ніж у загальній популяції [38].

До числа факторів, що сприяють підвищенню схильності хворих на шизофренію до ЦД, відносять їх низьку фізичну активність, паління, неправильне харчування, більш високий рівень алкоголізму, а також вплив психотропних препаратів, етнічну приналежність, сімейний анамнез по ЦД, порушення обміну глюкози, наявність артеріальної гіпертензії [1;7;10;33;34; 36].

На думку R.Aquilla (2002), психічно хворі в основному недостатньо розуміють необхідність правильного харчування або ж не можуть дозволити собі більш корисні продукти. Тому клініцистам варто приділяти пильну увагу заходам щодо запобігання збільшення

маси тіла у хворих до призначення і відразу після початку терапії антипсихотиками. Доведено ефективність стратегій по лікуванню збільшення маси тіла, що включають регулярний контроль маси, консультації по зміні способу життя і лікування, програми контролю поведінки, фармакологічну корекцію [3;15].

На розвиток ожиріння впливають як дефіцитарні й продуктивні симптоми, так і спосіб життя пацієнтів із шизофренією. Соціальна ізоляція, апатія й апато-абуличні стани знижують мотивацію пацієнтів до турботи про своє здоров'я. Немаловажну роль у боротьбі з ожирінням грає факт усвідомлення проблеми, що нерідко відсутній у цих хворих [40]. Продуктивна симптоматика часто сприяє ізоляції хворих, що приводить до сидячого, малорухливого способу життя. Також дані симптоми можуть привести до примусового лікування й обмеження волі пацієнтів. Тобто вони обмежуються у фізичній активності, можливості займатися спортом і доступу до кваліфікованої консультативної допомоги фахівців з даного питання [22;23;39].

Ряд авторів вважають, що зміни в головному мозку при деяких психічних захворюваннях самі по собі можуть приводити до формування порушень обміну вуглеводів, незалежно від стереотипу харчування, фізичної активності і прийому нейролептиків [5;16;22;23;31;32].

Зокрема, у пацієнтів із уперше виявленою, нелікованою шизофренією виявлене порушення толерантності до глюкози, інсулінорезистентність, збільшення рівня глюкози в плазмі, інсуліну та кортизолу порівняно зі здоровими [37].

Побічні прояви будь-яких препаратів завжди ускладнювали лікувальний процес. А нейроендокринні побічні ефекти, що виникають на тлі лікування, можуть суттєво вплинути на й без того низький комплайєнс.

Очевидно слід розцінювати нейроендокринні побічні прояви як важливу причину відмови від підтримуючої терапії та повторної госпіталізації у цілої низки хворих на психічні прояви, зокрема шизофренію.

Хоча порушення метаболізму глюкози у психічно хворих було вперше описане до впровадження антипсихотичних препаратів, проте призначення нейролептиків багато авторів зв'язують із порушенням метаболізму глюкози, загостренням наявного ЦД 1 і 2 типу, виникненням ЦД 2 типу, діабетичного кетоацидозу, важких або потенційно фатальних метаболічних ускладнень. Найбільш часто серед препаратів, пов'язаних із ЦД, ожирінням, дисліпідемією називають хлорпромазин, клозапін і оланзапін. У той же час галоперидол, рісперидон і зіпразидон пов'язують зі зниженням тригліцеридів у плазмі [2; 8; 17; 34; 35; 38].

Установлено, що в осіб, які приймають антипсихотичні препарати не менше шести місяців, є тенденція до порушення гомеостазу глюкози. Автори приходять до висновку щодо необхідності проведення проспективних досліджень для точної оцінки взаємозв'язків між антипсихотичними препаратами, гомеостазом глюкози, ожирінням та МС [28;37].

Існує думка, що психотропні препарати викликають порушення обміну речовин шляхом активації гіпоталамо-гіпофізарно-гонадного комплексів, які сприяють підвищенню маси тіла, перерозподілу жирової тканини в організмі та розвитку тканинної інсулінорезистентності, що веде до компенсаторної гіперінсулінемії і запускає цілий каскад реакцій, що приводять насамперед до появи і прогресування метаболічних порушень, властивих метаболічному синдрому (МС), розвитку мікро- і макросудинних ускладнень [10; 23; 24; 30;37].

Перші відомості про потенційний взаємозв'язок між ЦД і психотропними препаратами датовані серединою 50-х років 20 сторіччя та стосувалися хлорпромазину. Незважаючи на те, що ці взаємозв'язки остаточно не встановлені, передбачувані механізми такого впливу включають пряму дію на підшлункову залозу, рецептори до глюкози та інсуліну, і непряму дію, пов'язану із підвищенням маси тіла або зростанням рівня пролактину [38].

Класичні нейролептики та інші психотропні препарати також можуть сприяти підвищенню частоти розвитку порушень вуглеводного обміну у психічно хворих. Так, є відомості про роль хлорпромазину та літію у розвитку порушення толерантності до глюкози. Механізм дії цих препаратів на вуглеводний обмін продовжує дискутуватися. На думку, одним зі шляхів патогенезу може бути зростання периферичної інсулінорезистентності, яка може бути вторинною відносно підвищення маси тіла у цих хворих. Проте, на думку даних авторів підвищення маси тіла не є необхідною умовою розвитку гіперглікемії та ЦД [18].

Після введення в 1990 році у клінічну практику атипичних нейролептиків, з'явилися публікації, присвячені оцінці цих препаратів як фактора ризику ЦД. Було показано, що призначення атипичних антипсихотиків приводить до підвищення маси тіла, що може відбивати відкладення жирової тканини, та, у свою чергу, сприяє розвитку інсулінорезистентності [1;2].

З іншого боку, є дані про те, що прийом атипичних нейролептиків не підвищує відносний ризик розвитку ЦД порівняно із іншими психотропними засобами [19].

Інсулінорезистентність, центральне ожиріння та дисліпідемія є складовими МС. Його частота точно не встановлена, однак відомо, що він розповсюджений серед дорослого населення розвинутих країн, причому з віком він стає більше частим. Є також відомості про наявність позитивних кореляційних зв'язків між рівнем глюкози в плазмі крові та такими антропометричними показниками, як обвід талії (ОТ), співвідношення обводу талії до обводу стегон (ОТ/ОС), ІМТ [4;9;19].

У хворих на шизофренію ознаки МС можуть бути виявлені як на початку захворювання, до лікування, так і при його тривалому плині. Описано виникнення гіпо-альфа-протеїдемії у хворих на шизофренію. Згідно даних літератури поширеність МС у хворих із довгостроковим перебігом шизофренії та біполярних роз-

ладів складає 37 %, що вище, ніж у загальній популяції. Вона знаходилася в зворотному зв'язку з денною дозою нейролептику, незалежно від його виду. На думку цих авторів, предикторами розвитку МС у психічно хворих є центральне ожиріння і підвищення діастолічного АТ, а основним у його лікуванні варто вважати зміну способу життя [9;26].

Підвищення маси тіла може бути пов'язаним із посиленням апетиту, що обумовлено як впливом нейролептиків на моноамінергічні та холінергічні системи мозку, так і метаболічними (ендокринними) ефектами гіперпролактинемії. У хворих на шизофренію та біполярний розлад поширеність ЦД була істотно вище навіть до початку застосування атипівих нейролептиків. Однак клозапін та оланзапін мають високу схильність викликати порушення регуляції глюкози і дисліпідемію [5; 10; 16; 17; 37].

У результаті пілотного дослідження, спрямованого на вивчення ожиріння, його факторів ризику, поінформованості про підвищення маси тіла та методи контролю за ним, проведеного серед 128 респондентів у віці 39,8 років, у 46,6 % з яких відзначалося ожиріння, було встановлено, що хронічно хворі, які знаходяться у психіатричному стаціонарі, точно відчували стан ожиріння, але ступінь стурбованості не корелювала з ІМТ, і ці хворі неохоче вибирали строге обмеження дієти як лікувальний захід [9].

Серед чинників, що можуть впливати на оцінку негативного впливу ожиріння хворими на шизофренію, слід відзначити й його ігнорування самими лікарями, які вважають ожиріння незначним у порівнянні із екстрапірамідними симптомами, властивими класичним (типовим) антипсихотикам, тим більше, що у загальній популяції також відмічено широке розповсюдження ожиріння [7;22;36].

Розвиток ожиріння у хворих на шизофренію може бути однією з причин відмови хворих від терапії. Особливо це стосується молодих осіб жіночої статі, які приділяють більше уваги своїй зовнішності порівняно із чоловіками. Для таких пацієнтів зменшення проявів психічного захворювання дає лише можливість жити за межами психіатричної лікарні, але важливим також є відновлення нормального (звичного для хворого) рівня функціонування в соціальних, освітніх і професійних областях. Причому поліпшення психічного стану пацієнтів нерідко призводить до їх більш критичного відношення до самого себе, своєї зовнішності, фізичних можливостей [13;15;41].

При розвитку надмірної маси тіла та ожиріння пацієнти починають не лише страждати від наслідків власне ожиріння (таких як артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет). Додаткова стигматизація цих хворих супроводжується особистісними переживаннями, пов'язаними з ожирінням, деморалізацією через відчуття неможливості контролювати ситуацію й почуття відчуження в суспільстві через стигму ожиріння [13;39]. Це також може призводити до збільшення симптомів захво-

рювання внаслідок відмови від лікування через набір ваги [21;24].

Недотримання режиму лікування є основною причиною рецидиву, ризик якого збільшується в 5 разів, і повторних госпіталізацій. Установлено, що майже 50% пацієнтів не дотримуються режиму лікування і добре відомо, що набір ваги є істотним чинником порушення режиму терапії в пацієнтів із шизофренією, що одержують атипіві антипсихотики. Згідно даних літератури пацієнти із шизофренією й ожирінням в 3 рази частіше пропускають прийом препаратів, чим пацієнти без ожиріння.

Таким чином, розвиток проявів метаболічного синдрому у хворих на шизофренію є важливим чинником, який суттєво впливає на ризик серцево-судинних ускладнень у цих хворих, зменшує якість їх життя та може бути однією з причин зниження комплаєнсу та навіть відмови пацієнтів від терапії. Можна вважати суттєвим побічним ефектом розвиток ожиріння, якщо прийом препарату викликав збільшення маси тіла більше, ніж на 5% та в подальшому призвів до відмови хворого від підтримуючої терапії.

Застосування атипівих антипсихотичних препаратів може викликати зростання маси тіла, а також сприяти розвитку інсулінорезистентності, що пов'язано з їх дією на транспортери глюкози і зниженням чутливості в-клітин до рівня глікемії. У зв'язку з цим рекомендуються моніторувати рівні глюкози та глікозильованого гемоглобіну у хворих, які отримують атипіві нейролептики, а також стежити за динамікою їхньої маси тіла та індексу маси тіла, особливо у хворих, які мають інші чинники ризику цукрового діабету – ожиріння, гіпертензію, обтяжену спадковість, малорухомий спосіб життя та літній вік [22].

Навіть при переводі пацієнток із антипсихотиків другого покоління на типові препарати першого покоління не було виявлено зниження маси тіла хворих, а лише призупинення її зростання [8].

На теперішній момент проблема надлишкової маси тіла у хворих на шизофренію при використанні атипівих антипсихотиків залишається актуальною. Зрозуміло, що альтернативи цим препаратам на теперішній час немає. Вони демонструють достатню ефективність у лікуванні основних проявів захворювання, дозволяють суттєво покращити якість життя та рівень соціального функціонування хворих. Але слід враховувати розвиток можливих негативних проявів у пацієнтів із шизофренією, що приймають антипсихотичні препарати, своєчасно проводити їх діагностику та враховувати ці чинники при виборі методів лікування хворого.

Розуміння лікарями-психіатрами проблеми розвитку абдомінального ожиріння та інших проявів метаболічного синдрому у пацієнтів із шизофренією є основою подальшого проведення профілактичних та корекційних заходів щодо цієї категорії хворих.

Література:

1. Барденштейн Л.М., Мкртумян А.М., Алешкина Г.А. Состояние углеводного и липидного обмена у больных параноидной шизофренией при терапии атипичными антипсихотическими препаратами // Сахарный диабет. – 2010. – № 2. – С. 42-44.
2. Виршинг Д. Шизофрения и ожирение: влияние антипсихотических препаратов// Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Том 17, №14. – С. 45-58
3. Горобец Л.Н. Влияние длительной противорецидивной терапии атипичными антипсихотиками на вес тела больных с психическими расстройствами// Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, №4. – С. 49-55.
4. Горобец Л.Н. Изменение массы тела у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в условиях длительной терапии атипичными антипсихотиками// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т.108, № 9. – С. 52-56.
5. Горобец Л.Н. Роль лептина в формировании нейролептического ожирения у больных шизофренией при антипсихотической терапии// Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2008. – Т. 146, № 9. – С. 324-326.
6. Данилов Д.С. Современные методы оптимизации терапевтического сотрудничества врача и больного при лечении шизофрении // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, №4. – С. 99-104.
7. Данилов Д.С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов (Ч. 1)// Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Т.12, № 1. – С.34-41.
8. Данилов Д.С. Применение традиционных нейролептиков в период ремиссии у больных шизофренией с избытком массы тела, вызванным атипичными антипсихотическими препаратами/ Д.С.Данилов, Ю.Г.Тюльпин// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. – 107. – 2. С. 25-29.
9. Данилов Д.С., Хохлова В.А., Лапина И.А., Данилова Л.М. Соматические побочные эффекты современной антипсихотической терапии: механизмы развития, клинические проявления, роль в ограничении эффективности лечения шизофрении и методы коррекции// Российские медицинские вести. – 2008. – Т. 13, №3- С. 23-33.
10. Зимин Ю.В. Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности или метаболического синдрома Х// Кардиология. – 1998. – № 6. – С. 71-81.
11. Кожина, А.М. Опыт применения препарата Солерон в терапии шизофрении / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Укр. вісн. психоневрології: Науково-практичний журнал. – 2010. – Том 18, N 4. – С.116-117
12. Крылов В.И. Метаболические эффекты атипичных нейролептиков // Рос. психиатр. журнал. – 2004. – 3. – С. 47–51.
13. Марута Н. А. Использование интегративного показателя качества жизни в диагностике, терапии и реабилитации больных шизофренией// Архив психиатрии. – 2004. –Т. 10. – 2 (37). –С. 4–9.
14. Марута Н. А., Бачеригов А. Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Междунар. мед. журн. –2002. – Т. 8, № 1–2. – С. 46–52.
15. Масловский С.Ю., Козловский В.Л. Оценка возможностей фармакологической коррекции вызванного антипсихотиками увеличения массы тела// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. – 8. – С. 81-87.
16. Мосолов С.Н., Рывкин П.В., Сердитов О.В. и соав. Метаболические побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии. Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – 3. – С. 75-90.
17. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Соколян Н.А. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией// Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – 2. – С. 17-20.
18. Танянский Д.А., Мартынихин И.А., Соколян Н.А. и соав. Патогенез дислипидемии у больных шизофренией: независимая роль адипокинов //Ученые записки СПбГМУ им. академика И.П. Павлова. – 2009. – Т. 16. – 4. – С.116–117.
19. Эндокринная патология в психиатрии (ожирение, сахарный диабет, гиперпролактинемия) / М.Ю. Дробизев, Е.В. Суркова, Т.А. Захарчук, О.Г. Мельникова. – М.: Артинфо Паблишинг, 2006. – 84 с.
20. Allison DB, Casey DE: Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature// J Clin Psychiatry. – 2001. – 62. – 7. – С. 22-31.
21. Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of the excess mortality of schizophrenia// Br J Psychiatry. – 2000. – 177. – С. 212-217.
22. Bushe C., Haddad P, R. Peveler et al. The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia// J Psychopharmacol. – 2005. – 1. – 19(6). – P. 28 - 35.
23. Ford ES, Mokdad AH, Giles WH et al: Geographic variation in the prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related behaviors// Obes Res. – 2005. – 13. – P. 118-122.
24. Harris E.S. and Barraclough B. Excess mortality of mental disorder// The British Journal of Psychiatry. – 1998. – 173. – P. 11-53.
25. Holt R.I.G., Peveler R.C., Byrne C.D. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes // Diabet. Med. – 2004. – 21. – 6. – P. 515-523.
26. Homel P, Casey D, Allison DB: Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996// Schizophr Res. – 2002. – 55. – P. 277-284.
27. Joukamaa M., Heliövaara M., Knekt P. et al. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality// The British Journal of Psychiatry. – 2006. – 188(2). – 122 - 127.
28. Lamberti J.S., Olson D., Crilly J.F. et al., Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Patients Receiving Clozapine// Am J Psychiatry. – 2006. – 163. 0 P. 1273-1276.
29. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP. Et al: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia// N Engl J Med. – 2005. – 353. – P. 1209-1223.
30. Marder SR, Essock SM, Miller AL. et al: Physical health monitoring of patients with schizophrenia// Am J Psychiatry. – 2004. – 161. – P. 1334-1349.
31. McIntyre R.S., Mancini D.A., Basile V.S. Mechanisms of antipsychotic-induced weight gain. // J.Clin.Psychiatry. – 2001. – 62. – 23. – P. 23–29.
32. Meyer J.M., Koro C.E. The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review //Schizophr. Es. – 2004. – Vol.70. – P.1–17.
33. Modulation of Limbic Circuitry Predicts Treatment Response to Antipsychotic Medication: A Functional Imaging Study in Schizophrenia Lahti Adrienne C , Martin A Weiler2, Henry H Holcomb2, Carol A Tamminga3 and Karen L Cropsey// Neuropsychopharmacology. – 2009. – 34. – P. 2675–2690
34. Nasrallah R.A. High diabetes frequency in schizophrenia and bipolar disorder //Amer. Psych. Assoc. Ann. Meeting. – Chicago. – 2000. – P. 56-58.
35. Nishida M., Nakamura M. Use of perospirone for obesity and diabetes mellitus in patients with schizophrenia: three case reports // Int. Clin. Psychopharmacol. – 2004. – Vol. 19, № 1. – P. 41-43.
36. Obesity, dyslipidaemias and smoking in an inpatient population treated with antipsychotic drugs/C. Paton, R. Esop, C. Young [et al.] // Acta. Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol.110. – P.299–305.
37. Ryan M., Collins P., Thakore J.H. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia //Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 2. – P.284-289.
38. Subramaniam M., Chong S.-A., Pek E. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia // Can. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 48. – P.345–347.
39. Thakore J.H., Mann J.N., Vlahos I. et al. Increased visceral fat distribution in drug-naïve and drug-free patients with schizophrenia. // Int. J. Obesity. – 2002. – vol. 26. – P. 137–141.
40. Van Gaal L.F. Long-term health consideration in Schizophrenia: Metabolic effects and role of abdominal adiposity// Eur. Neuropsychopharmacol. – 2006. – Vol.16. – P.142–148.
41. Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD: Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance// Schizophr Res. – 2004. – 66. – P. 51-57.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ**В.М. Синайко, Л.Д. Коровина, О.В. Земляничкина**

Проведен обзор литературы, посвященной проблеме развития у больных шизофренией проявлений метаболического синдрома, в том числе абдоминального ожирения и сахарного диабета. Показана важность данной проблемы для клинической психиатрии.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотики, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, сахарный диабет

METABOLIC SYNDROM AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: PROBLEM ARISING AND CORRECTION APPROACHES**V.M. Synaiko, L.D. Korovina, O.V. Zemlyanitsyna**

We conducted a literature review about the problem of development of manifestation of metabolic syndrome, including abdominal obesity and diabetes mellitus in the patients with schizophrenia. The importance of this problem for a clinical psychiatry was shown.

Keywords: schizophrenia, antipsychotics, metabolic syndrome, abdominal obesity, diabetes mellitus

УДК 616.89-008.45+616.895.87+616.89-02-021

Е.В. Харчук**КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ:
КОРОТКИЙ ОГЛЯД**

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

Ключові слова: шизофренія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

Оскільки когнітивні порушення притаманні клінічному перебігові як шизофренії, так і гіпертонічної хвороби, їх прояви слід розглянути окремо.

Когнітивним порушенням при шизофренії присвячено доволі багато наукових досліджень. Їх роль у формуванні соціально-трудової дезадаптації та зниженні особистісної ефективності у різних сферах людської діяльності є незаперечною. На різних етапах захворювання когнітивні порушення відходять на другий план відносно позитивної та негативної симптоматики та «приховуються», але при нейропсихологічному дослідженні, навіть у продромальному періоді шизофренії, їх виявлення стає можливим. Зрозуміло, що у кінцевих стадіях вже саме когнітивний дефіцит стає домінуючим нарівні з дефіцитарними розладами, але на тому етапі захворювання його компенсація стає важко досяжною. Ряд авторів виділяють когнітивні розлади як окремий кластер патології, окремо від позитивних та негативних симптомів[1;2]. R. Keefe [3] надає переконливі аргументи на користь включення когнітивних порушень в діагностичні критерії для шизофренії. З клінічної і патофізіологічної точки зору, практично немає сумнівів у тому, що когнітивні порушення є основним компонентом захворювання.

Дослідження показують, що хворі на шизофренію проходять широкий спектр тестів на оцінку когнітивних функцій гірше, ніж відповідні їм за віком люди з контрольної групи. Були ідентифіковані порушення в області уваги, пам'яті, швидкості обробки інформації та виконавчих функцій. Ще більшою мірою, ніж основні інформаційні процеси (пам'ять, увага тощо), у хворих на шизофренію порушуються виконавчі функції – складання і виконання планів, вирішення нових проблем, що вимагають залучення раніше набутих знань. Це ймовірно пов'язано з дефіцитом робочої пам'яті, яка визначається як здатність зберігати інфор-

мацію на короткий період, під час якого відбувається її обробка чи координація з іншими тривалими психічними операціями. Проблеми з виконавчими функціями пов'язані з поганими трудовими навичками. У той же час, інтелектуальне функціонування у таких пацієнтів залишається досить збереженим на противагу вищезгаданій специфічній пошкодженості. Виявилось, що у більшості пацієнтів когнітивні порушення були присутні до розвитку позитивних симптомів шизофренії і зберігалися під час періодів ремісії позитивних симптомів. Більшість авторів сходяться на думці, що динаміка змін когнітивних функцій при шизофренії більшою мірою узгоджується з перебігом «статичної» енцефалопатії, ніж з прогресуючою деменцією. Цей висновок підтверджений даними візуального обстеження мозку, що демонструють відсутність прогресуючих нейроанатомічних аномалій протягом всього захворювання[4-10].

Вплив гіпертонічної хвороби на когнітивні функції також вивчався достатньо докладно. Клінічна картина так званого «судинного когнітивного розладу», що виникає при цьому захворюванні, включає в себе уповільнення розумового процесу, труднощі зосередження, порушення довільної уваги і перемикання з одної задачі на іншу, підвищену абстрагованість, персеверації, погіршення аналітичних здібностей, планування, організації так контролю діяльності. Первинні порушення пам'яті (порушення запам'ятовування нового матеріалу, утруднення згадування раніше засвоєної інформації) нехарактерні для «судинного когнітивного розладу», але можуть відмічатися порушення оперативної пам'яті: пацієнтам важко утримувати великий обсяг інформації, переключатися зісприйняття однієї інформації на іншу. Це погіршує пізнавальну діяльність і ускладнює отримання нових навичок, але не поширюється на запам'ятовування та відтворення подій життя.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ**В.М. Синайко, Л.Д. Коровина, О.В. Землянична**

Проведен обзор литературы, посвященной проблеме развития у больных шизофренией проявлений метаболического синдрома, в том числе абдоминального ожирения и сахарного диабета. Показана важность данной проблемы для клинической психиатрии.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотики, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, сахарный диабет

METABOLIC SYNDROM AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: PROBLEM ARISING AND CORRECTION APPROACHES**V.M. Synaiko, L.D. Korovina, O.V. Zemlyanitsyna**

We conducted a literature review about the problem of development of manifestation of metabolic syndrome, including abdominal obesity and diabetes mellitus in the patients with schizophrenia. The importance of this problem for a clinical psychiatry was shown.

Keywords: schizophrenia, antipsychotics, metabolic syndrome, abdominal obesity, diabetes mellitus

УДК 616.89-008.45+616.895.87+616.89-02-021

Е.В. Харчук**КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ:
КОРОТКИЙ ОГЛЯД**

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

Ключові слова: шизофренія, гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення

Оскільки когнітивні порушення притаманні клінічному перебігові як шизофренії, так і гіпертонічної хвороби, їх прояви слід розглянути окремо.

Когнітивним порушенням при шизофренії присвячено доволі багато наукових досліджень. Їх роль у формуванні соціально-трудова дезадаптації та зниженні особистісної ефективності у різних сферах людської діяльності є незаперечною. На різних етапах захворювання когнітивні порушення відходять на другий план відносно позитивної та негативної симптоматики та «приховуються», але при нейропсихологічному дослідженні, навіть у продромальному періоді шизофренії, їх виявлення стає можливим. Зрозуміло, що у кінцевих стадіях вже саме когнітивний дефіцит стає домінуючим нарівні з дефіцитарними розладами, але на тому етапі захворювання його компенсація стає важко досяжною. Ряд авторів виділяють когнітивні розлади як окремий кластер патології, окремо від позитивних та негативних симптомів[1;2]. R. Keefe [3] надає переконливі аргументи на користь включення когнітивних порушень в діагностичні критерії для шизофренії. З клінічної і патофізіологічної точки зору, практично немає сумнівів у тому, що когнітивні порушення є основним компонентом захворювання.

Дослідження показують, що хворі на шизофренію проходять широкий спектр тестів на оцінку когнітивних функцій гірше, ніж відповідні їм за віком люди з контрольної групи. Були ідентифіковані порушення в області уваги, пам'яті, швидкості обробки інформації та виконавчих функцій. Ще більшою мірою, ніж основні інформаційні процеси (пам'ять, увага тощо), у хворих на шизофренію порушуються виконавчі функції – складання і виконання планів, вирішення нових проблем, що вимагають залучення раніше набутих знань. Це ймовірно пов'язано з дефіцитом робочої пам'яті, яка визначається як здатність зберігати інфор-

мацію на короткий період, під час якого відбувається її обробка чи координація з іншими тривалими психічними операціями. Проблеми з виконавчими функціями пов'язані з поганими трудовими навичками. У той же час, інтелектуальне функціонування у таких пацієнтів залишається досить збереженим на противагу вищезгаданім специфічним пошкодженням. Виявилось, що у більшості пацієнтів когнітивні порушення були присутні до розвитку позитивних симптомів шизофренії і зберігалися під час періодів ремісії позитивних симптомів. Більшість авторів сходяться на думці, що динаміка змін когнітивних функцій при шизофренії більшою мірою узгоджується з перебігом «статичної» енцефалопатії, ніж з прогресуючою деменцією. Цей висновок підтверджений даними візуального обстеження мозку, що демонструють відсутність прогресуючих нейроанатомічних аномалій протягом всього захворювання[4-10].

Вплив гіпертонічної хвороби на когнітивні функції також вивчався достатньо докладно. Клінічна картина так званого «судинного когнітивного розладу», що виникає при цьому захворюванні, включає в себе уповільнення розумового процесу, труднощі зосередження, порушення довільної уваги і перемикання з одної задачі на іншу, підвищену абстрагованість, персеверації, погіршення аналітичних здібностей, планування, організації так контролю діяльності. Первинні порушення пам'яті (порушення запам'ятовування нового матеріалу, утруднення згадування раніше засвоєної інформації) нехарактерні для «судинного когнітивного розладу», але можуть відмічатися порушення оперативної пам'яті: пацієнтам важко утримувати великий обсяг інформації, переключатися зісприйняття однієї інформації на іншу. Це погіршує пізнавальну діяльність і ускладнює отримання нових навичок, але не поширюється на запам'ятовування та відтворення подій життя.

Дослідженнями вказується на те, що хворі мають гірші показники практично у всіх областях когнітивної діяльності у порівнянні зі здоровими респондентами контрольної групи, серед яких час реакції, просторова, слухова та зорова пам'ять, безпосереднє та відтерміноване відтворення вербальних символів, швидкість реакції вибору, виконавчі функції, зорово-моторна координація [11-17]. За даними Ю.А. Старчиної (2006), когнітивні розлади виявляються у 73% пацієнтів з тривалою (більше 5 років) артеріальною гіпертензією середнього і літнього віку у вигляді помірних (26,5%) і легких (46,5%) когнітивних порушень [14].

Інтерес до когнітивних порушень при поєднанні шизофренії та гіпертонічної хвороби з'явився порівняно нещодавно і проявився у невеликій кількості досліджень. Встановлено наявність більш вираженого когнітивного дефіциту при даному нозологічному поєднанні порівняно з особами контрольних груп, причому більш вираженим виявилось порушення вербальної пам'яті [18;19]. Також виявлений зв'язок коморбідності шизофренії з артеріальною гіпертензією та більш низької якості життя цієї популяції пацієнтів, що пов'язано із гіршими показниками когнітивного функціонування [20].

Виходячи з вищенаведеного можна зробити висновки: потребують уточнення клініко-психопатологічні особливості, а також структура когнітивного дефіциту хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з гіпертонічною хворобою; необхідним є встановлення взаємозв'язку між когнітивними порушеннями, продуктивними та негативними розладами та розробка комплексу терапевтичних заходів, спрямованих на оптимізацію надання допомоги даній категорії пацієнтів.

Література:

1. Cannon, T.D. A prospective cohort study of genetic and perinatal influence in the etiology of schizophrenia / T.D. Cannon, I.M. Rosso, J.M. Hollister et al. [Text] // *Schizophrenia Bull.* — 2000. — Vol. 26, № 2. — P. 351–366.
2. Harvey, P.D. Studies of cognitive change in patient with schizophrenia following treatment with atypical antipsychotics [Text] / P.D. Harvey, R.S.E. Keefe // *Am. J. Psychiat.* — 2001. — Vol. 158. — P. 176–184.
3. Keefe, R.S.E. et al. Base line neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial [Text] / R.S.E. Keefe et al. // *Neuro psychopharmacology*. — 2006. — № 31. — P. 2033–2046.

4. Аведисова, А.С. Шизофрения и когнитивный дефицит [Текст] / А.С. Аведисова, Н.Н. Верго // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2001. — № 6. — С. 5–14.
5. McGurk, S.R. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia [Text] / McGurk S.R. et al. // *Am. J. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 164. — P. 1791–1802.
6. Вербенко, В.А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении [Текст] / В.А. Вербенко. — Симферополь: ООО ДИАПИ, 2007. — 308 с.
7. Puig, O. Verbal memory, negative symptomatology, and prediction of psychosocial functioning in schizophrenia [Text] / O. Puig et al. // *Psychiatry Res.* — 2008. — № 158. P. 11–17.
8. Twamley, E.W. Neuro psychological substrates and everyday functioning implications of prospective memory impairment in schizophrenia [Text] / E.W. Twamley et al. // *Schizophr Res.* — 2008. — № 106. — P. 42–49.
9. Keefe, R.S. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) [Text] / R.S. Keefe et al. // *Schizophr Res.* — 2008. — Vol. 102. — № 1–3. — P. 108–115.
10. Лоскутова, В.А. Социально-когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия [Текст] / В.А. Лоскутова // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2009. — Т. 19. — № 4. — С. 92–104.
11. Яхно, Н.Н. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2. Когнитивные нарушения [Текст] / Н.Н. Яхно, О.С. Левин, И.В. Дамулин // *Неврологический журнал* — 2001. — Т. 6. — № 3. — С. 10–19.
12. Elias, P.K. Blood Pressure-Related Cognitive Decline. Does Age Make a Difference? [Text] / P.K. Elias et al. // *Hypertension*. — 2004. — № 44. — P. 631.
13. Singh-Manoux, A. High blood pressure was associated with cognitive function in middle-age in the Whitehall II study [Text] / A. Singh-Manoux, M. Marmot // *J Clin Epidemiol.* — 2005. — № 58 (12). — P. 1308–1315.
14. Старчина, Ю. А. Ранняя диагностика и лечение когнитивных расстройств при артериальной гипертензии [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук : 14.00.13 / Ю.А. Старчина // — М., 2006. — 26 с.
15. Wolf, P.A. Relation of obesity to cognitive function: importance of central obesity and synergistic influence of concomitant hypertension: the Framingham Heart Study [Text] / P.A. Wolf et al. // *Curr Alzheimer Res.* — 2007. — № 4. — P. 111–116.
16. Старчина, Ю.А. Когнитивные нарушения и их лечение у пациентов с артериальной гипертензией [Текст] / Ю.А. Старчина // *Болезни сердца и сосудов*. — 2007. — № 3. — С. 14–17.
17. Hannesdottir, K. Cognitive impairment and white matter damage in hypertension: a pilot study [Text] / K. Hannesdottir et al. // *Acta Neurol Scand.* — 2009. — № 119. — P. 261–268.
18. Friedman, J.I. The effects of hypertension and body mass index on cognition in schizophrenia [Text] / J.I. Friedman et al. // *Am J Psychiatry*. — 2010. — № 167 (10). — P. 1232–1239.
19. Подвыгин, С.Н. Особенности проявлений негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита у больных параноидной шизофренией с коморбидной артериальной гипертензией [Текст] / С.Н. Подвыгин // *Вестник новых медицинских технологий*. — 2010. — Т. 17. — № 2. — С. 138–140.
20. Lev-Ran, S. Impact of hypertension and body mass index on quality of life in schizophrenia [Text] / S. Lev-Ran, Y. LeStrat, B. LeFoll // *J Psychiatry*. — 2011. — № 168(5). P. 552–553.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: КРАТКИЙ ОБЗОР

Е.В. Харчук

В статье рассмотрены когнитивные нарушения, возникающие при шизофрении и артериальной гипертензии по-отдельности, а также при их нозологическом сочетании. Подчеркнута специфическая роль сосудистого процесса в формировании когнитивных нарушений у пациентов с эндогенным расстройством.

Ключевые слова: шизофрения, гипертоническая болезнь, когнитивные нарушения

COGNITIVE IMPAIRMENT IN SCHIZOPHRENIA AND HYPERTENSION: AN OVERVIEW

Е.В. Harchuk

The article describes the cognitive impairment that occur in schizophrenia and arterial hypertension severally as well as their nosological combination. Brought into focus the specific role of vascular process in the formation of cognitive impairment in patients with endogenous disorder.

Keywords: schizophrenia, arterial hypertension, cognitive impairment

УДК 616.89-008.441.12-092-07

Є.І. Гетманчук

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ ПСИХОГЕННОЮ ГІПЕРФАГІЄЮ**

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: переїдання, розлад дигестивної поведінки, ожиріння, тривожно-депресивний розлад, коморбідність, клінічна психопатологія

Харчова поведінка відноситься до базових, що мають гедоністичне значення, внаслідок чого дає почуття заспокоєння і сприяє поліпшенню настрою за рахунок активації загальних ланок центральної регуляції прийому їжі та настрою – серотонін – та норадренергічних нейротрансмітерних систем ЦНС [5;8;9].

При реалізації порушень дигестивної поведінки (психогенна гіперфагія) виникає перерозподіл та трансформація внутрішніх імпульсів з відверненням від інших патернів поведінки [1;3], у тому числі внутрішньої поведінки (розумових патернів) зі зниженням актуальності і емоційної значущості патологічних патернів (у першу чергу анкіозного кола) [4;6].

Для формування концепції психотерапії та психопрофілактики порушень дигестивної поведінки необхідно виявити домінуючий патологічний симптомокомплекс психогенної гіперфагії [2, 7, 10].

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених завдань було обстежено 100 хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) з розладами дигестивної поведінки, а саме психогенною гіперфагією (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2), а також 20 умовно здорових осіб, 20 пацієнтів хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола та 20 пацієнтів у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння.

Для вивчення клініко-психопатологічних та медико-психологічних характеристик хворих на аліментарне ожиріння і розлади тривожно-депресивного кола, для чого було сформовано наступні групи обстежуваних:

1 група (основна) – 100 пацієнтів (50 чоловіків та 50 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідні розлади тривожно-депресивного кола (інші

тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2). Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $31,6 \pm 0,73$ років.

Основна група у свою чергу була розділена на наступні підгрупи:

Група 1.1 – 70 пацієнтів (32 чоловіків та 38 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано до психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола;

Група 1.2 – 30 пацієнтів (12 чоловіків та 18 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано після психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола.

2 група (контрольна) – 20 умовно здорових осіб, які не мали аліментарного ожиріння, порушень дигестивної поведінки та тривожно-депресивних розладів, або існуючи розлади були на донозологічному рівні (10 чоловіків та 10 жінок). Вік пацієнтів коливався від 21 до 45 років, середній вік у групі складав $30,6 \pm 0,48$ років.

3 група (контрольна) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенна гіперфагія (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола. Вік пацієнтів коливався від 22 до 48 років, середній вік у групі складав $30,5 \pm 0,54$ років.

4-а група (контрольна група) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння. Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $29,8 \pm 0,34$ років.

Всі хворі дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

В усіх пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, проводилося ретельне вивчення клініко-анамнестичних даних, що дозволило виявити особливості особистості та хвороби, які мали пацієнти до виникнення розглянутої патології. Період обстеження та спостереження тривав з моменту встановлення вищевказаного діагнозу та по закінченню лікувально-реабілітаційних заходів. У всіх хворих до встановлення діагнозу не від-

значалося психічних захворювань в анамнезі, спадковість не обтяжена психопатологією, всі хворі не мали ознак органічних уражень головного мозку та клінічно визначальної ендокринної та соматичної патології. Пацієнти не отримували іншого лікування, окрім передбаченого дослідженням.

Для досягнення мети використовувалися такі методи дослідження:

- медико-соціологічний – для вивчення психосоціального статусу;
- антропометричний – для діагностики ожиріння (соматометрія, визначення індексу маси тіла Кетле, ступеню ожиріння) (Н. Д. Вардімаді, Л. Г. Машкова, 1988);
- клініко-психопатологічний – для вивчення структури психопатологічних розладів у хворих на розлади дигестивної поведінки (переїдання) та коморбідні тривожно-депресивні розлади;
- психодіагностичний – реалізовувався за допомогою наступних методик:

1. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості MMPI (І. Маккінлі, С. Хатеуей, 1971) для вивчення специфічних особистісних якостей контингенту із дигестивною поведінкою (переїдання) та коморбідними тривожно-депресивними розладами;

2. Шкала депресії Бека (BDI) (А. Т. Beck, 1961) для визначення депресивних проявів у визначеного контингенту;

3. Торонтська алекситимічна шкала (TAS) (G. J. Taylor, 1985) для визначення алекситимії та порушення спроможності усвідомлення і вербалізації своїх почуттів у визначеного контингенту;

4. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) (Ч. Д. Спілбергер, Ю. Л. Ханін, 1978) – для психодіагностики тривожних про-

явів особистості профільного контингенту хворих;

5. Тест для визначення типу відношення до хвороби (Л. І. Вассерман, Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова, 2005) – для діагностики типу відношення до хвороби і лікування;

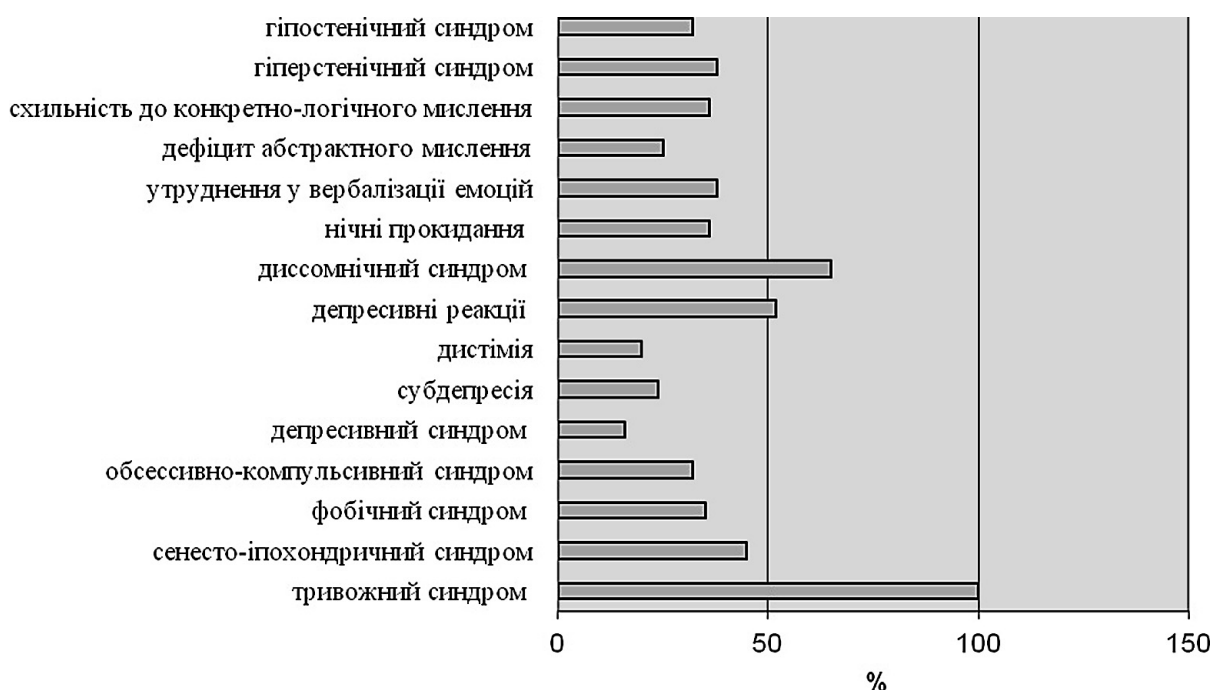
6. Опитувальник «Наявність гіперфагії» (Є. І. Гетманчук, 2012).

Також всі хворі проходили загальне клінічне обстеження – фізикальне, лабораторно-інструментальне обстеження, консультації терапевта, невролога (з метою виявлення супутньої патології).

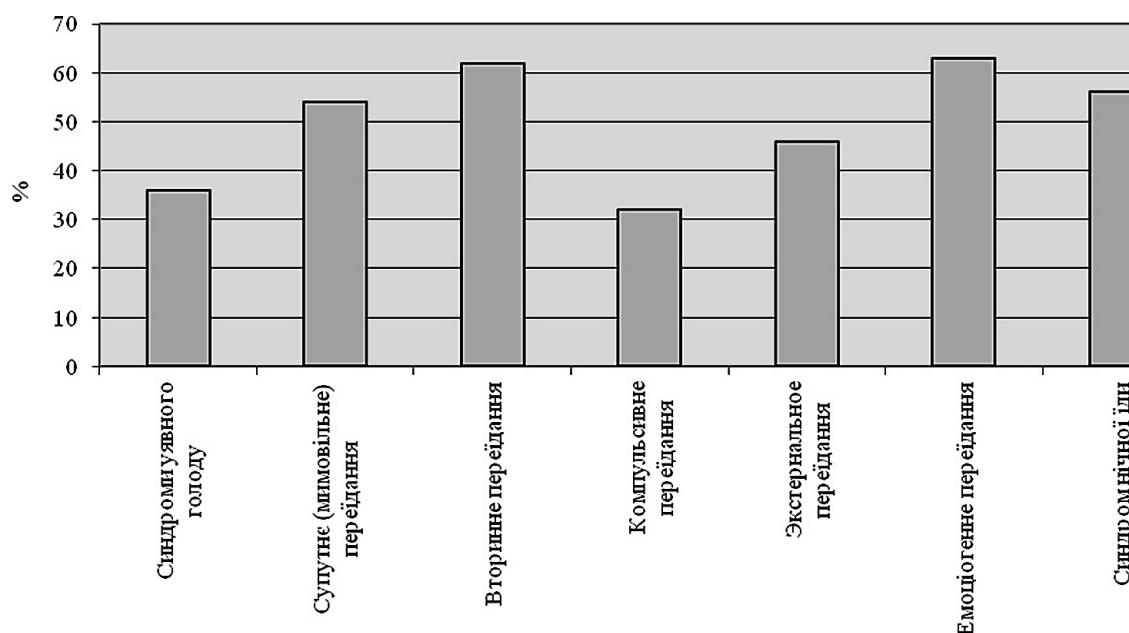
Результати проведених досліджень та лікування було оброблено за допомогою методів математичної статистики. Отримані дані порівнювалися з контрольною та групою та групою порівняння.

Результати та їх обговорення. Під час обстеження серед домінуючих психопатологічних синдромів у всіх пацієнтів групи 1 виявлялися тривожний синдром, зниження настрою різного ступеня вираженості: депресивний синдром ідентифікувався у 16,00 %, окремі депресивні реакції – 52,00 %, дистимія – 20,00 %, субдепресія – 24,00 %. Диссомнічний синдром мав місце у 65,00 %, нічні прокидання – 36,00 %. Виявлялися: фобічний синдром – у 35,00%, обсессивно-компульсивний – у 32,00 %, сенесто-іпохондричний – 45,00 %, утруднення у вербалізації емоцій – 38,00 %, дефіцит абстрактного мислення – 25,00 %, схильність до конкретно-логічного мислення – 36,00 %, гіперстенічний синдром – 38,00 %, гіпостенічний синдром – 32,00 % (мал. 1).

За допомогою клініко-психопатологічного дослідження встановлено істотну вагу проявів алекситимії серед контингентів груп 1 (38,00 %) та 3 (25,00 %), порівняно з групами 2 (00,00 %) та 4 (,00 %).



Мал. 1. Розподіл психопатологічних синдромів за частотою у групі 1



Мал. 2. Форми аліментарного переїдання у пацієнтів

В результаті аналізу отриманих даних стало можливим розділити аліментарне переїдання у пацієнтів групи 1 на 7 форм (мал. 2).

Синдром уявного голоду – відзначалися у 36,00 % пацієнтів групи 1, за наявності яких пацієнти приймали їжу у відповідь на відчуття непереборного голоду, яке вони відмічали у себе навіть тоді, коли об'єктивно мали бути насичені.

Супутнє (мимовільне) переїдання – відзначалося у 54,00 % пацієнтів групи 1, при цій формі переїдання бажання прийняти їжу і відчуття голоду у пацієнтів були відсутні, їжа вживалася при її наявності механічно, неусвідомлено під час зосередження уваги на інших речах (перегляді фільмів, читанні тощо).

Вторинне переїдання – відзначалося у 62,00 % пацієнтів групи 1, виникало як компенсаторне переїдання після періоду зменшеного вживання їжі.

Компульсивне переїдання – відзначалося у 32,00 % пацієнтів групи 1, при якому спостерігалися короткі чітко локалізовані в часі напади, що повторювалися, при яких харчування здійснювалося швидше, ніж зазвичай, без відчуття голоду, у великій кількості – до відчуття неприємного переповнення шлунку.

Екстернальне переїдання – виявлялося у 46,00 % пацієнтів групи 1, при якому у пацієнтів відзначалася підвищена чутливість до зовнішніх стимулів при споживанні їжі. Так бажання прийняти їжу виникало у пацієнтів, лише побачивши людину, що приймає їжу, готових страв, реклами продуктів, продуктів на вітрині крамниці і т. п.

Емоційне переїдання – відзначалося у 63,00 % пацієнтів групи 1, при якому вживання їжі реалізовувалося у відповідь на емоційну провокацію (почуття занепокоєння, тривоги, страху, знижений настрій тощо) в якості захисного механізму.

Синдром нічної їжі – відзначався у 56,00 % пацієнтів групи 1, при якому відчуття харчової потреби виникало у вечірні та нічні години, часто пацієнти прокидалися серед ночі від бажання поїсти, при цьому нічна булімія часто поєднувалася з порушенням сну і вранішньою анорексією.

Згідно аналізу анамнестичних даних та результатів опитування, серед пацієнтів групи 1.1 потяг до переїдання після психотравми одразу посилювався у 42,00 % (група 1.1.1), посилювався впродовж 1 – 2 – місяців – у 30,00 % (група 1.1.2), зменшився одразу у 7,00 %, зменшився впродовж 2 – 3 місяців у 11,00 %, не змінився у 10,00 %.

Серед групи 1.2 потяг до переїдання виник одразу після психотравми у 32,00 % випадків (група 1.2.1), впродовж 1 – 2 місяців – у 56,00 % (група 1.2.2), через 4 місяці – у 12,00 %.

У зв'язку з цим варіанти дигестивного реагування на емоційний дискомфорт можна розділити на наступні:

1. підвищення потягу до переїдання:
 - а) супутній варіант;
 - б) відстрочений варіант;
2. зниження потягу до переїдання:
 - а) супутній варіант;
 - б) відстрочений варіант;
3. відсутність змін потягу до переїдання.

Вищезазначений аналіз груп дозволив встановити два варіанти розвитку гіперфагії на тлі розладів тривожно-депресивного кола у відповідь на психогенний чинник в залежності від часу виникнення гіперфагії:

– *без продромального періоду* – потяг до гіперфагії співпадав за часом із виникненням тривожно-депресивного розладу.

– *з продромальним періодом* – потяг до гіперфагії виник після виникнення тривожно-депресивного розладу та розвивався на його тлі.

Тривалість продромального періоду склала 1 – 4 місяці.

У контингентів групи 1 у 58,00 % виявлялося виникнення потягу до гіперфагії одразу після впливу психогенного чинника або впродовж 1 години та у 42,00 % – виникнення потягу до гіперфагії через деякий час – не раніше ніж через 1 годину після психогенного чинника; це дозволило виділити *прямий* та *відстрочений* варіанти порушення дигестивної поведінки у відповідь на психогенний чинник.

Психопатологічне дослідження виявило зміну за часом співвідношення тривоги через психогенну подію та через переїдання в залежності від варіанту виникнення гіперфагії (табл. 1).

У групах 1.1.1 та 1.2.1 з початку психогенної провокації домінували прояви гіперфагії, соматоформні та іпохондричні розлади, які маскували прояви класичної депресії та первинної тривоги.

У групах 1.1.2 та 1.2.2 з початку психогенної провокації домінували прояви депресивного кола та тривоги через психогенну подію. Прояви тривоги через ожиріння, які до психогенної події домінували у пацієнтів групи 1.1.2 редукувалися. Проте згодом, після приєднання гіперфагії, прояви депресивного кола редукува-

лися з тенденцією до зсуву у сторону соматоформних й іпохондричних розладів.

У 80,00 % групи 1 згодом приєднувалися або відновлювалися тривожно-депресивні прояви через гіперфагію.

У клінічній картині тривожно-депресивного розладу збіжного з гіперфагією були виявлені наступні відмінності від окремих проявів гіперфагії та розладів тривожно-депресивного кола без гіперфагії відображені у табл. 2.

Аналіз гіперфагії у пацієнтів груп 1 та 3 виявив відмінності гіперфагії за часом.

Постійна гіперфагія – гіперфагія та відчуття голоду різної інтенсивності, яке не відповідає фізіологічній потребі, виявляється увесь час протягом доби і виявлялося у 67,00 % пацієнтів групи 1 та 4,00 % пацієнтів групи 3.

Епізодична гіперфагія – гіперфагія та відчуття голоду різної інтенсивності, яке не відповідало фізіологічній потребі, виявлялося епізодично і відзначалося у 33,00 % пацієнтів з групи 1 та у 96,00 % з групи.

Звертає на себе увагу переважання постійної гіперфагії над періодичною у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

Таблиця 1

Психопатологічна характеристика групи 1 в залежності від часу виникнення гіперфагії

Час виникнення	Група \ розлади	1.1.1	1.1.2	1.2.1	1.2.2
одразу після психогенної провокації	тривожні та депресивні розлади через психотравму	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	домінують	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	домінують
	тривожні та депресивні розлади через гіперфагію	виражені	відсутні або слабо виражені	слабо виражені	—
	критика до розладів настрою через психотравму	відсутня або слабо виражена	збережена	відсутня або слабо виражена	збережена
	критика до гіперфагії	збережена або відсутня	відсутня або слабо виражена	збережена або відсутня	—
через 2 місяці після психогенної провокації	тривожні та депресивні розлади через психотравму	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади
	тривожні та депресивні розлади через гіперфагію	наявні	наявні	наявні	наявні
	критика до розладів настрою через психотравму	відсутня або слабо виражена	слабо виражена	відсутня або слабо виражена	слабо виражена
	критика до гіперфагії	збережена або відсутня	збережена або відсутня	збережена або відсутня	збережена або відсутня

Таблиця 2

Характеристика контингентів за колом тривожно-депресивних розладів

	тривожні розлади		депресивні розлади	
	група 1	група 3	група 1	група 3
Вираженість	часто масковані	виражені	масковані	виражені
Перебіг	частіше загальна	частіше нападаподібна	коливання покращення та погіршення у залежності від реалізації гіперфагією	істотні коливання відсутні або не залежать від реалізації гіперфагії
фабула тривоги та фобій	домінують побоювання ожиріння, соматичного неблагополуччя, смерті при нівелюванні тривоги внаслідок психогенної травми; прояв тривоги внаслідок психотравми після насичення при переїданні	зв'язок з психогенною травмою; насичення при переїданні істотно не впливає на фабулу тривоги або пом'якшує її прояв	неможливість визначення причини або через ожиріння; після насичення при переїданні домінує зв'язок з психогенною травмою	пов'язан з психотравмою; насичення при переїданні істотно не впливає на знижений або підіймає його
вегетативні прояви	превалювання вегетативних симптомів над тривожними	часто превалювання тривоги над вегетативними проявами	превалювання вегетативних симптомів над зниженим настроєм	частіше превалювання зниженого настрою над вегетативними проявами
соматоформні включення	рідко пов'язані з ШКТ	часто пов'язані з ШКТ або відсутні	рідко пов'язані з ШКТ	часто пов'язані з ШКТ або відсутні
елементи дереалізації-деперсоналізації	виражені	можуть бути		можуть бути

У контингентів виявлялися епізоди нав'язливого бажання з'їсти щось смачне, але при цьому пацієнти утруднювалися визначити що саме, відмічений феномен було названо *феноменом невизначеності смачного*.

Епізоди подібної невизначеності відзначалися у 74,00 % у групі 1, у 10,00 % у групі 4 та у 5,00 % у групі 3. При цьому виявлялося потенціювання частоти зустрічальності *феномену невизначеності смачного* (частота виникнення феномену перевищувала 5 разів на тиждень) у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

Ретроспективний аналіз дозволив виявити виникнення або збільшення зазначеного феномену у пацієнтів групи 1 після психотравми, тоді як пацієнти груп 3 та 4 не відзначали істотної зміни частоти виникнення феномену.

У групі 1.1 відзначалася зміна переваг у їжі (зміна якісного складу їжі) з початку переїдання у 5,00 %, після психотравми – у 42,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 53,00 %.

У групі 1.2 відзначали зміну переваг у їжі з початку потягу до переїдання – 34,00 %, з моменту

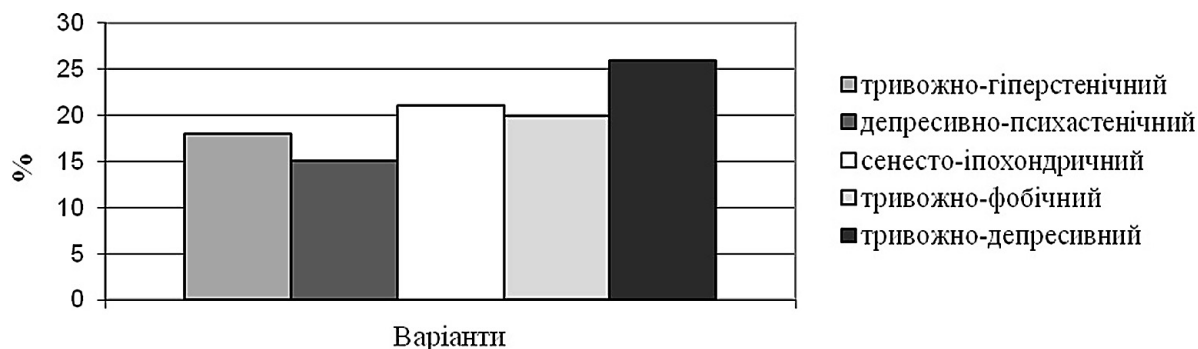
психотравми – 54,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 10,00 %.

У групі 3 (гіперфагія без патології емоцій) відзначали зміну переваг у їжі з початку виникнення потягу до переїдання – 7,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 93,00 %.

У групі 4 відзначали зміну переваг у їжі після психотравми 12,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 88,00 %.

Що дає підставу говорити про *феномен зміни переваг у їжі*, який може вказувати на взаємозалежність змін у перевазі їжі, розладів дигестивної поведінки та емоцій, що в свою чергу потенціює виникнення ожиріння. При цьому звертає на себе увагу збільшення реалізації феномену зміни переваг у їжі у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

За допомогою ретроспективного аналізу було виявлено збільшення частоти *феноменів невизначеності смачного* та *змін переваг у їжі* у пацієнтів групи 1 у продормальному періоді, що дозволяє віднести виявлені феномени – *феномени дигестії* – до предикторів дигестивної поведінки.



Мал. 3. Клінічних варіантів розладів тривожно-депресивного кола на тлі гіперфагії

Психопатологічне дослідження дозволило виділити 5 клінічних варіантів розладів тривожно-депресивного кола на тлі гіперфагії в залежності від домінуючих психопатологічних синдромів: тривожно-гіперстенічний (18,00%), депресивно-психастенічний (15,00 %), сенесто-іпохондричний (21,00 %), тривожно-фобічний (20,00 %), тривожно-депресивний (26,00 %) (мал. 3).

Висновки

Вищезазначені дані психопатологічного дослідження та ретроспективного аналізу дозволили виділити 4 стадії розвитку поєднаних психогенної гіперфагії та розладів тривожно-депресивного кола:

0-а – продромальний період гіперфагії, поява первинних тривожно-депресивних розладів внаслідок психотравмуючого чинника, поява предикторів розладів дигестивної поведінки – феноменів дигестії.

1-а – поява емоційної гіперфагії, маскування потягом до переїдання ознак розладів тривожно-депресивного кола та зсувом їх клінічних проявів у бік семіотики соматоформного та іпохондричного спектрів. На цій стадії реакція на насичення від переїдання реалізується за кураційним варіантом.

На завершальному етапі стадії модус патологічної дигестивної поведінки виявляє тенденцію до закріплення.

2-а – поява вторинних розладів тривожно-депресивного спектру – гіперфагія виступає провокуючим фактором виникнення тривоги та зниженого настрою, фабула яких базується на занепокоєнні через переїдання та побоювання ожиріння. Кураційна спроможність насичення послаблюється. У рамках цієї стадії розвиток гіперфагії можливий за двома варіантами:

- а) модус патологічної дигестивної поведінки набуває тенденції до самостійного або довільного усунування;
- б) модус патологічної дигестивної поведінки остаточно закріплюється, до нього приєднуються інші

варіанти гіперфагії (синдром уявного голоду, супутне, вторинне, компульсивне переїдання тощо).

3-я – посилюється занепокоєння через переїдання та побоювання ожиріння. Реакція на насичення набуває нульового або парадоксального варіанту. Кураційна спроможність гіперфагії втрачається або зменшується.

Психопатологічне дослідження психогенної гіперфагії дає змогу розробити патопсихологічну концепцію виникнення психогенної гіперфагії, що дозволить зробити лікування даної патології більш ефективним.

Література:

1. Гетманчук Е. И. Клиника и коморбидность психических расстройств при передании, связанном с другими психологическими расстройствами / Е. И. Гетманчук // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т. 10, № 4. – С. 40 – 46.
2. Гинзбург М. М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М. М. Гинзбург – М.: Медпрактика, 2002. – 182 с.
3. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Козуница, Г. П. Котельников. – С.: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. – 48 с.
4. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Н.: Олсб, 2001. – 251 с.
5. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Марков. – Томск, 2006. – 23 с.
6. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса: дис. ... канд. психол. наук / Ю. Л. Савчикова. – СПб., 2005. – 22 с.
7. Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимости / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когнито-Центр, 2006. – 367 с.
8. Bray G. A. Obesity: a time bomb to be defused / G. A. Bray // Lancet. – 1998. – 352 (18). – P. 160 – 161.
9. Bray G. A. Dietary fat intake does affect obesity! / G. A. Bray, B. M. Popkin // Am. J. Clin. Nutr. – 1998. – № 68 (6). – P. 1157 – 1173.
10. Burr J. Are eating disorders feminine addictions? / J. Burr, M. Reid // Addiction Research. – 2000. – Vol. 8. – № 3. – P. 203 – 211.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИЕЙ

Е.И. Гетманчук

Пищевое поведение относится к базовому, таковому, которое имеет гедонистическое значение, в результате чего дает чувство успокоения и способствует улучшению настроения за счет активации общих звеньев центральной регуляции приема еды и настроения – серотонин – и норадренергических нейротрансмиттерных систем ЦНС.

При реализации нарушений дигестивного поведения (психогенная гиперфагия) возникает перераспределение и трансформация внутренних импульсов с отвлечением от других паттернов поведения, в том числе внутреннего поведения (умственных паттернов) со

снижением актуальности и эмоциональной значимости патологических паттернов (в первую очередь анксиозного круга). Для формирования концепции психотерапии и психопрофилактики нарушений дигестивного поведения необходимо обнаружить доминирующий патологический симптомокомплекс психогенной гиперфагии.

Ключевые слова: переедание, расстройство дигестивного поведения, ожирение, тревожно-депрессивное расстройство, коморбидность, клиническая психопатология

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS PATIENTS OF PSYCHOGENIC HYPERPHAGIA

E.I. Getmanchuk

Alimentary behavior refers to the basal, such which have a hedonistic value, as a result gives calming sense and it is an instrument in the improvement of mood due to activating of general links of the central adjusting of reception of meal and mood is a serotonin – and noradrenergic neurotransmitter systems of CNS.

During realization of violations of digestive conduct (psychogenic hyperphagia) there is a redistribution and transformation of internal impulses with a distraction from other patterns of conduct, including internal conduct (mental patterns) with the decline of actuality and emotional meaningfulness of pathological patterns (in the first turn of the anksiozical circles). It is necessary to find out dominant pathological symptomocomplex of psychogenic hyperphagia for forming of conception of psychotherapy and psychoprophylaxis violations of digestive conduct.

Keywords: obesity, eating disorders, obesity, anxiety-depressive disorder, comorbidity, clinical psychopathology

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

В.И. Очколяс

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г.Николаев

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, непсихотические психические расстройства, акцентуации характера, тревога, типы реагирования на заболевание

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2010-2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц нами обследовано 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Из них 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа) у которых были выявлены непсихотические психические расстройства.

Возраст обследованных от 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) лет. При этом больные второй группы были старше, чем первой: соответственно $69 \pm 0,6$ и $65 \pm 0,6$ лет ($t > 4,7$ $p < 0,01$). Перед включением в исследование автором было получено информационное согласие от больных на их участие в обследовании.

82 (68,3%) больных были пенсионного возраста: 39 (65%) случаев в первой и 43 (71,7%) – во второй группе. В первой группе все они проживали в городе, а во второй – только 42 (70%) человека, а 18 (30%) пациентов являлись жителями сельских районов.

Большинство пациентов первой группы имели среднее и среднее специальное образование: 26 (43,3%) и 27 (45%) человек соответственно и 7 (11,7%) больных было с высшим образованием. Во второй группе ($\chi^2 = 6,882$ $p = 0,009$) с высшим образованием было 20 (33,3%) человек, 12 (20%) – имели образование менее 8 классов, среднее специальное – 3 (5%) пациента и остальные 25 (41,7%) среднее образование.

Семейное положение пациентов на период исследования было примерно одинаковым: женатых в первой и второй группах соответственно 37 (61,7%) и 35 (58,3%) человек.

У пациентов первой и второй группы взаимоотношения в семьях характеризовались, как доброжелательные: в 39 (65%) и 46 (76,7%) случаях соответственно, в то время как эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи, наблюдались в 21 (35%) случае в первой группе и в 14 (23,3%) – во второй.

Результаты психодиагностического обследования больных при помощи теста К. Леонгарда-Г. Шмишека показали, что более чем в половине случаев в первой и второй группах 51,7% и 66,7% соответственно диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип (18,3% и 10% соответственно), обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались циклоидный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 1.

снижением актуальности и эмоциональной значимости патологических паттернов (в первую очередь анксиозного круга). Для формирования концепции психотерапии и психопрофилактики нарушений дигестивного поведения необходимо обнаружить доминирующий патологический симптомокомплекс психогенной гиперфагии.

Ключевые слова: переживание, расстройство дигестивного поведения, ожирение, тревожно-депрессивное расстройство, коморбидность, клиническая психопатология

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS PATIENTS OF PSYCHOGENIC HYPERPHAGIA

E.I. Getmanchuk

Alimentary behavior refers to the basal, such which have a hedonistic value, as a result gives calming sense and it is an instrument in the improvement of mood due to activating of general links of the central adjusting of reception of meal and mood is a serotonin – and noradrenergic neurotransmitter systems of CNS.

During realization of violations of digestive conduct (psychogenic hyperphagia) there is a redistribution and transformation of internal impulses with a distraction from other patterns of conduct, including internal conduct (mental patterns) with the decline of actuality and emotional meaningfulness of pathological patterns (in the first turn of the anksiozical circles). It is necessary to find out dominant pathological symptomocomplex of psychogenic hyperphagia for forming of conception of psychotherapy and psychoprophylaxis violations of digestive conduct.

Keywords: obesity, eating disorders, obesity, anxiety-depressive disorder, comorbidity, clinical psychopathology

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

В.И. Очколяс

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г.Николаев

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, непсихотические психические расстройства, акцентуации характера, тревога, типы реагирования на заболевание

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2010-2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц нами обследовано 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Из них 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа) у которых были выявлены непсихотические психические расстройства.

Возраст обследованных от 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) лет. При этом больные второй группы были старше, чем первой: соответственно $69 \pm 0,6$ и $65 \pm 0,6$ лет ($t > 4,7$ $p < 0,01$). Перед включением в исследование автором было получено информационное согласие от больных на их участие в обследовании.

82 (68,3%) больных были пенсионного возраста: 39 (65%) случаев в первой и 43 (71,7%) – во второй группе. В первой группе все они проживали в городе, а во второй – только 42 (70%) человека, а 18 (30%) пациентов являлись жителями сельских районов.

Большинство пациентов первой группы имели среднее и среднее специальное образование: 26 (43,3%) и 27 (45%) человек соответственно и 7 (11,7%) больных было с высшим образованием. Во второй группе ($\chi^2 = 6,882$ $p = 0,009$) с высшим образованием было 20 (33,3%) человек, 12 (20%) – имели образование менее 8 классов, среднее специальное – 3 (5%) пациента и остальные 25 (41,7%) среднее образование.

Семейное положение пациентов на период исследования было примерно одинаковым: женатых в первой и второй группах соответственно 37 (61,7%) и 35 (58,3%) человек.

У пациентов первой и второй группы взаимоотношения в семьях характеризовались, как доброжелательные: в 39 (65%) и 46 (76,7%) случаях соответственно, в то время как эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи, наблюдались в 21 (35%) случае в первой группе и в 14 (23,3%) – во второй.

Результаты психодиагностического обследования больных при помощи теста К. Леонгарда-Г. Шмишека показали, что более чем в половине случаев в первой и второй группах 51,7% и 66,7% соответственно диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип (18,3% и 10% соответственно), обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались циклоидный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы

Метод психологического исследования		I группа		II группа		t>	p<
		M	m	M	m		
САН	Самочувствие	3,9	0,03	3,0	0,09	10	0,0001
	Активность	3,9	0,03	3,0	0,08	11,2	0,0001
	Настроение	3,9	0,03	3,0	0,1	9	0,0001
Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина	Личн. тревожн.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0,0001
	Ситуат. тревожн.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0,0001
Шкала В.Зунга	Депрессия	51,4	0,6	62,3	1,2	8,1	0,0001
IPSS		17,5	0,09	31,1	0,4	33,2	0,0001
QOL		3,8	0,09	5,2	0,1	10,8	0,0001

Как видно из таблицы, опросник САН выявил, что пациенты первой и второй группы оценивали свое состояние как неблагоприятное. Показатели отражали их неудовлетворенность активностью, здоровьем (самочувствием), а также эмоциональным состоянием (настроением). Хотя показатели функционального психоэмоционального состояния пациентов первой и второй группы были примерно на одном уровне, тем не менее они статистически достоверно ($p < 0,0001$) более низкие, чем во второй.

Тест Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л.Ханина показал, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личностной тревожностью: $32,8 \pm 0,9$ балла и $38,7 \pm 0,9$ балла соответственно, хотя различия статистически достоверны. В то же время показатели реактивной тревожности (как состояния), обусловленного переживаниями, связанными с заболеванием ДГПЖ у пациентов первой группы были умеренными ($40,3 \pm 0,6$ балла), а во второй группе ($p < 0,0001$) носили более выраженный характер ($48,5 \pm 0,8$ балла).

Шкала депрессии В.Зунга выявила легкую депрессию в первой группе – $51,4 \pm 0,6$ балла, а у пациентов второй группы степень выраженности депрессии была более высокой ($p < 0,0001$) и характеризовалась наличием субдепрессивного состояния ($62,3 \pm 1,2$ балла).

Средний балл по Международной системе суммарной оценки симптомов и качества жизни больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS) пациентов первой группы составил $17,5 \pm 0,09$ балла, что свидетельствует об умеренно выраженной симптоматике. При этом пациенты первой группы оценивали свое качество жизни, в общем как неудовлетворительное ($3,8 \pm 0,09$ балла). Пациенты же второй группы выявляли у себя более выраженную симптоматику ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) ДГПЖ ($31,1 \pm 0,4$ балла), а качество жизни оценивали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$) как плохое ($5,2 \pm 0,1$ балла).

Результаты корреляционного анализа по ряду параметров: уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самочувствие, активность, настроение с показателями IPSS и QOL представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа психодиагностических показателей больных с ДГПЖ 1 и 2 группы

Корреляционные пары		R	p<
IPSS	QOL	- 0,63	0,000001
IPSS	Депрессия	0,6	0,000001
IPSS	Личностная тревожность	0,34	0,00013
IPSS	Ситуативная тревога	0,52	0,000001
IPSS	Самочувствие	- 0,56	0,000001
IPSS	Настроение	- 0,5	0,000001
QOL	Депрессия	-0,45	0,000001
QOL	Личностная тревожность	-0,32	0,00042
QOL	Ситуативная тревога	-0,5	0,000001
QOL	Самочувствие	0,47	0,000001
QOL	Настроение	0,43	0,000001

Как видно из приведенной выше таблицы, качество жизни пациентов (QOL) находится в обратной корреляционной зависимости от степени выраженности симптомов ДГПЖ. В свою очередь, глубина симптомов ДГПЖ имеет прямую корреляционную зависимость со степенью выраженности депрессии, личностной и ситуативной тревожности, и обратную – с самочувствием и настроением пациентов. Также выявлена обратная корреляционная зависимость качества жизни с депрессией, личностной и ситуативной тревожностью и прямая – с самочувствием и настроением, что свидетельствует об определенной зависимости аффективных расстройств от нарушения качества жизни пациента.

Для оценки личностного реагирования на болезнь применялась методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанная Л.И. Вассерманом с соавтором (1987 – 2005гг.) на основе психологии отношений В.Н. Мясищева.

Результаты изучения особенностей личностного реагирования на заболевание ДГПЖ, полученные при помощи опросника ТОБОЛ, представлены в таблице 3.

Таблица 3
Типы отношения к болезни пациентов с ДГПЖ 1 и 2 группа по результатам теста ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	1 группа	2 группа
Тревожный	12	21
- тревожно- неврастенический	9	11
- тревожно- сенситивный	9	8
- тревожно- паранойяльный	6	2
-тревожно- меланхолический	1	0
- тревожно- ипохондрический	3	0
Эгоцентрический	12	4
Эргопатический	4	4
Анозогностический	1	3
Меланхолический	1	2
Дисфорический	2	0
Апатический	0	2
Паранойяльный	0	3

Как видно из таблицы 3, в подавляющем большинстве случаев (66-70%) у пациентов обеих групп выявлялся тревожный тип реагирования на болезнь. Данное обстоятельство объясняется тем, что психологический профиль больных с ДГПЖ характеризуется высокими показателями личностной и ситуативной тревожности, а также депрессии с фиксацией на заболевании и оценкой своего состояния как неблагоприятного, что в сочетании с высоким удельным весом тревожно-мнительного радикала в преморбидно-личностной структуре обуславливает доминирующий (66,7%) тревожный тип отношения к болезни.

Для пациентов с тревожным типом отношения к болезни характерными были непрерывное беспокойство и мнительность в связи с неблагоприятным течением болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Они старались искать новые способы лечения, получить от врача дополнительную информацию о болезни и методах лечения. Пациенты часто интересовались объективными данными (результаты анализов, заключения специалистов). Их настроение характеризовалось как тревожное. Вследствие тревоги, отмечались угнетенность настроения и психической активности.

В чистом виде тревожный тип реагирования на болезнь выявлен только у 12 (20%) больных первой и 21 (35%) – второй группы. У 9 (15%) пациентов первой и 11 (18,3%) второй группы был диагностирован смешанный тип реагирования на болезнь – тревожно-неврастенический. Тревожно-сенситивный тип выявлен

у 9 (15%) пациентов первой группы, тогда как у пациентов второй группы он отмечался в 8 (13,3 %) случаях. Сочетание тревожного и паранойяльного типов реагирования на болезнь было выявлено у 6 (10%) пациентов первой группы, а у пациентов второй группы данный тип был выявлен только в 2 (3,3%) случаях. Тревожно-меланхолический и тревожно-ипохондрические типы отношения к болезни диагностированы только у пациентов первой группы: тревожно-меланхолический у 1 (1,7%) и тревожно-ипохондрический у 3 (5%) пациентов.

Таким образом, сочетание тревожного типа отношения к болезни с другими типами (неврастеническим, сенситивным, паранойяльным, меланхолическим и ипохондрическим) еще более усугубляло клиническую картину: отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Для некоторых пациентов (при тревожно-неврастеническом типе) характерными были вспышки раздражения, особенно при неприятных ощущениях, неудачах лечения, хотя в последующем они критически относились к своим такого рода поступкам и необдуманным словам. Сочетание тревожного и сенситивного типов характеризовалось у пациентов чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом их колебания настроения были связаны чаще с межличностными контактами.

Пациенты с эгоцентрическим (истероидным) типом отношения к заболеванию искали выгоду в связи с болезнью. Это проявлялось в том, что они демонстрировали всем окружающим, не только близким им людям, свои страдания и переживания. При этом основной целью данного поведения являлось желание вызвать сочувствие, завладеть их вниманием. Они требовали заботы о себе, не считаясь с проблемами других.

При эргопатическом типе отношения к болезни пациенты отмечали, что их желание заниматься работой в период заболевания ДГПЖ было выражено еще в большей степени, чем до болезни. Поэтому они проявляли избирательное отношение к обследованию и лечению.

Основной характеристикой анозогностического типа отношения к болезни являлось активное «отбрасывание» мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Такие пациенты, даже несмотря на тяжесть заболевания, демонстрировали желание продолжать получать от жизни все, что и ранее.

При меланхолическом типе отношения к болезни они проявляли довольно пессимистический взгляд на окружающее, то есть высказывали неверие в

выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, сомневались в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

При дисфорическом типе отношения к болезни у пациентов отмечалась некоторая озлобленность, они имели недовольный вид, требовали к себе особого внимания, проявляли подозрительность к процедурам и лечению, а также непосредственно к данному исследованию.

Апатический и параноидальный типы отношения к болезни были выявлены только у пациентов второй группы. Так, апатическое отношение к болезни проявлялось безразличием к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Они пассивно подчинялись лечению, чаще при настойчивом побуждении со стороны родственников. В поведении, деятельности и межличностных отношениях проявляли вялость и апатию. Некоторая подозрительность и настороженность к разговорам о себе, лекарствам и процедурам отмечалась у пациентов с паранойальным типом отношения к болезни.

Таким образом, в результате исследования установлено, что психологический профиль больных с ДГПЖ характеризуется высокими показателями личностной и ситуативной тревожности, а также депрессии с фиксацией на заболевании и оценкой своего состояния как неблагоприятного, что в сочетании с высоким удельным весом тревожно-мнительного радикала в преморбидно-личностной структуре обуславливает доминирующий тревожный тип отношения к болезни. В формировании личностных реакций на ДГПЖ существенную роль играют преморбидно-личностные особенности пациентов, обуславливающие основные симптомы реагирования, что важно

учитывать при разработке комплексного и дифференцированного подхода к оказанию психотерапевтической помощи.

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Лечащий врач*. – 2007. – № 4. – С. 70-73.
2. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2003. – 24 с.
3. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2001. – 25 с.
4. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2001. – Т. 101, № 12. – С. 29-31.
5. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2002. № 1. С. 77-80.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879 с
7. Луценко А. Г. Комплексное лечение при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Медицинська психологія*, 2009, № 2–3. – С. 156-159.
8. Перепанова Т.С., Максимов В.А., Давыдова Е.Н., Хазан П.Л. Стратегия при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // *Русский медицинский журнал*. – 2004. – № 24: Клинич. рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Хирургия. Урология. – С. 1458-1461.
9. Сивков А.В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Доброкачественная гиперплазия предстательной железы* / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 67-83.
10. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // *Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)*, Paris, July 2-5, 1997. – Atlanta, Ga, 1998. – P. 25.

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО РЕАГУВАННЯ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ЗАХВОРЮВАННЯ

В.І. Очкаляс

У статті викладено результати дослідження вкрай важливу проблему є особливості акцентуації характеру, тривоги і особистісного реагування хворих на доброякісну гіперплазію представницької залози на захворювання.

Встановлено, що психологічний профіль хворих ДГПЖ характеризується високими показниками особистісної та ситуативної тривожності, а також депресії з фіксацією на захворюванні і оцінкою свого стану як несприятливого, що в поєднанні з високою питою вагою тривожно-недовірливого радикала в преморбідно-особистісній структурі обумовлює домінуючий тривожний тип ставлення до хвороби. Обговорюються підходи до надання психотерапевтичної допомоги.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, неспсихотичні психічні розлади, акцентуації характеру, тривога, типи реагування на захворювання

FEATURES OF PERSONAL RESPONSE PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PROSTATE CANCER IN DISEASE

V.I. Ochkoalas

The article presents the results of the study is extremely important problem is especially character accentuations, anxiety and personal responses in patients with benign prostatic hyperplasia disease.

Found that the psychological profile of patients with BPH is characterized by high levels of personal and situational anxiety, and depression with the fixation on the disease and evaluation of its status as a negative, which in combination with a high proportion of anxiety and mistrust in the radical-premorbidity personality structure determines the dominant type of disturbing the relationship to the disease. Approaches to the provision of psychological care are considered.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, nonpsychotic mental disorders character accentuation, anxiety, types of response to disease

УДК 616.616.89.004.12:616-022.36

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилюк, Л.В. Стукан

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, психопатологічні синдроми, психогенний чинник, органічне ураження ЦНС, антиретровірусна терапія

Розуміння проблеми ВІЛ-інфекції та знання її взаємодії з різними сторонами соціально-психологічного життя людини у наш час є невід'ємною складовою загальної освіченості лікаря. Незважаючи на сучасні досягнення у лікуванні ВІЛ/СНІДу [20], кількість інфікованих в нашій країні продовжує збільшуватись. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України станом на 01.01.2012 р. під диспансерним наглядом в закладах охорони здоров'я України перебуває 120148 ВІЛ-інфікованих осіб (263,4 на 100000 населення), з них 18759 осіб з діагнозом СНІД (41,1 на 100000 населення). За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІДом, померло 24626 наших співвітчизників [5;11].

Встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція є важким стресовим фактором, що може призводити до значних психологічних та соціальних ускладнень в житті людини. ВІЛ-інфекція, крім прямої нейротропної дії та соматогенного впливу на психічне здоров'я, виступає як важкий психогенний фактор [1;3;8]. Опрацювання та прийняття важкого факту ВІЛ-інфікування й пов'язаних з цим медичних, професійних, соціальних труднощів ускладнюється стигматизацією діагнозу, явищами дискримінації таких пацієнтів, частою відсутністю підтримки з боку близьких людей, а також певними особистісними характеристиками та психопатологічними розладами.

Розлади психіки, що зустрічаються серед категорії ВІЛ-інфікованих пацієнтів вельми різноманітні, й можуть бути пов'язані з дією стресових факторів, органічним ураженням ЦНС, або навпаки, являтися фактором, що підвищив ризик інфікування ВІЛ [1;4;22]. Так відомо, що на ранніх етапах розповсюдження ВІЛ-інфекції, найбільше постраждалих було серед споживачів ін'єкційних наркотиків, людей що вели асоціальний спосіб життя тощо. Відповідно такі категорії частіше мають залежний, нарцистичний, межовий та інші розлади особистості, або інше психічне захворювання.

На формування психічних розладів пацієнтів з ВІЛ-інфекцією достовірно впливають соціально-психологічні, преморбідні й соматогенні чинники, взаємодія яких і визначає ведучий психопатологічний синдром [2].

Метою нашого огляду літературних джерел було сформулювати більш чітке уявлення про клініко-психопатологічну структуру психічних порушень, на які страждає дана категорія пацієнтів.

Об'ємне дослідження, що мало вибірку понад 1100 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, було проведено в Північній Кароліні (США). Воно показало значну розповсюдженість депресивних, тривожних та інших психічних розладів серед даної групи. Виявилось, що 41% пацієнтам був виставлений щонайменше один діагноз психічного розладу за критеріями DSM-IV (депресивні або тривожні розлади), та у 1/5 частини з них спостерігалися інші психічні порушення за той самий період часу [17;23].

В існуючих публікаціях представлено опис широкого спектру психічних розладів - від реакцій невротичного рівня до виражених інтелектуально-мнестичних порушень внаслідок органічного ураження головного мозку. За даними зарубіжних авторів, розлади настрою у даної категорії пацієнтів спостерігаються приблизно в 4 рази частіше, ніж у населенні в цілому, а психічні відхилення, пов'язані з вживанням алкоголю і наркотиків, - в 2,5-7,5 рази частіше [10;18].

За даними А.Т. Бешимова, у 52,8% ВІЛ-інфікованих пацієнтів виявляються клінічно окреслені прояви психічних розладів пограничного рівня, їх структура представлена наступними психопатологічними синдромами в рамках адаптаційних реакцій і органічних обумовлених психічних розладів: депресивно-фобічний - у 34,8 %, з поліморфною симптоматикою - у 22,7%, тривожно-фобічний - у 19,7%, депресивний - у 15,2% і тривожно-депресивний у - 7,6% випадків [2].

Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих пацієнтів формуються достовірно частіше у осіб жіночої статі, які виховувалися в умовах "гіперопіки", в сім'ях з частими конфліктами, та перенесли психічні травми. Серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів з психічними розладами переважають безробітні особи, які мають часті конфліктні ситуації в родині, відчувають матеріальну скруту та житлово-побутові труднощі [2].

Найчастішим клінічно значущим психічним розладом ВІЛ-інфікованих виявилася депресія, яка спостерігається, за даними різних авторів, у 15% - 40% пацієнтів [9;12;23].

Потрібно зазначити, що важкість депресивних розладів у ВІЛ-позитивних пацієнтів далеко не завжди залежить від важкості соматичного стану. Значну частку складають депресії, що є психогенною реакцією на факт інфікування, та виникають на певному преморбідному ґрунті під впливом соціальних факторів.

Розвиток депресії у ВІЛ-інфікованих може мати витоки від ускладненої реакції горя, яка сама по собі є нормальною реакцією на пережиту людиною втрату

(в даному випадку втрату здоров'я). Тому до діагностики власне депресивного розладу потрібно підходити дуже ретельно, враховуючі всі необхідні критерії [6;17;18]. Фактором, що може відстрочити отримання необхідної допомоги такими пацієнтами, є так зване явище «нормалізації депресії» у важко хворих. Його можна пояснити тим, що знижений настрій у даному випадку є психологічно зрозумілим [26].

Для депресивного синдрому у невиліковних пацієнтів характерні:

- пригнічений настрій;
- ангедонія;
- плаксивість;
- замкнутість;
- відсутність думок про майбутнє;
- відчуття безнадії, безпомічності, власної нікчемності;

- почуття власної провини;
- стійкі думки про самогубство [12;26].

Важкий соматичний стан сприймається як кара за минулий спосіб життя, символізує відчуття екзистенційної поразки, беззмістовності та власної нікчемності. Важке відчуття провини, що виникає, може посилюватись у випадку наявності реальних фактів інфікування іншої людини, заподіяння шкоди близьким тощо. Ізолюваний спосіб життя та відсутність сімейної підтримки також негативно впливають на перебіг депресії [18].

Крім того депресивні розлади в свою чергу ускладнюють перебіг соматичного захворювання (внаслідок адренкортикальної активності, порушення архітектури сну та додаткового пригнічення імунної функції), больові симптоми, як правило, виражені більш значно [26]. Пацієнт виявляє надмірну зосередженість на соматичному стані, що може парадоксально співіснувати з пропущами у прийомі антиретровірусної терапії [21].

За даними Adam W. Carrico та Michael H. Antoni, депресивні симптоми пов'язані з швидким прогресуванням ВІЛ-інфекції. Підвищена активність автономної нервової системи до початку ВААРТ передбачає повільніше відновлення імунітету [13;19]. З іншого боку, позитивні психологічні стани сприяють повільному прогресуванню ВІЛ та кращій відповіді на антиретровірусну терапію. Заходи, спрямовані на поліпшення психологічної регуляції модулюють фізіологічний стан та уповільнюють прогресування ВІЛ-інфекції [13;19]. Психологічна робота з важкими втратами допомагає ВІЛ-інфікованим особам справлятися з горем і стражданням, пов'язаними зі смертю близької людини від СНІДу. Дослідження такого втручання показало скорочення періоду горя, збільшення кількості CD4-клітин і зниження вірусного навантаження ВІЛ, зменшення частоти відвідування закладів охорони здоров'я серед таких осіб [13].

Ризик самогубства ВІЛ-інфікованих, в порівнянні із населенням в цілому, вище у 7-36 разів. За даними С. Табризіан та О. Міттермейер, до 15-20% пацієнтів з повторними депресивними нападами здійснюють самогубство [9].

Тривожні розлади спостерігаються на різних клінічних стадіях ВІЛ-інфекції та найбільш вірогідно проявляються у ключових точках прогресування захворювання. Дані про поширеність їх в межах даної групи коливаються від 5 до 40% [9, 15, 18]. У більшості ВІЛ-інфікованих пацієнтів тривога є виявом нормальної психологічної реакції на стрес, та компенсується в прийнятні терміни з допомогою особистісних ресурсів та захисних механізмів. Проте у деяких випадках занадто стійкі й потужні прояви тривоги суттєво знижують самопочуття та функціональні можливості таких хворих. Вірогідність виникнення проявів тривоги, що досягають критеріїв того чи іншого тривожного розладу за класифікаціями МКБ-10 або DSM-IV, збільшується при наявності таких факторів як: психічні розлади в минулому, залежність від психоактивних речовин, опортуністичні хвороби, зміна зовнішнього вигляду та когнітивного функціонування, побічні дії ліків тощо [15]. Крім того, наявність тривожного, як і депресивного, розладу доведено сприяє більш швидкому пригніченню імунного статусу, зокрема зниженню кількості та якості CD-4 клітин. Такі закономірності запускають патологічне коло взаємодій між соматичною та психічною сферами [13;15;19].

Серед невротичних розладів у ВІЛ-інфікованих описані також обсессивно-компульсивні розлади. Вони виникають або як реакція на хворобу, або на тлі депресії. Відзначаються багатогодинні обстеження свого тіла в пошуках специфічної висипки або підозрілих плям, постійні думки про смерть, процес вмирання, нав'язливі спогади про сексуальних партнерів, від яких могло відбутися зараження. Нав'язливі побоювання стосуються і можливості випадкового зараження родичів побутовим шляхом [24].

Описано, що реакцією на звістку про факт інфікування ВІЛ більш ніж у половині випадків (52,6%) є розлади адаптації, які переважно реєструються протягом трьох місяців після оголошення діагнозу і свідчать про підвищену ймовірність виникнення у майбутньому більш пролонгованих тривожних, депресивних та інших психічних порушень [3;6;16].

В структурі нозогенних реакцій (реакцій адаптації) провідними є депресивні і фобічні розлади, вираженість яких залежить як від активності інфекційного процесу, так і від тривалості ВІЛ-інфікування [2].

Клінічно розлади адаптації виявляються зниженим настроєм, тривогою, занепокоєнням, почуттям нездатності впоратися із ситуацією, пристосуватися до неї, в ряді випадків це супроводжується ретельною реєстрацією найменших ознак тілесного неблагополуччя та пошуками засобів їх лікування, переважно нетрадиційних [3].

Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів реєструються також соматоформні й іпохондричні розлади (15,8% і 15,8% відповідно, від всіх виявлених невротичних розладів). Перші перебігають у вигляді соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи різних органів і систем. У пацієнтів відзначаються об'єктивні ознаки

вегетативного збудження (серцебиття, гіпергідроз, еритеми, тремор) і численні скарги на болі, які важко локалізувати. Іпохондричні розлади характеризуються надмірною стурбованістю своїм станом здоров'я, пошуками ознак погіршення самопочуття, вимогами додаткових методів дослідження, прискіпливістю до призначених медикаментів [3;18].

Як зазначає О.Д. Бородкина, 27,8% ВІЛ-позитивних пацієнтів мають різні розлади особистості, акцентуовані особистості складають 10,5%. Ці пацієнти є психологічно вразливими, з високим рівнем особистісної тривожності, з дисгармонійним складом характеру, емоційно нестійкими. Для них характерна наявність таких якостей як імпульсивність, підозрілість, егоцентричність, в поєднанні з тривогою, ранимістю, вразливістю, напруженістю, низькою толерантністю до фрустрації. Майже половина всієї особистісної патології у хворих з ВІЛ-інфекцією приходить на істеричні розлади (45,0%). Висока питома вага також осіб з дисоціальним (20,0%) та емоційно - нестійким (17,5%) розладами особистості [3].

Дослідження показують, що від 20 до 73 % хворих на ВІЛ/СНІД мають розлади, пов'язані із залежністю від психоактивних речовин. Фактично, передача інфекції через ін'єкційні наркотики в даний час налічує 5% від загальної кількості інфікованих в світі. Для деяких з них, механізм розладів, пов'язаних з вживанням ін'єкційних психоактивних речовин, алкоголю, таких як погіршена здатність до осмислення чи імпульсивність, призводить до ВІЛ-інфекції. Для інших, залежність від психоактивних речовин - це спосіб опанувати тривогу, пов'язану з ВІЛ-позитивним діагнозом [18].

Предикторами розвитку адиктивного процесу, за даними О.Д. Бородкиної є дисфункційна структура батьківської сім'ї, негармонійний тип виховання, зловживання батьками алкоголем. ВІЛ-інфіковані хворі в більшій мірі зазнавали в дитинстві фізичного насильства, девіантна поведінка у них мала більш протиправний характер, були виражені аутодеструктивні патерни [3].

У дослідженні Н.Г.Незнанова та Н.Б.Халезової виявилось, що більшість (63%) ВІЛ-інфікованих були опіатними або ефедроновими наркоманами, або мали в анамнезі досвід вживання опіоїдів або ефедрону. Наркоманії достовірно частіше відзначені у віці до 30 років. Частота синдрому залежності від алкоголю склала сумарно 3,8% і з віком поступово підвищувалася [10].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом частка пацієнтів, що вживають ін'єкційні наркотики в сьогоденні або мають наркотичний анамнез серед загального числа ВІЛ інфікованих Україні становить 35,8% (2009р.) серед нових виявлених випадків ВІЛ-інфекції. Це число менше подібних даних за минулі роки. Для порівняння, в 1997 воно становило 83,6%. Така тенденція пов'язана з поступовим виходом епідемії ВІЛ за межі концентрованих ризикованих груп, і переважанням в теперішньому часі статевого шляху передачі ВІЛ. Однак, серед пацієнтів, з

якими щодня працюють фахівці СНІД-центрів, частина залежних пацієнтів складає більше 50%. Пояснюється це більш ранніми термінами зараження, настанням потреби в лікуванні опортуністичних інфекцій, ретельному обстеженні та призначенні АРТ-терапії.

При прогресуванні захворювання приблизно у 33-40% хворих розвивається органічне ураження головного мозку [3;18], яке проявляється зниженням пам'яті, труднощами зосередження, апатією, явищами фізичної та психічної астенії. У хворих звужується коло спілкування, з'являється постійна сонливість, прогресуючі головні болі. Ці прояви психоорганічного синдрому з'являються часто задовго до розвитку маніфестних ознак ВІЛ-інфекції. Уже на доманіфестних етапах захворювання зустрічаються афазія, когнітивні порушення, інтелектуальне зниження. На початку захворювання вони мало виражені і можуть бути виявлені тільки нейропсихологічними тестами в динаміці. На віддалених етапах захворювання розвивається деменція, можливі деліріозні психози [3;10;12].

Щодо психотичного рівня психічних порушень у ВІЛ-інфікованих, описані випадки шизофреноподібних, гострих параноїдних і депресивних психозів, стійкі гіпоманіакальні і маніакальні стани, деліріозні порушення. Подібні психотичні стани можуть тривати роками і безпосередньо передують ознаками органічного ураження головного мозку, характерного для ВІЛ [4;14;18;25].

Приблизно 8% пацієнтів з ВІЛ / СНІДом, що мають знижений імунітет і не мали у минулому особистої або сімейної історії біполярних порушень, страждають від манії, яка може розвинутиися через органічні чинники ВІЛ (ураження ЦНС, медикаменти, деменція, і т.п.). Пацієнти також можуть відчувати чергування періодів манії і депресії, стан відомий як біполярний розлад. Для ВІЛ-інфікованих, відхід від реальності, або психоз, може також бути результатом погіршення функціонування ЦНС, і спостерігатися в останніх стадіях СНІДу у 2-15% пацієнтів. Симптоми психозу, що спостерігаються у таких пацієнтів включають в себе дивну поведінку, ілюзії, слухові і візуальні галюцинації [18].

Частота вияву шизофренії серед ВІЛ-інфікованих приблизно вдвічі більша за показники поширеності цієї патології в загальному населенні - 1,8% проти 0,8-1% [10]. Якщо врахувати той факт, більшість ВІЛ-інфікованих хворих на шизофренію в силу негативних розладів не відвідують лікарів, цей контингент потребує особливо ретельного спостереження.

Як і більшість інших розладів психічного здоров'я, супутніх ВІЛ, психотичні порушення можуть передувати ВІЛ та виступати фактором ризику для інфікування [14;18;25]. Як повідомляється, особи з серйозними психічними захворюваннями мають високий ризик інфікування ВІЛ. Поширеність ВІЛ серед таких осіб коливається від 3% до 23%. Попередні дослідження показали більшу поширеність ВІЛ серед осіб з афективними розладами та шизофренією у порівнянні з

особами без психічних розладів. Для таких осіб може бути особливо складно притримуватись режимів лікування при ВІЛ-інфекції [14, 22, 25].

Для сталого пригнічення ВІЛ необхідно дотримуватись схеми високоактивної антиретровірусної терапії [7]. Крім того, прихильність до лікування менш ніж на 95% асоціюється з формуванням вірусної резистентності. Сстійкі до ліків віруси можуть передаватися іншим людям, обмежуючи, таким чином, наявні у них варіанти лікування. Отримані переконливі дані про те, що дотримання високоактивної антиретровірусної терапії знижується при депресії, когнітивних порушеннях, порушеннях, викликаних алкоголізмом і токсикоманією. Психічні порушення, в тому числі порушення, викликані токсикоманією, є факторами ризику, що сприяють зараженню ВІЛ, і присутність ВІЛ / СНІДу підвищує ризик розвитку психічних розладів, що ускладнює звернення за медичною допомогою, постановку діагнозу, веде до зниження якості наданої медичної допомоги, лікування і його результатів, а також дотримання схеми лікування [4;8;21].

Відповідно діагностика та можливість прогнозування тих чи інших психічних розладів у пацієнтів з ВІЛ є важливими елементами у структурі медичної, психологічної та соціальної допомоги таким хворим.

Висновки

1. Як можна побачити з нашого огляду відсоткове співвідношення різних типів психічних розладів у ВІЛ-інфікованих коливається у вельми широких межах в роботах різних авторів. Таку різницю частково можна пояснити часовими відмінностями у розповсюдженні ВІЛ в різних країнах, а відповідно, різною кількістю пацієнтів на ранніх та більш пізніх стадіях інфекції, різним темпом виходу ВІЛ за межі маргінальних соціальних груп тощо. Проте для формування більш чіткого уявлення про клініко-психопатологічну структуру психічних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів необхідні подальші дослідження.

2. Соціальна стигматизація ВІЛ-інфікованих пацієнтів призводить до зниження кількості звернень за необхідною допомогою, в тому числі психологічною. Тому особливу увагу слід звертати на організацію та роботу мультипрофесійних команд в складі лікарів-інфекціоністів, лікарів соматичного профілю, лікарів-психологів та соціальних працівників із залученням психіатрів, психотерапевтів та наркологів. Структурування такої багатоцентрової допомоги та налагодження зв'язків між професіоналами різних галузей буде сприяти зниженню додаткової психологічної травматизації ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою та подоланню надмірних страхів перед зіткненням з реальною ситуацією свого захворювання.

3. Незважаючи на те, що інфікування ВІЛ продовжує лишатися важким стресовим фактором, підвищення освіченості населення з питань ВІЛ-інфекції та сучасних методів її лікування буде сприяти зменшенню виявів психогенних розладів та кращій адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів у соціумі.

Література:

1. Беляева В. В. Консультирование по вопросам приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ - инфекции. Методический материал. М. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом Роспотребнадзора РФ. 2006. 42с.
2. Бешимов А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов. автореф. дис. канд. мед. наук / Казань. 2006. - 48с.
3. Бородинкина, О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: автореф. дис. канд. мед. наук / Томск, 2005. - 23 с.
4. ВИЧ/СПИД и психическое здоровье. Доклад Секретариата Всемирной организации здравоохранения, исполнительный комитет EB124/6, 124 сессия 20.11. 2008.
5. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №36 (липень 2011р.) МОЗ України.
6. Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10, Нуллер Ю.Л., «Сфера». 2005 г. 308с.
7. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 12.07.2010. №551.
8. Консультирование при ВИЧ-инфекции: пособие для врачей различных специальностей / В.В. Беляева, В.В. Покровский, А.В. Кравченко. М., 2003. -77 с.
9. Лечение ВИЧ-инфекции. Под редакцией К. Хоффмана, Ю. К. Рокстро, Б. С. Кампса. М. 2005.565с.
10. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. - Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных Санкт-Петербурга. Психические расстройства в общей медицине под ред.. А.Б. Смулевича. Том 02/Н 2/2007
11. Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за грудень 2011 року. ДУ «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України», 31.01.2012 р.
12. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. М.: Мед. информ. агентство, 2003. - 432 с.
13. Adam W. Carrico, Ph.D. and Michael H. Antoni, Ph.D. - The Effects of Psychological Interventions on Neuroendocrine Hormone Regulation and Immune Status in HIV-Positive Persons: A Review of Randomized Controlled Trials Psychosom Med. – USA - 2008 June ; 70(5): 575–584
14. Allen M. Fremont, M.D., Ph.D. Alexander S. Young, M.D., M.S.H.S. Matthew Chinman, Ph.D. Philip Pantaja, M.A. Sally Morton, Ph.D. Paul Koegel, Ph.D. Greer Sullivan, M.D., M.S.P.H. David Kanouse, Ph.D. - Differences in HIV Care Between Patients With and Without Severe Mental Illness - Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association – USA - May 2007 Vol. 58 No. 5 – p. 681-689
15. Andrew C. Blalock, Ph.D. , Sanjay M. Sharma, M.D., M.B.A. and J. Stephen McDaniel, M.D. - Anxiety disorders and HIV disease – Psychotherapy - HIV and Psychiatry - A Training and Resource Manual Second Edition - Edited by Kenneth Citron, M.D. Marie-Josere Brouillette, M.D. Alexandra Beckett, M.D. - Cambridge University Press 2005, p. 120 – 127
16. Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M.A., Graham, J., & Giordano, T.P. (2011). Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: Results from the Steps Study. AIDS & Behavior, 15(6), 1161-1170.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), published by the American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
18. HIV/AIDS and mental health, by Baingana F, Thomas R and Comblan C, World Bank HNP Discussion Paper, 2005.
19. Jane Leserman, Ph.D., Brian Wells Pence, Ph.D., M.P.H., Kathryn Whetten, Ph.D., M.P.H., Michael J. Mugavero, M.D., M.H.Sc. Nathan M. Thielman, M.D., M.P.H. Marvin S. Swartz, M.D. Dalene Stangl, Ph.D. - Relation of Lifetime Trauma and Depressive Symptoms to Mortality in HIV – USA – Am. J. Psychiatry 164:11, November 2007: 1707–1713.
20. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. Mills

E.J. Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybul M, Hogg RS. Source \University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. *Ann Intern Med.* 2011 Aug 16;155(4):209-16. Epub 2011 Jul 18.

21. Mallory O. Johnson, Ph.D., Edwin Charlebois, Ph.D., Stephen F. Morin, Ph.D., Robert H. Remien, Ph.D., Margaret A. Chesney, Ph.D., and The NIMH Healthy Living Project - Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: The Healthy Living Project randomized controlled study - USA - *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 December 15; 46(5): 574-580.

22. Milton L. Wainberg, Karen McKinnon, Katherine S. Elkington, Paulo E. Mattos, Claudio Gruber Mann, Diana de Souza Pinto, Laura Otto-Salaj, Francine Cournois - HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. USA - *World Psychiatry* - vol.7 - №3 - October 2008 - p. 166 - 171.

23. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J.J., Gaynes B.N.

Mental Disorders Common Among HIV-Infected Patients. The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2006;42:298-306.

24. Semple, S.J., Strathdee, S.A., Zians, J., McQuaid, J., & Patterson, T.L. Correlates of obsessive-compulsive disorder in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS & Behavior*, 15(6), 2011. 1153-1160.

25. Seth Himelhoch, John F. McCarthy, Dara Ganoczy, Deborah Medoff, Ph.D., Lisa B. Dixon, Frederic C. Blow. - Understanding Associations Between Serious Mental Illness and HIV Among Patients in the VA Health System - Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association - USA - September 2007 Vol. 58 No. 9 - p. 1165 - 1172

26. Sidney Zisook, Katherine Shear - Grief and bereavement: what psychiatrists need to know -USA - *World Psychiatry* - vol.2 - June 2009 - p. 67 - 72.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилюк, Л.В. Стукан

В статье описаны клинико-психопатологические особенности пациентов, инфицированных ВИЧ, дан обзор современных данных о распределении пограничных, психотических и связанных с органическим генезом психических расстройств. Показана необходимость всестороннего изучения психического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов для обеспечения их необходимой

медико-психологической и социальной поддержкой.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психопатологические синдромы, психогенный фактор, органическое поражение ЦНС, антиретровирусная терапия

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS

N.G. Pshuk, N.P. Kirilyuk, L.V. Stukan

This article describes the psychopathological features of patients infected with HIV; the review of recent data on the distribution of non-psychotic, psychotic and associated with organic diseases of the CNS disorders in these patients was done. The need for a comprehensive study of the mental state of HIV-infected patients has been shown to provide them the necessary medical, psychological and social support.

Keywords: HIV, psychiatric syndromes, psychogenic factors, organic CNS disease, antiretroviral therapy

УДК616.89-008.44/.47-053.81/.85:616.1/.4

Г.М. Кожина, В.І. Коростій, В.Б. Михайлов, О.Л. ТОВАЖНЯНСЬКА, І.А. ГРИГОРОВА КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: когнітивні розлади, соматичні захворювання, працездатний вік

Важливою проблемою сучасної науки є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості хворих з органічними та симптоматичними психічними розладами, які виникають на тлі цереброваскулярної, серцево-судинної та ендокринної патології відмічаються когнітивні порушення різного ступеню [1; 4; 8; 9; 11; 13].

Когнітивні порушення при соматичних розладах знаходяться у тісному взаємозв'язку зі станом емоційної сфери. Багато дослідників відзначають «невротизацію» хворих із цереброваскулярними, серцево-судинними та ендокринними захворюваннями, формування у них непсихотичних психічних розладів на тлі когнітивних порушень [2; 7; 16; 18]. Поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає серед цих хворих 70 - 100% [2; 6; 7]. Розлади психічної діяльності та негативні психо-

логічні фактори утруднюють перебіг захворювання, відновлювано-реабілітаційні процеси, є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів у понад 50% випадків [5; 13; 14; 16; 17]. Численні дослідження показали, що більш ніж 50% випадків помірних когнітивних порушень переходять в той чи інший варіант деменції [4; 9; 10; 12; 15; 17]. Актуальною ця проблема є і на Україні [2; 7; 9]. Проте в літературі більшість досліджень когнітивних розладів проведені у осіб, старших 60 років і практично немає робіт, присвячених вивченню когнітивних розладів у осіб працездатного віку [3; 10; 12; 14; 18].

Метою дослідження було вивчення клінічної структури та особливостей синдромогенезу когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення зазначеної мети проведено поглиблене клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне, психодіагностичне,

E.J. Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybul M, Hogg RS. Source \University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. *Ann Intern Med.* 2011 Aug 16;155(4):209-16. Epub 2011 Jul 18.

21. Mallory O. Johnson, Ph.D., Edwin Charlebois, Ph.D., Stephen F. Morin, Ph.D., Robert H. Remien, Ph.D., Margaret A. Chesney, Ph.D., and The NIMH Healthy Living Project - Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: The Healthy Living Project randomized controlled study - USA - *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 December 15; 46(5): 574-580.

22. Milton L. Wainberg, Karen McKinnon, Katherine S. Elkington, Paulo E. Mattos, Claudio Gruber Mann, Diana de Souza Pinto, Laura Otto-Salaj, Francine Cournois - HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. USA - *World Psychiatry* - vol.7 - №3 - October 2008 - p. 166 - 171.

23. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J.J., Gaynes B.N.

Mental Disorders Common Among HIV-Infected Patients. The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2006;42:298-306.

24. Semple, S.J., Strathdee, S.A., Zians, J., McQuaid, J., & Patterson, T.L. Correlates of obsessive-compulsive disorder in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS & Behavior*, 15(6), 2011. 1153-1160.

25. Seth Himelhoch, John F. McCarthy, Dara Ganoczy, Deborah Medoff, Ph.D., Lisa B. Dixon, Frederic C. Blow. - Understanding Associations Between Serious Mental Illness and HIV Among Patients in the VA Health System - Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association - USA - September 2007 Vol. 58 No. 9 - p. 1165 - 1172

26. Sidney Zisook, Katherine Shear - Grief and bereavement: what psychiatrists need to know -USA - *World Psychiatry* - vol.2 - June 2009 - p. 67 - 72.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилюк, Л.В. Стукан

В статье описаны клинико-психопатологические особенности пациентов, инфицированных ВИЧ, дан обзор современных данных о распределении пограничных, психотических и связанных с органическим генезом психических расстройств. Показана необходимость всестороннего изучения психического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов для обеспечения их необходимой

медико-психологической и социальной поддержкой.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психопатологические синдромы, психогенный фактор, органическое поражение ЦНС, антиретровирусная терапия

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS

N.G. Pshuk, N.P. Kirilyuk, L.V. Stukan

This article describes the psychopathological features of patients infected with HIV; the review of recent data on the distribution of non-psychotic, psychotic and associated with organic diseases of the CNS disorders in these patients was done. The need for a comprehensive study of the mental state of HIV-infected patients has been shown to provide them the necessary medical, psychological and social support.

Keywords: HIV, psychiatric syndromes, psychogenic factors, organic CNS disease, antiretroviral therapy

УДК616.89-008.44/.47-053.81/.85:616.1/.4

Г.М. Кожина, В.І. Коростій, В.Б. Михайлов, О.Л. ТОВАЖНЯНСЬКА, І.А. ГРИГОРОВА КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: когнітивні розлади, соматичні захворювання, працездатний вік

Важливою проблемою сучасної науки є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості хворих з органічними та симптоматичними психічними розладами, які виникають на тлі цереброваскулярної, серцево-судинної та ендокринної патології відмічаються когнітивні порушення різного ступеню [1; 4; 8; 9; 11; 13].

Когнітивні порушення при соматичних розладах знаходяться у тісному взаємозв'язку зі станом емоційної сфери. Багато дослідників відзначають «невротизацію» хворих із цереброваскулярними, серцево-судинними та ендокринними захворюваннями, формування у них непсихотичних психічних розладів на тлі когнітивних порушень [2; 7; 16; 18]. Поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає серед цих хворих 70 - 100% [2; 6; 7]. Розлади психічної діяльності та негативні психо-

логічні фактори утруднюють перебіг захворювання, відновлювано-реабілітаційні процеси, є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів у понад 50% випадків [5; 13; 14; 16; 17]. Численні дослідження показали, що більш ніж 50% випадків помірних когнітивних порушень переходять в той чи інший варіант деменції [4; 9; 10; 12; 15; 17]. Актуальною ця проблема є і на Україні [2; 7; 9]. Проте в літературі більшість досліджень когнітивних розладів проведені у осіб, старших 60 років і практично немає робіт, присвячених вивченню когнітивних розладів у осіб працездатного віку [3; 10; 12; 14; 18].

Метою дослідження було вивчення клінічної структури та особливостей синдромогенезу когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення зазначеної мети проведено поглиблене клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне, психодіагностичне,

нейропсихологічне дослідження 60 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок церебро-васкулярних та серцево-судинних захворювань (30 хворих, які перенесли інфаркт міокарду, та 30 хворих, які перенесли ішемічний мозковий інсульт) та 344 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок ендокринних захворювань (63 хворих з цукровим діабетом другого типу та 281 хворий з первинним гіпотиреозом), віком від 36 до 59 років.

Використовувалися коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE), Адденбрукська шкала оцінки пізнавальних здібностей, реєстрація когнітивних визваних потенціалів головного мозку P_{300} .

Реєстрація ендогенних (когнітивних) визваних потенціалів головного мозку P_{300} здійснювалася за допомогою комп'ютерного міографа «Нейро-МВП» фірми «Нейрософт».

Статистична обробка даних проводилася відповідно правил обробки медико-біологічної інформації після створення комп'ютерної бази даних у програмі Microsoft® Excel та за допомогою пакету комп'ютерних програм „STATISTICA 7.0” for Windows (Stat Soft Inc., USA). Дані наведено як $M \pm m$, де M – середнє значення, m – стандартна похибка середнього значення.

Результати дослідження. Оцінка клінічної картини психічних порушень при соматичних розладах проводилася з позицій системного підходу, з урахуванням всього комплексу біопсихосоціальних факторів, які впливають на стан пацієнта.

Аналіз психопатологічної симптоматології в осіб, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ) і ішемічний мозковий інсульт (МІ), дозволив нам виділити провідні психопатологічні синдроми, особливості їх клінічної структури і динаміки. У гострому періоді мозкового інсульту у всіх хворих первинним було порушення рівня свідомості (переважно поверхневих форм - сомноленції, обнуління, оглушення). Після виходу з синдрому порушеного свідомості у пацієнтів базисними були: синдром когнітивних порушень (83,3%), астеничний, больовий синдроми (66,6%). У частини хворих астеничний синдром мав депресивні (26,6%), іпохондричні (3,3%), тривожні (3,3%) риси. Синдром когнітивних порушень характеризувався дефіцитарністю мнестичних, інтелектуальних функцій та емоційної сфери. Для астеничного синдрому, характерно було підвищення стомлюваності, дратівливості, загальна слабкість, зниження працездатності, нестійкість настрою. Больовий синдром характеризувався головними болями, болями в епігастрії, кардіалгіями.

У відновлювальному періоді (3 місяці після перенесеного МІ) представленість і вираженість когнітивних порушень (66,6%), больового синдрому (53,3%) зменшувалася, на перше місце виходили психо-емоційні розлади. У 13,3% хворих виявлялися анозогностичні розлади, які проявлялися відсутністю сприйняття і усвідомлення хвороби (хворі заявляли, наприклад, що не можуть встати, тому, що втомилися), від-

мовою від лікування, порушенням процесу впізнавання близьких родичів, медичного персоналу, втратою тимчасової орієнтування. Виразність анозогностичних розладів корелювала з тяжкістю МІ і з виразністю когнітивного дефіциту.

Таким чином, отримані результати показали динаміку психопатологічних синдромів у обстежуваних хворих були протягом періодів дослідження. У хворих з ІМ в гострому періоді провідним був больовий синдром, який приводив до виражених психо-емоційних розладів. Надалі первинний психо-емоційний, вітально обумовлений, компонент йшов, і формувалися особистісно-реактивні реакції невротичного рівня з домінуванням тривожно-депресивної симптоматики. У гострому періоді МІ у всіх хворих первинним було порушення рівня свідомості з подальшими когнітивними розладами. Базисними також були астеничний і больовий синдроми. Надалі представленість і вираженість когнітивних порушень зменшувалася, на перше місце виходили психо-емоційні розлади. Базисним залишався астеничний синдром, які набував іпохондричного, депресивного, тривожного, істероформного забарвлення.

Клінічне обстеження пацієнтів з цукровим діабетом другого типу (ЦД) показало, що найбільш часто (- в 95 % випадків) у пацієнтів с ЦД відмічається зниження пам'яті слухоречевої та зорової модальності, погіршення інтелектуальних здібностей, уповільнення мислення, недостатність уваги та опрацювання інформації, у подальшому виникають порушення праксису, гнозису, мовних функцій, а також порушення міжпівкульових взаємин. Окрім когнітивних порушень у хворих із дисметаболічною енцефалопатією при ЦД 2 типу спостерігалися головні болі (у 98,2 % випадків), запаморочення (у 85,5 %), хиткість при ходьбі (у 74,6 %), емоційна лабільність (у 63,6 %), астения (у 38,2 %), порушення сну (у 69,1 %).

У всіх досліджених хворих спостергалися дифузні зміни спонтанної біоелектричної активності головного мозку у вигляді дезорганізації основних ритмів, зглаженості зональних розподілів ритмів, підвищення індексу повільнохвильової активності. Ультразвукова доплерографія визначала уповільнення швидкості кровотоку та підвищення судинного тону в артеріях екстра- та інтракраніального рівнів, у 34,6 % відсотків пацієнтів були діагновані стенози сонних та/або хребцевих артерій більш ніж 50 % діаметру судини, у 16,4 % – гемодинамічне значимі звитості хребцевих артерій.

Середній бал за шкалою MMSE у обстежених хворих із діабетичною енцефалопатією становив 26-28 балів (при I ступені захворювання), 24-27 балів (при II ступені) та 24-18 балів (при третій стадії енцефалопатії). Розширене нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності по Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей до 78 ± 7 балів (при нормі 100 балів). При цьому у пацієнтів з діабетичною енцефалопатією характерним було поєднання зниження бальної оцінки по доменах

«увага і орієнтація» (11,8 %), «пам'ять» (36,8 %) і «швидкість мови» (25,6%) з нормальними показниками по областях «зорово-просторова орієнтація» і «мова». Така характеристика когнітивного дефіциту згідно Аденбрукського когнітивного опитувальника відповідає м'яким та помірним когнітивним порушенням та відображає розлад функціональної діяльності лобово-підкіркових співвідношень та нейродинаміки когнітивних процесів, пов'язаних із стовбурово-підкірковими структурами, поєдную у собі риси хвороби Альцгеймера та фронто-темпоральної деменції.

Проведення тесту на запам'ятовування 10 слів у хворих з ЦД виявило зниження здатності до концентрації уваги, сприйняття на слух і запам'ятовування інформації (до 7 слів). Недостатнє відстрочене у часі відтворення завчених слів (5-6 слів) відображало погіршення роботи "оперативної пам'яті" у даної групи хворих.

Оцінка даних коректурної проби свідчила про значне зниження при ЦД здатності до концентрації уваги, підвищення стомлюваності, зниження толерантності до навантажень (середній показник 158,3 знака). Максимальна концентрація уваги в середньому по групі відзначена на другій хвилині дослідження (278,6 знаків). У подальшому спостерігалася реакція стомлювання зі зниженням бальної оцінки до 161,5 знаків в середньому на 7 хвилині. При виконанні коректурної проби у хворих з ЦД виявилися помилки, найбільша кількість яких спостерігалася на першій хвилині дослідження, найменша – на другій хвилині (за рахунок «спрацьовування»). Подальше зростання кількості помилок до 7 хвилини обстеження свідчило про зниження здатності до концентрації уваги і втому мозку.

Вивчення показників довголатентних викликаних потенціалів у хворих з дисметаболічною енцефалопатією на тлі ЦД виявило затягування латентності піку P300 до 359 ± 13 мс ($p < 0,05$) щодо контролю (320 ± 18 мс). Крім того, результуюча хвиля ендogenous ВП, отримана методом когерентного накопичення відповідей після 100 стимулів (30 з яких значимі), у групі хворих з первинним гіпотиреозом була часто згладжена, а амплітуда досліджуваного піку P300 знижена. Подібна негативація викликані активності була нейрофізіологічним корелятом стомлення мозку в гіпотиреодних умовах.

Таким чином, когнітивна дисфункція є частим ускладненням цукрового діабету 2 типу, що пов'язане як із віковим аспектом захворювання, так й з патологічним дисметаболічним каскадом, який становить основу патогенезу розвитку діабетичної енцефалопатії. Когнітивне зниження при ЦД 2 типу має змішаний (судино-дегенеративний) характер та характеризується наявністю симптомів лобової дисфункції та зацікавленістю скронево-тім'яних відділів головного мозку. Розвиток когнітивної дисфункції при цукровому діабеті поєднується із порушеннями в емоційно-вольовій сфері та формуванням астеничного та депресивного синдромів.

У хворих з первинним гіпотиреозом (ПГ) органічні психічні порушення з когнітивними розладами легкого

та помірного ступеня виявлялися в 79,4 % випадків та проявлялися зниженням пам'яті, концентрації уваги, розсіяністю, неможливістю зосередитися, уповільненням мислення, іноді зниженням інтелекту. Клініко-неврологічне обстеження хворих з ПГ виявило багаторівневий характер ураження нервової системи, а також цілий ряд неврологічних синдромів, характерних для даної патології. Основною формою неврологічного дефіциту у обстежених хворих була гіпотиреодна енцефалопатія, що зустрічалася практично у всіх досліджених хворих. У 30,9 % випадків дисметаболічна енцефалопатія спостерігалася як ізольований синдром, у 69,1 % хворих вона поєднувалася із поліневропатичним та мієлітичним синдромами.

Порушення когнітивних функцій займали провідне місце в клініці дисметаболічної енцефалопатії на тлі гіпотиреозу і проявлялися зниженням пам'яті та концентрації уваги, неуважністю, неможливістю довгого зосередження на виконанні певного завдання, уповільненням темпу мислення, іноді зниженням інтелекту.

Окрім когнітивних порушень при гіпотиреодній енцефалопатії спостерігалися синдром вегетативної дистонії (97,6%), цефалгічний (89,5), гіпертензивний (- у 79,8%), диссомнічний (у 81,6%), вестибуло-атактичний (56,7%), астеничний (89,5%) та депресивний синдроми (43,6%).

Нейрофізіологічними корелятами енцефалопатії при ПГ були дифузні зміни біоелектрогенезу з переважанням дезорганізованного (39,8%) та десинхронного «пологого» типів ЕЕГ (52,3%) за класифікацією О.О.Жирмунської (1994). При цьому амплітуда основного альфа-ритму знаходилася у зворотній пропорційному зв'язку із рівнем ТТГ у крові. Тобто порушення спонтанної біоелектричної активності головного мозку при ПГ залежали від глибини порушення тиреоїдного стану.

Погіршення церебральної гемодинаміки за даними ультразвукової доплерографії спостерігалася у вигляді уповільнення швидкості кровотоку та розвитку вазоспазму по всіх судинних басейнах. Слід зазначити, що гемодинамічні розлади при гіпотиреодній енцефалопатії розвивалися зазвичай при середньої та тяжкої стадії захворювання, і були менш виражені ніж метаболічні (оксидантний стресс, дисліпідемія, нейромедіаторні порушення).

Структурні порушення речовини головного мозку при ПГ за даними МРТ характеризувалися розвитком внутрішньої (62,1%) та зовнішньої (91,7%) гідроцефалії (непрямих ознак атрофії мозкової тканини), а також появою вогнищ зниженої щільності (39,8%) та лейкоареоза (20,9%).

Провідне місце в клініці дисметаболічної енцефалопатії на тлі гіпотиреозу займали порушення когнітивних функцій, які проявлялися зниженням пам'яті та концентрації уваги, неуважністю, неможливістю довгого зосередження на виконанні певного завдання, уповільненням темпу мислення, іноді зниженням інтелекту.

В цілому по групі обстежених хворих з ПГ спостерігалось зниження здатності до запам'ятовування (динаміка середніх показників в пробі на запам'ятовування 10 слів: 4-6-7-7-7), а також зниження здатності до утримання інформації в пам'яті (відтворення через 50 хвилин - в середньому 6 слів з 10). У групі контролю середні показники в пробі склали 6-8-9-9-10, а через 50 хвилин відтворювалися в середньому 9 слів з 10. Виразність зазначених змін, а також кількість помилок наростали в міру прогресування дисметаболическої енцефалопатії.

При виконанні тесту на запам'ятовування 10 слів в число званих включалися або нові, не фігурували в завданні слова, або повторювалися вже називалися. Троє хворих з дисметаболическою енцефалопатією третьої стадії взагалі із завданням не впоралися. Отримані дані свідчили про зниження у хворих з первинним гіпотиреозом здатності до концентрації уваги, сприйняття на слух і запам'ятовування інформації. Недостатнє відстрочене у часі відтворення завчених слів відображало погіршення роботи "оперативної пам'яті" у даної групи хворих.

Аналіз показників при виконанні коректурної проби в цілому в групі хворих на гіпотиреоз виявив значне зниження здатності до концентрації уваги, особливо на першій хвилині дослідження (середній показник 149,2 знака). Максимальна концентрація уваги в середньому по групі відзначена на другій хвилині дослідження (216,6 знаків), надалі відзначена реакція втоми зі зниженням бальної оцінки до 155,1 знака в середньому на 7 хвилині. Загальний показник (за 7 хвилин) склав у середньому по групі обстежених хворих 1324,4 балів. Цікаво, що кількість оброблених знаків у хворих з ПГ продовжувало зростати аж до 5 хвилини дослідження, однак одночасно і зростала кількість помилок. У осіб контрольної групи концентрація уваги також досягла максимуму на другій хвилині дослідження (в середньому 233,7 балів), але здатність концентруватися на початку дослідження у них була набагато краще (204,2 бала на першій хвилині), а реакція втоми менш вираженою (257, 5 на сьомій хвилині дослідження). Загальна бальна оцінка за коректурної пробі склала 1701,3 бала. При підрахунку кількості помилок при виконанні коректурної проби у хворих з ПГ виявлено велику їх кількість на першій хвилині, з подальшим зменшенням кількості на другий (за рахунок «впрацювання») і подальше зростання кількості помилок до сьомої хвилини за рахунок зниження здатності до концентрації і втоми мозку. Ті ж тенденції були виявлені при аналізі отриманих даних з залежності від стадії ДМЕ, з прогресивним погіршенням у міру наростання ступеня її тяжкості. Оцінка загальної когнітивної продуктивності у хворих з ПГ по Короткій шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) при початковій стадії ДМЕ виявила субкомпенсований характер мнестичних порушень (27-25 балів), при другій стадії реєструвалася виразна когнітивна дисфункція (24-21 балів), при третій стадії показник інтелектуальної про-

дуктивності відповідав рівню когнітивного зниження (22-17 балів). При цьому у 36,5% хворих з ДМЕ III стадії діагностувалася деменція.

Таким чином, в умовах дефіциту тиреоїдних гормонів спостерігалось значне зниження здатності до концентрації уваги, підвищення стомлюваності, зниження толерантності до навантажень та загальної когнітивної продуктивності, іноді до рівня деменції.

Проведений кореляційний аналіз у групі обстежених хворих з ПГ виявив назад пропорційну залежність між кількісним показником короточасної пам'яті (- проба на запам'ятовування 10 слів), кількістю балів при виконанні коректурної проби і латентністю Р300 ($r = -0,71$; $-0,55$). Зазначені зміни ендогенних викликаних потенціалів свідчили про наростаючий характер когнітивних порушень у міру прогресування як основного захворювання, так і дисметаболическої енцефалопатії.

На основі одержаних результатів розроблені діагностичні критерії когнітивних розладів у хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок церебро-васкулярних, серцево-судинних та ендокринних захворювань, систематизовані фактори ризику для ранньої діагностики та профілактики когнітивних та емоційних розладів у хворих із психічними порушеннями при соматичних захворюваннях.

Література:

1. Бачинська Н. Ю., Холін В. О. Синдром помірних когнітивних порушень, віковий аспект // Журн. практичного лікаря. - 2007. - № 3. - С. 46-51.
2. Григорова И.А. Лечение мозгового инсульта в начале третьего тысячелетия // И.А. Григорова, С.М. Винничук и др. // Здоров'я України XXI сторіччя: медична газета. - 2006. - №10. - С. 26-28.
3. Захаров В.В., Локишина А.Б. Применение препарата проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией. // Неврологический журнал. - 2004. - Т.9. № 2. - С.30-35.
4. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. // Москва: ГеотарМед. - 2003. - С.150.
5. Захаров В.В., Сосина В.Б. Возможности антигипоксантов в лечении умеренных когнитивных нарушений у больных сахарным диабетом // Лечащий врач. - 2010. - № 3. - С. 12-15.
6. Есева О. А., Штрыголь С.Ю., Мерзлякин С.И., Штрыголь Д. В. Сахарный диабет 2 типа: цереброваскулярные, когнитивные и аффективные нарушения, особенности фармакотерапии // Провизор. - 2009. - №1. - С. 3-7.
7. Мищенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года // Журн. Здоров'я України. - 2010. - № 5. - С. 1213.
8. Мищенко Т.С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова // Международный неврологический журнал. - 2007. - №2 (12). - С. 26-30.
9. Стан неврологічної служби України в 2008 році: Статистично-аналітичний довідник / [Жданова М. П., Зінченко О. М., Голубчиков М. В., Мищенко Т. С.]. - Харків, 2009. - 24 с.
10. Яхно Н. Н., Захаров В. В. Легкие и умеренные когнитивные нарушения в пожилом возрасте // Терапевт. архив. - 2006. - № 1. - С. 80-83.
11. Baldinini IM, Vita A, Mauri MC et al. Psychopathological and cognitive features in subclinical hypothyroidism // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. - 1997. - Vol.21, №6 - P.925-935.
12. Backman L., Ginovart N., Dixon R. et al. Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. Am J Psychiatry. 2000; 157: 635-637.

13. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. et al. *Relationships Between Hyperglycemia and Cognitive Performance Among Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes* // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 28. P. 71–77.

14. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al. *Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging*. // *J Am Ger Soc*. – 2000. – V. 48. – P. 775–782.

15. Galluzi S., Sheu C. F., Zanetti O., Frisoni G. B. *Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease* // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2005. – 19. – P. 196–203.

16. Ganguli M., Dodge H. H., Shen C. et al. *Mild cognitive impairment, amnesic type an epidemiologic study* // *Neurology*. – 2004. – 63. – P. 115–121.

17. Hackett M. L., *Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies* / C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1330–1340.

18. Petersen R. C., Doody R., Kurz A. et al. *Current concepts in mild cognitive impairment* // *Arch. Neurol.* – 2001. – 58, № 12. – P. 1985–1992.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянська, И.А. Григорова

В ходе работы проведено изучение клинической структуры и особенностей синдрома когнитивных расстройств среди больных трудоспособного возраста с соматическими заболеваниями. Разработанные диагностические критерии когнитивных расстройств у больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, систематизированы факторы риска для ранней диагностики и профилактики когнитивных и эмоциональных расстройств у больных с психическими нарушениями при соматических заболеваниях.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, соматические заболевания, трудоспособный возраст

CLINICAL STRUCTURE AND DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS AMONG PATIENTS OF WORKING AGE WITH PHYSICAL ILLNESS

H.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, V.B. Myhaylov, O.L. Tovazhnyanska, I.A. Hryhorova

In the course of the study of structure and clinical features syndromohenezu cognitive disorders among patients of working age with physical illness. The developed diagnostic criteria for cognitive disorders in patients with organic and symptomatic mental illness due to cerebrovascular, cardiovascular and endocrine diseases, systematic risk factors for early diagnosis and prevention of cognitive and emotional disorders in patients with mental disorders in somatic diseases.

Keywords: cognitive disorders, physical illness, working age

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447-055.1-005.2

Л.Т. Сновида

ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

(клинико-психопатологический и патопсихологический анализ)

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

Ключевые слова: гендерные различия, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, патопсихологический механизм, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы

Депрессия сегодня - один из самых острых и злободневных вопросов современной медицины. Именно депрессивные расстройства называют “болезнью третьего тысячелетия”. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара. Риск развития депрессии в течение жизни составляет около 20 %. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5;6;9]. При этом отмечается ежегодное увеличение числа суицидов в большинстве развитых стран мира. В Украине только за последние 10 лет показатель распространенности депрессивных расстройств возрос на 17,7 % [13;16].

Смертность среди больных депрессией мало уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, не менее 15 % больных депрессией совершают суицид. Именно депрессия оказывается причиной 70 % всех

совершенных самоубийств. В среднем риск самоубийства среди людей с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции населения [6;7;12].

Отмечено, что частота суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин. В целом по данным ВОЗ соотношение мужчин и женщин, совершивших завершённый суицид, составляет 3,5 к 1. В Украине этот показатель достигает 6,75 к 1 [16]. Среди пожилых частота суицидов среди мужчин прогрессивно возрастает и составляет 6-9 к 1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток, женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин. Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины [7;16]. Среди причин такой дифференциации выделяют специфические особенности гендерной психологии мужчин и женщин. Вместе с тем, роль гендерного фактора в генезе депрессий, их влияние на формы суицидального поведения и комор-

13. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. et al. *Relationships Between Hyperglycemia and Cognitive Performance Among Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes* // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 28. P. 71–77.

14. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al. *Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging*. // *J Am Ger Soc*. – 2000. – V. 48. – P. 775–782.

15. Galluzi S., Sheu C. F., Zanetti O., Frisoni G. B. *Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease* // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2005. – 19. – P. 196–203.

16. Ganguli M., Dodge H. H., Shen C. et al. *Mild cognitive impairment, amnesic type an epidemiologic study* // *Neurology*. – 2004. – 63. – P. 115–121.

17. Hackett M. L., *Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies* / C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1330–1340.

18. Petersen R. C., Doody R., Kurz A. et al. *Current concepts in mild cognitive impairment* // *Arch. Neurol.* – 2001. – 58, № 12. – P. 1985–1992.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянська, И.А. Григорова

В ходе работы проведено изучение клинической структуры и особенностей синдрома когнитивных расстройств среди больных трудоспособного возраста с соматическими заболеваниями. Разработанные диагностические критерии когнитивных расстройств у больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, систематизированы факторы риска для ранней диагностики и профилактики когнитивных и эмоциональных расстройств у больных с психическими нарушениями при соматических заболеваниях.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, соматические заболевания, трудоспособный возраст

CLINICAL STRUCTURE AND DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS AMONG PATIENTS OF WORKING AGE WITH PHYSICAL ILLNESS

H.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, V.B. Myhaylov, O.L. Tovazhnyanska, I.A. Hryhorova

In the course of the study of structure and clinical features syndromohenezu cognitive disorders among patients of working age with physical illness. The developed diagnostic criteria for cognitive disorders in patients with organic and symptomatic mental illness due to cerebrovascular, cardiovascular and endocrine diseases, systematic risk factors for early diagnosis and prevention of cognitive and emotional disorders in patients with mental disorders in somatic diseases.

Keywords: cognitive disorders, physical illness, working age

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447-055.1-005.2

Л.Т. Сновида

ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

(клинико-психопатологический и патопсихологический анализ)

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

Ключевые слова: гендерные различия, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, патопсихологический механизм, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы

Депрессия сегодня - один из самых острых и злободневных вопросов современной медицины. Именно депрессивные расстройства называют “болезнью третьего тысячелетия”. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара. Риск развития депрессии в течение жизни составляет около 20 %. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5;6;9]. При этом отмечается ежегодное увеличение числа суицидов в большинстве развитых стран мира. В Украине только за последние 10 лет показатель распространенности депрессивных расстройств возрос на 17,7 % [13;16].

Смертность среди больных депрессией мало уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, не менее 15 % больных депрессией совершают суицид. Именно депрессия оказывается причиной 70 % всех

совершенных самоубийств. В среднем риск самоубийства среди людей с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции населения [6;7;12].

Отмечено, что частота суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин. В целом по данным ВОЗ соотношение мужчин и женщин, совершивших завершённый суицид, составляет 3,5 к 1. В Украине этот показатель достигает 6,75 к 1 [16]. Среди пожилых частота суицидов среди мужчин прогрессивно возрастает и составляет 6-9 к 1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток, женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин. Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины [7;16]. Среди причин такой дифференциации выделяют специфические особенности гендерной психологии мужчин и женщин. Вместе с тем, роль гендерного фактора в генезе депрессий, их влияние на формы суицидального поведения и комор-

бидную патологию, предикторы суицидального поведения в зависимости от пола остаются до настоящего времени не изученными [1;2;15;17].

Целью данного исследования явилось изучение гендерной специфики факторов и механизмов формирования суицидального поведения у больных депрессиями.

В исследовании принял участие 241 больной с депрессивными расстройствами (F32.1 и F33.1), из которых основную группу исследования составили 128 больных (65 мужчин и 63 женщины) с различными формами суицидального поведения в структуре депрессий; контрольную - 113 больных (58 мужчин и 55 женщин) без признаков суицидальности.

В качестве **методов** исследования использовались: *клинико-психопатологический метод*, включающий сбор жалоб, изучение симптомов и синдромов в динамике, их психопатологическая интерпретация; *психометрические методы*: шкала Гамильтона (HDRS) (Hamilton M., 1967) – для объективной оценки степени выраженности депрессивной симптоматики [9], шкала определения выраженности суицидального риска (Гавенко В.Л. с соавт., 2001) – для количественного определения уровня суицидального риска [4], оценка самосознания смерти (Гавенко В.Л. с соавт., 2001) – для количественной оценки категории самосознания смерти [3], самооценка выраженности аутоагрессивных предикторов [8]; *патопсихологические* - методика изучения ценностных ориентаций Е.Б. Фанталовой (1992) для изучения основных мотиваций, соотношения важности ценности и её доступности [14]; опросник А. Басса - А. Дарки для определения различных проявлений агрессии [10]; методика «Оценка психологического пола личности» [11], а также методы статистической оценки полученных данных.

Анализ клинических факторов формирования суицидального поведения, показал, что наследственная отягощенность психической патологией и алкогольной зависимостью у больных с суицидальным поведением независимо от пола встречалась чаще, чем у больных контрольной группы (в основной группе: 47,7 % у мужчин и 46,0 % у женщин; в контрольной группе: 27,6 % у мужчин и 25,5 % у женщин, $p<0,05$). Чаще всего у мужчин больных депрессиями с суицидальным поведением родители страдали аффективной патологией различной степени тяжести (30,8 %) и алкогольной зависимостью (13,8 %). У женщин больных депрессиями с суицидальным поведением наследственность была отягощена различными формами невротических расстройств (28,6 %) и расстройствами личности (20,6 %). Следовательно, наследственная отягощенность аффективной патологией и алкогольной зависимостью у больных депрессиями мужчин служит одним из факторов развития суицидального поведения. В тоже время у женщин аналогичными предикторами являются наследственная отягощенность невротическими и личностными расстройствами.

Невропатическая конституция в детстве у мужчин не выступала в роли фактора потенцирующего суици-

дальную активность. При этом у женщин страдающих депрессиями с суицидальным поведением наличие невропатической конституции в детстве отмечалось значительно чаще (34,9 %), чем у женщин с депрессиями без признаков суицидальности (12,7 %), $p<0,01$. Следовательно, фактор наличия невропатической конституции служил одним из специфических факторов риска развития суицидального поведения у женщин.

Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций и интоксикаций значительно чаще отмечалось у мужчин больных депрессиями основной группы (29,2 %), чем у мужчин контрольной группы (10,3 %), $p<0,01$. Среди женщин основной и контрольной групп значимых различий по данному фактору обнаружено не было. Таким образом, наличие в анамнезе ЧМТ, нейроинфекций и интоксикаций является специфичным для мужчин фактором формирования суицидального поведения при депрессиях.

Относительно сопутствующей соматической патологии было установлено, что у больных основной группы независимо от пола соматическая патология фиксировалась чаще, чем у больных контрольной группы (в основной группе 50,8 % у мужчин и 33,8 % у женщин; в контрольной 27,6 % у мужчин и 16,4 % у женщин, $p<0,05$). При этом для мужчин этот фактор был статистически более значим в формировании суицидального поведения, чем для женщин (соотношение больных депрессиями мужчин и женщин основной группы с соматической патологией соответствует 1,6 к 1, $p<0,05$).

У мужчин основной группы значительно чаще отмечалась неврологическая патология (18,5 %), чем у мужчин контрольной группы (8,6 %), $p<0,05$. У женщин основной группы значительно чаще диагностировалась различная онкологическая патология (14,3%) и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью (14,3 %), по сравнению с женщинами контрольной группы 3,6 % и 7,3 % больных, соответственно, $p<0,05$.

Следовательно, из соматической патологии для больных депрессиями мужчин более суицидоопасной выступала рецидивирующая неврологическая патология, для больных депрессиями женщин – онкологическая патология и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью.

Анализ фактора воспитания в неполной семье продемонстрировал его преобладающее значение в формировании суицидального поведения у женщин. Так, 28,6 % женщин основной группы воспитывались в неполной семье, в то время как этот показатель у женщин контрольной группы составил 12,7 %, $p<0,01$. Воспитание в неполной семье у мужчин не выступало в качестве значимого фактора в формировании суицидального поведения.

Анализ роли психогенных факторов в формировании суицидального поведения показал, что у мужчин основной группы значительно чаще (66,2 %), чем у мужчин контрольной группы (46,6 %), $p<0,05$, преобладали хронические психогенные факторы, связан-

ные с ухудшением материально-бытового состояния больного (63,1 %), одиночеством, неудовлетворенной потребностью в любви (58,5 %), потерей социального статуса (49,2 %), собственной болезнью (43,1 %), сексуальными проблемами (35,4 %).

У женщин основной группы значительно чаще фиксировалось острое воздействие психогенных факторов (74,6 %), связанных с семейными конфликтами, ревностью, изменой супруга, разводом (68,3 %), по сравнению с женщинами контрольной группы, у которых острые стрессовые расстройства отмечались в 45,5 % случаев, $p < 0,05$.

Анализ гендерного распределения различных форм депрессивного расстройства среди обследованных больных показал, что суицидальное поведение у мужчин достоверно чаще проявлялось в структуре депрессивного эпизода F32.1 (87,7 %), с преобладанием выраженной (37,3±3,6 баллов по шкале HDRS) апато-адинамической (36,9 %) и выраженной (34,5±2,7 баллов) тоскливой (30,8 %) форм депрессии, с высоким уровнем суицидального риска (49,8±3,3 балла при апато-адинамической депрессии и 41,9±2,0 балла – при тоскливой) и низким уровнем самосознания смерти (9,9±1,2 балла при апато-адинамической депрессии и 10,1±1,4 балла – при тоскливой).

Суицидальное поведение женщин чаще регистрировалось при рекуррентной депрессии F33.1 (61,9 %), проявлялось выраженным (24,2±1,7 баллов) тревожно-ажитированным (34,9 %) и слабовыраженным (14,5±1,3 баллов) истерическим (30,2 %) синдромами, с высоким суицидальным риском (32,5±1,9 балла при тревожно-ажитированной депрессии и 26,1±1,7 балла при истерической) и низким самосознанием смерти (12,4±1,5 балла при тревожно-ажитированной депрессии и высоким - 28,1±2,3 балла – при истерической депрессии).

Феноменологическая структура депрессий у мужчин с суицидальным поведением характеризовалась преобладанием в клинике эмоциональных расстройств ангедонии (80,0 %), тоски (76,9 %) и безразличия (73,8 %), в то время как у мужчин контрольной группы эти показатели составляли (25,9%, 25,9% и 22,4%, соответственно), $p < 0,05$. Среди расстройств мышления чаще всего отмечались идеи малоценности (73,8 %), снижение уровня интересов (60,0 %), ригидность мышления (55,4 %), трудности в принятии решений (52,3 %), у мужчин контрольной группы эти показатели составили, соответственно, 31,0%, 24,1%, 20,7% и 22,4%, $p < 0,05$. Расстройства когнитивных функций проявлялись преимущественно ухудшением коммуникативных навыков (84,6 %), у мужчин группы контроля этот вид расстройств отмечался значительно реже (51,8%), $p < 0,05$. Расстройства моторной функции у мужчин основной группы проявлялись в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до полной адинамии (67,7 %), по сравнению с группой контроля (17,2%), $p < 0,05$. Из сомато-вегетативных расстройств у этой категории больных преобладали снижение массы тела (78,5 %), запоры (72,3 %), нарушение сна (69,2 %), сексуальные нарушения (64,6 %) ($p < 0,01$), данные показатели у мужчин контрольной группы составили 29,3%, 22,4%, 18,9% и 20,7%, $p < 0,05$. Относительно выраженности сенсорных расстройств у мужчин основной и контрольной групп значимых различий не выявлено.

У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением в клинике эмоциональных расстройств преобладали тревога (65,1 %), неудовольствие (57,1 %), постоянное ощущение усталости (50,8 %), горе, скорбь (42,9 %), отчаяние (36,5 %), печаль (31,7 %) и боязнь (31,7 %), чувство оскорбления (22,2 %), по сравнению с контрольной группой женщин – соответственно, 30,9%, 16,4%, 27,3%, 10,9%, 16,4%, 12,7%, 14,5%, 3,6%, $p < 0,05$. В мышлении и когнитивных функциях отмечалось снижение уровня интересов (76,2 %), навязчивые мысли (73,0 %), повышенная чувствительность к критике в свой адрес (63,5 %) и снижение уровня концентрации внимания (58,7 %), в контрольной группе женщин данные показатели составили, соответственно 25,5%, 9,1%, 34,5%, 23,6%, $p < 0,05$. Расстройства моторной функции у женщин основной группы проявлялись преимущественно двигательным беспокойством (57,1 %), в контрольной группе двигательное беспокойство фиксировалось значительно реже (21,8 %), $p < 0,05$. В структуре сомато-вегетативных проявлений депрессий с суицидальным поведением у женщин преимущественно регистрировались вегетативно-висцеральные кризы (63,5 %), гипергидроз (60,3 %), функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы (57,1 %), головные боли (44,4 %), в группе контроля данные показатели составили 30,9%, 36,4%, 14,5%, 18, 2%, $p < 0,05$. Среди сенсорных нарушений у женщин основной группы преобладали расстройства слуха (повышенная чувствительность и непереносимость громких звуков) (53,9 %), чувствительности (гипостезия, гиперестезия, анестезия, парестезия) (46,0 %), зрения неорганической природы (33,3 %), психосенсорные нарушения (колебания почвы под ногами, колебания окружающих предметов) (30,2 %), по сравнению с женщинами контрольной группы - 23,6%, 18,2%, 14,5% и 9,1 соответственно, $p < 0,05$.

Среди патопсихологических факторов у больных депрессиями мужчин с суицидальным поведением отмечалось преобладание таких аутоагрессивных предикторов, как выраженность аффективных нарушений (40,5±2,6 баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$), аутоагрессии (37,2±2,4 баллов, $p < 0,01$), сужения когнитивных функций (31,4±1,6 баллов, $p < 0,05$). У женщин с суицидальным поведением при депрессиях отмечалось доминирование таких аутоагрессивных предикторов как импульсивность (35,3±2,6 баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$), вегетативные нарушения (25,2±2,2 баллов, $p < 0,05$), сужение и расстройства межличностных контактов (18,3±1,2 баллов, при $p < 0,05$).

В ценностно-мотивационной сфере мужчин с суицидальным поведением отмечалась неудовлетворенность потребностей в активной деятельности жизни (разница между значимостью и доступностью ценности - $8,1 \pm 2,5$ баллов), в физическом и психическом здоровье ($7,0 \pm 1,7$ баллов), в материально обеспеченной жизни ($7,9 \pm 0,6$ баллов), в любви ($7,2 \pm 0,5$ баллов). У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением отмечалась неудовлетворенность потребностей в физическом и психическом здоровье ($7,7 \pm 1,9$ баллов), в счастливой семейной жизни ($7,6 \pm 0,7$ баллов), в уверенности, свободе от внутренних противоречий и сомнений ($7,8 \pm 0,6$ баллов), в свободе и независимости действий и поступков ($8,3 \pm 0,8$ баллов), в познании ($8,1 \pm 1,0$ баллов).

Агрессивное поведение у мужчин с суицидальным поведением при депрессиях характеризовалось преобладанием реакций в виде выраженной аутоагрессии ($72,3 \pm 6,1$ баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$). У женщин с суицидальным поведением при депрессиях были выражены подозрительность ($76,6 \pm 8,3$ баллов, $p < 0,01$), обида ($68,8 \pm 7,1$ баллов, $p < 0,01$), и косвенная агрессия ($65,9 \pm 7,1$ баллов, $p < 0,05$).

Анализ психологического пола личности продемонстрировал преобладание у мужчин с суицидальным поведением при депрессиях феминных (41,5 %) и недифференцированных (33,8 %) личностных особенностей (различия с контрольной группой статистически достоверны, $p < 0,01$), что отражает их пассивную и зависимую ролевую позицию, трудности в социокультурной адаптации, несоответствие глубинных полоролевых установок субъекта идеальным образам маскулинности. У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением преобладал недифференцированный психологический пол (55,6 %), различия с контрольной группой статистически достоверны, $p < 0,01$, что также отражало несоответствие полоролевых установок женщин основной группы идеальным образам феминности.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить определенную гендерную специфику в факторах и механизмах формирования суицидального поведения при депрессиях.

Так у мужчин, *клиническими факторами* формирования суицидального поведения при депрессиях являются: наследственная отягощенность аффективной патологией и алкогольной зависимостью; наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций и нейроинтоксикаций различного генеза; хроническая соматическая патология, в частности неврологическая патология; хронические психогенные факторы, связанные с ухудшением материально-бытового состояния больного, одиночеством, неудовлетворенной потребностью в любви, потерей социального статуса, собственной болезнью, сексуальными проблемами; *клинико-психопатологическими факторами* суицидального риска при депрессиях являются: наличие депрессивно-

го эпизода (F32.1), выраженные апато-адинамическая и тоскливая формы депрессии, с высоким уровнем суицидального риска и низким уровнем самосознания смерти; преобладание в клинике эмоциональных расстройств ангедонии, тоски и безразличия; в структуре расстройств мышления - идей малоценности, сниженного уровня интересов, ригидности в мышлении, трудностей в принятии решений; моторных расстройств в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до их полной адинамии; сомато-вегетативных расстройств в виде снижения массы тела, запоров, нарушений сна и сексуальных нарушений. Основным *патопсихологическим механизмом* формирования суицида у больных депрессиями мужчин выступала фрустрация потребностей в активной жизни, здоровье, материально обеспеченной жизни, любви, которая формируется вследствие преобладания в структуре личностных особенностях мужчин феминных и недифференцированных половых психологических качеств. Фрустрация этих потребностей у мужчин способствовала развитию негативного отношения и агрессивных действий, направленных на себя, которые в сочетании с патопсихологическими предикторами (аффективные нарушения, аутоагрессия, сужение когнитивных функций) становились причиной интропунитивных реакций в форме суицидального поведения.

У женщин с депрессиями *клиническими факторами* риска суицидального поведения служили: наследственная отягощенность невротическими расстройствами и расстройствами личности; невропатическая конституция в детстве; хроническая соматическая патология, в частности онкологическая патология и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью; воспитание в неполной семье; острое воздействие психогенных факторов, связанных с семейными конфликтами, ревностью, изменой супруга, разводом; Среди *клинико-психопатологических факторов* суицидального риска выделены: рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1), выраженный тревожно-ажитированный синдром с высоким суицидальным риском и низким уровнем самосознания смерти, а также слабовыраженный истерический синдромом, с высокими показателями суицидального риска и самосознания смерти; преобладание в клинико-психопатологической структуре эмоциональных расстройств в виде тревоги, неудовольствия, постоянного ощущения усталости, горя, отчаяния, печали, боязни, чувства оскорбления; среди расстройств мышления - снижения уровня интересов, повышенной чувствительности к критике в свой адрес, навязчивых мыслей, сниженного уровня концентрации внимания; в структуре моторных расстройств - двигательного беспокойства; сомато-вегетативных расстройств в виде вегетативно-висцеральных кризов, гипергидроза, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, головных болей функционального (неорганического) характера; а также выраженными сенсорными расстройствами в виде неорганических

нарушений слуха, чувствительности, зрения, психо-сенсорных нарушений. Основным патопсихологическим механизмом формирования суицида у больных депрессиями женщин служила фрустрация потребностей в здоровье, в счастливой семейной жизни, в уверенности и свободе от внутренних противоречий, в свободе и независимости действий, в познании, которая происходит в силу несоответствия глубинных полоролевых установок больных женщин идеальным образам женственности, недостаточной выраженности у них как мужественных, так и женственных психологических качеств. Фрустрация этих потребностей способствует у женщин росту тревоги, углублению депрессии, формированию социально-психологической дезадаптации и агрессивного поведения в форме подозрительности, обиды, косвенной агрессии. Подобная форма агрессивного поведения в сочетании с патопсихологическими и клиническими предикторами (импульсивность, вегетативные нарушения, расстройства межличностных контактов) становится причиной импульсивных импунитивных реакций в форме суицидального (парасуицидального) поведения.

Выделенные в ходе исследования гендерно-обусловленные клинико-психопатологические и патопсихологические факторы и механизмы формирования суицидального поведения при депрессиях должны учитываться при диагностике суицидальности и выступать в качестве мишеней терапии.

Литература:

1. Васильев В.В. Суицидогенные факторы, связанные с оказанием психиатрической помощи // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 8. – С. 21 – 26.
2. Васильев В.В. Социально-демографические и клинические особенности женщин с психическими расстройствами и суицидальным поведением // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 39 – 45

3. Гавенко, В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті // Патент 40453А ; заявник та патентовласник ХДМУ. – № 20001021008 ; заявл. 13.02.01 ; надрук. 2001, Бюл. № 6.
4. Гавенко, В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00 ; заявник та патентовласник ХДМУ. – № 20001021010 ; заявл. 13.02.01 ; надрук. 2001, Бюл. № 6.
5. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке // НейроNEWS. – 2008. – № 6 (11). – с 24-28.
6. Марута Н.А., Мамчур А.И., Юрьева Л.Н. Депрессии в общемедицинской практике. Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети. – Киев, 2009. – 30с.
7. Марута Н.А., Явдак И.А., Череднякова О.С. Особливості потребово-емоційної сфери у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним ризиком // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т.19, вип. 3(68) – С. 50-54.
8. Пилягина, Г. Я., Семенюк В. Э., Чумак С. А. Экзистенциальный кризис как патопсихологическая основа суицидогенеза // Украинский вестник психоневрології. – 2008. – Т.16, вип. 1(54) – С. 84-85.
9. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков : Торнадо, 2003. – 352 с.
10. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004
11. Ретина Л. П. Гендерная история: проблемы и методы исследования // Новая и новейшая история. – 1999. – №6. – С. 41-58.
12. Соколова, Е. Т. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – №2. – С. 103-115.
13. Табачников, С. И. К вопросу о необходимости организации комплексной неотложной суицидологической помощи в Украине / С. И. Табачников, Г. Я. Пилягина, С. А. Чумак : материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 448.
14. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. – 1992. – № 1. – Т.13. – С. 107 – 117.
15. Шмунк Е.В. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19, № 2. С.84-92.
16. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы // Украинський вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50). – С. 34-36.
17. Branney P., White A. Big boys don't cry: depression and men // Adv. in Psychiatr. Treatment. 2008. N 14. P. 256-262.
18. Bertolote, J.M.F. A global perspective in the epidemiology of suicide / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // Suicidology. 2002. Vol. 7, № 2. P. 6-8.
19. Kutcher S., Chehil S. Suicide Risk Management / S. Kutcher, S. Chehil. – Halifax. Lundbeck Institute, 2007. – 134p.

ГЕНДЕРНО-ОБУМОВЛЕНІ ФАКТОРИ І МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСІЯХ (клініко-психопатологічний та патопсихологічний аналіз)

Л.Т. Сновіда

Обстежено 241 хворий з депресивними розладами (F32.1 і F33.1), з них основну групу склали 128 хворих (65 чоловіків і 63 жінки) з різними формами суїцидальної поведінки, контрольну - 113 хворих (58 чоловіків і 55 жінок) без ознак суїцидальності. Проаналізовано конституційно-біологічні, екзогенно-органічні фактори, патопсихологічні чинники, а також фактори психічної травматизації, особливості синдромальної та феноменологічної структури депресій в порівняльному гендерному аспекті. На підставі чого виділені гендерно-специфічні клінічні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні чинники суїцидальної поведінки та описані патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки при депресивних розладах.

Ключові слова: гендерні відмінності, депресивні розлади, суїцидальна поведінка, патопсихологічний механізм, клінічні фактори, клініко-психопатологічні фактори

GENDER-DEPENDENT FACTORS AND MECHANISMS OF A SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN DEPRESSIONS (clinical-psychological and pathopsychological analysis)

L.T. Snovyda

Two hundred forty one patients with depressive disorders (F32.1 and F33.1) were examined, including 128 patients (65 male and 63 female patients) with different forms of a suicidal behavior as the main group and 113 patients (58 male and 55 female patients) without features of suicide as the control group. Constitutional-biological, exogenous organic factors, pathopsychological factors as well as factors of a psychic traumatism, peculiarities of the syndrome and phenomenological structure of depressions have been analyzed in a comparative gender aspect. On this basis gender-specific clinical, clinical-psychopathological, and pathopsychological factors of a suicidal behavior were defined, pathopsychological mechanisms of a suicidal behavior formation in depressive disorders were described.

Keywords: gender differences, depressive disorders, suicidal behavior, pathopsychological mechanism, clinical factors, clinical-psychopathological factors

УДК 616.89

С.Г. Полшкова

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСІЇ У ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ

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

Ключові слова: особи небезпечних видів професій, профілактика, аутоагресія

В останній час збільшується частота та масштаби екстремальних ситуацій та катастроф, які мають довготривалі наслідки матеріального, медичного та психологічного характеру і впливають не тільки на постраждалих, але й на все населення. Саме тому організація своєчасної та ефективної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, катастрофах і аваріях є одним з пріоритетних завдань охорони здоров'я [1-3]. Захист здоров'я населення України (зокрема психологічного та психічного) за умов екстремальних ситуацій є гарантованим законодавчою та нормативно-правовою базою та з кожним роком набуває все більшого значення [4-10].

Предметом психіатрії катастроф є психічні і поведінкові розлади, що виникають внаслідок надзвичайних подій. Із дослідженням діяльності в екстремальних умовах пов'язано роботи з вивчення семантичного поля поняття екстремальної ситуації, психічного стану тривоги, стресових станів, їхніх механізмів, способів виходів з них та професійно несприятливих станів та психокорекційної роботи із їхніми наслідками. Існує багато праць із вивчення діяльності та особистості рятувальників в екстремальних умовах, доведено, що соціально-психологічні особливості особистості рятувальника детермінують ефективність діяльності в екстремальних умовах [11;12]. Їхня професійна діяльність є одним з найбільш напружених (в психологічному плані) видів соціальної діяльності та належить до групи професій із великою кількістю стрес-факторів, що в свою чергу вимагає вищі вимоги до такої інтегральної комплексної характеристики, як стресостійкість.

Однак, якщо екстремальна ситуація виникає на виробництві, як то аварії на вугільних шахтах, то не менш важливим питанням є професійна характеристика шахтарів та особливості їхнього реагування у випадку екстремальної ситуації, тому що саме від їхнього правильного реагування в перші часи аварії залежить розвиток подальших подій (задовго до появи рятувальників). Тобто з цього випливають відкриті питання професійного відбору працівників екстремального профілю діяльності.

Професійна діяльність гірників пов'язана із значною кількістю стресогенних факторів та вимагає вищі вимоги до професіоналізму та психологічних якостей особистості, що забезпечують ефективність діяльності в екстремальних умовах. Вибір професії гірників обумовлений низкою факторів, як то особливості мешкання в регіоні, де багато вугільних шахт, необхідність заробляти гроші без наявності певної освіти, наявність в сім'ї династії гірників, іноді навіть романтизм.

Одним з етапів професійного становлення гірників є їхня професійна підготовка та навчання діям в екстремальних умовах. Однак, більшість з них виявляються непридатними до навчання через особливості емоційно-вольових особливостей особистості. Тому більш нагальною стає проблема професійного відбору гірників, які будуть здатні до корегування та навчання на випадок екстремальної ситуації.

Однією з головних задач профілактики аутоагресивної поведінки є виявлення її предикторів для подальшого виділення груп підвищеного ризику, їх моніторингу та надання допомоги. Деякі автори під аутоагресивною поведінкою, як то алкогольна залежність, паління тютюну, швидкісна їзда на автомобілі з ігноруванням правил дорожнього руху, провокація оточуючих на бійки, випадкове вживання великої кількості медикаментів, нервова анорексія, екстремальні види спорту, екстремальна сексуальна поведінка, небезпечні професії, розуміють безсвідомі механізми формування психосоматичних розладів, відстрочене за часом спричинення шкоди своєму здоров'ю, як варіанти несудимості поведінки, на відміну від саме суїцидально. [13].

Виникнення аутоагресії можна розглядати з точки зору різних теоретичних систем. Наприклад, Г.Я. Пілягіна вважає, що для цього необхідна система, яка включає не менш ніж три компоненти. Перший – це фрустрований суб'єкт із подавляємою агресією на фоні соціалізованих інтроєктів, які він заперечує та внутрішнім конфліктом, що формується. Другий – психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні патерни поведінки, що обумовлені вищезазначеним внутрішньоособистісним конфліктом. Третій – зворотній негативний зв'язок – очікування, які не відбулися відносно об'єкту та ситуації, які збільшують напруження, агресивність суб'єкта та потребу вирішення внутрішньособистісного конфлікту [14]. Ця теоретична модель робить акцент на зовнішній детермінації аутоагресії.

Інші дослідники вважають, що бажання спричиняти собі шкоду обумовлено, більш за все, безсвідомим почуттям провини, а не саме фрустрацією або очікуваннями, що не відбулися (Жмуров, 2001). За думкою Жмурова аутоагресія це агресія, що направлена на себе. Аутоагресія проявляється в самозвинуваченні, самопринижуванні, нанесенні собі тілесних ушкоджень аж до ; у виборі аутодеструктивної поведінки (пияцтво, алкоголізм, наркоманія, ризикована сексуальна поведінка, ризиковані види спорту, провокуюча поведінка тощо). Аутоагресія не корелює ні з якими іншими шкалами агресії. Це підкреслює особливість

феномену аутоагресії усередині загальної проблематики психології агресії

Саме тому метою нашого дослідження стало вивчення феномену аутоагресії на прикладі осіб небезпечних видів професій з позицій психосоматичного підходу, а також розробка заходів щодо профілактики аутоагресивної поведінки.

Для досягнення поставленої мети було поставлено наступні завдання:

виявлення осіб із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки серед осіб небезпечних видів професій;

вивчення особливостей клініко-психологічного статусу та аналіз існуючих проблем, з метою своєчасної профілактики та ефективного вирішення цих проблем;

створення системи медико-психологічної підтримки осіб небезпечних видів професій.

Виконання цих завдань було досягнуто за допомогою наступних методів дослідження: клініко-психопатологічний (діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу та клінічні шкали НАМ-А, НАМ-Д, CGI-S, CGI-I); експериментально-психологічний (опитувальник Баса-Дарки, Торонтська алекситимічна шкала, шкала депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник Шмішека, опитувальник Q-Les-Q, шкала оцінки рівня якості життя (-Чабан О.С.); клініко-анамнестичний («Карта обстеження осіб із підвищеним ризиком саморуйнівної поведінки»); інформаційно-аналітичний; методи математичної статистики.

Першим етапом профілактичної роботи є виявлення пацієнтів із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки. В нашому дослідженні ми проводили скрінінг серед осіб небезпечних видів професій під час їх перебування у стаціонарах Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань та Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ.

Всього під спостереження потрапили 534 пацієнта, з них 354 мали небезпечні професії (276 гірників та 78 машиністів). На цьому етапі удосконалити процедуру скрінінгу допомогла розроблена нами «Карта обстеження пацієнта із підвищеним ризиком саморуйнівної поведінки», яка дозволила більш детально вивчити медико-психологічний стан обстежуваного, скласти індивідуальну програму медико-психологічної реабілітації, а також, з урахуванням особливостей кожного обстеженого є можливість об'єднання їх в однорідні за проблематикою групи для проведення групової терапії з реабілітаційною метою.

Додатком до карти була низка психодіагностичних методик спрямованих на виявлення депресії та тривоги, рівня алекситимії – опитувальник Баса-Дарки, шкала депресії Цунга, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник Шмішека, тест Люшера, Торонтська алекситимічна шкала, а також проєктивний тест виявлення психосоматичних проблем.

Другим етапом профілактики було вивчення особливостей клініко-психологічного статусу та аналіз існуючих проблем, з метою своєчасної профілактики та ефективного вирішення цих проблем, а використання розробленої нами карти дозволило удосконалити процедуру формування тематичних груп залежно від основних психологічних проблем, які існували у працівників небезпечних видів професій, а також використання карти допомогло скласти план психотерапевтичного втручання.

Третім етапом профілактики аутоагресії стало створення системи медико-психологічної підтримки осіб небезпечних видів професій, яке полягало в розробці оптимальних підходів та тактик терапії. Для зручності формування груп для проведення терапії залежно від типу аутодеструктивної поведінки ми використовували класифікацію на основі категорії мети (табл. 1) [15].

Таблиця 1

Класифікація аутодеструктивної поведінки на основі категорії мети за Руженковим В.А., Лобовим Г.А., Босвою А.В.

Типологія аутодеструктивної поведінки	Психологічна сутність	%
Релаксаційна	Зняття емоційної напруги	50,0
Маніпулятивна	Демонстрація самопошкоджень з метою маніпуляції найближчим оточенням (з метою досягнення своєї мети: частіше щоб припинити сварку батьків, запобігти розлучення батьків)	12,1
Інфантильно-демонстративна	Для доказу любові, самоствердження, «на спір»	10,3
Заклик	Нанесення самопошкоджень з метою звернути на себе увагу	10,3
Інфантильно-наслідувальна	Наслідуючи більш старшим завдавали собі самоушкодження з метою доказу «сили волі»	6,9
Інфантильно-мазохістична	Отримання задоволення від нанесення собі само пошкоджень	5,2
Симулятивна	Мета - ухилення від служби в Збройних силах	5,2
РАЗОМ		100

Основним гаслом роботи з такими пацієнтами стало комплексність допомоги, а саме використання психофармакотерапії, фізіотерапії та психотерапії, при чому важливим принципом психотерапевтичного втручання було використання індивідуальної, групової та сімейної терапії.

Також при проведенні психотерапевтичної роботи із пацієнтами, у яких було підвищено рівень аутоагресії, обов'язково враховувалась мотиваційна сторона цього феномену, яка складалася із взаємодії когнітивного та емоційного компонентів. Мотивація аутоагресивної поведінки мала свою специфічність, тобто відбувалася мотиваційна інверсія психологічного захисту людини. А саме, якщо у звичайних умовах між когнітивною та емоційною складовими поведінки існує гармонійна єдність, тобто захист життя забарвлений позитивними емоціями, а загроза життю – негативними, то при аутоагресивній поведінці виникає зміна знаків емоцій на протилежні. Більш позитивними емоціями починає забарвлюватись думка про переривання життя особи, а думка про збереження життя – негативними. Людина вважає саможубство, як вирішення деякої важкої проблеми (вибір меншого з двох лих), а іноді – як деякий позитив та спосіб самоствердження.

Обов'язково враховувалось, що аутоагресивна поведінка формується в несприятливій для суб'єкта ситуації, яка тягне за собою специфічну інверсію життя захисної мотивації з емоційною перевагою аутоагресивного наміру та реалізується під час блокади попередньої системи психологічного захисту особистості. Тобто психотерапевтична робота з такими пацієнтами базувалася на відновленні порушених захисних механізмів.

Таким чином, можна сказати, що проведене дослідження дозволило вдосконалити профілактику аутоагресії у осіб небезпечних видів професій за рахунок покращання діагностики цього феномену, а також більш цілеспрямованого психотерапевтичного впливу (використання «Карти обстеження пацієнта із підвищеним ризиком саморуйнівної поведінки»).

Література:

1. Є. Г. Гриневич, І. В. Лінський Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України // Український вісник психоневрології Том 13, випуск 3 (44), 2005. С.6-15.

2. Марута Н.А., Явдак И. А. Особенности формирования аутоагрессии у больных депрессивным эпизодом пожилого возраста / Украинський вісник психоневрології. – Том 18, випуск 3 (64), 2010. С. 45-49.

3. Напреснюк О. К., Марчук Т. Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. — 2002. — № 1. — С. 117–119.

4. Доручення Президента України від 24.09.2002 р. № 480/29626–01.

5. Закон України від 08.06.2000 р. № 1809–III «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру».

6. Закон України від 14.12.1999 р. № 1281–XIV «Про аварійно-рятувальні служби».

7. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 р. № 14).

8. Накази МОЗ України від 12.07.2001 року № 284, від 15.02.2002 року № 64, спільний наказ МОЗ та МНС України від 14.05.2001 року № 180/115 «Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації».

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 р. № 122 «Про комплексні заходи, спрямовані на ефективну реалізацію державної політики у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, запобігання та оперативного реагування на них, на період до 2005 року».

10. Рішення апаратної наради Міністерства охорони здоров'я України «Науково-практичні проблеми соціальної психіатрії» від 21.05.2001 р.

11. Гриневич Є. Г. Оцінка ефективності надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій // Журнал психіатрії та медичинської психології. — 2007. — № 1. — С. 32–40.

12. Гриневич Є. Г. Стан психічного здоров'я шахтарів і гірничорятувальників, що зазнали впливу надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1–2. — С. 146–148.

13. Карпова О. П. Экстремальные виды спорта как модель адаптации в условиях психоэмоционального стресса [Электронный ресурс] // Новості української психіатрії. — Харьков, 2001. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper033.htm>.

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

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

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИЙ

С.Г. Полшкова

В данной статье обозначена актуальность проблемы усовершенствования профилактики и профессионального отбора лиц опасных видов профессий. Описана система профилактических мероприятий и оказания помощи данной категории лиц, которая условно разделена на 3 этапа. На первом этапе проводится скрининг аутоагрессии у лиц опасных профессий, на втором этапе определяются клинко-психопатологические особенности психической патологии у них, а на третьем этапе оказывается помощь по снижению уровня аутоагрессии у данных пациентов.

Ключевые слова: лица опасных профессий, профилактика, аутоагрессия

IMPROVING PREVENTION OF AUTOAGGRESSION IN PERSONS OF DANGEROUS PROFESSIONS

S.G. Polshkova

This article is designated to improve the relevance of problems of prevention and professional selection of persons of dangerous professions. A system of preventive measures and to assist persons in this category, which is conventionally divided into three stages. At the first stage of the screening autoaggression in those dangerous occupations, in the second stage - the clinical and psychopathological features of psychiatric disease in them, and the third stage assists in reducing autoaggression in these patients.

Keywords: persons dangerous occupations, prevention, autoaggression

УДК 616.83:538.56

В.С. Потаскалова¹, М.М. Селюк², М.В. Хайтович¹
ЗАКОНОМІРНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО
ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУ НЕРВОВУ СИСТЕМУ

(огляд літератури та результати власних досліджень)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця¹

Українська військово-медична академія²

Ключові слова: електромагнітне випромінювання, центральна нервова система, оксидативний стрес

Проблема артеріальної гіпертензії. За статистичними даними МОЗ, на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що становить 32,2% дорослого населення країни. [4]. Особливо гострою в наш час стала проблема АГ, значна увага приділяється артеріальній гіпертензії у осіб працездатного віку. Медико-соціальне значення АГ пов'язано з тим, що існує кореляційний зв'язок між рівнем АГ та ризиком серцево-судинних ускладнень. Відомо, що ризик серцево-судинних ускладнень збільшується в залежності від збільшення рівня АГ. За даними Фремингемського дослідження, пацієнти з АГ у порівнянні із людьми із нормальним АТ мають в 7 разів більшу частоту виникнення інсульту, в 6 разів – серцевої недостатності, в 4 – виникнення ішемічної хвороби серця, вдвічі – розвиток ушкодження периферичних артерій.

Важливим негативним аспектом АГ є первинна інвалідність з приводу цереброваскулярної патології, як ускладнення перебігу гіпертонічної хвороби, а смертність з цього приводу займає друге місце в структурі загальної смертності [6].

При артеріальній гіпертензії ураження головного мозку як органа-мішені проявляється не тільки інсультами, але й порушенням когнітивних функцій (моторних, уваги, пам'яті), за допомогою яких відбувається процес раціонального пізнання світу. Поняття судинної деменції включає в себе від незначного клінічного погіршення когнітивних функцій, яке часто не виявляється, до важкої деменції. Судинна деменція має такі фактори ризику як похилий вік, артеріальна гіпертензія та атеросклероз церебральних судин. Більшість досліджень вказують на те, що предиктором деменції є підвищення систолічного артеріального тиску, деякі дослідження виявили кореляцію між розвитком деменції та рівнем діастолічного артеріального тиску [21].

Мітохондріальна недостатність. Відомо, що широке коло захворювань включає в себе ті чи інші прояви мітохондріальної недостатності, що виявляється, насамперед, порушенням клітинного енергообміну, як ланки патогенезу. Це пояснюється тим, що мітохондрії присутні, за виключенням еритроцитів, у всіх клітинах, і тому хвороби окисного фосфорилювання можуть викликати симптоми в будь-якому органі або тканині.

Зміна функцій або структури мітохондрій призводить до перебудови їх енергетичного обміну і енергетичного обміну всієї клітини, до зміни стану мембран

мітохондрій і інших внутрішньоклітинних органів, появи хромосомних та нехромосомних мутацій.

Внутрішньоклітинне утворення супероксидних радикалів ($O_2^{\bullet}$) є важливим й неминучим фізіологічним процесом. В фізіологічній кількості $O_2^{\bullet}$ виступають в ролі сигнальних молекул. Вони регулюють імунні процеси, функціонування серцево-судинної, ендокринної, дихальної, травної системи.

Відомо, що поряд з іншими, $O_2^{\bullet}$ виконують сигнальну функцію, реалізація якої визначає їх участь у формуванні патофізіологічних процесів, що лежать в основі формування серцево-судинних захворювань, в тому числі артеріальної гіпертензії (АГ) [17], атеросклерозу та розвитку ішемічної хвороби серця [18]. Мутовані мтДНК накопичуються з віком у зв'язку з оксидативним стресом. Генерація ендотелієм активних форм кисню є тригерним фактором, яку ініціює мітохондріальна недостатність при серцево-судинних захворюваннях [20]. За результатами наших досліджень, у працівників радіолокаційних засобів існує дозозалежне підвищення рівнів окисного пошкодження ДНК клітин [7].

Закономірності впливу. Адаптаційно-приспосувальна діяльність при впливі ЕМВ характеризується активною перебудовою біологічних процесів і супроводжується зміною аферентного потоку від екстеро- та інтерорецепторів до центральної нервової системи, що обумовлює реорганізацію корково-вісцеральних зв'язків і виявляється широким спектром електричних реакцій головного мозку, які забезпечують перебіг інтероцептивних рефлексів та сприяють формуванню пристосувальних реакцій організму.

Як відомо, властивості окремо взятої клітини, не повністю відповідають функції певного органу, наприклад печінки чи міокарду. Тому при вивченні впливу ЕМВ на організм досліджується не тільки клітинний, а й інші рівні. Причому з підвищенням ієрархічного рівня збільшується й чутливість його складових до зовнішнього ЕМВ [10]. Найбільш чутливим до впливу ЕМВ є гіпоталамус, де зосереджені вищі вегетативні центри. Вплив електромагнітних хвиль (ЕМХ) викликає дезадаптацію організму, порушує стійкість до різних несприятливих факторів та ряд пристосувальних реакцій. [19]. Виявлена певна закономірність: ЕМВ малої інтенсивності здійснює на центральну нервову систему стимулюючий, великої інтенсивності - гальмуючий вплив [2].

В патогенезі розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) [17], атеросклерозу та ішемічної хвороби серця [15], так саме, як і в багатьох інших захворювань [12] і взагалі, процесів старіння, лежить окисне пошкодження клітин [18]. Вплив ЕМВ на організм супроводжується активацією утворення супероксидних радикалів, порушенням окислативного енергозабезпечення, цілісності мембран, пригніченням імунореактивності та репродуктивної функції, збільшенням вірогідності індукції аутоімунних процесів, розладнанням вищої нервової діяльності.

Залежно від тривалості впливу ЕМВ на біологічні системи порушення функцій можуть носити стійкий характер та не зникати після його припинення [16]. До віддалених наслідків впливу ЕМВ радіочастотного діапазону слід віднести негативний вплив на потомство та синдром раннього старіння організму [14]. Ступінь вираженості змін та терміну розвитку патології залежать від стажу роботи, енергетичної експозиції ЕМВ, його особливостей (модульоване, переривчасте, імпульсне, місцеве, загальне), вихідного стану організму [3].

Нами відмічено особливості клінічного перебігу АГ у хворих, які зазнали тривалого впливу електромагнітного випромінювання надвисокочастотного діапазону. Зокрема, у пацієнтів гірше досягається цільовий рівень артеріального тиску, частіше спостерігаються гіпертензивні кризи, відмічено схильність до тахікардії [8].

ЕМВ і ЦНС. Розвиток енцефалопатії обумовлений розвитком дефіциту енергії за рахунок роз'єднання окисної та фосфорилуючої функції мітохондрій тканин мозку.

Клінічні прояви ураження нервової системи при тривалому впливі ЕМВ НВЧ проявляється насамперед астеновегетативним, астеноневротичним, ангіодистонічним синдромами [11]. Виникає ослаблення пам'яті, депресії, іпохондричні стани, нав'язливі думки про загрозу смерті [1]. Часто виникає дієнцезальний синдром: нападоподібний інтенсивний головний біль, відчуття тремтіння в тілі, біль у серці, тахікардія, підвищення артеріального тиску та підвищення температури тіла, короткочасні розлади свідомості, занепокоєння, почуття страху, блідість шкіри. За рахунок зниження секреції мелатоніну спостерігається порушення сну [13]. Адаптація до ЕМВ НВЧ супроводжується зниженням активації симпатoadреналової системи.

У людей, на яких тривало впливає ЕМВ, характерні скарги на головний біль, підвищену втомлюваність, дратівливість, сонливість, погіршення пам'яті, що нагадує клінічну картину розладу церебрального кровообігу. При цьому об'єктивно відмічається зменшення адаптивних резервів організму, зниження імунітету, працездатності, збільшується вірогідність розвитку стресорних реакцій та ризик розвитку захворювань. При тривалості впливу ЕМВ до 10-15 років має місце компенсація патологічних проявів. Потім за рахунок розвитку кумулятивного ефекту настає декомпенсація

процесу, що проявляється посиленням патологічних реакцій в організмі із збільшенням стажу роботи [5].

За результатами наших досліджень, у чоловіків, які працюють за умов впливу електромагнітного випромінювання надвисокочастотного діапазону, відмічаються зниження моторних, графомоторних та суцесивних функцій та існує зворотній зв'язок із часом впливу ЕМВ на організм [9].

Отже, ознаками патологічного впливу ЕМВ є поліпатологія, рання маніфестація вікових захворювань, зміни в репродуктивній системі, порушення обміну ліпідів, зниження імунного статусу. Розвиток патології з боку внутрішніх органів пояснюється посиленням окисного пошкодження клітин організму. Для визначення небезпеки ЕМВ для здоров'я, ролі окислативного стресу в особливостях перебігу захворювань, зокрема серцево-судинної та центральної нервової систем, доцільне проведення подальших досліджень.

Література:

1. Белокриницкий В.С. - Патогенетические звенья формирования микроволновой патологии клеток головного мозга при действии СВЧ-излучений слабых интенсивностей (5, 10, 15, 30, 50 мкВт/см²) / В.С. Белокриницкий, А.И. Гоженко // Актуальные проблемы транспортной медицины. - № 3(5). - 2006. - С. 37-43.
2. Боярский М.Р. Щодо питання нормування електромагнітних полів, які утворюються відео дисплеями терміналами / М.Р. Боярский, О.С. Тесленко, Л.М. Менишкова, І.В. Головина // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2006. - №1. - С. 59-64.
3. Григорьев Ю. Г. Электромагнитные поля и здоровье населения / Ю. Г. Григорьев // Гигиена и санитария. - 2003. - №3. - С. 14-17.
4. Коваленко В.М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. - 2005. - №1. - С.9-15.
5. Колганова О.И. Экспериментальная оценка дозо-временных закономерностей реакций организма на воздействие микроволновых излучений термических интенсивностей: Автореф. Дис. на соиск. уч. степ. канд. биол. наук / О.И. Колганова; Мед.радиол.науч.центр РАМН, Обнинск, 2005. 22с.
6. Москаленко В.Ф. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку / В.Ф. Москаленко, П.В. Волошин, П.Р. Петрашенко // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т. 9. - № 1(26). - С. 5-8.
7. Рівні окисного пошкодження ДНК у хворих з артеріальною гіпертензією під впливом хронічного опромінення надвисокими частотами електромагнітного випромінювання / В.С. Потаскалова, М.М. Селюк, А.П. Бурлака - Український науково-медичний молодіжний журнал. - Матеріали 64 Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини», 3-4 листопада 2010 р., Україна, Київ. - С. 222-223.
8. Селюк М.М. Зміни показників добового моніторингу артеріального тиску та клініко-лабораторні дані під впливом електромагнітного випромінювання / М.М. Селюк, М.В. Хайтович, В.С. Потаскалова // Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць. - Вип. 29. - 2011. - С. 204-208.
9. Селюк М.Н. Порушення когнітивних функцій та сну у хворих на артеріальну гіпертензію, працюючих в умовах надмірного електромагнітного випромінювання надвисокої частоти / М.М. Селюк, М.В. Хайтович, В.С. Потаскалова. - 2011. - Національний вісник НМУ. - № 3-4. С. 106-110.
10. Системная оценка действия внешних электромагнитных полей на биологические объекты / С.В. Сурма, Б.Ф. Щеголев, Г.В. Михайлов, Б.А. Зякин // Медико-биологические аспекты действия физических факторов: Материалы междунар. конф.; 24-25 окт. 2006, Минск: Под ред. В.С. Улащик. - Мн.: Бизнесофсет, 2006. - С. 138-140.

11. Чирський М.В. Модифікація неспецифічних адаптаційних реакцій за допомогою низькоінтенсивного електромагнітного випромінювання надвисокої частоти: автореф. дис. канд. біол. наук: 03.00.13 / М.В. Чирський. – Сімф., 2003. – 20 с.

12. Arterial hypertension exacerbates oxidative stress in early diabetic retinopathy // Camila C. Pinto a, Kamila C. Silva a, Subrata K. Biswas a et al. // *Free Radical Research*. – Vol. 41. – Issue 10. – 2007. – P. 1151 – 1158.

13. Effect of short wave (6-22MHz) magnetic fields on sleep quality and melatonin cycle in humans: The Schwarzenburg shut-down study / Altpeter Ekkehardt-Siegfried, Roosli Martin, Battaglia Marcus, Pfluger Dominik, Minder Chis toph E., Abelin Theodor // *Bioelectromagnetics*. – 2006. – Vol. 27. – №2. – P. 142-150.

14. Evaluation of basal DNA damage and oxidative stress in Wistar rat leukocytes after exposure to microwave radiation / V. Garaj-Vrhovac, G. Gajski, I. Trosić, I. Pavčić // *Toxicology*. – 2009. – № 259(3). – P. 107-112.

15. Inoue A. Three job stress models/concepts and oxidative DNA damage in a sample of workers in Japan / A. Inoue, N. Kawakami, M. Ishizaki, M. Tabata, M. Tsuchiya, M. Akiyama, A. Kitazume, M. Kuroda, A. Shimazu // *J Psychosom Res*. – 2009. – № 66(4). – P. 34.

16. Kovacic P. Cell signaling (mechanism and reproductive toxicity): redox chains, radicals, electrons, relays, conduit, electrochemistry, and other medical implications / P. Kovacic, R. S. Pozos // *Birth Defects Res C Embryo Today*. – 2006. – № 78(4). – P. 44.

17. Kunitomo M. Beneficial effect of coenzyme Q10 on increased oxidative and nitrate stress and inflammation and individual metabolic components developing in a rat model of metabolic syndrome / M. Kunitomo, Y. Yamaguchi, S. Kagota, K. Otsubo // *J Pharmacol Sci*. – 2008. – № 107(2). – P. 37.

18. Meral I. Effects of 900-MHz electromagnetic field emitted from cellular phone on brain oxidative stress and some vitamin levels of guinea pigs / I. Meral, H. Mert, N. Mert, Y. Deger, I. Yoruk, A. Yetkin, S. Keskin // *Brain Res*. – 2007. – № 1169. P. 120-124.

19. Neurovegetative disturbances in workers exposed to 50 Hz electromagnetic fields. Bortkiewicz Alicja, Gadzicka Elzbieta, Zmyslony Marek, Szymczak Wieslaw // *Int. J. Occup. Med. and Environ. Health*. 2006. 19, N1 (p. 53-60)

20. Oral charcoal adsorbent (AST-120) prevents progression of cardiac damage in chronic kidney disease through suppression of oxidative stress / H Fujii, F Nishijima, S Goto, M Sugano, H Yamato, R Kitazawa, S Kitazawa // *Fukaga Nephrol Dial Transplant*. – 2009. – № 24(7). – P. 2089-2095.

21. Skoog I. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia / I Skoog, B. Lernfelt, S. Landahl // *Lancet*. – 1996. – № 347. – P. 1141-1145.

Three job stress models/concepts and oxidative DNA damage in a sample of workers in Japan / A Inoue, N Kawakami, M Ishizaki, M Tabata, M Tsuchiya, M Akiyama, A Kitazume, M Kuroda, A. Shimazu // *J Psychosom Res*. – 2009. – № 66(4). – P. 329-34.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

(обзор литературы и результаты собственных исследований)

В.С. Потаскалова, М.Н. Селюк, Н.В. Хайтович

В статье рассмотрены закономерности влияния электромагнитного излучения на центральную нервную систему. Показаны механизмы развития нарушений деятельности внутренних органов на примере сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: электромагнитное излучение, центральная нервная система, окислительный стресс

REGULARITY OF THE PATHOLOGICAL INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC IRRADIATION ON THE NERVOUS SYSTEM (literature review and results of personal researches)

V.S. Potaskalova, M.N. Seliuk, N.V. Khaitovych

The article is devoted to the regularities of ultra-high frequency electromagnetic radiation influence on the central nervous system. The mechanism of internal activity regulation disarrangement is shown on the example of cardio-vascular system.

Keywords: electromagnetic radiation, central nervous system, oxidative stress

УДК 616.89

М.А. Соловьева

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

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

Ключевые слова: стресс, расстройства, работники финансово-кредитных учреждений

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами [1]. На Украине они занимают третье место по распространенности среди населения - у мужчин (9,8%), у женщин (18,2 %) [2].

В настоящее время происходит перераспределение удельного веса этих заболеваний среди разных социальных и профессиональных групп населения. В зоне риска находятся те контингенты, которые ранее

считались «социально защищенными». В первую очередь к ним относятся служащие финансово-кредитных учреждений. Так, по данным Национального Института Профессиональной Безопасности и Здоровья США, наиболее высокий уровень заболеваемости тревожными, невротическими и постстрессовыми расстройствами отмечается среди работников транспорта, финансовой сферы, страхования и недвижимости [3].

В нашей стране стремительный рост числа банковских учреждений различных форм собственности сопровождался значительным увеличением контингента служащих, изменением материально-технической

11. Чирський М.В. Модифікація неспецифічних адаптаційних реакцій за допомогою низькоінтенсивного електромагнітного випромінювання надвисокої частоти: автореф. дис. канд. біол. наук: 03.00.13 / М.В. Чирський. – Сімф., 2003. – 20 с.

12. Arterial hypertension exacerbates oxidative stress in early diabetic retinopathy // Camila C. Pinto a, Kamila C. Silva a, Subrata K. Biswas a et al. // *Free Radical Research*. – Vol. 41. – Issue 10. – 2007. – P. 1151 – 1158.

13. Effect of short wave (6-22MHz) magnetic fields on sleep quality and melatonin cycle in humans: The Schwarzenburg shut-down study / Altpeter Ekkehardt-Siegfried, Roosli Martin, Battaglia Marcus, Pfluger Dominik, Minder Chis toph E., Abelin Theodor // *Bioelectromagnetics*. – 2006. – Vol. 27. – №2. – P. 142-150.

14. Evaluation of basal DNA damage and oxidative stress in Wistar rat leukocytes after exposure to microwave radiation / V. Garaj-Vrhovac, G. Gajski, I. Trosić, I. Pavčić // *Toxicology*. – 2009. – № 259(3). – P. 107-112.

15. Inoue A. Three job stress models/concepts and oxidative DNA damage in a sample of workers in Japan / A. Inoue, N. Kawakami, M. Ishizaki, M. Tabata, M. Tsuchiya, M. Akiyama, A. Kitazume, M. Kuroda, A. Shimazu // *J Psychosom Res*. – 2009. – № 66(4). – P. 34.

16. Kovacic P. Cell signaling (mechanism and reproductive toxicity): redox chains, radicals, electrons, relays, conduit, electrochemistry, and other medical implications / P. Kovacic, R. S. Pozos // *Birth Defects Res C Embryo Today*. – 2006. – № 78(4). – P. 44.

17. Kunitomo M. Beneficial effect of coenzyme Q10 on increased oxidative and nitrate stress and inflammation and individual metabolic components developing in a rat model of metabolic syndrome / M. Kunitomo, Y. Yamaguchi, S. Kagota, K. Otsubo // *J Pharmacol Sci*. – 2008. – № 107(2). – P. 37.

18. Meral I. Effects of 900-MHz electromagnetic field emitted from cellular phone on brain oxidative stress and some vitamin levels of guinea pigs / I. Meral, H. Mert, N. Mert, Y. Deger, I. Yoruk, A. Yetkin, S. Keskin // *Brain Res*. – 2007. – № 1169. P. 120-124.

19. Neurovegetative disturbances in workers exposed to 50 Hz electromagnetic fields. Bortkiewicz Alicja, Gadzicka Elzbieta, Zmyslony Marek, Szymczak Wieslaw // *Int. J. Occup. Med. and Environ. Health*. 2006. 19, N1 (p. 53-60)

20. Oral charcoal adsorbent (AST-120) prevents progression of cardiac damage in chronic kidney disease through suppression of oxidative stress / H Fujii, F Nishijima, S Goto, M Sugano, H Yamato, R Kitazawa, S Kitazawa // *Fukaga Nephrol Dial Transplant*. – 2009. – № 24(7). – P. 2089-2095.

21. Skoog I. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia / I Skoog, B. Lernfelt, S. Landahl // *Lancet*. – 1996. – № 347. – P. 1141-1145.

Three job stress models/concepts and oxidative DNA damage in a sample of workers in Japan / A Inoue, N Kawakami, M Ishizaki, M Tabata, M Tsuchiya, M Akiyama, A Kitazume, M Kuroda, A. Shimazu // *J Psychosom Res*. – 2009. – № 66(4). – P. 329-34.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

(обзор литературы и результаты собственных исследований)

В.С. Потаскалова, М.Н. Селюк, Н.В. Хайтович

В статье рассмотрены закономерности влияния электромагнитного излучения на центральную нервную систему. Показаны механизмы развития нарушений деятельности внутренних органов на примере сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: электромагнитное излучение, центральная нервная система, оксидативный стресс

REGULARITY OF THE PATHOLOGICAL INFLUENCE OF ELECTROMAGNETIC IRRADIATION ON THE NERVOUS SYSTEM (literature review and results of personal researches)

V.S. Potaskalova, M.N. Seliuk, N.V. Khaitovych

The article is devoted to the regularities of ultra-high frequency electromagnetic radiation influence on the central nervous system. The mechanism of internal activity regulation disarrangement is shown on the example of cardio-vascular system.

Keywords: electromagnetic radiation, central nervous system, oxidative stress

УДК 616.89

М.А. Соловьева

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

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

Ключевые слова: стресс, расстройства, работники финансово-кредитных учреждений

Перемены, происходящие на протяжении последних лет в экономической, социальной, материально-технической сферах общества, создали предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами [1]. На Украине они занимают третье место по распространенности среди населения - у мужчин (9,8%), у женщин (18,2 %) [2].

В настоящее время происходит перераспределение удельного веса этих заболеваний среди разных социальных и профессиональных групп населения. В зоне риска находятся те контингенты, которые ранее

считались «социально защищенными». В первую очередь к ним относятся служащие финансово-кредитных учреждений. Так, по данным Национального Института Профессиональной Безопасности и Здоровья США, наиболее высокий уровень заболеваемости тревожными, невротическими и постстрессовыми расстройствами отмечается среди работников транспорта, финансовой сферы, страхования и недвижимости [3].

В нашей стране стремительный рост числа банковских учреждений различных форм собственности сопровождался значительным увеличением контингента служащих, изменением материально-технической

оснащенности банков, усложнением содержания работы и требований к квалификации и поведению сотрудников, как со стороны руководства, так и со стороны клиентов банка. В настоящее время финансово-кредитная система переживает относительный спад. Работа в банке стала утрачивать свой престиж и финансовую привлекательность по сравнению с другими отраслями, прошли массовые сокращения и внутриорганизационные перестановки работников. Сотрудники страховых компаний и пенсионных фондов, в свою очередь, вынуждены вести работу в условиях экономической и нормативно-правовой нестабильности.

Таким образом, существует целый ряд вероятностных факторов, способных вызвать нарушения адаптации, у сотрудников финансово-кредитных учреждений. Все их многообразие можно представить в виде следующих групп:

- профессиональные факторы, определяющиеся реакцией служащих на изменения в их должностных обязанностях, содержании труда: высокая цена ответственности за проведенные операции и принимаемое решение; постоянное обновление (усложнение) спектра проводимых операций, внедрение новых компьютерных технологий, уменьшение возможности профессионального роста, отсутствие перспектив для самореализации [4; 5; 6; 7; 10; 12];

- организационные факторы: сокращения штата сотрудников и связанная с этим угроза потерять рабочее место, изменения внутренней структуры учреждения и требований к работе, недостаточная информированность персонала о происходящих изменениях, использование неоправданного давления и угроз со стороны руководства [7; 8; 9; 12];

- санитарно-гигиенические: недостаточное освещение, неблагоприятные факторы, связанные с работой на компьютерах (ЭМИ, электростатическое поле), неблагоприятные условия микроклимата, чрезмерная скученность в рабочих помещениях, отсутствие необходимого количества помещений [4; 9];

- социально-психологические: неравномерная загруженность в течение дня (месяца, года), гиподинамия, перенапряжение зрительного анализатора, высокий темп работы, частые переключения видов деятельности, нервно-психическое напряжение, монотонность работы, отсутствие сбалансированного режима труда и отдыха, недостаточный уровень развития корпоративной культуры, неблагоприятный социально-психологический климат, авторитарный стиль руководства, отсутствие системы морального поощрения, а также негативное отношение к сотруднику со стороны клиентов банка как к представителю «всей банковской системы» [3; 4; 5; 6; 7; 9; 10];

- экономические факторы, связанные с относительным сокращением заработков основной массы работников по сравнению с недавним периодом их деятельности [6; 10; 11; 12];

- общие стрессовые факторы: рост стоимости жизни, правовая и социальная незащищенность, опас-

ность, связанная с повышенной криминальной ситуацией в стране, личностные проблемы [10;12].

Как известно, «рассогласование» между имеющимися у человека стремлениями, представлениями, возможностями действия нередко приводит к появлению различных эмоциональных расстройств. Наиболее часто отмечаются при этом страх, тоска, лабильность настроения, депрессия. Дальнейшее напряжение функциональной активности барьера психической адаптации приводит, как правило, к его перенапряжению. Это проявляется в виде так называемых преневротических состояний. Если действие психотравмирующего фактора остается постоянным или, наоборот, усиливается, то резервные возможности оказываются исчерпанными. Происходит «надрыв» адаптационного барьера, ослабление психической активности, сужение возможностей адаптированной психической деятельности, а также появляются качественно и количественно новые формы приспособительных и защитных реакций. С клинической точки зрения это выражается в появлении невротических расстройств [1].

Возможность возникновения вышеперечисленных нарушений психического здоровья у сотрудников финансово-кредитных учреждений в результате действия стрессогенных факторов в последние годы привлекает все большее внимание исследователей.

Так, при проведении опроса в 13 коммерческих банках России, Казахстана и Узбекистана, на вопрос "Часто ли Вы ощущаете негативные психические состояния, связанные с Вашей работой?" ответ "достаточно часто" дали каждый третий операционист и руководитель среднего и высшего звена, и каждый пятый специалист отдела. Было выявлено, что негативные психические состояния наименее свойственны специалистам (практически никогда их не ощущают 8,33% опрошенных). Причина этого феномена в том, что работа специалиста отдела меньше связана с принятием ответственных решений (по сравнению с руководителями); и в меньшей степени имеет место работа с людьми и наличными деньгами [10, 11].

Также значительный интерес представляют результаты исследования, проведенного с целью выявления степени и характера пограничных психических расстройств, а также изменений функционального состояния ЦНС, у банковских служащих. В исследовании принимали участие 145 сотрудников трех банков г. Казани. Среди них процент лиц с психопатологическими проявлениями был значительно выше, чем в средне-статистической группе (80,7% — банковских работников и 23,8% — контрольной группы) [4]. У 49,6% лиц с психическими нарушениями расстройства носили достаточно выраженный характер. В результате более детального анализа клинических симптомов были выделены несколько основных нозологических групп: F45.0 соматизированное расстройство — 15 человек (10,4%), F48.0 неврастения — 16 человек (11,0%), F41.2 тревожно-депрессивное расстройство — 15 человек (10,4%), F40.1 социальные фобии — 12 человек

(8,3%). У другой половины банковских служащих с выявленной психопатологией (59 человек или 50,4% лиц с психическими нарушениями) расстройства психики носили неглубокий, не до конца сформированный характер, среди них преобладали астенические (46,9%) и тревожные (36,6%) расстройства. У 28 (19,3% от всех обследованных) банковских работников психопатологических проявлений выявлено не было. [4].

При проведении альтернативных исследований среди банковских служащих уровень преκлинических психических расстройств составил 40,7% от общего числа обследованных. Из симптомов наиболее часто встречались замкнутость, излишняя подозрительность, эмоциональная лабильность, тревожность и быстрая утомляемость. Навязчивые мысли, присутствующие у некоторых банковских служащих, чаще всего были представлены навязчивыми музыкальными мотивами, пословицами, обрывками фраз, навязчивыми проверками своих действий, сомнениями. Навязчивые движения — постукиванием пальцев, протиранием пыли, причесыванием и другими проявлениями груминга. К проявлениям навязчивостей у обследуемых всегда сохранялось критическое отношение. Почти никто из них не считал их проявлениями психического расстройства и поэтому не обращался за помощью к соответствующим специалистам. Вегетативные нарушения в описываемой группе обследованных были представлены в виде традиционной вегето-сосудистой дистонии, так и в виде «игры вазомоторов», гипергидроза и нарушения саливации (сухость во рту, слюнотечение). Эти расстройства носили периодический характер и возникали преимущественно в стрессовых ситуациях или во время интенсивной и ответственной работы [5].

Постоянное внутреннее напряжение, сверхконтроль над своими действиями и деятельностью подчиненных, обусловленные высокой ответственностью за результаты своих действий, фактическим отсутствием права на ошибку, а также работа в режиме сверхурочного времени приводят к возникновению хронического переутомления у сотрудников. Оно наблюдается практически у 75% банковских работников, примерно 25% из них нуждается не только в психологической, но и медикаментозной терапии [12]. Непродуктивная психическая напряженность, эмоциональное истощение, снижение внимания, стремление любым способом снизить травмирующую силу напряженности, ухудшение общего самочувствия и снижение активности приводит к ухудшению качества работы увеличению числа ошибок. Это, в свою очередь, приводит к усугублению стрессогенности ситуации и тем самым «замыкает порочный круг» нарастания симптоматики.

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 трудовых нагрузок, к концу месяца,

квартала, 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 «неважным» 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 преκлиническим 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 преκлиническим уровнем психопатологии обычно возникали на высоте астении, хотя иногда присоединялись к тревожной, обсессивной или даже демонстративной симптоматике [5].

По данным московских авторов [12;13] среди клинических нарушений у 20% банковских служащих определяются состояния хронической депрессии (подавленности, апатии, безразличия), может возникать немотивированная тревога, беспокойство, у 15% развивается внутриличностный конфликт (резкие спады и подъемы настроения, наличие амбивалентных решений — одновременно как «за», так и «против»). Кроме этого наблюдаются вегетативные проявления в виде головных болей, резкого повышения или понижения кровяного давления, болезненных ощущений в области сердца. Также они отмечают часто возникающую немотивированную раздражительность.

При проведении обследования по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» Бойко В.В. среди 50 работников разных банков города Москвы сложившийся синдром «эмоционального выгорания» выявлен у 25 % респондентов, в фазе формирования — у 60 % опрошенных. Анализ результатов исследования позволяет сделать вывод, что с возрастом и стажем профессиональной деятельности увеличиваются уровень тревоги и депрессии, экономия эмоций, формализация профессиональных обязанностей, неудовлетворенность профессией. Для мужчин более характерно ощущение «загнанности», у женщин этот симптом выражен меньше, но наблюдаются более высокие уровни выраженности тревоги и депрессии, экономии эмоций, а также психосоматические и психофизиологические нарушения [13].

Таким образом, можно говорить о наличии у сотрудников финансово-кредитных учреждений донологических и нозологических форм невротических, связанных со стрессом расстройств. Выявление патологии на преκлиническом этапе развития заболевания имеет большое значение, так как позволяет своевременно применить сбалансированные психогигиенические и профилактические мероприятия, направленные на предотвращение дальнейшего ухудшения здоровья служащих и восстановление уже утраченного.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Преблезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия "Практические руководства" // М: Литтерра (Litterra), 2010. - 272 с.
2. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине / (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) // "Журн. АМН України", 2010, т. 16, № 1. — С. 168–176.
3. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People // DHHS (NIOSH) Publication No. 2002 – 116, April 2002 - <http://www.cdc.gov/niosh/>
4. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009. № 06. – с.37-39.
5. Менделевич Д.М., Орлов Г.В., Яхин К.К. Преклинические психические расстройства у банковских служащих // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009, №38. - с.60-62.
6. STRESS Among Bank Employees Dr. Ripudaman Singh , Mrs Arihant Kaur Bhalla Er. Indpreet Kaur / LAP LAMBERT Academic Publishing 2011. - 72 p.
7. Барабаничкова В.В. Анализ профессионального стресса банковских служащих // Национальный психологический журнал. – Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова - 2010 №1(3). – с. 118-121.
8. Артамонова Л.Н., Леонова А.Б. Организационный стресс у сотрудников банка. – Вестник Московского университета. Сер. 14. ПСИХОЛОГИЯ. 2009. - N 1. - С. 39-52.
9. Картрайт С. Стресс на рабочем месте: пер. с англ. / С.Картрайт, К.Купер. Харьков : Гуманит. центр, 2004. - 236 с.
10. Волгина, О.Н. Мотивация труда персонала финансово-кредитных организаций [Текст] / О.Н. Волгина, Ю.Г. Одегова. - М.: Экзамен, 2002. - 128 с.
11. Ильясов, С.М. О мотивации персонала коммерческого банка. Банковское дело 2010. № 4. - С.68-71
12. Самоукина Н.В. Искусство управления персоналом банка. — М.: Русская Деловая литература, 1997. — 208 с.
13. Пионтовская Ю.А. Проблема эмоционального выгорания банковских работников // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов, 07.11.2011. - <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih10.html>.

ФАКТОРИ РИЗИКУ І КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ РОЗЛАДІВ У РОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ ЗАКЛАДІВ

М.А. Соловйова

Захворювання невротичними і соціально-стесовими розладами на Україні займають третє місце по розповсюдженості. У зоні ризику знаходяться службовці фінансово-кредитних закладів. На теперішній час фінансово-кредитна система переживає відносний спад. Робота у банку стала втрачати свій престиж, відбулися масові скорочення штату та внутрішня реорганізація співробітників. Робітники страхових компаній та пенсійних фондів змушені вести роботу в умовах економічної та нормативно-правової нестабільності.

Таким чином, існує цілий ряд вірогідних факторів, які можуть викликати порушення адаптації серед співробітників фінансово-кредитних установ.

Ключові слова: стрес, розлади, робітники фінансово-кредитних закладів

RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE NEUROTIC, STRESS-RELATED DISORDERS IN WORKERS FINANCIAL CREDIT INSTITUTIONS

M.A. Solovyova

Diseases and neurotic social stress-related disorders in Ukraine ranked third in prevalence. At risk are employees of financial and credit institutions. At present financial and credit system is experiencing a relative decline. Working in a bank began to lose its prestige; there were massive downsizing and internal reorganization of staff. Workers insurance companies and pension funds are forced to work in conditions of economic and regulatory instability.

Thus, there are a number of possible factors that can cause adaptation among employees' financial institutions.

Keywords: stress, frustration, workers financial and credit institutions

УДК 616.85-008.47-092-02

В. Ю. Федченко

ПРОВІДНІ ФАКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В ГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Ключові слова: соматоформні розлади, тривожно-фобічні розлади, дисоціативні розлади, фактори психічної травматизації провідні, неврозогенез

Звернення до проблем психічної травматизації обумовлене зростанням захворюваності на психогенні розлади психіки в умовах високого рівня напруги в усіх сферах життєдіяльності людини [1-3].

Відповідно до сучасних уявлень невротичний розлад є психогенним нервово-психічним розладом, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих обставин і проявляється в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних явищ [4-6].

Відомо, що в генезі невротичних розладів поєднуються конституціонально-біологічні, психологічні, соціальні, екологічні та інші чинники, проте останнім часом найбільшої значущості набувають соціально-психологічні причини, що сформувалися в умовах перетворень в соціально-економічній, політичній і морально-етичній сферах та призвели до зміни суспільної свідомості і життєвих орієнтирів населення [7-10].

На сучасному етапі більшість авторів вважають, що в одних випадках психотравми можуть виступати про-

Литература:

1. Александровский Ю.А. Преблезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия "Практические руководства" // М: Литтерра (Litterra), 2010. - 272 с.
2. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине / (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) // "Журн. АМН України", 2010, т. 16, № 1. — С. 168–176.
3. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People // DHHS (NIOSH) Publication No. 2002 – 116, April 2002 - <http://www.cdc.gov/niosh/>
4. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009. № 06. – с.37-39.
5. Менделевич Д.М., Орлов Г.В., Яхин К.К. Преклинические психические расстройства у банковских служащих // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009, №38. - с.60-62.
6. STRESS Among Bank Employees Dr. Ripudaman Singh , Mrs Arihant Kaur Bhalla Er. Indpreet Kaur / LAP LAMBERT Academic Publishing 2011. - 72 p.
7. Барабаничкова В.В. Анализ профессионального стресса банковских служащих // Национальный психологический журнал. – Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова - 2010 №1(3). – с. 118-121.
8. Артамонова Л.Н., Леонова А.Б. Организационный стресс у сотрудников банка. – Вестник Московского университета. Сер. 14. ПСИХОЛОГИЯ. 2009. - N 1. - С. 39-52.
9. Картрайт С. Стресс на рабочем месте: пер. с англ. / С.Картрайт, К.Купер. Харьков : Гуманит. центр, 2004. - 236 с.
10. Волгина, О.Н. Мотивация труда персонала финансово-кредитных организаций [Текст] / О.Н. Волгина, Ю.Г. Одегова. - М.: Экзамен, 2002. - 128 с.
11. Ильясов, С.М. О мотивации персонала коммерческого банка. Банковское дело 2010. № 4. - С.68-71
12. Самоукина Н.В. Искусство управления персоналом банка. — М.: Русская Деловая литература, 1997. — 208 с.
13. Пионтовская Ю.А. Проблема эмоционального выгорания банковских работников // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов, 07.11.2011. - <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih10.html>.

ФАКТОРИ РИЗИКУ І КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ РОЗЛАДІВ У РОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ ЗАКЛАДІВ

М.А. Соловйова

Захворювання невротичними і соціально-стесовими розладами на Україні займають третє місце по розповсюдженості. У зоні ризику знаходяться службовці фінансово-кредитних закладів. На теперішній час фінансово-кредитна система переживає відносний спад. Робота у банку стала втрачати свій престиж, відбулися масові скорочення штату та внутрішня реорганізація співробітників. Робітники страхових компаній та пенсійних фондів змушені вести роботу в умовах економічної та нормативно-правової нестабільності.

Таким чином, існує цілий ряд вірогідних факторів, які можуть викликати порушення адаптації серед співробітників фінансово-кредитних установ.

Ключові слова: стрес, розлади, робітники фінансово-кредитних закладів

RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE NEUROTIC, STRESS-RELATED DISORDERS IN WORKERS FINANCIAL CREDIT INSTITUTIONS

M.A. Solovyova

Diseases and neurotic social stress-related disorders in Ukraine ranked third in prevalence. At risk are employees of financial and credit institutions. At present financial and credit system is experiencing a relative decline. Working in a bank began to lose its prestige; there were massive downsizing and internal reorganization of staff. Workers insurance companies and pension funds are forced to work in conditions of economic and regulatory instability.

Thus, there are a number of possible factors that can cause adaptation among employees' financial institutions.

Keywords: stress, frustration, workers financial and credit institutions

УДК 616.85-008.47-092-02

В. Ю. Федченко

ПРОВІДНІ ФАКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В ГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Ключові слова: соматоформні розлади, тривожно-фобічні розлади, дисоціативні розлади, фактори психічної травматизації провідні, неврозогенез

Звернення до проблем психічної травматизації обумовлене зростанням захворюваності на психогенні розлади психіки в умовах високого рівня напруги в усіх сферах життєдіяльності людини [1-3].

Відповідно до сучасних уявлень невротичний розлад є психогенним нервово-психічним розладом, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих обставин і проявляється в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних явищ [4-6].

Відомо, що в генезі невротичних розладів поєднуються конституціонально-біологічні, психологічні, соціальні, екологічні та інші чинники, проте останнім часом найбільшої значущості набувають соціально-психологічні причини, що сформувалися в умовах перетворень в соціально-економічній, політичній і морально-етичній сферах та призвели до зміни суспільної свідомості і життєвих орієнтирів населення [7-10].

На сучасному етапі більшість авторів вважають, що в одних випадках психотравми можуть виступати про-

відними етіологічними факторами, в інших – в якості етіологічних умов. Частіше за все поєднання факторів набуває патогенної ролі [9-12].

Перераховані життєві обставини стають патогенними тільки в тому разі, якщо вони виявляються в поєднанні з відповідним значущим ставленням до них особистості, тобто має значення не стільки об'єктивна складність проблеми, скільки суб'єктивне ставлення до неї [11;12].

Отже, вплив факторів психічної травматизації на неврозогенез є загальноновизнаним, проте актуальним залишається вивчення їх специфіки для певного невротичного розладу.

Метою дослідження стало визначення провідних факторів психічної травматизації, що впливають на формування соматоформних, тривожно-фобічних та дисоціативних розладів.

Для реалізації поставленої мети у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України»

було обстежено 150 хворих на невротичні розлади, які проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та граничних станів ДУ «ІНПН НАМН України»: 50 – на соматоформні розлади (F 45.0, F 45.30, F 45.31), 50 – на тривожно-фобічні розлади (F 40.0, F 40.1, F 40.2), 50 – на дисоціативні розлади (F 44.7). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10.

В ході дослідження використовувався комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки) в сполученні з анкету-опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» [13] з метою всебічної кількісної та якісної оцінки факторів психічної травматизації.

Загальна характеристика хворих на невротичні розлади представлена в Таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих на невротичні розлади

Показник, який оцінюється	Хворі на соматоформні розлади	Хворі на тривожно- фобічні розлади	Хворі на дисоціативні розлади
	(n = 50) % ± m %	(n = 50) % ± m %	(n = 50) % ± m %
Стать: - чоловіча - жіноча	22,00 ± 5,92 78,00 ± 5,92	38,00 ± 6,93 62,00 ± 6,93	8,00 ± 3,88 92,00 ± 3,88
Вікові групи: - 18 – 29 - 30 – 39 - 40 – 49 - 50 – 59	26,00 ± 6,27 42,00 ± 7,05 20,00 ± 5,71 12,00 ± 4,64	32,00 ± 6,66 40,00 ± 7,00 12,00 ± 4,64 16,00 ± 5,24	16,00 ± 5,24 44,00 ± 7,09 32,00 ± 6,66 8,00 ± 3,88
Освіта: - середня - середня спеціальна - незакінчена вища - вища	4,00 ± 2,80 20,00 ± 5,71 4,00 ± 2,80 72,00 ± 6,41	2,00 ± 2,00 28,00 ± 6,41 14,00 ± 4,96 56,00 ± 7,09	10,00 ± 4,29 24,00 ± 6,10 2,00 ± 2,00 64,00 ± 6,86
Місце проживання: - місто - сільська місцевість	84,00 ± 5,24 16,00 ± 5,24	78,00 ± 5,92 22,00 ± 5,92	80,00 ± 5,71 20,00 ± 5,71
Сімейне положення: - перебувають у шлюбі - не перебувають у шлюбі	76,00 ± 6,10 24,00 ± 6,10	56,00 ± 7,09 44,00 ± 7,09	68,00 ± 6,66 32,00 ± 6,66
Відношення до праці: - працюють - тимчасово не працюють - не працюють та не шукають роботу - студенти	70,00 ± 6,55 12,00 ± 4,64 16,00 ± 5,24 2,00 ± 2,00	54,00 ± 7,12 24,00 ± 6,10 18,00 ± 5,49 4,00 ± 2,80	68,00 ± 6,66 14,00 ± 4,96 18,00 ± 5,49 0,00 ± 0,00
Характер праці: - розумова - фізична	71,43 ± 7,75 28,57 ± 7,75	66,67 ± 6,73 33,33 ± 6,73	92,00 ± 3,88 8,00 ± 3,88

За даними Таблиці 1 необхідно відмітити, що в усіх групах хворих на невротичні розлади значно переважали особи жіночої статі, особливо серед хворих на дисоціативні розлади (92,00 %).

Більшість хворих належала до вікової групи від 30 до 39 років, значну частину обстежених у групах хворих на соматоформні та тривожно-фобічні розлади складали пацієнти у віці 18-29 років (26,00 % та 32,00 % відповідно), а в групі хворих на дисоціативні розлади – у віці 40-49 років (16,00 %).

Аналіз рівня освіти обстежених показав, що більшість осіб в кожній групі мали вищу освіту. Досить значний відсоток пацієнтів мали середню спеціальну освіту. Переважна більшість обстежених в усіх групах проживали у місті.

Вивчення сімейного стану показало, що більшість хворих на невротичні розлади перебували у шлюбі, проте значна їх частина характеризували власне особисте життя незадовільно. Особливо негативно оцінювали своє подружнє життя і вважали, що їм не вистачає турботи та уваги в тому обсязі, на який вони заслуговують, хворі на дисоціативні розлади.

Найбільша кількість самотніх пацієнтів зареєстрована у групі хворих на тривожно-фобічні розлади (44,00 %). Весь спосіб життя у хворих на дану патологію був підпорядкований прагненню уникати ситуацій, що здатні спровокувати повторення панічного нападу або загострення тривоги. Пацієнти постійно замикалися на власних переживаннях, що суттєво погіршувало міжособистісну взаємодію.

Оцінка соціальної зайнятості продемонструвала, що більшість хворих на соматоформні, тривожно-фобічні та дисоціативні розлади належали до категорії працюючих і займалися розумовою працею. Необхідно відзначити, що найбільша кількість осіб, які тимчасово не працювали, була зареєстрована серед хворих на тривожно-фобічні розлади і становила 24,00 %. У більшості випадків пацієнти цієї категорії самостійно відмовлялися від праці і головною причиною цього висували хворобу.

Для об'єктивізації даних, отриманих на підставі анкети-опитувальника, щодо визначення провідних факторів психічної травматизації у хворих на невротичні розлади був застосований наступний підхід. Серед факторів, які були обрані окремим пацієнтом, виділяли той, що мав найкоротший інтервал від моменту дії до виникнення клінічних проявів. Якщо інтервали декількох факторів співпадали, перевага надавалась більш значущому за бальним показником. Для достовірності в структурі анкети-опитувальника фактори психічної травматизації розподілені згідно сфер життєдіяльності людини.

Аналіз факторів психічної травматизації, що призвели до розвитку соматоформних розладів у обстежених (табл. 2), продемонстрував, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я (52,00 %), такі як власна хвороба (28,00 %), хвороба близьких (10,00 %), смерть близько-

го члена родини (10,00 %) та хвороба дітей (4,00 %). Необхідно зауважити, що смерть або страждання близьких людей викликали у хворих сумніви щодо власного здоров'я, а погане самопочуття або власні хвороби в минулому змушували неодноразово звертатися до лікарів-інтерністів у пошуках «невиліковної» патології.

Встановлено, що в генезі соматоформних розладів значну роль відігравали і фактори, пов'язані з сімейними стосунками (16,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначались відсутність емоційної підтримки (4,00 %), ревності (4,00 %) та конфлікти подружжя (4,00 %).

В якості психогенних у хворих на соматоформні розлади досить часто реєструвалися фактори, пов'язані з професійною діяльністю (14,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначалися напруга або нерегулярність в навантаженнях у вигляді ненормованого робочого дня, великого обсягу роботи, зміни роду діяльності (12,00%) та звільнення або втрата роботи (2,00 %).

Таблиця 2
Провідні фактори психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% ± m % (n = 50)
1 Пов'язані зі здоров'ям: власна хвороба хвороба близьких смерть близького члена родини - хвороба дітей	28,00 ± 6,41 10,00 ± 4,29 10,00 ± 4,29 4,00 ± 2,80
2 Сімейні: - відсутність емоційної підтримки - ревності конфлікти подружжя конфлікти з дітьми конфлікти з родичами подружжя	4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00
3 «Сепараційні»: втрата близької / коханої людини розлучення - переживання самотності	4,00 ± 2,80 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00
4 Пов'язані з професійною діяльністю: напруга / нерегулярність в навантаженнях (ненормований робочий день, великий обсяг роботи, зміна роду діяльності) - звільнення / втрата роботи	12,00 ± 4,64 2,00 ± 2,00
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем судові тяжби	4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80
6 Емоційно-стресові потрясіння: ДТП	2,00 ± 2,00

«Сепараційні» фактори психічної травматизації, соціально-економічні та соціально-психологічні ФПТ також реєструвалися у пацієнтів, проте їх частота була менш значною (по 8,00 %). Серед «сепараційних» ФПТ переважали втрата близької або коханої людини (4,00 %) розлучення та переживання самотності (по 2,00 %). У групі соціально-економічних та соціально-психологічних факторів переважали ФПТ, пов'язані з погіршенням або незадоволеністю матеріально-побутовим становищем (4,00 %) та судовими тяжбами (4,00 %).

Невеликий відсоток ФПТ, що призвели до розвитку соматоформних розладів, припадає на емоційно-стресові потрясіння в результаті ДТП (2,00 %).

Таким чином, було з'ясовано, що у хворих на соматоформні розлади, провідними факторами психічної травматизації переважно були фактори, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейні з орієнтацією на власні потреби. «Сепараційні», соціально-економічні та соціально-психологічні фактори психічної травматизації, а також емоційно-стресові потрясіння частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

Таблиця 3

Провідні фактори психічної травматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% $\pm$ m % (n = 50)
1 Пов'язані зі здоров'ям: смерть близького члена родини хвороба близьких власна хвороба	16 $\pm$ 5,24 14 $\pm$ 4,96 12 $\pm$ 4,64
2 Сімейні: конфлікти подружжя пристрасть до алкоголю члена родини	14 $\pm$ 4,96 10 $\pm$ 4,29
3 «Сепараційні»: переживання самотності розлучення	4 $\pm$ 2,80 2 $\pm$ 2,00
4 Пов'язані з професійною діяльністю: звільнення / втрата роботи напруга / нерегулярність в навантаженнях (ненормований робочий день, великий обсяг роботи, зміна роду діяльності)	6 $\pm$ 3,39 2 $\pm$ 2,00
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: «невпевненість у завтрашньому дні» (страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя в цілому) погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем	8 $\pm$ 3,88 4 $\pm$ 2,80
6 Емоційно-стресові потрясіння: ДТП	8 $\pm$ 3,88

Визначення факторів психічної травматизації, що вплинули на формування тривожно-фобічних розладів у обстежених (табл. 3), показало, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я (48,0 %), такі як смерть близького члена родини (16,0 %), хвороба близьких (14,0 %) та власна хвороба (12,0 %). При чому, смерть або страждання близьких людей ініціювали у хворих нав'язливий страх та тривогу за власне здоров'я, і лише у 12 % випадків початок хвороби був спровокований вегето-вісцеральним пароксизмом.

Встановлено, що в генезі тривожно-фобічних розладів значну роль відігравали і фактори, пов'язані з сімейними стосунками (24,0 %). Найбільш часто в даній групі відзначались конфлікти подружжя (14,0 %) та пристрасть до алкоголю члена родини (10,0 %).

У хворих на тривожно-фобічні розлади досить часто реєструвалися провідні фактори, пов'язані із соціально-економічною та соціально-психологічною сферами (12,0 %). Найбільш часто в даній групі відзначались «невпевненість у завтрашньому дні» у вигляді страху погіршення соціально-економічного становища в майбутньому або змін умов життя в цілому (8,0 %), що переважно стосувалося пацієнтів, які самостійно звільнилися з роботи внаслідок хвороби або не мали та не намагалися знайти роботу, та незадоволеність або погіршення матеріально-побутового становища (4,0 %).

Професійні фактори психічної травматизації, емоційно-стресові потрясіння і 6,0 % та «сепараційні» ФПТ також реєструвалися у пацієнтів, проте їх частота була менш значною (8,0 %, 8,0 % та 6,0 % відповідно). Серед професійних ФПТ переважали звільнення або втрата роботи (6,0 %) та напруга або нерегулярність в навантаженнях у вигляді ненормованого робочого дня, великого обсягу роботи, зміни роду діяльності (2,0 %), серед емоційно-стресових потрясіннь – ДТП (8,0 %). У групі «сепараційних» факторів переважали ФПТ, пов'язані з переживанням самотності (4,0 %) та розлучення (2,0 %).

Таким чином, встановлено, що у хворих на тривожно-фобічні розлади, провідними факторами психічної травматизації були фактори, пов'язані зі сферою здоров'я близьких та сімейними конфліктами. Соціально-економічні та соціально-психологічні, професійні фактори психічної травматизації, емоційно-стресові потрясіння та «сепараційні» ФПТ частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

Аналіз факторів психічної травматизації, що призвели до розвитку дисоціативних розладів у обстежених (табл. 4), продемонстрував, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою сімейних стосунків (40,00 %), такі як конфлікти подружжя (12,00 %), відсутність емоційної підтримки та подружжя зрада (по 8,00 %), сексуальна незадоволеність (4,00 %), конфлікти з дітьми (4,00 %). Крім того, невеликий відсоток склали фактори, які були зареєстровані у жінок і не виявлялися у хворих на інші

Таблиця 4

Провідні фактори психічної травматизації у хворих на дисоціативні розлади

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% $\pm$ m % (n = 50)
1 Пов'язані зі здоров'ям: смерть близького члена родини власна хвороба	6,00 $\pm$ 3,39 4,00 $\pm$ 2,80
2 Сімейні: конфлікти подружжя - відсутність емоційної підтримки - подружня зрада сексуальна незадоволеність конфлікти з дітьми укладання шлюбу небажання одного з партнерів укладати шлюб / «громадянський шлюб» вагітність неможливість мати дітей	12,00 $\pm$ 4,64 8,00 $\pm$ 3,88 8,00 $\pm$ 3,88 4,00 $\pm$ 2,80 4,00 $\pm$ 2,80 2,00 $\pm$ 2,00 2,00 $\pm$ 2,00 2,00 $\pm$ 2,00 2,00 $\pm$ 2,00
3 «Сепараційні»: розлучення втрата близької / коханої людини - переживання самотності	16,00 $\pm$ 5,24 10,00 $\pm$ 4,29 4,00 $\pm$ 2,80
4 Пов'язані з професійною діяльністю: - звільнення / втрата роботи - конфлікт із керівництвом	8,00 $\pm$ 3,88 4,00 $\pm$ 3,80
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем	4,00 $\pm$ 3,80

невротичні розлади: укладання шлюбу, небажання партнера укласти шлюб («громадянський шлюб»), вагітність та неможливість мати дітей (по 2,00 %). Подружнє життя для хворих на дисоціативні розлади є своєрідним пристосуванням, формою перекладання відповідальності за свою неспроможність на членів родини, компенсацією нестачі уваги до своєї особи, а конфлікти переважно у сфері сімейних стосунків свідчать про виражене порушення мікросоціальної адаптації у цієї категорії хворих.

Визначено, що в генезі дисоціативних розладів значну роль відігравали і «сепараційні» фактори (30,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначались розлучення (16,00 %) та втрата коханої людини (10,00%). Необхідно підкреслити, що розлучення складало найбільший відсоток серед пускових факторів психічної травматизації у цієї категорії хворих. 4,00 % пускових «сепараційних» ФПТ припадало на переживання самотності.

В якості психогенних у хворих на дисоціативні розлади досить часто реєструвалися фактори, пов'язані з професійною діяльністю (12,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначались звільнення або втрата роботи (8,00 %). Конфлікт з керівництвом в якості провідного фактора психічної травматизації зареєстрований у 4,00 % пацієнтів.

ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я, також реєструвалися у пацієнтів, проте в меншій кількості (10,00 %). В цій групі переважав фактор смерті близької людини (6,00 %). Фактор власної хвороби був провідним у 4,00 % обстежених.

Невеликий відсоток ФПТ, що призвели до розвитку дисоціативних розладів, припадає на соціально-економічні психогенії, зумовлені погіршенням матеріально-побутового становища (4,00 %).

Емоційно-стресові потрясіння не були зареєстровані у цієї категорії хворих в якості провідних факторів психічної травматизації.

Отже, встановлено, що у хворих на дисоціативні розлади, провідними факторами психічної травматизації були фактори, пов'язані зі сферою сімейних, переважно інтимно-особистісних, стосунків та «сепараційні». Фактори, пов'язані з професійною діяльністю, зі сферою здоров'я, а також соціально-економічні та соціально-психологічні ФПТ, частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

За результатами наведеного дослідження можна зробити висновок, що провідними факторами психічної травматизації, які призвели до розвитку невротичної патології, у хворих на соматоформні розлади виступають фактори, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейними стосунками з орієнтацією на власні потреби, у хворих на тривожно-фобічні розлади – пов'язані зі сферою здоров'я близьких та сімейними конфліктами, у хворих на дисоціативні розлади – пов'язані зі сферою сімейних, переважно інтимно-особистісних стосунків, та «сепараційні».

Знання особливостей сучасних факторів психічної травматизації та їх впливу на формування невротичних розладів є актуальним не лише для встановлення клінічного діагнозу та терапії даної патології, але й для її профілактики та поліпшення стану здоров'я населення.

Література:

1. Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы, современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т.8, № 2. – С. 4-13.
2. Мартыненко, Н. В. Клинико-эпидемиологические исследования распространенности не психотических психических расстройств среди населения Украины / Н. В. Мартыненко // Архів психіатрії. – Київ, 2008. – Т. 12, вип. 1-4 (44-47). – С. 56-58.
3. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, О. М. Колякова, О. М. Зінченко, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Інформаційно-аналітичний огляд за 2001 – 2010 рр. – 2011. – 175с.
4. Марута, Н. А. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. А. Марута // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 38-42.
5. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьёва. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 8-328.
6. Вейн, А. М. Неврологические аспекты неврозов / А. М. Вейн // Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 112с.

7. Чабан, О. С. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан, Є. М. Марченко, О. П. Венгер, Р. М. Гнатюк // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 3 (30). – С. 65-69.

8. Александровский, Ю. А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // *Руководство по социальной психиатрии*; под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 177-194.

9. Gosselin, P. Etiological factors of generalized anxiety disorders / P. Gosselin, B. Laberge // *Encephale*, 2003. – Vol. 29, № 4. – P. 351-361.

10. Recurrent job loss and mental health among women / N.-S. Orit, G. Limor, K. Lea // *Women and Health*. – 2009. – V. 49. – № 4. – P. 294-309.

11. Трубицина, Л. В. Процесс травмы / Л. В. Трубицина. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

12. Кровяков, В. М. Психотравматология / В. М. Кровяков. – Екатеринбург: УМЦ УПИ, 2006. – 441 с.

13. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11.2010.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ В ГЕНЕЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Ю. Федченко

В результате проведенного исследования определены ведущие факторы психической травматизации, которые привели к развитию невротической патологии у обследованных больных.

Установлено, что ведущими факторами психической травматизации у больных соматоформными расстройствами являются факторы, связанные со сферой собственного здоровья и семейными отношениями с ориентацией на собственные потребности, у больных тревожно-фобическими расстройствами – связанные со сферой здоровья близких и семейными конфликтами, у больных диссоциативными расстройствами – связанные со сферой семейных, преимущественно интимно-личностных отношений, и «сепарационные».

Ключевые слова: соматоформные расстройства, тревожно-фобические расстройства, диссоциативные расстройства, факторы психической травматизации ведущие, неврозогенез

LEADING FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN THE GENESIS OF NEUROTIC DISORDERS

V.Yu. Fedchenko

As a result of the study leading factors of mental trauma that led to the development of neurotic pathology in examined patients were identified.

It was established that the leading factors of mental trauma in patients with somatoform disorders are the factors associated with the field of their own health and family relationships with a focus on their needs, in patients with anxiety-phobic disorders - of family health and family conflicts, in patients with dissociative disorders - of family, most intimate personal relationships, and "separation."

Keywords: somatoform disorders, anxiety-phobic disorders, dissociative disorders, leading factors of mental trauma, neurosogenesis

УДК:616.89-082:614.253.8]:616-036.8

А.К. Ладьяк-Брызгалова

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Городская психоневрологическая больница № 2, г. Донецк

Ключевые слова: психиатрический стационар, медицинская сестра, объективизация отношения к пациентам, опросник «Отношение персонала»

Актуальность. Глубоко укоренившееся в украинском обществе представление о психиатрии как о патерналистической и авторитарной препятствует развитию этой сферы медицинских услуг в соответствии с современными европейскими тенденциями. «Ранние медицинские объяснения сумасшествия не способствовали развитию чувства сострадания или терпимости, но утверждали, что такое нарушение физического здоровья является виной самого человека, который за следование чрезмерно страстным желаниям получает справедливое воздаяние». В первой половине XVIII века доминирующий взгляд на людей с психическими отклонениями как на неизлечимых человекообразных существ оправдывал мало приемлемые для проживания условия и применение физических ограничений в местах содержания (Jones, 1996). Инициативы по проведению реформ в таких учреждениях совпали с подъемом гуманитарных идей в XVIII века, и во многих учреждениях начали проводиться

программы нравственного, гуманного отношения к пациентам (Breakey, 1996a). Зарождение новой концепции взаимодействия психиатра с пациентом предполагало эволюцию психиатрического подхода от нестеснения к диалогу и интерактивной модели лечебного процесса. Однако в Украине, несмотря на регулярное обновление нормативной базы, регламентирующей правовую защиту и этические аспекты, отношение к пациенту внутри психиатрического отделения по-прежнему является "традиционно психиатрическим", игнорирует личность и нивелирует значительную часть достижений по реорганизации и оптимизации психиатрической помощи. При фокусировании научного взгляда на данной проблеме в центре внимания оказывается средний и младший медицинский персонал, с которым круглосуточно взаимодействует пациент на этапе стационарной помощи. СобираТЕЛЬНЫЙ образ медицинской сестры в психиатрическом отделении несет в себе черты патернализма в виде гиперопе-

7. Чабан, О. С. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан, Є. М. Марченко, О. П. Венгер, Р. М. Гнатюк // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 3 (30). – С. 65-69.

8. Александровский, Ю. А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // *Руководство по социальной психиатрии*; под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 177-194.

9. Gosselin, P. Etiological factors of generalized anxiety disorders / P. Gosselin, B. Laberge // *Encephale*, 2003. – Vol. 29, № 4. – P. 351-361.

10. Recurrent job loss and mental health among women / N.-S. Orit, G. Limor, K. Lea // *Women and Health*. – 2009. – V. 49. – № 4. – P. 294-309.

11. Трубицина, Л. В. Процесс травмы / Л. В. Трубицина. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

12. Кровяков, В. М. Психотравматология / В. М. Кровяков. – Екатеринбург: УМЦ УПИ, 2006. – 441 с.

13. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11.2010.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ В ГЕНЕЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Ю. Федченко

В результате проведенного исследования определены ведущие факторы психической травматизации, которые привели к развитию невротической патологии у обследованных больных.

Установлено, что ведущими факторами психической травматизации у больных соматоформными расстройствами являются факторы, связанные со сферой собственного здоровья и семейными отношениями с ориентацией на собственные потребности, у больных тревожно-фобическими расстройствами – связанные со сферой здоровья близких и семейными конфликтами, у больных диссоциативными расстройствами – связанные со сферой семейных, преимущественно интимно-личностных отношений, и «сепарационные».

Ключевые слова: соматоформные расстройства, тревожно-фобические расстройства, диссоциативные расстройства, факторы психической травматизации ведущие, неврозогенез

LEADING FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN THE GENESIS OF NEUROTIC DISORDERS

V.Yu. Fedchenko

As a result of the study leading factors of mental trauma that led to the development of neurotic pathology in examined patients were identified.

It was established that the leading factors of mental trauma in patients with somatoform disorders are the factors associated with the field of their own health and family relationships with a focus on their needs, in patients with anxiety-phobic disorders - of family health and family conflicts, in patients with dissociative disorders - of family, most intimate personal relationships, and "separation."

Keywords: somatoform disorders, anxiety-phobic disorders, dissociative disorders, leading factors of mental trauma, neurosogenesis

УДК:616.89-082:614.253.8]:616-036.8

А.К. Ладьяк-Брызгалова

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Городская психоневрологическая больница № 2, г. Донецк

Ключевые слова: психиатрический стационар, медицинская сестра, объективизация отношения к пациентам, опросник «Отношение персонала»

Актуальность. Глубоко укоренившееся в украинском обществе представление о психиатрии как о патерналистической и авторитарной препятствует развитию этой сферы медицинских услуг в соответствии с современными европейскими тенденциями. «Ранние медицинские объяснения сумасшествия не способствовали развитию чувства сострадания или терпимости, но утверждали, что такое нарушение физического здоровья является виной самого человека, который за следование чрезмерно страстным желаниям получает справедливое воздаяние». В первой половине XVIII века доминирующий взгляд на людей с психическими отклонениями как на неизлечимых человекообразных существ оправдывал мало приемлемые для проживания условия и применение физических ограничений в местах содержания (Jones, 1996). Инициативы по проведению реформ в таких учреждениях совпали с подъемом гуманитарных идей в XVIII века, и во многих учреждениях начали проводиться

программы нравственного, гуманного отношения к пациентам (Breakey, 1996a). Зарождение новой концепции взаимодействия психиатра с пациентом предполагало эволюцию психиатрического подхода от нестеснения к диалогу и интерактивной модели лечебного процесса. Однако в Украине, несмотря на регулярное обновление нормативной базы, регламентирующей правовую защиту и этические аспекты, отношение к пациенту внутри психиатрического отделения по-прежнему является "традиционно психиатрическим", игнорирует личность и нивелирует значительную часть достижений по реорганизации и оптимизации психиатрической помощи. При фокусировании научного взгляда на данной проблеме в центре внимания оказывается средний и младший медицинский персонал, с которым круглосуточно взаимодействует пациент на этапе стационарной помощи. Собирательный образ медицинской сестры в психиатрическом отделении несет в себе черты патернализма в виде гиперопе-

Таблиця 1

ки, назидательности, покровительства, и не предполагает рассмотрения пациента как личности, равноправного субъекта взаимоотношений. Выученное игнорирование мнения пациента определяется убежденностью в его неспособности самостоятельно определить свои потребности, медицинская сестра "лучше знает, что нужно пациенту". Передаваемый через поколения стереотип отношения к психически больному обнаруживает значительную ригидность, и требуют дополнительного изучения.

Цель. Разработка способов объективизации отношения среднего и младшего медицинского персонала к пациентам в условиях психиатрического отделения.

Материал и методы. С целью объективизации взаимоотношений «медицинская сестра – пациент» и «младшая медицинская сестра – пациент» был разработан опросник «Отношение персонала» (см. приложение 1). С октября 2011 года опросник применяется для работы с персоналом соматопсихиатрического отделения городской психоневрологической больницы № 2 г. Донецка.

Опросник состоит из 14-и утверждений позитивного и негативного характера, требующих ответа по четырехбалльной шкале, в связи с частотой встречаемости тех или иных событий: 0 – никогда; 1 – иногда; 2 – часто; 3 – всегда. Обработка результатов проводится суммированием баллов по каждому пункту: баллы утверждений, сформулированных в негативном ключе (№ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14) суммируются в прямом порядке; баллы утверждений позитивного содержания (1, 6, 12, 13) – в обратном (3=0, 2=1, 1=2, 0=3).

Опросник носит полярный характер, так показатели от 0 до 14 баллов соответствуют хорошему отношению сотрудника к пациенту; от 15 до 28 – нейтральному от 29 до 42 – негативному. Максимальный показатель составляет - 42 балла, что свидетельствует о крайней степени негативного отношения сотрудника к пациенту, соответственно, 0 баллов – крайней степени позитивного.

40 пациентам, находящимся на стационарном лечении в сомато-психиатрическом отделении, было предложено заполнить опросник в отношении 24 сотрудников (медицинских сестер и младших медицинских сестер). В анкетирование не были включены пациенты с тяжелыми формами деменции и умственной отсталости.

Результаты и их обсуждение. Суммированием баллов по пунктам опросника были получены результаты отдельных пациентов в отношении каждого сотрудника. Для каждой медицинской сестры выведен средний балл, сравнительная оценка которого использовалась в психообразовательной и психокоррекционной работе с медицинским персоналом (Табл. 1).

При сравнительном анализе показателя среднего балла контингент сотрудников отделения был условно разделен на три группы: 5 медицинских сестер набрали высокие баллы, что свидетельствует о недостаточно корректном отношении к пациентам и отразилось

№	Ф.И.О.	Разброс баллов по ответам пациентов	Средний балл
1.	ABC	0, 0, 0, 0, 5, 21, 1, 3, 8, 28...	7,1
2.	ABC	0, 0, 0, 0, 4, 9, 9, 3, 3, 35...	7,0
3.	ABC	0, 0, 0, 0, 6, 4, 4, 4, 8, 18...	6,0
4.	ABC	33, 6, 3, 2, 4, 2, 0, 0, 0, 0...	5,5
5.	ABC	19, 6, 4, 8, 5, 4, 0, 0, 0, 0...	5,1
6.	ABC	22, 1, 4, 3, 8, 7, 0, 0, 0, 0...	5,0
7.	ABC	22, 1, 4, 4, 6, 4, 0, 0, 0, 0...	4,5
8.	ABC	15, 6, 4, 1, 8, 2, 0, 0, 0, 0...	4,0
9.	ABC	2, 6, 4, 2, 3, 19, 0, 0, 0, 0...	4,0
10.	ABC	0, 0, 0, 0, 5, 7, 1, 0, 1, 19...	3,7
11.	ABC	8, 6, 3, 3, 7, 7, 0, 0, 0, 0...	3,7
12.	ABC	11, 2, 0, 0, 5, 14, 1, 0, 0, 0...	3,6
13.	ABC	16, 5, 0, 4, 3, 5, 0, 0, 0, 0...	3,6
14.	ABC	0, 0, 0, 0, 6, 4, 0, 3, 0, 18...	3,4
15.	ABC	14, 0, 3, 3, 6, 4, 0, 0, 0, 0...	3,3
16.	ABC	14, 1, 0, 0, 1, 6, 2, 0, 0, 0...	2,6
17.	ABC	13, 0, 3, 0, 0, 3, 4, 0, 0, 0...	2,5
18.	ABC	14, 0, 0, 0, 1, 3, 2, 0, 0, 0...	2,2
19.	ABC	0, 3, 4, 3, 4, 5, 0, 0, 0, 0...	2,1
20.	ABC	3, 0, 3, 3, 3, 5, 0, 0, 0, 0...	1,8
21.	ABC	0, 0, 4, 3, 3, 5, 0, 0, 0, 0...	1,6
22.	ABC	0, 0, 0, 0, 5, 7, 1, 0, 1, 3...	1,5
23.	ABC	0, 1, 1, 3, 6, 3, 0, 0, 0, 0...	1,5
24.	ABC	4, 1, 1, 1, 5, 1, 0, 0, 0, 0...	1,4

высоким уровнем недовольства со стороны пациентов; 10 медицинских сестер попали в зону неопределенности с тенденцией в сторону негативного или позитивного отношения; 9 медицинских сестер набрали невысокие баллы, что говорит о корректном отношении к пациентам.

Опросник разрабатывался как для работы с отдельными пациентами, так и для скрининговых опросов в группах с возможностью последующего анализа в динамике для выявления тенденции к изменению поведения сотрудников (для соматопсихиатрического отделения ГПНБ №2 условный временной интервал – 3 месяца). Скрининг группы пациентов позволяет объективизировать полученную информацию, и свести к минимуму искажения, возможные в случае личной неприязни пациента к сотруднику.

Выводы

1. Вовлечение пациентов в процесс оценки качества психиатрической помощи делает лечебный процесс интерактивным, способствует самоактуализации пациентов и переориентации на повышение авторитета психически больного.

2. Обобщенные результаты исследования позволили объективизировать этические аспекты взаимодействия персонала соматопсихиатрического отделения с пациентами.

3. Внедрение в практику опросника "Отношение персонала" привело к снижению уровня субъективизма, неизбежного при оценке медицинского персонала заведующими структурными подразделениями или отдельными пациентами.

4. Выявление разницы показателей в результате скрининговых опросов продемонстрировало актуализацию конкурентоспособности у медицинского персонала, а перспектива улучшить показатели во время следующего тестирования послужила мотивацией к изменению отношения к пациентам.

5. Опросник "Отношение персонала" может быть рекомендован к использованию в психиатрических отделениях для объективизации отношения медицинского персонала к пациентам, выявления синдрома эмоционального выгорания у среднего и младшего медицинского персонала с целью своевременного и целенаправленного проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Литература:

1. *The mental health context*. Geneva, World Health Organization, 2003 (*Mental Health Policy and Service Guidance Package*).
2. Van Humbeeck G. Expressed emotion of professionals towards mental health patients / Van Humbeeck G., Van Audenhove C. // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2003. 12, 4, P.232–237.
3. Leiter M.P. Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work / Leiter M.P., Maslach C. – Jossey-Bass, A Wiley Imprint, 2005. – 193 p.
4. Громкова М.Т. Психология и педагогика профессиональной деятельности / Громкова М.Т. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 415 с.
5. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2006. – 512 с.
6. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье: [пер. с англ.] – М.: Мед. изд., 1960. – 51 с.14.
7. Орел В.Е. Синдром психического «выгорания» личности / Орел В.Е. – М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005.
8. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников [дисс. ... канд. психол. наук] / Большакова Т.В. – Ярославль, 2004.
9. Бабаян Э.А. Методы исследования коммуникативного ресурса личности / Бабаян Э.А., Алекминская А.Ф. – СПб., 2005.
10. Аппелянский А.И. О медико-социальной психотерапии / Аппелянский А.И., Бойко Ю.П., Курпатов В.И., Кыров Н.Е. // *Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология*. – 2007. - Вып. 5. – С. 171–173.
11. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы / Гришина Н.В. // *Психологические проблемы самореализации личности*. – 1997. - № 33.
12. Трунов Д.Г. Еще раз о профессиональной деформации / Трунов Д.Г. // *Психологическая газета*. – 2004. – № 6. - С. 32–34.

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ДО ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ ЯК ФАКТОР ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

А. К. Ладик-Бризгалова

У статті розглядається проблема ставлення медичного персоналу до пацієнтів в умовах психіатричного стаціонару та труднощі її об'єктивної оцінки. Виходячи з відсутності у вітчизняній літературі методик, що дозволяють оцінити етичні аспекти взаємодії персоналу з пацієнтами, запропонований розроблений автором опитувальник «Ставлення персоналу». Опитувальник призначений для анкетування пацієнтів психіатричних відділень з метою вивчення ставлення до них медичного персоналу з урахуванням специфіки. Застосування опитувальника дозволяє знизити рівень суб'єктивізму, можливого при оцінці даного аспекту завідувачами структурними підрозділами, робить інтерактивним лікувальний процес і актуалізує конкурентоспроможність медичних сестер.

Ключові слова: психіатричний стаціонар, медична сестра, об'єктивізація ставлення до пацієнтів, опитувальник «Ставлення персоналу»

THE OBJECTIVITY OF ATTITUDE TO PATIENTS BY MEDICAL STAFF IN CONDITIONS OF THE IN-PATIENT PSYCHIATRIC FACILITY AS A FACTOR OF THE PSYCHIATRIC HELP OPTIMIZATION

A. Ladyk-Bryzgalova

The article is devoted to the problem of attitude of patients by medical staff in conditions of the in-patient psychiatric facility and the difficulty of its objective evaluation. Since in the domestic literature we observe the absence of methodology enabling to evaluate the ethical aspects of the interaction between staff and patients the author suggests the questionnaire "The attitude of staff". The questionnaire is intended for questioning of psychiatric department patients in order to study medical staff's treatment of them taking into account the specificity. The implementation of the questionnaire enables to minimize subjectivity of a department head when evaluating this aspect; it makes the healing process more interactive and activates the competitive environment between nurses.

Keywords: psychiatric hospital, a nurse, objectifying attitude towards patients, the questionnaire "Attitude of the staff"

Приложение 1

Прочитайте, пожалуйста, утверждения и оцените отношение к Вам медицинского персонала по четырехбалльной шкале: 0 – никогда; 1 – иногда; 2 – часто; 3 - всегда

№ п/п	Вопросы	Ф.И.О. медицинских сестёр									
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
1.	Со стороны сотрудника отношение ко мне всегда было вежливым										
2.	Сотрудник заставлял меня выполнять работу вместо себя										
3.	Моё пребывание в отделении было тягостным из-за сотрудника										
4.	Я был(а) свидетелем того, как сотрудник некорректно обращался с другими пациентами										
5.	Если бы не плохое обращение со стороны сотрудника , то эффективность лечения была бы выше										
6.	Я бы хотел(а), чтобы все принимали такое участие в моём лечении как сотрудник										
7.	Я бы не хотел(а) снова попасть в 8 отделение из-за отношения ко мне сотрудника										
8.	Я слышал(а) оскорбления со стороны сотрудника по поводу моего психического расстройства										
9.	По отношению ко мне сотрудник позволял грубость и повышенный тон										
10.	По отношению ко мне сотрудник высказывал угрозы										
11.	По отношению ко мне сотрудник применял физическую силу										
12.	Со стороны сотрудника я всегда чувствовал(а) заботу										
13.	Большое участие в моём лечении принимал сотрудник										
14.	После общения с сотрудником я ощущал(а) себя униженным(ой) или оскорблённым(ой)										

Большое спасибо!

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89 - 008.47 - 008.484.3 - 053. 6: 519.233.5

Т.П. Мозговая, В.Л. Гавенко, И.В. Лещина

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: подростки, гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, патофизиологические механизмы.

Введение

Гиперкинетические расстройства и расстройства поведения у подростков по своей распространенности и социальной значимости остаются одной из самых актуальных проблем психиатрии [3;5]. В последние годы достигнуты определенные успехи в диагностике и профилактике, установлены основные патогенетические факторы данной патологии, разработаны лечебно-коррекционные мероприятия [5;7]. Однако до настоящего времени остается ряд проблем, которые требуют решения. Многофакторность формирования расстройств поведения у подростков диктует необходимость поиска дополнительных показателей, потенцирующих эффективность профилактических подходов.

Цель исследования. Изучение особенностей формирования патофизиологических механизмов гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков.

Материал и методы исследования. Обследовано 258 подростков в возрасте 12-15 лет, из них 202 подростка, у которых клинические проявления соответствовали диагностическим критериям F90 и F91, составили первую группу. Группа сравнения (2 группа) – 56 подростков. Критериями отбора являлось наличие показателей социальной дезадаптации (у подростков клинической группы) и высокий уровень социальной адаптации – у подростков группы сравнения. В исследовании использовали клинический, психодиагностический, нейровегетативный и статистический методы [1;4;6].

Результаты и их обсуждение. Выявленные в ходе исследования показатели были включены в банк данных статистического анализа. Полученные результаты стали подтверждением того, что расстройства поведения у подростков имеют вполне определенные характеристики и их внутренние взаимосвязи. Согласно данным матрицы парных корреляций в группе подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения выявлена значимая корреляционная зависимость показателей возраста с массой тела подростков ($r=0,541$), значением САД (систолическое АД) ($r=0,299$) и отрицательная корреляционная взаимосвязь показателя шкалы лжи методики Айзенка ($r=-0,214$). Отсутствие в данном комплексе корреля-

ционных взаимосвязей одного из основных показателей физического развития подростков – роста [2] и показателя гармоничной вегетативной деятельности – ДАД (диастолическое АД), по нашему мнению, свидетельствует о физической и нейровегетативной несостоятельности подростков клинической группы [8].

Отрицательная корреляционная связь со шкалой лжи отражает ошибочность самооценки своего физического развития данными подростками и их стремление к физическому совершенству, которое носит эмпирический характер и не имеет объективной реализации. По мнению авторов, это следует рассматривать как защитную реакцию психической деятельности подростка в диапазоне механизмов психологической защиты. Отрицательная корреляционная зависимость показателя нейротизма и шкалы лжи ($r=-0,210$) дает основание расценить распространенную у подростков клинической группы эмоциональную устойчивость как величину изначально заданную самими подростками. Выявленная в процессе исследования значимая корреляционная взаимосвязь свойств темперамента – силы возбуждения с силой торможения ($r=0,520$), подвижностью нервных процессов ($r=0,666$) и уравновешенностью ($r=0,591$) на первый взгляд свидетельствует в пользу их сбалансированности и гармоничного функционирования свойств темперамента. Однако, кроме этого комплекса взаимосвязей, выявлена положительная корреляционная зависимость силы торможения с подвижностью нервных процессов ($r=0,466$) и отрицательная зависимость с уравновешенностью нервных процессов ($r=-0,364$).

Последняя информация указывает на нестабильность уравновешенности вследствие преобладания в регуляции психической деятельности тормозных процессов, которые, в свою очередь, порождают пассивно подчиняемый тип поведенческого реагирования в одних случаях и импульсивность в поступках – в других. В целом, внутренние взаимосвязи показателей подростков клинической группы оказались разрозненными, регуляция психических процессов несбалансированной и нестабильной, отсутствовала гармоничность физического развития, нейровегетативной деятельности и регуляторной функции психических и поведенческих процессов.

В противоположность подросткам клинической группы, в матрице корреляций подростков группы сравнения прослеживалось наличие комплексов внутренних взаимосвязей, подтверждающих гармоничность физического развития подростков, их нейровегетативной деятельности и врожденных свойств психической регуляции. Так, возрастной показатель положительно коррелировал с массо-ростовыми значениями подростков ($r = 0,635$) и ($r = 0,672$) и с результатами САД и ДАД ($r = 0,419$) и ($r = 0,468$). Этот комплекс взаимосвязей отражает гармоничность физического развития подростков и функционирования нейровегетативной деятельности. Дополняет и укрепляет данный комплекс взаимосвязей положительная корреляционная зависимость с показателем подвижности нервных процессов ($r = 0,301$) и отрицательная корреляционная связь со шкалой лжи методики Айзенка ($r = -0,358$). Сбалансированность физической, нейровегетативной деятельности и психических свойств подростков группы сравнения дополнительно подчеркивают существенно выраженные, статистически значимые положительные корреляционные связи веса и роста ($r = 0,727$), веса с показателями систолического ($r = 0,423$) и диастолического ($r = 0,527$) АД, взаимосвязь роста с вегетативной деятельностью ($r = 0,518$) и ($r = 0,531$), систолического АД с диастолическим ($r = 0,726$) и при этом отрицательная корреляционная зависимость систолического ($r = -0,334$) и диастолического ($r = -0,358$) АД с показателем экстраверсии. Последние данные свидетельствуют о стабильности вегетативной нервной системы подростков группы сравнения, устойчивости и независимости ее деятельности от такого психического свойства как экстраверсия. Кроме того, показатель экстраверсии положительно взаимодействует со свойствами темперамента: с силой возбуждения ($r = 0,331$), с подвижностью – ($r = 0,299$) и с уравновешенностью ($r = 0,390$) нервных процессов и отрицательно взаимосвязан со шкалой лжи ($r = -0,316$). Это еще раз подтверждает сбалансированность свойств темперамента у подростков группы сравнения, отражает их доминирование над демонстративностью поступков и поведения в целом и независимость от экстравертированности черт характера и повышенной эмоциональности, являющейся особенностью подросткового возраста и, по нашему мнению, имеющей транзитный характер.

Особое внимание следует уделить комплексу положительных, существенно выраженных взаимосвязей характеристик темперамента подростков группы сравнения: силы возбуждения с силой торможения ($r = 0,639$), с подвижностью ($r = 0,610$) и уравновешенностью ($r = 0,539$) нервных процессов. Показатель

силы торможения дополнительно положительно коррелирует с подвижностью ($r = 0,467$) и отрицательно с уравновешенностью ($r = -0,292$) нервных процессов. Одновременно была выявлена отрицательная корреляционная зависимость нейротизма с силой возбуждения ($r = -0,428$) и с силой торможения ($r = -0,311$). Все это следует интерпретировать с точки зрения конституционально обусловленного благоприятного варианта формирования и развития определенных структур головного мозга, в частности, ретикулярной формации и лимбической системы, функция которых является определяющей в регуляции свойств темперамента. Вместе с тем продемонстрирована ведущая роль высшей нервной деятельности в организации двигательной активности подростка, его поступков и поведения и вторичность эмоциональных проявлений.

Выводы

1. Основой формирования патофизиологических механизмов гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков является генетически обусловленный дисбаланс лимбико-ретикулярного комплекса в виде незрелости отдельных структур, что обуславливает развитие дезадапционного варианта свойств темперамента.

2. Особенностью патофизиологических механизмов гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков является формирование структурноорганизованного комплекса, включающего дисгармоничность физического развития и дисрегуляцию нейровегетативной деятельности.

Литература:

1. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. /Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
2. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми /Т.В. Капитан. – Винница: ГП ГКФ, 2003. – 767 с.
3. Кожина Г.М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика) : автореферат дис...докт. мед. наук. / Г.М. Кожина – Х., 2006. – 32 с.
4. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel /С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. – Киев: МОРИОН, 2000. – 320 с.
5. Марценковский И.А. Гиперкинетическое расстройство у детей: принципы диагностики и терапии / И.А. Марценковский. // Украинський медичний вісник. – 2006. – №3. – С. 33-38.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология /В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1999. – С. 505-511.
7. Мозгова Т.П. Гиперкінетичні розлади та розлади поведінки у підлітків (патогенез, клініка, корекція, профілактика): автореферат дис...докт. мед. наук / Т.П. Мозгова – Х., 2008. – 32 с.
8. Мозговая Т.П. Предикторы гиперкинетических и поведенческих расстройств у подростков с психической депривацией /Т.П. Мозговая. // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, вип. 4 (49). – С.54-58.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Т.П. Мозгова, В.Л. Гавенко, І.В. Лещина

У роботі представлені результати багаторівневого дослідження гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків чоловічої статі. Виявлено, що основою формування патофізіологічних механізмів гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків є генетично обумовлений дисбаланс лімбіко-ретикулярного комплексу у вигляді незрілості окремих структур, що обумовлює розвиток дезадапційного варіанту властивостей темпераменту.

Особливістю патофізіологічних механізмів гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків є формування структурноорганізованого комплексу, що включає дисгармонійність фізичного розвитку і дизрегуляцію нейровегетативної діяльності.

Ключові слова: підлітки, гіперкінетичні розлади, розлади поведінки, патофізіологічні механізми

THE ANALYSIS OF INDICATORS OF FORMATION OF HYPERKINETICAL DISORDERS AND BEHAVIOURAL DISORDERS AMONG ADOLESCENTS

T.P. Mozgovaya, V.L. Gavenko, I.V. Leshchina

In work results of multilevel research of hyperkinetrical disorders and behavioral disorders at male adolescents are presented. It is revealed that a basis of formation of pathophysiological mechanisms of hyperkinetrical disorders and behavioral disorders at adolescents is genetically caused imbalance of a limbico-retikular complex in the form of infantilism of separate structures that causes development of maladjustment version of properties of temperament.

Feature of pathophysiological mechanisms of hyperkinetic disorders and behavioral disorders at adolescents is formation of the structure organizing complex, which includes a disharmony of physical development and a disregulation of neurovegetative activity.

Keywords: adolescents, hyperkinetic disorders, behavioral disorders, pathophysiological mechanisms

УДК 159. 922.8

Г.В. П'янкova

ВПЛИВ ЕМПАТІЇ НА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ
У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУМіжрегіональна академія управління персоналом
Інститут соціальних наук та самоврядування ім. Г. Алієва

Ключові слова: комунікація; сторони спілкування: комунікативна, інтерактивна, перцептивна; комунікативні вміння; види: формальні, міжособистісні; принцип єдності свідомості та діяльності; етапи становлення особистості: адаптація, індивідуалізація, інтеграція; спілкування з вчителем; маніпулятор; причини виникнення маніпуляцій; емпатія; децентрація; егоцентризм; тренінгові групи

Існуюча система шкільної освіти орієнтована в основному на забезпечення предметними знаннями і меншою мірою - на формування комунікативних умінь. Спілкування між учнями та педагогами можна віднести до формального спілкування яке направлене на загальну учбову діяльність, в якому головні критерії це інтелект учня, його поведінка "не заважати", а в деяких випадках статус його родини. Особистісному спілкуванню, що торкається внутрішнього світу дитини, її зростання як особистості, приділяється мало уваги. Дитина вивчає різні спеціальні знання, заучує формули та правила, навчання загальнолюдським комунікативним вмінням випадає з поля зору.

Але всім відомо, що добре сформовані комунікативні вміння юнаків і дівчат є джерелом впевненості в собі, призводять до полегшення процесу спілкування у всіх сферах життя, відкривають нові можливості в майбутній трудовій діяльності, вмінню розв'язувати проблеми в сімейному житті, стають джерелом позитивних емоційних очікувань в особистісній та соціальній сфері. У роботах О.О.Бодальова, О.В.Винославської, Н.В.Гришиної, В.А.Кан-Каліка, Л.М.Карамушкі, Г.А.Ковальова, О.В.Цуканової, С.Г.Шебанової, Е.Шострома та інших дослідників відзначаються комунікативні труднощі особистості, які властиві сучасним

старшокласникам. Проблему спілкування старшокласників також досліджували О.І.Власова, І.А.Карпюк, О.В.Киричук, В.А.Лосєнков, В.А.Маркелова, А.В.Мудрик та ін. досить часто в міжособистісних стосунки старшокласників простежуються різноманітні негативні явища: відчуженість, грубість, агресивність, конфліктність тощо. Ми спробуємо дослідити ці явища зі сторони формування емпатії у підлітків.

На скільки важливо для людини спілкування не варто зараз говорити, адже тільки завдяки йому людина стає цивілізованою, культурною і морально розвинутою особистістю, а не тільки зовні, анатомо-фізіологічно нагадує людину. [10] Основні види діяльності, що забезпечують існування людини та формують її як особистість - це спілкування та діяльність (гра, навчання, праця). У спілкуванні виділяють три взаємопов'язаних сторони:

Комунікативна сторона (від лат. *communico* - роблю загальним, зв'язую, спілкуюся) - полягає в обміні інформацією між людьми за допомогою вербальної передачі мовного коду і невербальної мови тіла яка, може дублювати і підтримувати вербальну, а також забезпечувати передачу психічного змісту (внутрішньо-вербального, образного, емоційного, мотиваційного). Г.Лассуелл створив модель комунікативного процесу: Хто? Кому? Що? Як? З яким ефектом? передає інформацію.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Т.П. Мозгова, В.Л. Гавенко, І.В. Лещина

У роботі представлені результати багаторівневого дослідження гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків чоловічої статі. Виявлено, що основою формування патофізіологічних механізмів гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків є генетично обумовлений дисбаланс лімбіко-ретикулярного комплексу у вигляді незрілості окремих структур, що обумовлює розвиток дезадапційного варіанту властивостей темпераменту.

Особливістю патофізіологічних механізмів гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків є формування структурноорганізованого комплексу, що включає дисгармонійність фізичного розвитку і дизрегуляцію нейровегетативної діяльності.

Ключові слова: підлітки, гіперкінетичні розлади, розлади поведінки, патофізіологічні механізми

THE ANALYSIS OF INDICATORS OF FORMATION OF HYPERKINETICAL DISORDERS AND BEHAVIOURAL DISORDERS AMONG ADOLESCENTS

T.P. Mozgovaya, V.L. Gavenko, I.V. Leshchina

In work results of multilevel research of hyperkinetrical disorders and behavioral disorders at male adolescents are presented. It is revealed that a basis of formation of pathophysiological mechanisms of hyperkinetrical disorders and behavioral disorders at adolescents is genetically caused imbalance of a limbico-retikular complex in the form of infantilism of separate structures that causes development of maladjustment version of properties of temperament.

Feature of pathophysiological mechanisms of hyperkinetic disorders and behavioral disorders at adolescents is formation of the structure organizing complex, which includes a disharmony of physical development and a disregulation of neurovegetative activity.

Keywords: adolescents, hyperkinetic disorders, behavioral disorders, pathophysiological mechanisms

УДК 159. 922.8

Г.В. П'янкova

ВПЛИВ ЕМПАТІЇ НА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ
У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУМіжрегіональна академія управління персоналом
Інститут соціальних наук та самоврядування ім. Г. Алієва

Ключові слова: комунікація; сторони спілкування: комунікативна, інтерактивна, перцептивна; комунікативні вміння; види: формальні, міжособистісні; принцип єдності свідомості та діяльності; етапи становлення особистості: адаптація, індивідуалізація, інтеграція; спілкування з вчителем; маніпулятор; причини виникнення маніпуляцій; емпатія; децентрація; егоцентризм; тренінгові групи

Існуюча система шкільної освіти орієнтована в основному на забезпечення предметними знаннями і меншою мірою - на формування комунікативних умінь. Спілкування між учнями та педагогами можна віднести до формального спілкування яке направлене на загальну учбову діяльність, в якому головні критерії це інтелект учня, його поведінка "не заважати", а в деяких випадках статус його родини. Особистісному спілкуванню, що торкається внутрішнього світу дитини, її зростання як особистості, приділяється мало уваги. Дитина вивчає різні спеціальні знання, заучує формули та правила, навчання загальнолюдським комунікативним вмінням випадає з поля зору.

Але всім відомо, що добре сформовані комунікативні вміння юнаків і дівчат є джерелом впевненості в собі, призводять до полегшення процесу спілкування у всіх сферах життя, відкривають нові можливості в майбутній трудовій діяльності, вмінню розв'язувати проблеми в сімейному житті, стають джерелом позитивних емоційних очікувань в особистісній та соціальній сфері. У роботах О.О.Бодальова, О.В.Винославської, Н.В.Гришиної, В.А.Кан-Каліка, Л.М.Карамушкі, Г.А.Ковальова, О.В.Цуканової, С.Г.Шебанової, Е.Шострома та інших дослідників відзначаються комунікативні труднощі особистості, які властиві сучас-

ним старшокласникам. Проблему спілкування старшокласників також досліджували О.І.Власова, І.А.Карпюк, О.В.Киричук, В.А.Лосєнков, В.А.Маркелова, А.В.Мудрик та ін. досить часто в міжособистісних стосунки старшокласників простежуються різноманітні негативні явища: відчуженість, грубість, агресивність, конфліктність тощо. Ми спробуємо дослідити ці явища зі сторони формування емпатії у підлітків.

На скільки важливо для людини спілкування не варто зараз говорити, адже тільки завдяки йому людина стає цивілізованою, культурною і морально розвинутою особистістю, а не тільки зовні, анатомо-фізіологічно нагадує людину. [10] Основні види діяльності, що забезпечують існування людини та формують її як особистість - це спілкування та діяльність (гра, навчання, праця). У спілкуванні виділяють три взаємопов'язаних сторони:

Комунікативна сторона (від лат. *communico* - роблю загальним, зв'язую, спілкуюся) - полягає в обміні інформацією між людьми за допомогою вербальної передачі мовного коду і невербальної мови тіла яка, може дублювати і підтримувати вербальну, а також забезпечувати передачу психічного змісту (внутрішньо-вербального, образного, емоційного, мотиваційного). Г.Лассуелл створив модель комунікативного процесу: Хто? Кому? Що? Як? З яким ефектом? передає інформацію.

Інтерактивна сторона (від англ. *interactive* - взаємодія один з одним) - проявляється в організації взаємодії між людьми, це насамперед навчання, формування стійких навичок і прийомів: наприклад, як потрібно узгодити дії, розподілити функції або вплинути на настрій, поведінку, переконання співрозмовника, відмінними рисами інтерактивної сторони є зворотній зв'язок і замкнутий характер комунікації, вимагає визначення форми поведінки (згода, пристосування, конкуренція, конфлікт). Т.Ньюкомбо, визначав цю сторону як прагнення до симетрії, або прагнення до збігу відносин комунікаторів, розбіжність відносин один до одного або до об'єкта уваги буде сприйматися як ненормальне.

Перцептивна сторона (англ. *perception* - сприйняття) - проявляється в процесі сприйняття один одного партнерами по спілкуванню і встановлення на цій основі взаєморозуміння, зняття інформації з візуалізованих образів уявлень, це система дій, спрямованих на ознайомлення з предметом, що впливає на органи відчуття, тобто чуттєво-дослідницька діяльність. У гештальтпсихології, розглядається як вихідна форма чуттєвого пізнання (пізнання взагалі), що забезпечує його осмисленість, усвідомленість, довільність.

У різних словниках терміни "*комунікація*" і "*спілкування*" є синонімами, під якими розуміється міжособистісна взаємодія і взаємовплив людей в процесі їх пізнавально-трудової діяльності. [1,8]

У багатьох психолого-педагогічних дослідженнях проблема формування комунікативних умінь пов'язана з завданнями розвитку *мовлення*. Так як будь-яка комунікація згідно К.Леві-Строссу, заснована на певній мові, що дає можливість соціальних відносин і конструювання певної соціальної реальності, ґрунтується на цінностях, що скріплюють суспільство воедино, тобто за допомогою символів доносить зміст, закладений в соціальні ритуали. [9]

Під *умінням* розуміється здатність людини виконувати певні дії, які він набуває в результаті навчання або життєвої практики. При подальшому засвоєнні учнями теоретичних знань за допомогою дискусій і вправ вміння може перейти в навичку.

Вітчизняні психологи що досліджували сутність, структуру і функції комунікативних умінь, такі як О.О.Бодальов, А.А.Леонтьєв, О.М.Казарцева, В.А.Кан-Калік, А.В.Мудрик А.Б.Добровіч, Л.А.Петровська та ін. трактують «комунікативні вміння» - як вміння сприймати, аналізувати, моделювати, передавати інформацію та коригувати спілкування у зв'язку зі зміною ситуації.

Отже комунікативні вміння - це усвідомлені комунікативні дії, засновані на теоретичних знаннях та практичній підготовленості школяра до спілкування, вмінню ведення діалогу відповідно до завдань, адекватно комунікативній ситуації і партнером.

Виділимо принцип єдності свідомості та діяльності. Згідно цього принципу ми розглядаємо рівень розвитку комунікативних навичок в нерозривності

зв'язку з самою діяльністю - спілкуванням. Саме спілкування як самостійна діяльність і спілкування яке, включено в інші види діяльності, обумовлює виникнення і формування в особистості усвідомлення себе як суб'єкта спілкування, а певний рівень розвитку розуміння себе як носія суб'єкт-суб'єктних відносин, в свою чергу, стає важливим фактором сформованості комунікативних умінь. Людина звертає увагу й оцінює свої комунікативні вміння через сприймання себе в різноманітних життєвих ситуаціях як суб'єкта власних вчинків, дій, поведінки, як суб'єкта взаємодії з іншими людьми, шляхом усвідомлення власного уявлення до оточуючого світу, інших людей, шляхом усвідомлення результату взаємодії, взаємовідносин з оточенням.

Тому діяльнісний підхід до розвитку особистості А.Н.Леонтьєва та ін. і комунікативний підхід Л.С.Виготського ідеально сумісні і взаємодоповнюючі, тому що не можливо уявити спілкування поза діяльності або діяльність без спілкування.

Комунікативні вміння самий важливим аспект людської діяльності, який починає розвиватися з самого раннього дитинства. У немовля в процесі спілкування з батьками з'являється комплекс поживлення, що показує зародження емоційного аспекту спілкування. Надалі в процесі сюжетно-рольової гри діти навчаються співробітництву та засвоюють інші соціальні навички. Показники потреби в спілкуванні з ровесниками, це - інтерес до іншої людини, емоційній відгук на її дії, прагнення привернути увагу до себе та з'ясувати оцінку іншими людьми своїх дій і вчинків [5]. На основі спільної діяльності, опосередкованої емоційними нормами у дитини зароджується емпатія, починає формуватися ставлення до навколишньої дійсності, починається особистість. [6]

Розвиток особистості відбувається в процесі входження людини в нове соціокультурне середовище, що можна уявити трьома етапами становлення:

адаптація - при якій відбувається засвоєння діючих цінностей і норм, оволодіння відповідними засобами і формами діяльності, що веде до деякої міри уподібнення індивіда іншим членам цієї спільноти;

індивідуалізація - породжується суперечностями між необхідністю «бути таким, як усі» і прагненням особистості до максимальної персоналізації;

інтеграція - визначається потребою бути прийнятим в суспільстві зі своїми індивідуальними особливостями і потребами, що веде до подальшого розвитку особистості. У разі конфлікту, настає дезінтеграція і, як наслідок, або ізоляція особистості, або витіснення її зі спільноти, або деградація з поверненням на більш ранні стадії її розвитку.

Як ми вже відзначали, що комунікативні вміння у своїй початковій формі обов'язково мають характер спільної діяльності дитини з дорослим. Вони не виникають і не розвиваються чисто спонтанно, вони організовуються і здійснюються спочатку дорослими разом із дітьми. Лише поступово виникають умови для відносної автономізації (індивідуалізації) тих чи інших

сформованих умінь. Комунікативні вміння, за визначенням Р.С.Немова - це вміння та навички спілкування з людьми, від яких залежить успішність людини. Люди різного віку, освіти, культури, різного рівня психологічного розвитку, що мають різний життєвий і професійний досвід, відрізняються один від одного комунікативними здібностями. Люди, чиї професії припускають більш інтенсивне спілкування, при виконанні визначених ролей (актори, лікарі, психологи, педагоги, політики), мають більш розвинені комунікативні вміння, ніж представники інших професій.[10] Однак досвід спілкування з вихователями, батьками та вчителями не завжди допомагає формуванню вміння будувати стосунки. Школярі практично досягають "цю науку" шляхом проб та помилок. По мірі своїх напівусвідомлених установок, набувають не завжди позитивний досвід. Це шлях великих емоційних витрат, часто малопродуктивних, а іноді й шкідливих для дитини.

Однак підліток не бунтує проти вчителів: він або розчарувався в них, або зовсім до них байдужий. Важливу роль тут відіграє ставлення між вчителем і учнем, якщо учень буде сприйматися як *партнер по спільній діяльності*, наприклад, розумовий (Г.А.Цукерман), навчальний (В.В.Давидов), естетичний (А.В.Запорожец), ігровий (Д.Б.Ельконін) і т.д. тоді з'явиться «рівновага душі і слова». Коли така рівновага досягається, засвоєння знань супроводжує не тільки підвищення зовнішньої компетентності, а й внутрішнє зростання. Такі відносини, де цінується особистість, почуття та інтереси дітей, забезпечують психологічну сумісність у спільній діяльності, дають можливість моделювати процес спілкування всередині колективу з урахуванням можливих змін, сприяють реалізації особистісно-орієнтованого підходу до кожного учня.

Добре коли у викладачів немає необхідності кричати і командувати, коли вони отримують задоволення в спілкуванні з учнями. Звичайно, не завжди спілкування буває райдужним, бувають і конфлікти, є необхідність підкорятися навчальним планом, вплив особистих проблем. Але шанобливе ставлення до учня, бажання знаходити рішення конфліктів та спільне вирішення проблем зміцнює відносини.

Визначимо те, що у підлітковому віці навчання не перебуває в центрі інтересів молодих людей, їх цікавлять відносини зі своїми однолітками.

Тут особливо хотілося би відзначити важливість емпатійного фактора, у розвитку комунікативних умінь. Можливо навчити дітей правилам і схемам спілкування, але без *емпатії* (від грец. *empathia* - співпереживання), без пізнання внутрішнього світу інших людей, вони перетворюються у маніпуляторів. Ф.Перлз називав таку людину "мертвою, несправжньою".

Як зазначає Е.Шостром, один з найбільших критиків карнегіанської школи спілкування, *маніпулятор* відноситься до інших як до речей для їх використання та контролю. Причому так захоплюється контролем інших, що зовсім забуває про себе. Не бажаючи ризикувати, він вважає за краще контролювати, а не контак-

тувати. Ясно, що маніпулятор ні на хвилину не може дозволити собі бути собою, і ніколи не має можливості розслабитися, бо обрана ним схема маніпулятивних ігор і маневрів вимагає, щоб він постійно грав належну роль. Характерні риси маніпулятора: нерозвинена емоційна сфера, невміння розуміти себе, свої почуття і бажання, що веде до нерозуміння іншого; цинізм і брехливість, апатія і нудьга, поверхнева ерудиція, вміння пускати «пил в очі», прагнення керувати, коли сам потребує керівництва - все це маски під якими він ховає свої справжні страхи. [12]

Причини виникнення маніпуляцій:

- ✓ *недовіра собі*, своїм силам - призводить до пошуку опори в іншому, якому також не довіряє (Ф.Перлз визначав це, як внутрішній конфлікт між прагненням до самостійності та бажанням залежності);

- ✓ *невміння любити* - призводить до бажання необмеженої влади над ближнім, бажання зробити його слухняним, все тому, що людина не вміє любити себе (Е.Фромм визначав це, як невміння приймати себе таким яким є);

- ✓ *екзистенційний страх існування*, ризик і невизначеність навколишнього світу - призводить до безпорадності, і отже до бажання утримати близьких будь-якими способами, особливо почуттям провини або шантажу (Д.Бюдженталь визначав це, як не прийняття суб'єктивного світу);

- ✓ *страх близьких відносин* - приводить до ігор на емоціях (Е.Берн) і уникнення близькості (В.Глассер) за допомогою певних ритуалів;

- ✓ *помилкові висновки про те, що являє собою життя* - призводить до бажання всіма правдами і неправдами догодити оточуючим, отримати їх схвалення (А.Елліс)

Звичайно не завжди маніпулятор діє навмисно, нерідко це відбувається несвідомо. І тоді його дії набувають якийсь з точки зору моралі відтінок вибачення, що виглядає дуже природно. Однак технологічно маніпулятор з цього може витягувати додатковий виграш. Все це призводить до психологічного напруження в спілкуванні, відгородження від реальних почуттів і бажань, згубно позначається на відносинах і здоров'ї як маніпулятора, так і тим ким маніпулюють.

Тему емпатії піднімала Л.Виговська, вона визначала її як віддзеркалення внутрішнього світу іншого індивіду, насамперед його переживання. Здатність людини виходити за межі свого "я", проникнення границі між "я" та іншими. [3] Вихід за рамки "я" та інші ідеї теорії Л.Виговської перегукуються з поняттям "широкої" чи "місткої" (*inclusive*) ідентичності Е.Еріксона.

Неефективна соціалізація індивіда спричинює дисфункцію емпатії, що веде до агресії, особливо у молодшому віці. У підлітків у фокусі уваги знаходяться глибинні механізми міжособистісного розуміння: ідентифікація, емпатія, рефлексія. Пізнавальні функції, що ними виконуються, можливі в тому випадку, якщо індивід у взаємодії з іншими людьми орієнтується на їх

позиції чи точку зору. Така орієнтація відбувається за допомогою децентрації, яка трактується як психологічний механізм врахування і координації індивідом точок зору інших людей зі своєю власною. [11]

Вияв *децентрації* має місце у процесі взаєморозуміння людей, і залежить від міжособистісних стосунків партнерів, від їх зрілості. Децентрація також відображається на статусі в малій групі, вона є основою емпатії і рефлексії як способів міжособистісного розуміння.

Але не менш важлива протилежність децентрації — *егоцентризм*, який може бути в гармонійному чи дисгармонійному співвідношенні. Рівновага веде до вміння відстоювати свою думку, погляд, бажання, так і потребою орієнтації на погляди і потреби інших, вміти керуватися ними у своїй поведінці. Якщо рівновага порушується дитина стає або “зацикленою” на собі, або попадає під тиск групи стає конформною (англ. *conformity*).

Тісний зв'язок між структурами особистості та процесом спілкування як в онтогенезі, так і в процесі функціонування зрілої особистості призводить до того, що порушення спілкування неминуче викликають зміни особистості, і, навпаки. При цьому важливо виявити порушену ланку в процесі спілкування (операціонально-технічна, мотиваційна або ланка контролю). Цей зв'язок може служити опорою в процесі відновлення особистості та спілкування, де за допомогою інтерактивної і перцептивної сторони спілкування, можна компенсувати комунікативні дефекти.

Ефективний засіб профілактики відхилень у формуванні особистості школяра, розвиток його комунікативних умінь - це тренінгові групи. Концепція роботи яких базується на вірі в можливість конструктивного особистісного зростання в атмосфері безоціночного позитивного прийняття, емпатії та конгруентності, фокусується на пошуку автентичності (достовірності) та відкритості в міжособистісних взаєминах. Основні *параметри міжособистісної взаємодії*: концентрація на почуттях і переживаннях, усвідомлення самого себе, почуття відповідальності, саморозкриття, фокусування на те, що відбувається «тут і тепер».

Досвід внерольового спілкування веде до порушення конвенціональних комунікативних стереотипів, до більш неупередженого, безпосереднього сприйняття, глибшого розуміння членами групи самих себе. Перенесення навичок і цінностей спілкування, отриманих в ході тренінгових занять, в сферу щоденних комунікацій - один з внутрішніх ресурсів школяра, його психологічної культури. Ефект проявляється у зверненні людини до нових сторін особистості його партнерів по спілкуванню, до нових способів і засобів самовираження і рефлексії.

В якості типових ефектів таких занять можна зазначити таке: розширюється сфера усвідомлення людиною самого себе; з'являється увага до відносин з іншими людьми; виникає прагнення приймати нестандартні, творчі ідеї партнерів по спілкуванню, а не реагувати на ці ідеї як на загрозу; більш ймовірними виявля-

ються конструктивні рішення міжособистісних проблем; підвищується самооцінка; посилюються почуття емпатії і близькості до людей і світу в цілому; зміни спостерігаються як у навчальній сфері, так і в сфері відносин з близькими людьми.

Задача психолога вивести на усвідомлення негативні способи взаємодії, помилкові установки та навчити тим якостям та умінням, що ведуть до самоактуалізації: довіряти собі та іншим, чесно проявляти свої почуття та відкрито висловлювати бажання, приймати свої і чужі помилки та слабості, поважати, піклуватися, допомагати. Все це основа емпатії, що забезпечує здатність до співпереживання, можливість емоційно сприймати й розуміти іншу людину, проникати в її внутрішній світ. Завдяки розвинутій емпатії, комунікатор може поставити себе на місце іншого, подивитися на речі з його точки зору, емоційно відгукнутися на його проблеми, проявити чуйність, підтримку, співчуття. [15]

Підводячи підсумок сказаному ми визначили чинники успішного формування комунікативних умінь старшокласників:

- ✓ ціннісні орієнтації;
- ✓ розвинута емоційна сфера;
- ✓ потреба в спілкуванні;
- ✓ знання з психології спілкування;
- ✓ комунікативна активність;
- ✓ міжособистісні стосунки в групі;
- ✓ соціокультурні особливості становлення особистості;
- ✓ самооцінка комунікативних умінь.

Комунікативні уміння корисні не тільки в повсякденному житті, але знадобляться у професіях які пов'язані з взаємодією “людина-людина”, де величезне значення має орієнтація на іншого як рівноправного учасника взаємодії, де потрібна міра особистої відповідальності за результати діяльності. Отже розвиток емпатії являється основою комунікативних умінь підлітків. Формування яких є цілісним процесом поетапного включення їх в комунікативну діяльність на основі реалізації індивідуального підходу, рівня самооцінки дитини, створення мотивуючого середовища спілкування, що сприяє самореалізації особистості. Забезпечує гармонійне і творче входження особистості у суспільне життя.

Хотілося би закінчити формулою: «Індивідом народжуються. Особистістю стають. Індивідуальність відстоюють».

Література:

1. Большой энциклопедический словарь (БЭС). - М.: Большая Российская энциклопедия, 1997.- 1456 с.
2. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. — Екатеринбург: ЛИТУР, 1999.
3. Виговська Л. Емпатія як специфічна форма відображення об'єктивної реальності // Духовність як основа консолідації суспільства. - К.: Науково-дослідний інститут "Проблеми людини", 1999. - Том 16. - С.76-81
4. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. - СПб.: Питер, 2001. - 304 с.
5. Дусаицький А.К. Развитие довольного спілкування у дошкільників з дорослими//Нові дослідження в психології. 1983. №1.

6. Запорожец А.В. Избранные психологические произведения: в 2 т., М., 1986.
7. Леонтьев А.А. Деятельность общения как объект научного исследования // Психология общения. — М.: Смысл, 1999. — 365 с.
8. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь.
9. Назарчук А.В. Теория коммуникации в современной философии. — М.: Прогресс-Традиция, 2009. — С. 196—198.
10. Немов Р.С. Общие основы психологии. — М.: ВЛАДОС, 2003. — 688 с.
11. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. Психология интеллекта. М.: Наука. 1969.
12. Шостром Э. "Человек-манипулятор" Перевод В.Данченко Shostrom E.L. Man, the manipulator: The inner journey from manipulation to actualization. Nashville, TN: Abingdon, 1967. К.: PSYLIB, 2003
13. Эльконин Д.Б. Детская психология. - М.: Академия, 2006. - 384 с.
14. Albert Ellis. "New Approaches to Psychotherapy", Journal of Clinical Psychology, Monograph
15. Гольдштейн А., Хомик В. Тренінг умінь спілкування: як допомогти проблемним підліткам. — К.: Либідь, 2003. — 520 с.

ВЛИЯНИЕ ЭМПАТИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Г.В. Пьянкова

Раскрытие и обоснование влияния социально-коммуникативного обучения на формирование личности, что является важным фактором построения личностно-ориентированных технологий в практической деятельности школьного психолога. Важность ориентации на Другого как равноправного участника взаимодействия. Манипулятор: его характерные черты и причины возникновения.

Ключевые слова: коммуникация; стороны общения: коммуникативная, интерактивная, перцептивная; коммуникативные умения, виды: формальные, межличностные, принцип единства сознания и деятельности; этапы становления личности: адаптация, индивидуализация, интеграция; общения с учителем; манипулятор, причины возникновения манипуляций эмпатии; децентрация; эгоцентризм; тренинговые группы

EMPATHY INFLUENCE ON COMMUNICATIVE SKILLS FORMING AMONG TEENAGERS

G.V. Pyankova

Disclosure and justification of the impact of social and communicative studies on the formation of personality, which is an important factor in building student-oriented technologies in the practice of school psychology. The importance of targeting the Other as an equal participant interaction. Manipulator: its characteristics and causes.

Keywords: communication; parts of communication: communicative, interactive, perceptual, communicative skills; types: formal, interpersonal, the principle of unity of consciousness and activity, stages of becoming a person: adaptation, personalization, integration, communication with teachers; crane; causes manipulation empathy ; deceneration, egocentrism, training group

УДК 616.899.2 – 053.2/.5+159.922.73

Н.Г. Міхановська¹, Г.М. Кожина²

ПСИХОПАТОЛОГІЯ РАНЬОГО ВІКУ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»¹

Харківський національний медичний університет²

Ключові слова: психопатія, дитячий вік, діагностика, психічні функції

Актуальність. До цього часу система надання спеціалізованої психіатричної допомоги дитячому контингенту в Україні залишається недосконалою внаслідок обмеження всіх ланок діагностично-терапевтичного процесу. Особливе занепокоєння в цьому сенсі викликає психіатрична кваліфікація розладів розвитку психічних функцій, емоційних та поведінкових порушень у ранньому віці, який є найбільш динамічним за своїми якісними характеристиками та таким, що впливає на все подальше життя людини. Між тим, дослідження етіології психоневрологічних порушень у дітей значним чином обмежуються вивченням окремих ланок біологічного або психосоціального генезу без аналізу констеляції усіх можливих факторів у їх поєднанні [1-7].

Фактично спостереження за психічними порушеннями у ранньому дитинстві здійснюється дитячими неврологами та педіатрами. Це обумовлюється відсутністю розробленої системи діагностичних критеріїв психопатологічних розладів в ранньому дитинстві з

урахуванням наявних психічних порушень на етапі їх формування у контексті дитячо-батьківських відносин із їх оцінкою за якістю та вираженістю. З точки зору психопатології раннього віку саме діагностика розладу психічних функцій, що формуються із якісними порушеннями, потребує їх ретельної кваліфікації і систематизації, виділення провідних симптомоформуючих патернів дизрегуляції фізіологічних процесів, якісних емоційних, комунікативних особливостей малюків, урахування органічного підґрунтя (перинатального ураження мозку зі всіма можливими синдромами гострого і відновлювального періодів), характеристики якості дитячо-материнської взаємодії. В іноземній літературі з'являється все більше досліджень, присвячених вивченню раннього дитинства, створюються нові класифікації розладів психічного здоров'я немовлят, що враховують роль і взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів у їх формуванні, описують дизрегуляторні, емоційні, поведінкові феномени, якість відносин між малюком та матір'ю, при

6. Запорожец А.В. Избранные психологические произведения: в 2 т., М., 1986.
7. Леонтьев А.А. Деятельность общения как объект научного исследования // Психология общения. — М.: Смысл, 1999. — 365 с.
8. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь.
9. Назарчук А.В. Теория коммуникации в современной философии. — М.: Прогресс-Традиция, 2009. — С. 196—198.
10. Немов Р.С. Общие основы психологии. — М.: ВЛАДОС, 2003. — 688 с.
11. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. Психология интеллекта. М.: Наука. 1969.
12. Шостром Э. "Человек-манипулятор" Перевод В.Данченко Shostrom E.L. Man, the manipulator: The inner journey from manipulation to actualization. Nashville, TN: Abingdon, 1967. К.: PSYLIB, 2003
13. Эльконин Д.Б. Детская психология. - М.: Академия, 2006. - 384 с.
14. Albert Ellis. "New Approaches to Psychotherapy", Journal of Clinical Psychology, Monograph
15. Гольдштейн А., Хомик В. Тренінг умінь спілкування: як допомогти проблемним підліткам. — К.: Либідь, 2003. — 520 с.

ВЛИЯНИЕ ЭМПАТИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Г.В. Пьянкова

Раскрытие и обоснование влияния социально-коммуникативного обучения на формирование личности, что является важным фактором построения личностно-ориентированных технологий в практической деятельности школьного психолога. Важность ориентации на Другого как равноправного участника взаимодействия. Манипулятор: его характерные черты и причины возникновения.

Ключевые слова: коммуникация; стороны общения: коммуникативная, интерактивная, перцептивная; коммуникативные умения, виды: формальные, межличностные, принцип единства сознания и деятельности; этапы становления личности: адаптация, индивидуализация, интеграция; общения с учителем; манипулятор, причины возникновения манипуляций эмпатии; децентрация; эгоцентризм; тренинговые группы

EMPATHY INFLUENCE ON COMMUNICATIVE SKILLS FORMING AMONG TEENAGERS

G.V. Pyankova

Disclosure and justification of the impact of social and communicative studies on the formation of personality, which is an important factor in building student-oriented technologies in the practice of school psychology. The importance of targeting the Other as an equal participant interaction. Manipulator: its characteristics and causes.

Keywords: communication; parts of communication: communicative, interactive, perceptual, communicative skills; types: formal, interpersonal, the principle of unity of consciousness and activity, stages of becoming a person: adaptation, personalization, integration, communication with teachers; crane; causes manipulation empathy ; deceneration, egocentrism, training group

УДК 616.899.2 – 053.2/.5+159.922.73

Н.Г. Міхановська¹, Г.М. Кожина²

ПСИХОПАТОЛОГІЯ РАНЬОГО ВІКУ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»¹

Харківський національний медичний університет²

Ключові слова: психопатія, дитячий вік, діагностика, психічні функції

Актуальність. До цього часу система надання спеціалізованої психіатричної допомоги дитячому контингенту в Україні залишається недосконалою внаслідок обмеження всіх ланок діагностично-терапевтичного процесу. Особливе занепокоєння в цьому сенсі викликає психіатрична кваліфікація розладів розвитку психічних функцій, емоційних та поведінкових порушень у ранньому віці, який є найбільш динамічним за своїми якісними характеристиками та таким, що впливає на все подальше життя людини. Між тим, дослідження етіології психоневрологічних порушень у дітей значним чином обмежуються вивченням окремих ланок біологічного або психосоціального генезу без аналізу констеляції усіх можливих факторів у їх поєднанні [1-7].

Фактично спостереження за психічними порушеннями у ранньому дитинстві здійснюється дитячими неврологами та педіатрами. Це обумовлюється відсутністю розробленої системи діагностичних критеріїв психопатологічних розладів в ранньому дитинстві з

урахуванням наявних психічних порушень на етапі їх формування у контексті дитячо-батьківських відносин із їх оцінкою за якістю та вираженістю. З точки зору психопатології раннього віку саме діагностика розладу психічних функцій, що формуються із якісними порушеннями, потребує їх ретельної кваліфікації і систематизації, виділення провідних симптомоформуючих патернів дизрегуляції фізіологічних процесів, якісних емоційних, комунікативних особливостей малюків, урахування органічного підґрунтя (перинатального ураження мозку зі всіма можливими синдромами гострого і відновлювального періодів), характеристики якості дитячо-материнської взаємодії. В іноземній літературі з'являється все більше досліджень, присвячених вивченню раннього дитинства, створюються нові класифікації розладів психічного здоров'я немовлят, що враховують роль і взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів у їх формуванні, описують дизрегуляторні, емоційні, поведінкові феномени, якість відносин між малюком та матір'ю, при

цьому виділяють наявність суто біологічних наслідків соматичного або неврологічного захворювання (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three, 2000). [8-10].

Мета дослідження. На основі визначення патогенетичних механізмів формування психопатологічних розладів у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи розробити систему їх діагностики.

Контингент досліджуваних: діти віком від 3-х місяців до 1,5 років життя з перинатальним ураженням нервової системи і психопатологічними розладами – 1 група досліджуваних (ПГ) (97 малюків); діти віком 1,5 - 3 років – 2 група досліджуваних (ДГ) (132 дитини); група порівняння – діти віком від 3-х місяців до 3-х років життя (123 дитини) із гострими соматичними захворюваннями в періоді нівелювання їх основних ознак (ППП та ДГП); матері дітей всіх досліджуваних груп.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний; клініко-анамнестичний; включене спостереження для оцінки особливостей дитячо-материнської взаємодії в умовах адаптованих до клінічного напрямку дослідження поєднаних прийомів інтерактивної психотерапевтичної моделі надання допомоги дітям в присутності терапевта під час інтеракцій між дитиною та батьками, які максимально мали відповідати звичайним для дитини умовам. При цьому враховувалися рівні психічного розвитку протягом першого року життя та етапи його дозрівання: зосередження на різноманітних сенсорних стимулах в процесі набуття сенсорного досвіду, забезпечення відчуття задоволення та саморегуляції, залучання і доказ переваги для отримання задоволеності з боку близьких – використання знаків; ініціація передсимволічної комунікації і можливості тілесного контакту у взаємодії, можливість формування циклів взаємодії, підтримувати комунікацію позатілесного контакту із виділенням диференційованих, полярних проявів із забезпеченням необхідних саморепрезентацій. Ці можливості дозрівання емоційної взаємодії вважалися базовими для подальших трансформацій і ускладнення комунікаційної здатності дитини на подальших етапах онтогенезу [11]. У роботі використовувалася пов'язана із прив'язаністю процедура оцінки взаємодії під час звичайних ситуацій годування, гри, вільного спілкування між матір'ю та дитиною, яка базувалася на класичних прийомах спостереження за Д.В.Віннікотом, Дж. Боулбі, М. Ейнсворт [12-15], адаптованих до клінічних умов дослідження. Визначалися стан формування мотиваційних систем та типи прив'язаності, процеси сепарації/індивідуації, система яких формується протягом 4-х – 36-ти місяців життя за М. Малер [16-17]; психометричний – шкала KID (Kent Infant Development Scale, яка розроблена J.Reuter), призначеної для комплексної оцінки психічного і рухового розвитку дітей від 2-х до 16 місяців життя на основі відповідей

батьків; шкала RCDI – 2000 (Child Development Inventory, що розроблена H.Ireton), призначеної для оцінки рівня розвитку дітей від 1 року до 3-х років 6 місяців на основі відповідей батьків; психодіагностичний: тести Спілбергера-Ханіна, Цунга (2000) для визначення рівня тривожності і депресивності матерів дітей досліджуваних груп, що обумовлювалося припущенням, що серед найбільш впливових соціально-психологічних несприятливих чинників формування психопатології у дітей є афективні розлади, зокрема депресивні порушення, у матерів, як активних учасників формування діадних відносин [18-20]; методи математичної статистики.

Результати та обговорення. Дослідження, що було проведено, свідчить про наявність різноманіття психопатологічних проявів у дітей із різним ступенем наслідків перинатального ураження мозку, розладів дитячо-батьківських відносин, пов'язаних із емоційними девіаціями матерів та викривленням їх поведінки, а його результати можуть бути кваліфіковано та представлено відповідно класифікаційним діагностичним вісям Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three, 2000.

За I віссю (регуляторні порушення, які мають характерні моделі поведінки і порушення сенсорних, сенсо-моторних та організаційних процесів) діти основної групи демонстрували розлади регуляції фізіологічних функцій – формування циклів сну/неспанання та харчування, вираженість яких залежали від ступеня ураження нервової системи. Компоненти диссомнічних розладів, які формують саме процес, який відповідає за фізіологічні можливості регуляторних процесів на етапах дозрівання, більшою мірою спостерігалися серед дітей із мінімальною неврологічною дефіцитарністю у ПГ і ДГ (61,1% і 72,09% відповідно в 1-х підгрупах, та 39,74% і 55,56% відповідно в 2-х підгрупах досліджуваних). Найбільш суттєвою ознакою диссомнічних розладів було визначено порушення засинання у дітей 53,7% і 60,47% відповідно в 1-х підгрупах та 30,77% і 53,7% відповідно в 2-х підгрупах, ПГ і ДГ, що супроводжувалося неможливістю дитини засинати без присутності матері, намаганням фізично торкатися її тіла, волосся, «пошуком» матері під час сну, частими пробудженнями, фрагментарністю сну. У цих випадках ознаки емоційної лабільності, підвищеної збудливості та дратівливості у досліджуваних корелювали із диссомнічними симптомами ($r=0,54$). Сталі, тяжкі прояви розладів харчування превалювали у дітей 2-х підгруп (42,59% і 51,16% відповідно в 1-х підгрупах та 80,77% і 74,07% відповідно в 2-х підгрупах ПГ і ДГ). Вони зумовлювалися і вірогідно корелювали із дефіцитарністю злагодженої взаємодії артикуляційних м'язів, а також вибірковістю в їжі, відсутністю зацікавленості у вивченні її нових властивостей. Легкі прояви розладів харчової поведінки, переважно за рахунок вибіркової раціону, вдвічі частіше спостерігалися серед дітей 1-х підгруп.

Діти груп порівняння демонстрували транзиторні розлади регуляторної сфери забезпечення фізіологічних ритмів сну/неспанья під час основного захворювання у вигляді порушення засинання (53,33% і 47,62% відповідно в ПГП та ДГП), частими пробудженнями із плачем або занепокоєністю (38,33% і 34,92 % відповідно в ПГП та ДГП), які долались при засинанні поруч із матір'ю та її присутністю протягом сну дитини. Пресомнічні розлади у вигляді пролонгації ритуалу засинання, свідчили про дефіцитарність механізмів саморегуляції і підвищену тривожність досліджуваних. Порушення харчової поведінки в групах порівняння були представлені недостатністю формування бажання жувати (6,67% і 1,59% відповідно в ПГП та ДГП), вибірковістю в їжі (3,33% і 9,52% відповідно в ПГП та ДГП), що мали транзиторний характер і долались при дотриманні режимних моментів.

За ознаками провідних особливостей психопатологічних розладів було виділено три клінічні варіанти їх перебігу: емоційно-лабільний, тривожно-апатичний та емоційно-недиференційований. Синдромологічно клінічні особливості були тісно пов'язані із порушеннями формування мотиваційних систем психічного розвитку дітей, які демонстрували переважно тяжкий ступінь проявів порушення систем дослідження/оволодіння, афіліації, страху та настороженості, прив'язаності, а також генералізовані розлади мотиваційних систем.

За емоційно-поведінковими особливостями дітям із мінімальною неврологічною дефіцитарністю у переважній більшості - 72,21% був притаманний емоційно-лабільний, у 18,18% та 10,6% випадків - тривожно-апатичний та емоційно-недиференційований варіанти афективних порушень.

Дітям із неврологічним дефіцитом значного ступеня вираженості були притаманні тривожно-апатичний, емоційно-недиференційований та емоційно-лабільний клінічні варіанти афективних розладів (48,45%, 27,8% та 23,71% відповідно), які сполучалися із тяжким рівнем порушення харчування (77,32 %), якісним і строковим викривленням формування перших організаторів психіки та мотиваційних систем психічного розвитку (95,88%), особливостями поведінки, що відповідали низькореактивному типу, замкнутих дітей, що важко залучається.

В групі порівняння емоційні порушення були представлені емоційно-лабільним клінічним варіантом, симптоматика якого мала транзиторний характер і була пов'язана із ситуацією соматичної хвороби.

За II вісью (порушення взаємовідносин, оцінка яких базувалася на розумінні того, що у несприятливих умовах можливого ушкодження церебральних структур, які забезпечують нормативний емоційний, моторний, сенсорний розвиток, у дитини не формується або викривляється здатність до відгуку на ініціативу дорослого. Тим більше викривлення психічного дозрівання може зумовлюватися сполученням біологічних чинників із психотравмуючою поведінкою матерів. У той же час, у більшості випадків,

матері дітей раннього віку із перинатальним ураженням мозку мають багато усвідомлюваних та неусвідомлюваних почуттів, які відбиваються в їх поведінці при взаємодії із хворою дитиною. Специфіка материнського мовлення при звертанні до малюків із різним психосоматичним станом, її сенситивність до знаків дитини при взаємодії, наявність емоційних порушень у матері, свідчать про розбіжності при їх зверненні до дітей, що розвиваються нормативно та дітей з групи ризику. Такі розбіжності по різному впливають на оволодіння дитиною мовою та її соціально-емоційний розвиток через сполученість викривлень материнської і дитячої складових у формуванні прив'язаності в діадах в основній групі досліджуваних було виявлено значний ступінь вираженості порушень дитячо-батьківської взаємодії, які кваліфікувалися у якості формування ненадійних типів прив'язаності. Крім того, у формуванні розладів взаємодії значний внесок мали емоційні девіації матерів, серед яких було виділено такі особливості, як пригніченість, тривожність, депресивність, відчуття образи та власної провини, що зумовлювали маніпулятивно-унікаючий, тривожний, депресивний та змішаний варіанти материнської поведінки. Між тим, у діадах, де діти відрізнялися мінімальним неврологічним дефіцитом, формувалася надійна прив'язаність (49,24%), меншою мірою – унікаючий (19,7%), амбівалентний (15,15%) та дезорганізований (15,9%) варіанти ненадійної прив'язаності; матері демонстрували тривожний (37,88%), маніпулятивно-унікаючий (29,54%), депресивний (18,18%) та змішаний (14,39%) варіанти поведінки у відносинах з дітьми.

У діадах, де діти мали тяжкий ступінь неврологічних порушень, формувалися амбівалентний (35,05%), унікаючий (29,9%) та дезорганізований (21,65%) типи ненадійної прив'язаності, меншою мірою – надійна прив'язаність (17,52%), а матері відрізнялися маніпулятивно-унікаючою (38,14%), змішаною (24,74%), депресивною (19,59%) та тривожною (17,52%) моделями поведінки у відносинах з дітьми.

У групі порівняння у випадках розладів адаптації спостерігалися формування амбівалентної ненадійної прив'язаності, тривожний варіант материнського поводження у стосунках із дітьми.

За III вісью (наявні неврологічні та соматичні захворювання) усі діти основної групи мали різного ступеня вираженості ознаки перинатального гіпоксично-ішемічного, інфекційного ураження нервової системи із формуванням синдромів вегетативної дисфункції, нервово-рефлекторної збудливості, розладів стато-кінетичного розвитку з руховими обмеженнями, ліквородинамічними, судомними порушеннями.

У цій групі спостерігався значний рівень представленості соматичної патології – гострі респіраторні захворювання, порушення моторно-евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту, патологія серцево-судинної системи (врожені вади серця, диспластична, ішемічна кардіопатія), у незначному відсотку

випадків – недостатність функції щитоподібної залози. У групі порівняння спостерігалися гострі соматичні захворювання.

За IV віссю (характеристика психосоціального стресора) не було зареєстровано жодного, важливого для дітей досліджуваного віку стресового фактора. Тим не менш, формування ненадійних типів прив'язаності та неконгруентна поведінка матерів, мала розглядатися у якості хронічного психотравмуючого агента, що гальмує подолання існуючих психопатологічних розладів у досліджуваних. У групі порівняння наявність психосоціального стресора має розглядатися із його умовним впливом у випадках порушення дитячо-батьківської взаємодії.

За V віссю (функціональний рівень емоційного розвитку) було встановлено недостатність функціонального рівня емоційного розвитку різного ступеня вираженості серед досліджуваних основної групи. Тяжкий ступінь порушення був притаманний переважно дітям із значними руховими порушеннями у вигляді обмеженості емоційної синхронності, емоційного залучання та підтримки циклів взаємодії, інтерактивних намірів та емоційної комунікабельності. Помірний та незначний рівень порушень емоційного розвитку спостерігався у малюків з незначними моторними розладами. У групі порівняння при наявності дезадаптивного розладу, спостерігалися недостатність функціонального рівня емоційного розвитку у вигляді обмеженості взаємної уваги, емоційного залучання та підтримки взаємодії, інтерактивних намірів та емоційної комунікабельності.

Висновки

Результати, що було отримано, свідчать про значну представленість психічних порушень у дітей в ранньому віці, які представляють із себе психопатологічні наслідки перебігу перинатального ушкодження мозку. Враховуючи велику розповсюдженість цих несприятливих чинників, можна вважати за необхідне удосконалення психопатологічної діагностики вже з перших місяців життя дитини, вивчення сімейного соціального контексту при кваліфікації розладів психіки та поведінки дітей та особливостей дитячо-материнської взаємодії для надання ранньої спеціалізованої допомоги дитині та сім'ї, що її виховує. Вирішення цієї проблеми в умовах реорганізації та удосконалення психіатричної допомоги дитячому населенню можливе за дотриманням спрямованості на розширення спеціальних знань фахівців дитячих психіатрів та неврологів, педіатрів та сімейних лікарів, створення психоосвітніх програм відповідного напрямку, розробки показників та індикаторів оцінки якості надання спеціалізованої допомоги дітям раннього віку.

Література:

1. Гагаркина И.Г. Факторы риска дисгармоничного нервно-психического развития детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии и смежных дисциплин). – 2007. – № 2(7). – С. 95-96.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология и психотерапия: определение, становление и развитие // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – № 1 (9) – С. 5-12.
3. Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child // Brit. J. Psychiat. – 1997. – N 1/1. – P.105-106.
4. Gotlib I.H., Goodman S.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission // Psychol. Rev. – 1999. – Vol. 106, N 3. – P. 458-490.
5. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения // Журн. неврологии и психиатрии. – 2003. – № 2. – С. 19-24.
6. Василенко Н.В. Стан здоровья детей первого року життя, які народилися доношеними із затримкою внутрішньоутробного розвитку // ПАГ. – 2003. – № 2. – С. 40-46.
7. Пушкарёва Т.Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка // Архив психиатрии. – 2002. – № 3 (30). – С. 132-140.
8. Скобло Г.В., Белянчикова М.А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 45-51.
9. Скобло Г.В., Белянчикова М.А., Трушкина С.В. Диагноз «Расстройства регуляции» в раннем детском возрасте // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья: материалы III Междунар. Конгресса, Казань, 2006. – С.294-295.
10. Карпеев Ф.С. О классификации психических расстройств у детей раннего возраста // Сб.научн.тр. Санкт-Петербургского Института Раннего вмешательства. – СПб., 1996. – Т.1. – С.41-44.
11. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Активационные процессы и эмоции в онтогенезе ребенка // Физиология человека. – 1989. – Т.5, № 3. – С.61-66.
12. Ainsworth M.D., Bell S.M., Stayton D.J. Individual differences in strange situation behaviour of one-years-olds // The origins of human social relations – London, 1971. – 187 p.
13. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale // M.D.S.Ainsworth [et al]. – N-Y: Erlbaum Associates, 1978. – 153 p.
14. Б.Борьесон Ранние отношения и развитие ребенка // СПб.: Питер, 2009. – 160 с.
15. Винникотт Д.В. Разговор с родителями // М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 96 с. – (сер. Библиотека психологии и психотерапии).
16. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери // М.: Класс, 1998. – 132 с.
17. Боулби Дж. Привязанность // М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
18. Резніченко Ю.Г. Вплив негативних стресогенних факторів матерів на стан дітей першого року життя та шляхи зменшення їх наслідків // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2003. – № 3. – С.15-19.
19. Ветрила Т.Г. Влияние функциональности семьи на психоэмоциональное состояние ребенка с нарушением психического развития // Таврический журнал психиатрии. – 2009. – Т.13, №2(47). – С.46-51.
20. Коломинский Я.П., Панько Е.А., Изумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии // СПб.: Питер, 2004. – 167 с.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

Н.Г. Михановская, Г.М. Кожина

На основе системного подхода к оценке результатов комплексных клинико-психопатологических, клинико-anamnestических, психодиагностических методов исследования 352 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с перинатальным поражением нервной системы и их матерей, установлена причинно-следственная взаимосвязь биологических, социально-психологических и клинико-психопатологических факторов, детерминирующих формирование психопатологических расстройств в раннем возрасте.

Определены патогенетические механизмы формирования психопатологических расстройств с учетом специфики дизрегуляторных, эмоциональных и поведенческих особенностей у детей, характера детско-родительских отношений. Показана зависимость их формирования от эмоциональных девиаций матерей, клинического варианта психопатологического расстройства и степени выраженности неврологического дефицита у детей.

Ключевые слова: дети раннего возраста, психопатологические расстройства, детско-родительские отношения, диагностика

PSYCHOPATOLOGY IN EARLY AGE: APPROACH TO DIAGNOSIS

N.G. Mikhanovskaya, H.M. Kozhyna

Cause and effect interrelationships between biological, socio-psychological and clinico-psychopathologic factors, which determine formation of psychopathologic disturbances at an early age, were established on the basis of systemic approach to estimating the results of integrated clinico-psychopathologic, clinico-anamnestic and psychodiagnostic methods of studying 352 children aged from 3 months to 5 years with perinatal CNS damage and their mothers.

Pathogenetic mechanisms of psychopathologic disturbances formation were defined with consideration of specificity in dysregulative, emotional and behavioral features in children, and the character. Specificity and severity of their manifestations were determined by complex impact of biological and sociopsychological factors, that is by severity of neurologic deficit and quality of the child-mother interaction.

Keywords: children of an early age, psychopathologic disturbances, child-parent relationships, diagnosis

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 61:340.63

В.Р. Илейко

СУДЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА, КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА — РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

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

Ключевые слова: судебно-наркологическая экспертиза, комплексная судебная экспертиза

Изучение сравнительно кратковременной (около 40 лет) истории становления и развития комплексных экспертиз в судебной психиатрии свидетельствует о неоднозначности взглядов и подходов как к теоретическому обоснованию понятия «комплексности» при проведении экспертизы, так и к выделению круга оправданных и целесообразных с научной и практической точек зрения видов комплексного использования специальных знаний при проведении судебно-психиатрических экспертиз.

Выделение наркологии как отдельного (вначале автономного, а затем и самостоятельного) направления психиатрической науки в конце 70-х — начале 80-х годов прошлого столетия, организационное развитие наркологической службы определялось в первую очередь социальной значимостью наркологических заболеваний (в тот период времени преимущественно алкогольной болезни — хронического алкоголизма и злоупотребления алкогольными напитками в виде бытового пьянства) для общества, его экономического развития и, как предполагалось, перспектив гармонизации. Присоединение в дальнейшем проблемы наркоманий и токсикоманий укрепило позиции наркологической службы, хотя ее усилия, касающиеся профилактики, изучения патогенетических механизмов развития состояний химической зависимости и различных лечебных способов, приемов и методов влияния на эти механизмы и иные факторы риска возникновения наркологических заболеваний, до настоящего времени, к сожалению, не привели к значительным успехам как с точки зрения сокращения количества наркологических больных, так и с точки зрения их лечения, социализации и адаптации в обществе на доболезненном уровне. Отсутствие таких успехов связано, на наш взгляд, с попыткой разрешить глобальную социальную проблему только силами и средствами медицины вообще и наркологии в частности, хотя в основе наркологических заболеваний (как и состояний нехимической зависимости, приобретающих все большую проблемность в связи с их прогрессирующим ростом) лежат социально-экономические, культурально-мировоззренческие, эволюционные причины и процессы, далеко выходящие за пределы компетенции медицинской области знаний (и бюджета здравоохранения).

Расширение структуры наркологической службы, значимость ожидаемых результатов, лоббирование собственных интересов и отдельных узких направлений деятельности коснулось и судебно-экспертной деятельности, приведя к появлению таких видов экспертного исследования, как судебно-наркологическая экспертиза (СНЭ) и комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза (КСНПЭ). Объяснение участия нарколога в качестве члена экспертной комиссии сводилось к тому, что он «более точно и квалифицированно способен решить вопросы о глубине расстройств, обусловленных систематическим приемом одурманивающих средств, ... четче может распознать тип наркологического заболевания, ... совместная оценка психиатром и наркологом позволяет более убедительно обосновать наличие или отсутствие патологических (психотических) признаков наркотического опьянения, во время которого были осуществлены преступные действия» [6], (как видно из приведенного текста в его основе не научные аргументы, а субъективные сравнительные категории — «точнее», «квалифицированнее», «четче», «убедительнее»). Кроме того, объяснение такого участия определялась существованием статей Уголовного кодекса, регламентирующих принудительное лечение от алкоголизма (наркомании) в местах лишения свободы в случае осуждения лица, с обоснованием необходимости такого лечения судебно-психиатрической и появившимися СНЭ и КСНПЭ.

Вопрос необходимости существования таких видов экспертизы, как СНЭ и КСНПЭ, оставался дискуссионным. Нами постоянно и последовательно, как с научной, так и с клинической точек зрения отстаивалась позиция нецелесообразности создания и проведения наряду с судебно-психиатрической экспертизой, СНЭ и КСНПЭ [3;4]. В обоснование такой позиции указывалось, что психиатрия владеет теми специальными знаниями, которые позволяют ей решать вопросы, связанные с психическими и поведенческими расстройствами, возникающими вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), т.е. наркологические знания являются неотъемлемой частью психиатрических; так называемая судебно-наркологическая экспертиза не имеет собственного предмета и метода исследования, которые бы отличались от таковых в судебной психиатрии, если бы это обстоятельство не было

бы определяющим, то наряду с судебно-медицинской экспертизой, должны были бы существовать, например, судебно-неврологическая, судебно-фтизиатрическая, судебно-терапевтическая и т.п. [4].

Проводя научное исследование, касающееся комплексных экспертиз в судебной психиатрии и, в частности, комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, анализируя экспертный материал, мы столкнулись не только с фактом существования СНЭ и КСНПЭ, но и со значительным количеством подобных экспертиз. Так, анализируя выборку амбулаторной и стационарной комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в одном из межобластных центров судебно-психиатрической экспертизы, мы столкнулись с фактом проведения, наряду с этим видом экспертизы, параллельно, по одному и тому же случаю, — СНЭ, иногда — КСНПЭ, разрешающих исключительно так называемые наркологические вопросы — «страдает ли лицо тем или иным наркологическим заболеванием и нуждается ли оно в лечении от этого заболевания». Всего было изучено 75 подобных случаев; кроме того, мы использовали экспертные данные, касающиеся СНЭ, КСНПЭ из различных регионов Украины, полученные при проведении повторных экспертиз.

Мы не ставили своей задачей анализ проблемы комплексности с участием нарколога в судебно-психиатрической экспертизе в аспекте деятельности конкретных экспертных учреждений и подразделений, изученные данные мы использовали для демонстрации тенденций и обсуждения различных сторон имеющегося явления. Кроме того, получить достоверные и объективные сведения, касающиеся СНЭ и КСНПЭ, не представляется возможным как со статистической, так и с юридической позиций, в связи с тем, что такие данные а) отсутствуют в используемой в настоящее время статистической отчетной форме № 38—здоров, б) не представляется возможным затребовать экспертный материал из того или иного экспертного подразделения (учреждения), помимо обязательного статистического отчета, в связи с конфиденциальностью этой информации и ее принадлежностью де-факто судебно-следственным органам, т.е. заказчикам и распорядителям получаемых в результате экспертных исследований данных.

Следует отметить, что последняя проблема — получение данных из экспертных подразделений (учреждений) для научных исследований требует поиска и обсуждения новых форм сотрудничества, взаимовыгодного экономически и допустимого юридически, между научными и практическими субъектами деятельности.

Анализируя экспертную практику по проблеме СНЭ (КСНПЭ), можно отметить следующее. СНЭ, проводимая в судебно-психиатрическом экспертном подразделении (учреждении), по структуре экспертного заключения, его формальным и содержательным характеристикам ничем не отличалась от судебно-психиатрических экспертных заключений в отношении иных, не

наркологических, психических расстройств. По нашему материалу, СНЭ проводилась в отношении одного и того же подэкспертного параллельно с судебно-психиатрической, комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизами, т.е. происходило искусственное разделение экспертно-диагностических вопросов. При этом в отдельных случаях в актах СПЭ, КСППЭ не указывалось на наличие какой-либо психической патологии, а в акте СНЭ отмечалось наличие либо наркологического заболевания, либо злоупотребления (эпизодического употребления) ПАВ. В отдельных случаях происходило дублирование экспертно-диагностических выводов в отношении наркологических заболеваний в заключениях судебно-психиатрической экспертизы и СНЭ с полным дублированием исследовательских частей и различием в мотивировочной частях (в акте СНЭ анализировались данные, касающиеся лишь употребления ПАВ и динамики развития последствий этого употребления в виде различных этапов формирования синдрома зависимости). Каких-либо различий в обоснованности выводов, касающихся оценки психических расстройств вследствие употребления ПАВ, в актах СНЭ, КСНПЭ, по сравнению с актами судебно-психиатрической экспертизы, которые также касались экспертно-диагностической оценки психических расстройств вследствие употребления ПАВ, мы не отмечали. Т.е. имеющееся выделение таких видов экспертиз, как СНЭ, КСНПЭ, по сути, сводилось исключительно к формальным позициям — название, вопросы и ответы наркологического характера, присутствие нарколога (психиатра-нарколога). При этом следует отметить, что отсутствие у члена экспертной комиссии необходимых экспертных атрибутов (сертификат специалиста либо свидетельство о присвоении квалификационной категории, пребывание в государственном Реестре аттестованных судебных экспертов и проч.) делает его участие в экспертизе противозаконным.

Отдельного обсуждения заслуживают документы, которые обозначаются как акт судебно-наркологической экспертизы и составляются наркологическими учреждениями (у нас имелись лишь документы, подготовленные некоторыми областными наркологическими диспансерами) — не имея какой-либо статистики по этому вопросу, мы располагали единичными наблюдениями, которые имелись в материалах уголовных дел, в процессе расследования которых назначались и проводились те или иные экспертные исследования, в том числе и СНЭ. Такие документы — отголосок мнений, представлений, позиций и желаний отдельных специалистов-наркологов, поддерживаемых некоторыми руководителями наркологических учреждений, — о придании наркологам статуса экспертов со всеми вытекающими отсюда правовыми, финансовыми и организационными последствиями. Данные позиции, к счастью, не нашли поддержки в МЗ Украины, но несмотря на однозначную противозаконность, подобные «экспертизы» продолжают проводиться в различных регионах страны.

Итак, что касается подобных документов, обозначенных как «акт судебно-наркологической экспертизы». Эти документы не выдерживали какой-либо критики с научной, методической, клинической, экспертной позиций; они представляли собой расширенные варианты акта наркологического освидетельствования на предмет употребления ПАВ. В них отсутствовали все необходимые (обязательные) атрибуты экспертного заключения, как с формальных позиций (т. е. наличия соответствующих структурных частей — вступления, исследовательской, мотивировочной, выводов), так и с позиции содержательного наполнения этих частей подобного «экспертного заключения». Изученные «акты наркологической экспертизы», помимо ответов на вопросы, касающиеся наркологического диагноза (включая диагностику патологического опьянения), нуждаемости в лечении, содержали иногда и ответы на судебно-психиатрические экспертные вопросы — о способности лица осознавать свои действия и руководить ими на период правонарушения.

Выходящая за рамки настоящей статьи, проблема оценки состояния острой интоксикации ПАВ, проводимая наркологическими учреждениями на основании «Инструкции о порядке направления граждан для осмотра на состояние опьянения в учреждения здравоохранения и проведения осмотра с использованием технических средств» с итоговым документом — «Протоколом медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивных веществ и состояния опьянения», остается актуальной проблемой с точки зрения методического алгоритма проведения такой оценки и максимально объективизированной обоснованности выводов о наличии либо отсутствии состояния острой интоксикации на интересующий правоохранительные органы период. Экспертная практика свидетельствует, что все проблемные вопросы, представленные и проанализированные нами в 2004 г. в работе «Доказательство опьянения как судебно-психиатрическая проблема» [5], остались неразрешенными и на сегодняшний день.

Следует помнить, что инициатива в назначении СНЭ и КСНПЭ принадлежит судебно-следственным органам и основывается на представлениях многолетней давности (либо особенностях современной подготовки в высших учебных заведениях). Инерция этих представлений, пассивность позиции экспертной судебно-психиатрической службы, неэффективность либо отсутствие экономических регуляторов и четкой научно обоснованной нормативной базы в виде инструктивных документов, совместно разработанных, утвержденных и доведенных до исполнителей, создает юридическую основу для продолжения назначения таких видов экспертиз, а, возможно, и для повышения частоты их назначения, когда, после вступления в силу нового Уголовного процессуального кодекса Украины, право назначения экспертизы будет принадлежать и стороне защиты (подготовка представителей

которой в области судебно-психиатрической экспертизы ничем не отличается от таковой у судебно-следственных органов).

Коснувшись имеющейся экспертной практики, мы в очередной раз хотели бы представить аргументы в пользу нецелесообразности сохранения таких видов экспертиз, как СНЭ и КСНПЭ:

1. **С законодательных позиций** — в украинском законодательстве отсутствуют какие-либо сведения о таких видах экспертизы, как СНЭ и КСНПЭ.

2. **С нормативно-организационных позиций** — в перечне врачебных специальностей и других нормативных документах МЗ Украины отсутствует такая экспертная специальность, как — судебно-наркологическая экспертиза.

3. **С научных позиций** — психиатрические знания включают в себя знания наркологические, т. е. психиатрия является родовым понятием по отношению к наркологии, как неотъемлемому разделу психиатрии наряду с разделами эндогенных и реактивных состояний, невротических расстройств и расстройств личности, расстройств детского, подросткового и инволюционного периодов и проч. Это целиком подтверждается и историей психиатрии как науки (изложение этих сведений требует отдельной статьи), и современными научными подходами с включением наркологических знаний в перечень психических расстройств (F1) международной классификации болезней (МКБ-10).

Следует отметить, что в российской судебной психиатрии, на позиции которой конца прошлого — начала нынешнего столетия ссылались некоторые украинские исследователи данной проблемы [6], обосновывая проведение КСНПЭ, в настоящее время отсутствуют такие виды экспертизы, как СНЭЭ и КСНПЭ. Как отмечено Т. Б. Дмитриевой и А. А. Ткаченко в учебном пособии по судебной психиатрии [7], с исчезновением из законодательства статей, регламентирующих принудительное лечение от алкоголизма и наркомании по решению суда (аналогичные изменения произошли и в украинском законодательстве), и, соответственно, выведения из компетенции судебной экспертизы обоснованных рекомендаций, касающихся принудительного лечения от ПАВ, «исключена и основная юридически значимая ситуация, определявшая потребность в наркологической компетенции».

Кроме того, следует напомнить, что основными признаками, отличающими комплексную экспертизу, т. е. участие специалистов различных областей знаний либо различных направлений в пределах одной области знаний от экспертизы однородной комиссионной (с участием иных специалистов в качестве консультантов для получения промежуточных (дополнительных) фактов, не имеющих ценности и характера экспертного вывода, но направленных на подготовку и обоснование такового), являются: а) различие предмета исследования (т. е. наиболее существенных характеристик объекта исследования), что выражается, в частности, в различии методов исследования участников комплекс-

ной экспертизы (в случае КСНПЭ у нарколога отсутствует как собственный предмет, так и особые методы исследования, отличные от таковых у психиатра); б) различие компетенции взаимодействующих экспертов при четком разделении их функций (в случае КСНПЭ компетенция нарколога является составной частью компетенции психиатра, также как наркология является частью психиатрической науки, о чем говорилось выше); в) возможность формулирования единого вывода на основе интеграции полученных разнородных данных путем их совместной оценки всеми экспертами. В наших предыдущих публикациях [2] мы анализировали понятия «совместная оценка», «интеграция результатов», «совместная компетенция», «единый (общий) ответ» в их применении при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. В случае КСНПЭ анализ этих понятий не имеет смысла, т. к. единый вывод формируется на основе *однородных* данных, касающихся психиатрической компетенции — оценки психического состояния лица в юридически значимой ситуации на основе клинико-психопатологического (основного), анамнестического, катamnестического, экспертного (вспомогательных) методов исследования и дополнительных данных, полученных от специалистов-консультантов (терапевта, невропатолога, психолога и проч.) с их методами исследования.

4. С финансово-экономических позиций — обоснование этих позиций не в компетенции автора статьи, но априори ясно, что участие в экспертизе дополнительных специалистов влечет дополнительные бюджетные расходы, а тем более проведение по делу вместо одной судебно-психиатрической — двух экспертиз — судебно-психиатрической и СНЭ, дублирующих экспертно-диагностические выводы, является более дорогостоящим и затратным процессом для бюджета (кроме того, назначение и оценка нескольких экспертиз — это дополнительная временная, а значит и финансовая нагрузка на судебно-следственные органы).

5. С позиций экспертной практики — во всех судебно-психиатрических подразделениях и учреждениях Украины на сегодняшний день диагностическая и экспертная оценка психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ проводится врачами — судебно-психиатрическими экспертами.

В данном контексте, чтобы не упрощать проблему, переходя на уровень механицизма, следует отметить, что неуклонное и лавинообразное увеличение информации (которая, к сожалению, чаще не достигает уровня научного знания) о психической деятельности человека, особенностях возникновения, развития, видоизменения тех или иных психических расстройств в современных условиях (в том числе, зависимых состояний, объединяющих многочисленные виды химической и нехимической зависимости; патологии влечений, включая спектр сексуальных девиаций и расстройств; психических расстройств периодов развития и инволюции и проч.), требует от

эксперта-психиатра, помимо основных знаний по психиатрии, экспертологии, нормативно-правовым вопросам экспертных исследований, знаний в узких областях психиатрии (включая наркологию, военную и детскую психиатрию, психотерапию), а также знаний в смежных научных областях (включая психологию, неврологию, физиологию и патофизиологию высшей нервной деятельности). Порядок получения этих знаний (а не привлечения каждый раз очередного специалиста в том или ином узком направлении психиатрии с приданием ему статуса эксперта или созданием очередного комплексного вида экспертного исследования) — это разработка механизмов заинтересованности психиатра-эксперта в своем профессиональном росте и заинтересованности руководителей экспертных подразделений и учреждений в получении их сотрудниками соответствующих знаний на курсах информации и стажировки, циклах усовершенствования и специализации, научных конференциях и семинарах, что, на наш взгляд, в большинстве случаев обеспечит возможность решения тех или иных вопросов в узких областях психиатрии, если таковые возникнут в процессе проведения экспертизы. Кроме того, следует отметить, что при возникновении у судебно-следственных органов (а после вступления в силу нового Уголовного процессуального кодекса Украины — и у стороны защиты) в процессе назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы вопросов, требующих для их разрешения дополнительных сведений (не имеющих характера экспертных ответов), касающихся частных вопросов наркологии, сексологии, психотерапии (например, патогенеза, прогноза, употребления редких, малоизвестных ПАВ, механизмов индукции и внушения, особенностей сексуального развития и проявлений сексуального влечения и проч.), возможно, целесообразным является привлечение специалиста в той или узкой области психиатрии, обладающего необходимой информацией, в качестве консультанта, с обоснованием такой необходимости и наличием соответствующего решения судебно-следственных органов.

Выводы

1. В настоящее время в Украине продолжает существовать практика назначения судебно-следственными органами таких видов экспертиз, как СНЭ и КСНПЭ, и практика проведения этих видов экспертиз в судебно-психиатрических экспертных подразделениях (учреждениях). Статистические данные по количеству таких экспертиз отсутствуют.

2. В наркологических учреждениях проводятся исследования, именуемые как «судебно-наркологическая экспертиза», с подготовкой и направлением судебно-следственным органам документа, обозначаемого как «акт СНЭ».

3. Отсутствует законодательное и нормативно-организационное регулирование и обоснование существования и проведения такого вида экспертизы, как СНЭ.

4. Отсутствует научно-методическое и клинко-диагностическое обоснование существования и проведения таких видов экспертизы, как СНЭ и КСНПЭ.

5. Экспертно-диагностические вопросы, касающиеся оценки наркологических заболеваний на всех этапах их формирования и развития, осложнений и психопатологических последствий этих заболеваний (раздел F1 МКБ-10 — «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ») входят в круг специальных знаний, а значит и компетенции, врача — судебно-психиатрического эксперта.

6. В настоящее время судебно-следственными органами продолжают назначаться такие виды экспертиз, как СНЭ и КСНПЭ. Изменение этой практики требует, с одной стороны, обоснованной и однозначной позиции службы судебно-психиатрической экспертизы, а с другой — взаимодействия этой службы с судебно-следственными органами на этапах их обучения, повышения квалификации, а также в процессе подготовки обобщающих документов, указаний и решений, касающихся данной проблемы.

Литература:

1. Дмитриева Т. Б., Ткаченко А. А., Харитонова Н. К., Шишков С. Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 752 с.
2. Лейко В. Р., Канищев А. В. Научно-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 53–57.
3. Первомайский В. Б. Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы наркоманий // Архів психіатрії. — 1998. — № 1. — С. 37–42.
4. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Цубера А. І. Нагальні проблеми судово-психіатричної експертизи станів залежності // Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2. — С. 35–45.
5. Первомайский В. Б., Лейко В. Р., Первомайский Э. Б. Доказательство опьянения как судебно-психиатрическая проблема // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 192–200.
6. Ревенок О. А. Комплексна судова нарколого-психіатрична експертиза: за і проти // Архів психіатрії. — 2002. — № 2. — С. 50–56.
7. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 384 с.

СУДОВО-НАРКОЛОГІЧНА ЕКСПЕРТИЗА, КОМПЛЕКСНА СУДОВА НАРКОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА — РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

В.Р. Лейко

У статті аналізується ситуація, що виникла в Україні із призначенням та проведенням судово-наркологічної та комплексної судової нарколого-психіатричної експертизи. Акцентується увага на найбільш спірних та дискусійних питаннях проведення таких експертиз. Показано, що такі експертизи не мають під собою як законодавчого, нормативно-правового, так і науково-методичного та організаційного обґрунтування.

Ключові слова: судово-наркологічна експертиза, комплексна судова експертиза

FORENSIC NARCOLOGICAL EXPERTISE, COMPLEX FORENSIC (MULTISPECIALTY) NARCOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE: REALITY AND PERSPECTIVE

V.R. Leyko

The publication describes and analyzes current situation with so called “forensic narcological expertise” and “complex forensic narcological and psychiatric expertise” in Ukraine. Controversial issues relating to scientific and methodical management of such evaluations are highlighted. It is shown that “narcological” expertise, including its complex (“multispecialty”) format, has no legislative, scientific, methodical and organizational grounds.

Keywords: forensic narcological expertise, forensic multispecialty expertise

УДК 61:340.63

А.В. Канищев

АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У ВІДНОШЕННІ НЕПОВНОЛІТНІХ ОБВИНУВАЧЕНИХ

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

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, неповнолітні, кримінальний процес

Призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ) традиційно вважається досить відповідальним процесуальним рішенням, яке вимагає, передусім, обґрунтування необхідності в одночасному застосуванні психіатричних та психологічних спеціальних знань [3;10].

Разом із тим наукові публікації та експертна практика свідчать про наявність певних недоліків та спір-

них питань у призначенні КСППЕ.

Перше наукове повідомлення, присвячене аналізу обґрунтованості призначення КСППЕ, з'явилося ще на початку 80-х років минулого сторіччя [8]. Різноманітні варіанти помилкового призначення психолого-психіатричної експертизи висвітлюються і в сучасних російських публікаціях [1;9].

В Україні статистичні показники останніх років

4. Отсутствует научно-методическое и клинко-диагностическое обоснование существования и проведения таких видов экспертизы, как СНЭ и КСНПЭ.

5. Экспертно-диагностические вопросы, касающиеся оценки наркологических заболеваний на всех этапах их формирования и развития, осложнений и психопатологических последствий этих заболеваний (раздел F1 МКБ-10 — «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ») входят в круг специальных знаний, а значит и компетенции, врача — судебно-психиатрического эксперта.

6. В настоящее время судебно-следственными органами продолжают назначаться такие виды экспертиз, как СНЭ и КСНПЭ. Изменение этой практики требует, с одной стороны, обоснованной и однозначной позиции службы судебно-психиатрической экспертизы, а с другой — взаимодействия этой службы с судебно-следственными органами на этапах их обучения, повышения квалификации, а также в процессе подготовки обобщающих документов, указаний и решений, касающихся данной проблемы.

Литература:

1. Дмитриева Т. Б., Ткаченко А. А., Харитонова Н. К., Шишков С. Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 752 с.
2. Лейко В. Р., Канищев А. В. Научно-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 53–57.
3. Первомайский В. Б. Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы наркоманий // Архів психіатрії. — 1998. — № 1. — С. 37–42.
4. Первомайський В. Б., Лейко В. Р., Цубера А. І. Нагальні проблеми судово-психіатричної експертизи станів залежності // Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2. — С. 35–45.
5. Первомайский В. Б., Лейко В. Р., Первомайский Э. Б. Доказательство опьянения как судебно-психиатрическая проблема // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 192–200.
6. Ревенок О. А. Комплексна судова нарколого-психіатрична експертиза: за і проти // Архів психіатрії. — 2002. — № 2. — С. 50–56.
7. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 384 с.

СУДОВО-НАРКОЛОГІЧНА ЕКСПЕРТИЗА, КОМПЛЕКСНА СУДОВА НАРКОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА — РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

В.Р. Лейко

У статті аналізується ситуація, що виникла в Україні із призначенням та проведенням судово-наркологічної та комплексної судової нарколого-психіатричної експертизи. Акцентується увага на найбільш спірних та дискусійних питаннях проведення таких експертиз. Показано, що такі експертизи не мають під собою як законодавчого, нормативно-правового, так і науково-методичного та організаційного обґрунтування.

Ключові слова: судово-наркологічна експертиза, комплексна судова експертиза

FORENSIC NARCOLOGICAL EXPERTISE, COMPLEX FORENSIC (MULTISPECIALTY) NARCOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE: REALITY AND PERSPECTIVE

V.R. Leyko

The publication describes and analyzes current situation with so called “forensic narcological expertise” and “complex forensic narcological and psychiatric expertise” in Ukraine. Controversial issues relating to scientific and methodical management of such evaluations are highlighted. It is shown that “narcological” expertise, including its complex (“multispecialty”) format, has no legislative, scientific, methodical and organizational grounds.

Keywords: forensic narcological expertise, forensic multispecialty expertise

УДК 61:340.63

А.В. Канищев

АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У ВІДНОШЕННІ НЕПОВНОЛІТНІХ ОБВИНУВАЧЕНИХ

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

Ключові слова: комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, неповнолітні, кримінальний процес

Призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ) традиційно вважається досить відповідальним процесуальним рішенням, яке вимагає, передусім, обґрунтування необхідності в одночасному застосуванні психіатричних та психологічних спеціальних знань [3;10].

Разом із тим наукові публікації та експертна практика свідчать про наявність певних недоліків та спір-

них питань у призначенні КСППЕ.

Перше наукове повідомлення, присвячене аналізу обґрунтованості призначення КСППЕ, з'явилося ще на початку 80-х років минулого сторіччя [8]. Різноманітні варіанти помилкового призначення психолого-психіатричної експертизи висвітлюються і в сучасних російських публікаціях [1;9].

В Україні статистичні показники останніх років

свідчать про значну поширеність КСППЕ (яка складає понад 90% усіх комплексних судово-психіатричних експертиз). Так, за даними галузевої статистичної звітності, доля комплексних судово-психіатричних експертиз складає 12–13%, а серед судово-психіатричних експертиз неповнолітніх їх питома вага є втричі більшою [2;4]. У зв'язку із цим виникає питання: чи є така кількість психолого-психіатричних експертиз дійсно необхідною, і чи завжди призначення КСППЕ обумовлюється реальною необхідністю встановлення юридично значимих обставин психіатричного та психологічного характеру?

Метою цієї публікації було висвітлення сучасних особливостей призначення КСППЕ на прикладі контингенту неповнолітніх обвинувачених.

Для дослідження було відібрано суцільну вибірку стаціонарних КСППЕ неповнолітніх обвинувачених (70 випадків), проведених в одному з міжобласних центрів судово-психіатричної експертизи за п'ятирічний період (2004–2008 роки).

У відібраних випадках нами досліджувались постанови органів досудового слідства та судів про призначення експертизи. По-перше, ми звертали увагу на правильність найменування призначеної експертизи та на його відповідність характеру поставлених перед експертами питань. По-друге, аналізувалась аргументація призначення експертизи (якими фактичними даними пояснювалось призначення експертизи, які обставини планувалось з'ясувати за допомогою експертизи та яким чином визначалась галузь необхідних для цього спеціальних знань). По-третє, ми давали характеристику поставлених перед експертами питань, зосередивши основну увагу на питаннях психологічного характеру (оскільки саме вони зумовлювали специфіку цього різновиду комплексної експертизи, будучи, де факто, комплексують чинником). Фактичні обставини кримінальних справ вивчалися у тому обсязі, в якому вони були відображені в актах КСППЕ.

Найменування призначеної експертизи. Загальна характеристика експертних питань.

У 67 випадках (96%) експертиза призначалась постановою слідчого на етапі досудового слідства, а у 3 випадках (4%) — постановою суду в ході судового слідства.

Резолютивні частини проаналізованих постанов містили правильне найменування призначеної експертизи («комплексна судова психолого-психіатрична експертиза») лише у 20 випадках (29%). Переважали різноманітні варіанти неповного та неточного визначення формату експертизи: «судова психолого-психіатрична експертиза» (23 випадки — 33%), «комплексна психолого-психіатрична експертиза» (8 випадків — 11%), «психолого-психіатрична експертиза» (7 випадків — 10%). Як слідує з наведеного, більш ніж у 40% випадків не вказувалось на комплексний характер призначеного експертного дослідження.

У 12 постановах (17%) йшлося про призначення однорідної судово-психіатричної експертизи, а не

КСППЕ (хоча в усіх цих випадках експерти провели психолого-психіатричну експертизу).

Постанови органів досудового слідства, як правило, мали розгорнутий заголовок, який містив найменування призначеної експертизи (наприклад: «постанова про призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи»). Постанови судів такого заголовку не мали. Варто відмітити, що у 9 випадках (13%) родове найменування експертизи, наведене у заголовку постанови, не відповідало вказаному у її резолютивній частині (наприклад, у заголовку йшлося про судову психолого-психіатричну експертизу, а у резолютивній частині — про судово-психіатричну експертизу, або навпаки). Можна припустити, що в деяких випадках експерти помилково визначали формат призначеної експертизи по заголовку постанови, а не по її резолютивній частині (на яку слід було орієнтуватися у першу чергу).

Експертні питання **психіатричного** характеру вказувались у всіх без винятку постановах (70 випадків — 100%). У цілому такі питання мали традиційний характер і стосувались психічного стану досліджуваного, його здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними, а також необхідності у примусових заходах медичного характеру. Неточності у формулюванні психіатричних питань були досить типовими (наприклад, перед експертами ставилось питання про осудність або обмежену осудність досліджуваного).

Питання **психологічного** характеру були поставлені перед експертами у 63 постановах (90%). Тобто у решті випадків (7 постанов — 10%) наводилися лише психіатричні експертні питання, вирішення яких не потребувало участі експертів-психологів. Нагадаємо, що у всіх досліджених випадках експертами була проведена саме КСППЕ.

Таким чином, у 53 постановах (76%) судово-слідчими органами призначалась психолого-психіатрична експертиза, на вирішення якої ставились як психіатричні, так і психологічні експертні питання, — тобто родове найменування експертизи відповідало характеру питань, поставлених на її вирішення. Разом із тим серед цих випадків регулярно зустрічались окремі неточності у найменуванні призначеної експертизи (найчастіше не вказувалось на її комплексний характер, або ж найменування експертизи у заголовку постанови та у її резолютивній частині не відповідали одне одному). Такі недоліки, очевидно, були спричинені операційними помилками; втім, вони не перешкоджали проведенню експертизи саме як комплексної психолого-психіатричної.

Разом із тим у 17 постановах (24%) мали місце дефекти істотного характеру, які унеможливляли прийняття такої експертизи до провадження у форматі КСППЕ. Зокрема, у 12 випадках (17%) органи досудового слідства або суди призначали однорідну судово-психіатричну експертизу (як правило, з питаннями в тому числі і психологічного характеру). Ще у 5 випадках (7%), незважаючи на призначення КСППЕ, поста-

нова не містила питань до експертів-психологів. Очевидно, що в усіх цих 17 випадках експерти не мали підстав для проведення КСППЕ; слід було або подати клопотання про уточнення постанови, або провести у справі однорідну судово-психіатричну експертизу.

Наведемо приклад. Постанова органу досудового слідства у заголовку мала таке найменування: «постанова про призначення комплексної судово-психіатричної експертизи для визначення психологічного та психіатричного стану обвинуваченого». Однак у її резолютивній частині йшлося про призначення судово-психіатричної експертизи. Питань, які б відносились до компетенції експертів-психологів, у постанові не було; наведені у ній питання адресувались виключно судово-психіатричним експертам. Отже, у цьому випадку експерти мали усі підстави для проведення однорідної судово-психіатричної експертизи, а не КСППЕ.

Слід зауважити, що в жодному з проаналізованих нами випадків експерти не подавали будь-яких клопотань з приводу уточнення постанови слідчого (суду) про призначення експертизи, навіть в описаних вище ситуаціях очевидної внутрішньої неузгодженості таких постанов.

Аргументація призначення КСППЕ.

Посилання на певні **фактичні дані** з матеріалів справи містились у 38 постановах (54%). У своїй більшості (24 постанови — 34%) це були обставини психіатричного характеру, які давали підстави для сумніву у психічному здоров'ї обвинуваченого (облік у психіатра або інші факти надання психіатричної допомоги; неадекватна поведінка під час слідства). У решті випадків (14 постанов — 20%) фактичні дані, наведені в описовій частині постанови, мали нейтральний, неспецифічний з точки зору фахової оцінки характер (особлива тяжкість або видима безмірковність скоєного; неповнолітній вік або низький освітній рівень обвинуваченого).

У 44 постановах (63%) вказувалась **мета призначення експертизи** (мається на увазі стисле визначення істотних для справи обставин, які орган досудового слідства або суд планував з'ясувати шляхом призначення експертизи). У 37 випадках (53%) судово-слідчі органи призначали експертизу «для визначення психічного стану» або «для встановлення осудності» обвинуваченого (що відповідало задачам судово-психіатричної експертизи). В 1 постанові (1%) йшлося тільки про визначення психологічних особливостей правопорушника. У 6 випадках (9%) одночасно вказувалось на необхідність встановлення як психічного стану (осудності) підекспертного, так і певних його психологічних особливостей.

Сфера спеціальних знань, необхідних для проведення експертизи, вказувалась у 16 постановах (23%). Однак належне її визначення («необхідні спеціальні знання у галузі психіатрії та психології») мало місце лише у 9 випадках (13%). Ще у 7 постановах (10%) вказувалось на необхідність застосування спеціальних знань тільки у галузі психіатрії (або у галузі медицини). Таким чином, у решті постанов (54 випадки —

77%) галузь спеціальних знань, необхідних для відповіді на порушені перед експертами питання, взагалі не була визначена.

У жодній дослідженій постанові нам не вдалося знайти аргументів в обґрунтування необхідності *спільного (сукупного)* вирішення експертами питань психіатричного та психологічного характеру. Призначаючи КСППЕ, органи досудового слідства та суди також ніколи не наводили мотивів економії часу та процесуальних строків.

Предметна характеристика психологічних експертних питань.

Загальна кількість психологічних експертних питань у проаналізованих постановах варіювала в межах від 0 до 14. Найчастіше перед експертами ставилося від 1 до 4 питань психологічного характеру (52 випадки — 74%). В 11 випадках (16%) психологам адресувалося 5 і більше експертних питань. Значна кількість психологічних питань у деяких постановах утворювалась за рахунок їх дублювання та (або) штучного розбиття єдиного предметного питання на окремі підпункти. У 7 постановах (10%), як вказувалося вище, психологічні експертні питання були відсутні.

Питання, які стосувалися оцінки **індивідуально-психологічних особливостей** підекспертного, наводились загалом у 49 випадках (70%). Зокрема, у 15 постановах (21%) судово-слідчі органи запитували про загальну психологічну характеристику обвинуваченого; у 14 випадках (20%) йшлося про наявність у підекспертного певних психологічних рис (підвищена агресивність, навіюваність, схильність до брехні або фантазування тощо); ще у 9 випадках (13%) порушувалося питання про зумовленість правопорушення певними індивідуально-психологічними особливостями обвинуваченого.

Також у 49 постановах (70%) мали місце питання про наявність у підекспертного **відставання у психічному розвитку**. Серед них у 9 випадках (13%) ставилися питання про конкретний вік, якому відповідає психічний розвиток неповнолітнього, а у 5 випадках (8%) — про те, чи досяг підекспертний віку, з якого починається кримінальна відповідальність.

У 15 постановах (21%) ставилися питання про **фізіологічний афект або інші виражені емоційні стани**. Серед них в 11 випадках (16%) судово-слідчі органи запитували про те, чи перебував підекспертний «у стані сильного душевного хвилювання». Детальний аналіз актів КСППЕ, в яких вирішувалося питання про виражені емоційні стани, виявив наступне. У 8 випадках підекспертні обвинувачувались у скоєнні правопорушень проти власності (крадіжки, пограбування, розбійні напади, заволодіння автомобілями); ще в 1 випадку йшлося про вбивство з корисливих мотивів. В інших 6 випадках (вбивства на ґрунті неприязних стосунків) досліджувані перед вчиненням правопорушення вживали чималу кількість алкогольних напоїв; один з цих обвинувачених в усіх своїх показаннях категорично заперечував причетність до інкримінованого йому

діяння. Отже, в усіх вказаних 15 випадках сама версія слідчого (суду) про афект або інший виражений емоційний стан була очевидно безпідставною і не вимагала експертної перевірки.

Питання щодо впливу тих чи інших психологічних особливостей на здатність обвинуваченого усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними порушувалося у 45 постановах (64%). Воно включалося або як окреме питання, або як складова частина відповідних предметних питань. У решті постанов (18 випадків — 26%) питання про певні психологічні особливості підекспертного ставилися безвідносно до ступеня їх обмежувального впливу на усвідомлено-вольову поведінку. Між тим, виходячи з сучасних уявлень, юридична значимість обставин психологічного характеру обумовлюється тим, наскільки істотно вони впливають на здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними [10]; отже це питання повинно було мати ключове, центральне значення для судово-слідчих органів.

У 26 постановах (37%) перед експертами ставилося питання щодо впливу певних психологічних особливостей на можливість підекспертного правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, та давати про них відповідні показання. Тобто порушувалося питання, доречне стосовно свідків, а не обвинувачених. Ця обставина є дивною та несподіваною, оскільки в усіх досліджених випадках підекспертні були саме у статусі обвинувачених. Будь-які аргументи з приводу постановки такого питання у жодній із вказаних постанов нам знайти не вдалося. Уявляється, що це питання включалося до постанови механічно, без чіткого розуміння слідчим його специфіки та співвідношення з процесуальним статусом підекспертної особи.

Таким чином, як свідчать проаналізовані дані, у переважній більшості випадків постанови про призначення КСППЕ складалися із серйозними недоліками. Майже у половині випадків не вказувалося на комплексний характер призначуваної психолого-психіатричної експертизи. Приблизно у чверті випадків постанови мали істотну внутрішню неузгодженість, яка унеможлилювала проведення КСППЕ: або призначалась однорідна судово-психіатрична експертиза (замість КСППЕ), або постанова не містила експертних питань психологічного характеру.

Як слідує з мотивувальних частин постанов про призначення експертизи, більш ніж у половині випадків судово-слідчі органи мали на меті встановлення тільки психічного стану та осудності обвинуваченого; на необхідність визначення психологічних особливостей правопорушника вказувалося лише у кожній десятій постанові. Посилання на необхідність застосування спеціальних знань у галузі психіатрії та психології наводилась лише у кожному сьомому випадку.

Наведені кількісні показники свідчать про те, що недоліки призначення КСППЕ мають системний характер і не можуть розглядатися як випадкові дефекти.

Очевидно, слідчі та судді мають недостатньо чітке

розуміння відмінностей між судово-психіатричною та судово-психологічною експертизою, особливостей їх предмету, меж компетенції та кола вирішуваних ними питань. КСППЕ нерідко призначається у тих випадках, коли матеріали справи свідчать про необхідність однорідної судово-психіатричної експертизи і не дають підстав для залучення експертів-психологів. Підбір конкретних питань психологічного характеру здійснюється хаотично, недиференційовано, у відриві від конкретних обставин справи та процесуального статусу підекспертної особи. У багатьох випадках психологічні експертні питання не тільки не мають значення для справи, але й суперечать елементарній логіці.

Чим же пояснюється тенденція до розширювального, надмірного призначення КСППЕ? З однієї сторони, психологічна складова експертизи може додаватися «про всяк випадок», у якості своєрідного психологічного «профілактичного огляду». Але не менш важлива причина, на нашу думку, полягає у поширеному хибному уявленні працівників судово-слідчих органів про більшу доказову вагу КСППЕ у порівнянні з однорідною судово-психіатричною експертизою [4]. Психолого-психіатричній експертизі, таким чином, надається необґрунтована перевага як начебто більш надійному способу вирішення суто психіатричних питань.

Нав'язування КСППЕ як більш доцільного або навіть як єдиного можливого формату експертного дослідження підтримується, на жаль, і деякими постановами Пленуму Верховного Суду України — зокрема, при з'ясуванні питань про сильне душевне хвилювання [5] та про відставання неповнолітнього у психічному розвитку [6;7]. Такі позиції нічим не обґрунтовані і не відповідають сучасному рівню диференціації експертних галузей. Однак судово-слідчим органам іноді доводиться шаблонно слідувати подібним приписам, аби попередити можливі претензії з боку вищих судових інстанцій.

На нашу думку, необґрунтоване призначення КСППЕ може призводити до порушення прав учасників процесу, затягування строків розслідування кримінальних справ, безпідставного збільшення навантаження на експертів, а відтак і до зайвих фінансових витрат. Крім того, це є, по суті, невинуватим розширенням меж доказування у кримінальній справі, внаслідок якого розслідування справи позбавляється необхідної внутрішньої логіки та цілеспрямованості, відхиляється від дійсно важливих обставин. В решті решт, усе це може негативно позначитись і на переконливості судового рішення.

Виходячи з викладеного, уявляється доцільним регулярний аналіз недоліків призначення судово-психіатричної експертизи та КСППЕ з метою удосконалення відповідної судово-слідчої практики. Втім, у цьому питанні чимало залежить і від самих експертів, яким слід чітко дотримуватися вимог законодавства на етапі прийняття КСППЕ до провадження, а також приділяти більшу увагу консультативній та роз'яснювальній роботі серед слідчих та суддів.

Література:

1. Иванова Т. В. Правовые проблемы назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых [Электронный ресурс] // Российское право в Интернете. — 2006. — № 3. — Режим доступа: <http://rpi.msal.ru/prints/200603criminalistics3.html>.
2. Лейко В. Р., Канищев А. В. Аналіз галузевої статистики щодо комплексних судово-психіатричних експертиз в Україні за період 2005–2009 років // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 4. — С. 78–83.
3. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). — М.: МГУ, 1999. — 497 с.
4. Первомайский В. Б., Канищев А. В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: заблуждения и реальность // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 175–179.
5. Постановка Пленуму Верховного Суду України від 07.02.2003 № 2 «Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи» // Вісник Верховного Суду України. — 2003. — № 1. — С. 37–42.
6. Постановка Пленуму Верховного Суду України від 16.04.2004 № 5 «Про практику застосування судами України законодавства у справах про злочини неповнолітніх» // Вісник Верховного Суду України. — 2004. — № 5. — С. 4–8.
7. Постановка Пленуму Верховного Суду України від 15.05.2006 № 2 «Про практику розгляду судами справ про застосування примусових заходів виховного характеру» // Вісник Верховного Суду України. — 2006. — № 7. — С. 11–16.
8. Романов В. В., Мельник В. В. Из опыта назначения и проведения судебно-психологической экспертизы // Вопросы борьбы с преступностью. — М.: Юридическая литература, 1981. — Вып. 35. — С. 70–77.
9. Сафуанов Ф. С. Ошибки при назначении комплексной судебной психолого-психиатрической и судебно-психологической экспертизы // Юридическая психология. — 2007. — № 2. — С. 19–21.
10. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. — М.: Смысл: Гарника, 1998. — 192 с.

АНАЛИЗ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ

А.В. Канищев

В статье показаны современные особенности назначения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) на примере контингента несовершеннолетних обвиняемых. Выявлено, что в большинстве случаев постановления судебно-следственных органов о назначении КСППЭ составлялись с существенными нарушениями и обнаруживали внутреннюю несогласованность. Почти в половине случаев не указывалось на комплексный характер назначенной экспертизы. В четверти случаев постановления имели дефекты, препятствующие проведению КСППЭ: либо речь шла о назначении однородной судебно-психиатрической экспертизы (вместо КСППЭ), либо постановление не содержало экспертных вопросов психологического характера. Автор рассматривает возможные причины расширительного подхода судебно-следственных органов к назначению КСППЭ.

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, несовершеннолетние, уголовный процесс

PRACTICE OF APPOINTMENT OF COMPLEX (MULTISPECIALTY) FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXPERTISE IN CASES OF JUVENILE OFFENDERS

A.V. Kanishchev

The article describes modern peculiarities of appointment of complex (multispecialty) forensic psychological and psychiatric expert evaluations on the sample of juvenile offenders. In most cases investigating bodies' and courts' orders for those evaluations showed substantial defects and inconsistency. In more than half of cases there was no indication on complex (multispecialty) nature of the forensic evaluation. In quarter of cases those defects impeded the execution of the orders. Specific psychological expert questions were given chaotically, with no consistence with the factual background of the case. In the majority of the cases standard forensic psychiatric expertise would be sufficient, with no necessity for participation of forensic psychologists.

Keywords: complex (multispecialty) forensic psychological and psychiatric expertise, criminal cases, juvenile offenders

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616-009

М.Г. Зарицкий, О.В. Любарец, Т.А. Шаповал
ОСОБЕННОСТИ СКРЫТОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ
У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ
Городской лечебно-диагностический центр, г. Киев

Ключевые слова: суицидальность, опиийная наркомания, выявление причин суицидального поведения

Эффективность терапии больных с опиийной зависимостью напрямую связана с выявлением внутренних паттернов поведения (личностных установок) пациента, которые определяют его отношение и к болезни и к самому лечению. В то время как первоочередное внимание уделяется технической стороне различных методик лечения, по нашему мнению недостаточно оценивается наличие аутодеструктивных установок у больных опиийной наркоманией. По современным представлениям химические зависимости рассматриваются как одно из проявлений аутодеструктивного поведения (вариант «продлённого суицида») [3;5;6.]. Несмотря на то, что внешние проявления суицидального поведения (завершённые и незавершённые суициды) при наркоманиях описаны давно, латентным их формам не уделяется должного внимания [1;2;4]. Между тем, своевременное выявление скрытых форм суицидальности и их оценка позволит прогнозировать эффективность лечения и будет способствовать уменьшению риска реализации суицида.

При традиционном наркологическом сборе анамнеза, выявлению таких форм поведения не уделяется должного внимания и, соответственно, упускаются из внимания связанные с ними риски. Цель настоящей работы состояла в изучении данного явления и его влияния на процесс лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 больных опиийной наркоманией, получавшие амбулаторное лечение в режиме дневного стационара, которое включало курс бупренорфина 0.03% (средняя дневная доза – 4.0 мл) в сочетании с транквилизаторами (средняя суточная доза сибазона 0.5% – 6.0 мл), антидепрессантами, малыми нейролептиками и общеукрепляющими средствами. Средняя продолжительность лечения составляла 12 дней.

Отобранная группа испытуемых состояла из 23 человек мужского пола и 9 женского. Средний возраст пациентов составил 24,3 года, а средний стаж систематического употребления ацетиллированного опиий-сырца при среднесуточной дозе употребления 6 мл составил в среднем 4,3 года. У 18 пациентов в анамнезе были вирусные гепатиты В и С, у 7 – ВИЧ-инфицирование. 14 испытуемых (44%) при неврологическом обследовании обнаруживали признаки органического поражения ЦНС (нистагмоз при крайних отведениях

глазных яблок, положительный симптом Маринеску-Радовичи, элементы нарушения чувствительности). Большинство исследуемых – 22 человека (69%) не имели постоянной работы, 23 исследуемых (72%) не состояли в браке, 19 испытуемых (59%) проживают в неполных семьях. Практически все пациенты имели случаи правонарушений (от эпизодов задержания до открытия уголовных дел).

Для исследования проявлений аутодеструктивности (скрытого суицидального поведения) нами были применены следующие методы исследования:

- Тестирование с применением шкалы самооценки уровня ситуационной и личностной тревожности Спилберга-Ханина;
- Тестирование с применением Миссисипской шкалы самооценки адаптации к стрессовой ситуации (связанной с длительным употреблением ПАВ и сопутствующими социальными и личностными проблемами);
- Тестирование по опроснику суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой);
- Анализ данных анамнеза (эпизодов суицидального поведения за всё время употребления ПАВ) на основе составленной нами анкеты-опросника. В неё включены вопросы на выявление в анамнезе эпизодов парасуицидов, способов их реализации, мотивов их совершения, наличие и обстоятельства появления суицидальных мыслей.

Исследования проводились на 3–4 -й день лечения после купирования острых проявлений опиийного абстинентного синдрома и подбора оптимальных (поддерживающих) доз бупренорфина, которая составила в среднем 2,0 мл дважды в день. Применение такой дозировки способствовало значительному уменьшению проявлений физического дискомфорта у пациентов и снижению их аффективной напряженности, позволяло достичь более доступного для исследования состояния пациентов.

Результаты и их обсуждение. У большинства испытуемых (26 больных – 81%) отмечался высокий уровень личностной и ситуационной тревожности, связанной как с моментом лечения, так и с длительным нахождением в статусе «больного наркоманий».

При самооценке уровня адаптации отмечалась наличие дезадаптации у 17 пациентов (53%), 13 чело-

век (40%) оценивали своё состояние как удовлетворительную адаптацию, 2 человека (7%) отмечали умеренную дезадаптацию.

По результатам опросника суицидального риска (модификация Л.Н. Разуваевой), у 22 пациентов (69%) выявлен потенциально повышенный риск суицидального поведения, который подтверждался данными анкеты-опросника. У 27 наблюдавшихся (84%) отмечались периодически возникающие мысли-представления о возможности суицида. У 23 пациентов (72 %) имели место суицидальные попытки в период употребления ПАВ (Табл.1).

Результаты исследования данных анкеты-опросника совершённых суицидальных попыток (парасуицидов) выявили следующее (Табл. 2). Парасуициды совершались преимущественно в промежутках между принятием «дозы». Для 23 исследуемых совершивших парасуицид преобладающей мотивацией его совершения было – «уход из невыносимой ситуации» – 16 чел. (69%), «реакцией протеста» – 12 человек (52%); «демонстративная реакция» – 8 человек (35%). В подавляющем количестве случаев отмечалось сочетание нескольких мотивов с преобладанием ведущего.

Наиболее предпочтительным вариантом суицидальной попытки среди наблюдавшихся выявилось нанесение самопорезов внутренних поверхностей предплечий – 14 человек (61%). Попытка сознательной передозировки (преимущественно таблетированными седативными препаратами) была предпринята 5 пациентами (22%). Попытки прыгнуть с высоты

совершили 4 наблюдаемых (17%). Двое пациентов (8%) совершили попытки самоповешения (Табл. 2). Семеро – (30%) совершали повторные суицидальные попытки, а у 5 из них изменился способ их проведения (самопорезы – отравление). Практически у всех испытуемых отмечались неоднократные случаи вождения автотранспорта в состоянии опьянения ПАВ. Несмотря на то, что больные, находящиеся на лечении, подписывали согласие о соблюдении правила режима, запрещающего вождение автотранспорта, подавляющее большинство из них игнорировали эти предписания, с мотивацией «будь, что будет» и «я об этом не задумываюсь».

Анализ мотивов и результатов суицидальных попыток свидетельствовал о преимущественно демонстративно-протестном, шантажном характере их совершения, что подтверждалось выбором наименее «серьезных» вариантов попыток, их незавершенностью и наличием свидетелей, которые могли вмешаться. Поводом для таких попыток в большинстве случаев (18 человек – 78%) послужили ограничения окружающими достижения сиюминутных целей (обычно связанных с получением средств на очередную дозу), сопровождалась усилением аддикции к наркотику, нарастанием аффективного напряжения. Другим распространенным поводом служила боязнь наказания за проступки (6 пациентов, 26%).

Такое поведение подтверждалось данными о склонности наблюдаемых пациентов к преимущественно аффективно-возбудимым (27 случаев – 84%) и демонстративно-шантажным реакциям (24 случая,

Таблица 1

Результаты тестирования

Уровень тревожности Тест Спилберга-Ханина	Миссисипская шкала адаптации к стрессу	Опросник суицидального риска (модиф. Т.Н. Разуваевой)	Анкета-опросник суицидального риска
81% – высокий уровень личностной и ситуационной тревожности	53% – высокий уровень дезадаптации 40% – удовлетворительная адаптация 7% – умеренная адаптация	69% – повышенный риск суицидального поведения	84% – мысли-представления возможности суицида. 72% – в анамнезе парасуицид

Таблица 2

Совершенные парасуициды

Мотивы совершения парасуицидов	Формы проявления парасуицидов
Уход из невыносимой ситуации – 69% Реакция протеста – 52% Демонстративная реакция – 35%	Самопорезы – 61% Передозировка таблетированных препаратов – 22% Самоповешение – 8% Падение с высоты – 17%

75%), максимализму (26 случаев, 81%), инфантильно-экстрапунитивным отношением к действительности (29 случаев, 90%), что сопровождалось отсутствием реальных целей на будущее и мотивации к полному прекращению употребления наркотика (тестирование по опроснику суицидального риска).

При этом повышенная суицидальность и декларируемое чувство безысходности у испытуемых блокировалось наличием у большинства (25 чел., 78%) сдерживающих антисуицидальных факторов (Табл. 3).

Таблица 3

Антисуицидальные факторы
у наблюдаемых пациентов

Антисуицидальные факторы	Количество случаев (%)
Нахождение на лечении бупренорфином	21 (65%)
Привязанность к близким	20 (62 %)
Работа/источник дохода Работа/источник дохода	18 (56 %)

Одним из главных факторов удерживания от суицидальных реакций для подавляющего большинства пациентов (21 чел. – 65%) являлось нахождение на лечении с применением бупренорфина. На втором месте (20 чел. – 62%) декларировалась привязанность к близким (родители, дети) Третьим по значимости фактором являлось наличие приносящей доход работы (18 чел. – 56%).

Эти факторы создавали условную «стабильность», удерживающую от суицидальных реакций. При этом большинство испытуемых (28 чел. – 87%), формально сознавая ущербность и уязвимость такого положения, не предпринимали реальные попытки изменить ситуацию и полностью прервать зависимость от ПАВ. Предлагаемые альтернативные варианты (стационарная ускоренная детоксикация, последующий переход на блокирующие опиатные рецепторы препараты и лечение в закрытых реабилитационных центрах) отвергались под предлогом «занятости по работе», наличием «срочных» семейно-хозяйственных дел, отсутствием значимых жизненных перспектив, «психологической неготовностью» полностью прервать употребление ПАВ. В ситуациях, нарушающих эту нестойкую компенсацию (прерывание курса бупренорфина, угроза разрыва отношений с близкими, потеря работы), отмечалось усиление суицидальных тенденций, мыслей-

представлений о смерти. Ситуация декомпенсации сопровождалась обострением влечения к наркотику, что выражалось в усилении агрессивного, демонстративно-шантажного поведения (вплоть до совершения суицидальных попыток) и, в конечном итоге, приводила к возобновлению приема наркотика в возрастающих дозах.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1) У больных опийной наркоманией со стажем более 3-х лет в большинстве случаев выявляются признаки аутодеструктивного поведения. Одним из его проявлений является латентная суицидальность в виде эпизодов незавершенных суицидов и постоянно присутствующих мыслей-представлений о смерти. Отмечены также и другие проявления аутодеструктивности: отсутствие установки на окончательное прекращение приема ПАВ, предпочтение заместительной терапии всем видам лечения, необоснованно рискованное и/или деликventное поведение, нарастающие признаки социальной деградации.

2) В большинстве наблюдений проявления латентной суицидальности выражены у больных опийной наркоманией с изменениями личности по истеро-возбудимому типу и носят характер шантажно-демонстративного поведения, инфантильной реакции выхода из неприемлемой ситуации.

3) Описанные личностные изменения формируются у лиц с признаками органической недостаточности, которая имела место в преморбиде и/или была приобретена в процессе хронической интоксикации, а также у лиц, выросших в неполных или неблагополучных семьях

4) Сдерживающими факторами реализации суицидального риска являются сформировавшаяся адаптация к статусу «больного-наркомана» у испытуемых с длительным стажем заболевания. Такими адаптационными (сдерживающими) факторами являются элементы заместительной терапии, наличие микросоциальных связей (семейные отношения чаще по типу созависимости) и относительно стабильного заработка.

5) При анализе терапевтического прогноза и решении вопроса о «радикализации» лечения у больных опийной наркоманией необходимо уделять прицельное внимание сбору данных как о эпизодах парасуцидов, так и о наличии компенсаторных (антисуицидальных) факторов.

6) Обострение аддикции на фоне поддерживающего лечения может свидетельствовать о нарушении механизмов компенсации и, соответственно, о повышении риска суицидального поведения.

7) Наличие признаков обострения суицидальности требует изменений в тактике лечения с назначением дополнительных медикаментозных средств (нейролептиков, антидепрессантов) и активным включением психокоррекционной работы, направленной на актуализацию или формирование компенсаторных механизмов.

Литература:

1. Власова, И. Б. Суицидальное поведение больных наркоманией / И. Б. Власова // *Вопр. наркологии*. – 2009. – № 2. – С. 23-28.
2. Азибалова Т.В., Смышляев А.В. Клинико-психопатологические особенности аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов. // *Вопросы наркологии*. – 2010. – №2. – С. 16-24.
3. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения у больных при опийной наркомании:

Дис. докт. мед. наук / Р.В. Бисалиев М., 2005. – 101 с.

4. Меринов А.В. Шустов Д.И. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью // *Вопр. наркологии*. – 2010. –N 5. –С.90-94
5. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: Киев, 2004. – 32 с.
6. Pomela J. Glenn R. Responding to Self-Injurious Behaviour; /The Evaluation and Management of Drug –Related Crises// *Emergencies in Mental Health Practice* 1998.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИХОВАНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ

М.Г. Зарицький, О.В. Любарець, Т.А. Шаповал

Статтю присвячено вивченню особливостей прихованої суїцидальної поведінки у хворих на опійну наркоманію. Явище прихованої суїцидальності недостатньо вивчено, а дані щодо частоти парасуїцидів виявляються заниженими. Авторами розроблена методика виявлення прихованої суїцидальності, вивчені причини її виникнення, форми проявлення та фактори, які стримують суїцидальну активність. Запропоновані рекомендації щодо дій у разі загострення суїцидальної поведінки під час лікування.

Ключові слова: суїцидальність, опійна наркоманія, виявлення причин суїцидальної поведінки

FEATURES OF HIDDEN SUICIDALITY IN PATIENTS WITH OPIUM DRUG ADDICTION

M.G. Zarytskiy, O.V. Lubaretz, T.A. Shapoval

The article is devoted to studying of features of the hidden suicidal behavior in patients with opium drug addiction. The phenomenon of the hidden suicidality is studied insufficiently, and data on frequency of parasuicides are underestimated. The technique of studying of the hidden suicidality is developed by authors. The reasons of its developing form of manifestation and factors which constrain suicide activity are studied. Recommendations concerning actions in case of aggravation of suicide behavior during treatment are offered.

Keywords: suicidality, opium drug addiction, reasons reveal of suicidal behavior

УДК 616.89

Н.В. Побережная

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

Сложная социально-экономическая ситуация, наблюдающаяся в Украине, обуславливает негативные тенденции, среди которых не последнее место занимает увеличение злоупотребления алкоголем, в частности пивом и слабоалкогольными напитками. Распространенность среди молодежи таких небезопасных явлений, представляет собой угрозу для здоровья нации. [Гатицкая А.Э., 2010]. Для стран СНГ, Украины алкоголь является дорогостоящим и нежелательным фактором, где среднее потребление возросло до весьма высоких цифр (12,0 - 15,0 л). С таким высоким уровнем потребления алкоголя до 25% трудового потенциала населения оказывается утраченным по причинам прямо или косвенно связанным с пьянством. [Аносова Е.В., 2008]. Алкоголизм продолжает «омолаживаться» и возраст первых приемов составляет 10-12 лет; Динамика регистрируемой наркологической патологии среди подростков по г. Донецку за 2007 – 2011г. (по данным областного наркологического диспансера) составляет следующее:

2007 год – «Д» группа – 7(1.3%), проф.группа – 357(66,6%); 2008год - «Д» группа – 4(0.8%),

проф.группа – 169(34,3%); 2009 год -«Д» группа – 3(0,6%), проф.группа – 148(31,3%), 2010год – «Д» группа – 6(1.3%), проф.группа – 108(24,72%); 2011год – «Д» группа – 8(1,8%), проф.группа – 98(20,5%). Употребление алкоголя становится частью образа жизни современной молодежи, стереотипов ее поведения.

Согласно исследованиям ВОЗ, явление подросткового алкоголизма приобрело особенно угрожающий масштаб: первое место здесь – однозначно за Украиной, где 40% подростков употребляют алкогольные напитки, по крайней мере, раз в месяц. 30% 12-летних детей уже пробовали или регулярно пьют пиво. А уже в 13-летнем возрасте армия потенциальных пивных алкоголиков увеличивается вдвое. [Новикова И.А., 2008]. Средний украинец начинает свой «алкогольный стаж» с 14 лет. В этом возрасте каждый третий юноша и каждая пятая девушка пьют через день. 16% школьников, 25% учащихся училищ и средних специальных заведений, 33% студентов вузов злоупотребляют слабоалкогольными и крепкими алкогольными напитками. [Кислицина О.А. 2009].

Литература:

1. Власова, И. Б. Суицидальное поведение больных наркоманией / И. Б. Власова // *Вопр. наркологии*. – 2009. – № 2. – С. 23-28.
2. Азибалова Т.В., Смышляев А.В. Клинико-психопатологические особенности аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов. // *Вопросы наркологии*. – 2010. – №2. – С. 16-24.
3. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения у больных при опийной наркомании:

Дис. докт. мед. наук / Р.В. Бисалиев М., 2005. – 101 с.

4. Меринов А.В. Шустов Д.И. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью // *Вопр. наркологии*. – 2010. –N 5. –С.90-94
5. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: Киев, 2004. – 32 с.
6. Pomela J. Glenn R. Responding to Self-Injurious Behaviour; /The Evaluation and Management of Drug –Related Crises// *Emergencies in Mental Health Practice* 1998.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИХОВАНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ

М.Г. Зарицький, О.В. Любарець, Т.А. Шаповал

Статтю присвячено вивченню особливостей прихованої суїцидальної поведінки у хворих на опійну наркоманію. Явище прихованої суїцидальності недостатньо вивчено, а дані щодо частоти парасуїцидів виявляються заниженими. Авторами розроблена методика виявлення прихованої суїцидальності, вивчені причини її виникнення, форми проявлення та фактори, які стримують суїцидальну активність. Запропоновані рекомендації щодо дій у разі загострення суїцидальної поведінки під час лікування.

Ключові слова: суїцидальність, опійна наркоманія, виявлення причин суїцидальної поведінки

FEATURES OF HIDDEN SUICIDALITY IN PATIENTS WITH OPIUM DRUG ADDICTION

M.G. Zarytskiy, O.V. Lubaretz, T.A. Shapoval

The article is devoted to studying of features of the hidden suicidal behavior in patients with opium drug addiction. The phenomenon of the hidden suicidality is studied insufficiently, and data on frequency of parasuicides are underestimated. The technique of studying of the hidden suicidality is developed by authors. The reasons of its developing form of manifestation and factors which constrain suicide activity are studied. Recommendations concerning actions in case of aggravation of suicide behavior during treatment are offered.

Keywords: suicidality, opium drug addiction, reasons reveal of suicidal behavior

УДК 616.89

Н.В. Побережная

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

Сложная социально-экономическая ситуация, наблюдающаяся в Украине, обуславливает негативные тенденции, среди которых не последнее место занимает увеличение злоупотребления алкоголем, в частности пивом и слабоалкогольными напитками. Распространенность среди молодежи таких небезопасных явлений, представляет собой угрозу для здоровья нации. [Гатицкая А.Э., 2010]. Для стран СНГ, Украины алкоголь является дорогостоящим и нежелательным фактором, где среднее потребление возросло до весьма высоких цифр (12,0 - 15,0 л). С таким высоким уровнем потребления алкоголя до 25% трудового потенциала населения оказывается утраченным по причинам прямо или косвенно связанным с пьянством. [Аносова Е.В., 2008]. Алкоголизм продолжает «омолаживаться» и возраст первых приемов составляет 10-12 лет; Динамика регистрируемой наркологической патологии среди подростков по г. Донецку за 2007 – 2011г. (по данным областного наркологического диспансера) составляет следующее:

2007 год – «Д» группа – 7(1.3%), проф.группа – 357(66,6%); 2008год - «Д» группа – 4(0.8%),

проф.группа – 169(34,3%); 2009 год -«Д» группа – 3(0,6%), проф.группа – 148(31,3%), 2010год – «Д» группа – 6(1.3%), проф.группа – 108(24,72%); 2011год – «Д» группа – 8(1,8%), проф.группа – 98(20,5%). Употребление алкоголя становится частью образа жизни современной молодежи, стереотипов ее поведения.

Согласно исследованиям ВОЗ, явление подросткового алкоголизма приобрело особенно угрожающий масштаб: первое место здесь – однозначно за Украиной, где 40% подростков употребляют алкогольные напитки, по крайней мере, раз в месяц. 30% 12-летних детей уже пробовали или регулярно пьют пиво. А уже в 13-летнем возрасте армия потенциальных пивных алкоголиков увеличивается вдвое. [Новикова И.А., 2008]. Средний украинец начинает свой «алкогольный стаж» с 14 лет. В этом возрасте каждый третий юноша и каждая пятая девушка пьют через день. 16% школьников, 25% учащихся училищ и средних специальных заведений, 33% студентов вузов злоупотребляют слабоалкогольными и крепкими алкогольными напитками. [Кислицина О.А. 2009].

Таблиця 1

Распределение исследуемого контингента по частоте употребления пива (n=393)									
Практически ежедневно		Несколько раз в неделю		Еженедельно		Раз в месяц или реже		Никогда	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
100	25,44%	87	22,13%	45	11,45%	121	30,78%	40	10,17%
Распределение исследуемого контингента по частоте и количеству употребления пива (более 300 мл на протяжении одной выпивки) (n=393)									
100	25,44%	87	22,13%	45	11,45%	121	30,78%	40	10,17%
62	62%	34	39,08%	36	80%	76	62,80%	24	60%

Все это и объясняет актуальность исследования механизма формирования и клинических особенностей пивной алкогольной зависимости у лиц молодого возраста, у которых отсутствуют либо выражены какие либо психические нарушения, поскольку такие исследования именно этого контингента населения Украины практически отсутствуют. Изучение отношения населения к употреблению пива и его клинических особенностей протекания, по сути, является классическим способом научного обоснования антиалкогольной политики в медицине и обществе. [Ковалев А.А., 2009, Нужный В.П., 2007].

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 14 пунктами, связанными с алкогольно-пивными привычками обследуемого контингента.

По результатам комплексного исследования на

выявления формирования и клинических особенностей пивной зависимости по тесту AUDIT у данного контингента обследуемых (n=393 чел) были выявлены следующие закономерности: 100 (25,44%) подростков употребляют пиво ежедневно и 62 (62%) из них на протяжении одной выпивки выпивают более 300 мл пива, 87 (22,13%) обследуемых употребляют пиво несколько раз в неделю и 34 (39,08%) из них выпивают более 300 мл пива на протяжении одной выпивки, 45 (11,45%) обследуемых употребляют пиво еженедельно и 36 (80%) из них однократно выпивают более 300 мл пива в течении недели, 121 (30,78%) употребляют пиво 1 раз в месяц и 76 (62,80%) из них выпивают однократно более 300 мл пива и 40 (10,17%) никогда не употребляют пиво и др. спиртные напитки ни в каких дозах, а 24 (60%) из них отдают предпочтение более крепким алкогольным напиткам, не употребляя пиво вообще.

Согласно вышеуказанным проведенным исследованиям и выявленным данным по частоте и количеству употребляемого пива среди общего количества учащихся лицея и техникума выявились клинические особенности употребления пивом и формирования пивной зависимости, согласно критериям по МКБ – 10.

Таблиця 2

Распределение исследуемого контингента по формированию клинических особенностей пивной зависимости по возрасту (n=393)								
Возраст, лет	Лица без алкогольной зависимости (n=193 чел)		Лица, употребляющие чрезмерно алкоголь (пиво) (n=132 чел)		Лица, употребляющие пиво с вредными последствиями (F10.1) (n=23 чел)		Лица, с формированием пивной алкогольной зависимости (F10.24) (n=45 чел)	
	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

Так, представленные в таблице 2. данные свидетельствуют о том, что наиболее подвержены риску употребления алкоголя с вредными последствиями 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.

Распределение исследуемого контингента по выявленным в процессе исследования клиническим особенностям пивной зависимости в процентном отношении представлены в Таблице 3.

Из приведенных выше данных таблицы 3. среди общего количества обследованных 393 человек выявлены лица употребляющие пиво с вредными последствиями согласно рубрике, классифицируемой в МКБ – 10 как **F10.1** – 23 человека (5,85%), употребляющие пиво не систематически, но в дозах больше 2 – х литров, с периодичностью больше последних 12 месяцев и наличием физических изменений в организме во время алкогольных интоксикаций (травмы, ушибы, драки), а также психологических изменений (депрессий и тревоги разной степени выраженности без психотических симптомов), приводящих в дальнейшем к нарушению социального функционирования и дисфункциональному поведению.

Также в процессе исследования была выявлена еще одна клиническая группа лиц, зависимых от употребления пива – 45 чел (11,45%), классифицированным по МКБ – 10 как **F10.24** (Употребление алкоголя в настоящее время, активная зависимость), о чем свидетельствует употребление лицами молодого возраста алкоголя в количествах более 3 – х литров на протяжении продолжительного периода времени, вопреки явным признакам вредных последствий, безуспешные попытки сократить или контролировать употребление алкоголя употребляемого напитка, повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы пива, прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя, в частности пива или восстановления после его действия.

Анализ клинической картины алкогольной пивной зависимости в 2 – х выявленных группах (**n=23**) с диагнозом **F10.1** и (**n=45**) с диагнозом **F10.24** позволил нам выделить общие закономерности, характерные для развития данного заболевания. Так большинство пациентов из выявленных групп (19,11%) впервые в жизни употребили пиво в возрасте от 14 до 22 лет. Систематически употребляли пиво исследуемые в возрасте 17 – 18 лет. Наследственный фактор занимал ведущее место среди основных причин заболевания (до 80%). По типу предпочитаемого спиртного напитка на первом месте были слабоалкогольные напитки, в частности пиво. Из наиболее характерных клинических признаков у исследуемых в 2 – х группах исследования, особенно с формированием алкогольной пивной активной зависимости нами выделены в первую очередь: высокая толерантность к употреблению пива (от 2, 3 литров и более), потеря защитного рвотного рефлекса, психологическая и физическая зависимость от алкоголя, пониженное настроение с выраженным тревожным синдромом, агрессивность и т.д.

Психологические факторы играют большую роль в обеспечении соматического, психического здоровья и адаптации личности. Для исследования уровня тревоги как состояния, т.е. ситуативной или реактивной тревоги, и уровня личностной тревожности как черты личности, нами использована шкала реактивной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера – Ю.Н. Ханина.

Полученные данные показали, что у (26,47%) обследуемых отмечался высокий уровень реактивной тревоги. Уровень личностной тревожности отмечался в 47,05% случаев, особенно среди обследованных в группе с синдромом зависимости от пива.

В процессе данного исследования нами были выявлены механизмы формирования пивной алкогольной зависимости и ее клинические особенности, что очень важно для дальнейшей разработке системы психопрофилактических мероприятий пивной зависимости у лиц молодого возраста.

Таблица 3

Распределение исследуемого контингента по формированию клинических особенностей пивной зависимости (n=393)							
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.	%
193	49,12%	132	33,58%	23	5,85%	45	11,45%

Литература:

1. Гатицкая А.Э. Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью// *Архив психиатрии*. – 2010. – Т.16, №1(60). – С.55 – 57
2. 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.*
3. Новикова И.А. Социально-психологические особенности алкоголизации подростков/ И.А.Новикова, П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев// *Экология человека*. - 2008. - №7. – С. 30-34
4. Кислицина О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска/О.А. Кислицина// *Вопросы наркологии*. – 2009. - №2. – с.66 – 76.
5. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом.// *Наркология*. – 2009. - № 5. – С. 56 - 58
6. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом.// *Наркология*. – 2009. - № 4. –С. 78 - 82
7. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // *Наркология*. – 2007. - № 3. – С. 30 – 42.
8. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // *Известия Уральского государственного университета*. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**Н.В. Побережна**

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) дві клінічні групи з діагнозом F10.1-5,85% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24- 11,45% .Були проаналізовані клінічні характеристики обстежених згідно критеріїв МКБ - 10

Ключові слова: пивний алкоголізм, підлітки

CLINICAL PECULARITIES OF BEER ALCOHOLISM AMONG TEENAGERS**N.V. Poberezhnaya**

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are represented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-5,85% and F10.24 – 11,45%.

Keywords: beer alcoholism, teenagers

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89

О.М. Макаренко, М.О. Голубєва, Л.В. Степаненко, О.Г. Артюх ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Ключові слова: геронтологія, старіння, похилий вік, психологічна робота

Актуальність дослідження. Одна з демографічних ознак на планеті Земля — це старіння її населення (особливо у високорозвинених країнах світу). Воно визначається багатьма чинниками, основною з яких є виразна тенденція до скорочення народжуваності в розвинених країнах. Змінилися уявлення про вік 50-60 років як про вік старості. Смертність в цьому віці сьогодні, на початку XXI століття, впала в порівнянні з кінцем XVIII століття в чотири рази; смертність серед 70-річних останнім часом зменшилася удвічі. Для сучасної людини після виходу на пенсію є можливість прожити в середньому ще 15-20 років [7, с. 7].

Що ж може представляти собою життя людини в цей період? Розпач, згасання, хвороби, неміч, втрата працездатності... Або ж навпаки, можливість вести повноцінне (із урахуванням реальностей, що змінилися), цікаве життя: працювати в міру своїх сил, прагнути бути потрібним своїм близьким, друзям, прийнявши власну старість як черговий етап життя, в якому є свої радощі і свої проблеми (як і на попередніх етапах життя)?

Жити, а не виживати, особливо людям похилого віку, потрібні знання та навички для налагодження соціальних комунікацій, для того, щоб реалізувати ті сили життя, які вони в собі ще відчують. Для цього необхідна глибинна робота над собою. Зразки надзвичайної працездатності та творчості демонструють люди вельми похилого віку. Після 70 років успішно працювали багато відомих вчених — Ламарк, Ейлер, Лаплас, Галілей, Кант. І. Павлов створив «Двадцятирічний досвід» в 73 роки, а «Лекції про роботу великих півкуль головного мозку» — в 77 років [21, с. 8].

Світовий соціальний досвід свідчить і про те, що на схилі життя людина може бути глибоко нещасною, самотньою, бути «тягарем» для близьких і навіть випробовувати жорстоке до себе ставлення як в сім'ї, так і в державній соціальній установі [11, с. 312].

Як допомогти людині в літньому віці уникнути всіх цих проблем і намагатися прожити спокійніше та радісніше — ось питання які є актуальними сьогодні.

Мета нашої наукової розвідки — розгляд психологічних особливостей людей похилого віку.

Виклад основного матеріалу. Старість є останнім етапом онтогенезу людини. Головною особливістю цього етапу є генетично зумовлений процес старіння, який проявляється в змінах в організмі та психіці, послабленні їх функціонування. Ці перетворення, а

також соціально-психологічні чинники суттєво впливають на особистісну сферу, поведінку, спосіб життя старої людини [4, с. 86].

Період старості часто називають **геронтогенезом** (грец. *geron* — стара людина і *genesis* — походження). Більшість дослідників вважає, що починається вона із 60 років і триває до смерті. Міжнародна класифікація виокремлює такі періоди геронтогенезу:

- похилий вік (для чоловіків 60-74 роки, для жінок 55-74 роки);
- старечий вік (75-90 років);
- вік довгожителів (90 років і старші).

На цьому етапі життя людина помітно втрачає фізичну силу, енергійність, погіршуються її здоров'я та психофізіологічні показники. Стара людина адаптує свою поведінку до фізіологічних обмежень [7, с. 15].

Про початок старіння людини свідчать припинення трудової діяльності, обмеження системи соціальних відносин. У більшості осіб вихід на пенсію мало змінює задоволеність життям. У деяких сім'ях набуває вищої значущості сімейне життя, особливо якщо чоловік працює, а дружина вже на пенсії. Припинення роботи теж сприймається позитивно. Однак частина старих людей опиняється перед проблемою залежності від інших [3, с. 270].

У період старості з'являються нові аспекти Я-концепції: збереження сенсу життя, налаштованість на відпочинок, відсутність тривалої перспективи, орієнтація на минуле і теперішнє, сприйняття факту скінченності власного життя, підготовка до смерті, усвідомлення обов'язку передати життєвий досвід молодшому поколінню.

Отже, кожна людина по-своєму долає період старості, що зумовлене генетичними та особистісними чинниками, статевою належністю, способом життя на попередніх етапах, атмосферою в родині тощо [2, с. 37].

У період старості Я-концепція особистості обумовлює її психічне здоров'я, функціонування та розвиток. Уявлення про себе літньої людини пов'язане з вибірковою пам'яттю, яка, відображаючи події, намагається не порушити основні особистісні позиції та стратегії [6, с. 67].

Людина прагне збагнути переживання, які свідчать про її позитивне функціонування ("Я реалізував себе", "Я правильно прожив життя" та т. і.), уникає переживань, що шкодять функціонуванню її Я та порушують душевну рівновагу ("Я обрав помилковий план і стра-

тегію життя", "Я не реалізував себе у житті" та т. і.). Результатом таких переживань є узгодження чи неузгодження особистісного життєвого досвіду з Я-концепцією [20, с. 67].

На етапі старості змінюються основні функції Я-концепції. Якщо у період зрілої дорослості в самооцінці домінував когнітивний (інтелектуально-аналітичний) компонент, то на етапі старості активізується емоційний (емоційне оцінювання своєї поведінки, стану здоров'я, здібностей) компонент.

Однією зі складових Я-концепції людини на етапі старості може стати віра в Бога, в трансцендентне, з допомогою якої вона осягає проблеми страждання, смерті, вічності, життя, любові.

Гармонійність Я-концепції в цьому віці залежить від інтегрованості особистості в соціальне оточення. Якщо між Я і актуальними переживаннями є значна невідповідність, то захист власного Я може стати неефективним. У такому разі переживання фіксуються свідомістю і витісняються у підсвідоме, а Я-концепція руйнується, наслідком чого є особистісні розлади, неврози, психопатії [15, с. 125; 16, с. 131].

Поширеними у старості функціональними нервово-психічними розладами є неврози таких видів:

а) неврастення. Виникає внаслідок перенапруження, виснаження нервової системи та перевтоми;

б) невроз страху. Причиною його є гострі, тривалі психічні травми;

в) невроз нав'язливих станів. Проявляється у людей, яким з дитинства властиві тривожність, невпевненість у собі, схильність до навіювання [1, с. 285].

Зі старістю пов'язані і специфічні зміни в *емоційній сфері* людини, які проявляються в некерованому посиленні мимовільних реакцій (сильному нервовому збудженні), схильності до безпричинного суму, сльозливості. У більшості людей з'являється тенденція до ексцентричності (дивацтва), знижується чутливість, здатність знаходити вихід зі складних ситуацій, вони часто заглиблюються у свої думки, переживання, тривоги та страху [4, с. 90].

На схилі літ люди рідше переживають радість, здивування, багато з них втрачає почуття гумору, інтерес, допитливість. Вони часто відчують тривогу пов'язану з очікуванням смерті, із захворюваннями, самотністю, фізичною неспроможністю. Страх може бути зумовлений фізіологічними процесами в організмі [2, с. 38].

Зниження загального рівня активності, нудьга, монотонність виникають у зв'язку з відсутністю яскравих сенсорних вражень, спричиненою послабленням слуху, зору та інших видів чутливості; інтелектуальною пасивністю, зумовленою зниженням рівня інтелекту та мотивації пізнавальної діяльності; руховою пасивністю, спричиненою зниженням фізичних можливостей організму [11, с. 435].

Різко зростає у літніх людей інтерес до релігії, дехто із них утверджується у своїй вірі в Бога [3, с. 270].

Емоційна реакція особистості на настання старості може бути різною. Найпоширенішими є такі типи пристосування до неї:

- *конструктивна позиція.* Людина приймає старість як природне явище, як факт, що завершує її професійну кар'єру;

- *залежна позиція.* Папсивні особи, старіючи активно шукають допомоги, визнання;

- *захисна позиція.* Особистості з підвищеною здатністю до спротиву обставинам не прагнуть до зближення з іншими, а старість сприймають з обуренням і ненавистю;

- *позиція ворожості до світу.* Ті, хто схильні звинувачувати суспільство у своїх життєвих негараздах стають підозрілими, агресивні, нікому не вірять, не хочуть ні від кого залежати, намагаються більше працювати;

- *позиція ворожості до себе та негативного ставлення до свого життя* проявляється у втраті інтересу й ініціативи, поганому настрої та фаталізмі. Такі люди почувають себе самотніми та непотрібними. До смерті вони ставляться як до порятунку від існування [5, с. 270].

Емоційні переживання також пов'язані з очікуванням смерті. Люди у старості частіше розмірковують про смерть. Головне для них, щоб процес умирання не був тривалим і болісним.

Переживання наближення смерті у своєму розвитку долають такі стадії:

1) *стадія опору, протидії.* Поки є хоч якісь шанси на виживання, людина налаштовується на боротьбу із загрозою;

2) *стадія огляду життя.* Відбувається у формі позитивних та негативних спогадів;

3) *стадія трансцендентності.* Людина усвідомлює своє минуле як дуже віддалене. На порозі смерті особистість ніби виходить за межі себе, досягає трансцендентного стану [14, с. 15].

Старість пов'язана не тільки з багатьма новими проблемами, вона обдаровує людину філософським баченням життя, умиротвореністю, терпеливим, розважливим ставленням до подій у світі та до людей, які її оточують. За відсутності значних проблем зі здоров'ям, наявності матеріального благополуччя, злагоди в родині багато людей справді проживають щасливу старість.

Задоволеність життям у старості особливо залежить від матеріального становища. Погіршення фінансових можливостей часто спричинює зниження самооцінки, появу відчуття залежності, депресивних станів. Послабити вплив фінансових проблем на задоволеність життям літньої людини можуть ефективна соціальна політика держави, чуйність, підтримка з боку родичів і близьких.

Ставлення літньої людини до свого становища залежить і від особистісного чинника. Яцимірская Р. С. вважає, що людина з поганим станом здоров'я і фінансовими проблемами легше переживає погіршення здоров'я і матеріального добробуту, ніж ті, хто перебуває у

кращому за цими критеріями становищі, оскільки вона вже звикла до таких змін [22, с. 192].

На початку ХХІ ст. в Україні спостерігається низький рівень задоволеності людей похилого віку своєю старістю.

Основними чинниками незадоволення старістю є:

- економічна та соціальна незахищеність старих людей;
- заклопотаність власними життєвими проблемами родичів старих людей;
- суперечність між «колишніми» та теперішніми цінностями;
- маніпулювання старими людьми з боку політиків;
- вплив негативної інформації із ЗМІ;
- руйнування родинних зв'язків, що звукує можливості спілкування;
- відсутність ефективної соціальної допомоги [10, с. 124].

З певного віку непересічною цінністю для людини стає *сім'я*, задля єдності та благополуччя якої вона живе і працює, психологічний комфорт обстановки в якій може додавати їй сил і відчуття усіх барв життя або пригнічувати, кидати її в депресивні стани. Особливо важливе значення має *сім'я* для людей похилого віку, хоч буває так, що дехто з них зустрічають свою старість самотніми [17, с. 250].

У західних країнах старі люди надають перевагу незалежному життю, вважаючи важливим, щоб діти або близькі родичі мешкали неподалік. Майже у 80% випадків батьки живуть із одним зі своїх рідних на відстані, яку можна подолати за 30 хвилин [4, с. 89].

Загалом, старі люди більше прагнуть активної взаємодії з членами *сім'ї*, а усамітнення забезпечує їм особистісну свободу. *Сім'я* для них є опорою. Однак не завжди *сім'я* здатна вирішити їхні проблеми. Нерідко опікуни є також уже немолодими людьми (одне із подружжя) або людьми зрілого дорослого віку (діти, онуки). Останніх переслідують власні проблеми, в багатьох ослаблене здоров'я. Тому інколи люди старшого віку відчують розчарування через нереалізовані сподівання, що може зруйнувати стосунки в родині [16, с. 141].

У зв'язку зі зниженням рівня народжуваності літні люди мають менше родичів, від яких можуть очікувати підтримки. В такому разі їхнє становище значною мірою залежить від рівня пенсійного забезпечення та добробуту в державі.

Великою радістю на старості є онуки та правнуки. У багатьох бабусь і дідусів налагоджуються з ними дружні стосунки. Ці стосунки часто відіграють домінуючу роль у спонукальній сфері людей похилого віку, дають їм відчуття особистісного та сімейного оновлення, вносять різноманітність у їхнє життя, надають йому сенсу, є ознакою довголіття, яким можна гордитися. Дідусі та бабусі виконують важливі соціальні ролі, які мають різну мотиваційну спрямованість:

1) *присутність*. Намагання зберегти стабільність у родині;

2) *сімейна "національна гвардія"*. Активна участь у житті родини, виховання молоді;

3) *арбітри*. Залагодження конфліктів між своїми дорослими дітьми та внуками;

4) *зберігачі сімейної історії*. Передача онукам сімейну духовну спадщину та традиції [17, с. 179].

Отже, кожна з цих ролей може бути реальною чи символічною, що залежить від родинних традицій, старань і умінь літніх людей реалізувати задумане, зацікавленості, уважності представників молодших поколінь до цих питань.

Подружні стосунки людей похилого віку, як правило, стають теплішими, оскільки багатьох із них тривожить перспектива життя. Вони з гіркістю думають про власну смерть, очікують її наближення. Але, мабуть, найбільше їх тривожить можливість овдовіти. Стрес від смерті людини, яка тривалий час хворіла, може бути меншим, ніж від несподіваної смерті. Як свідчать дослідження, 20% овдовілих дуже важко переживають втрату, а в їхніх стосунках із оточенням усе більше помітні негативні прояви [11, с. 35].

Деколи жінки легше переживають втрату партнера, самотність, оскільки більш при звичаєні до самообслуговування, легше налагоджують стосунки чи активно поринають у релігію. Овдовілі чоловіки можуть бути краще забезпечені фінансово, що дає їм більше можливостей одружитися знову, вони менше, ніж жінки, здатні стежити за собою, і це робить проблематичним їх побут, слабоконтрольованими емоції та поведінку, посилює залежність від родини тощо [18, с. 192].

Смерть є незворотним припиненням усіх функцій організму, закінченням розвитку людини. У минулі часи люди більше знали про практичну сторону смерті, оскільки за тим, хто вмирав, дбали доглядали вдома рідні. Значна увага приділялася підготовленню тіла до поховання, обрядом, які йому передують. Сучасна цивілізація віддаляє живих від природного процесу вмирання та смерті [22, с. 45].

Сприйняття кожною людиною наближення смерті є індивідуальним. З огляду на це психологи стверджують, що пристосування людей до смерті долає такі стадії:

1) *заперечення*. Людина відмовляється визнати можливість своєї смерті, шукає обнадійливих думок і діагнозів;

2) *гнів*. Усвідомлення неминучості смерті та пов'язане з цим руйнування планів викликають у людини стан фрустрації - переживання невдачі. Унаслідок цього її охоплюють образа, гнів, заздрість до інших;

3) *торги*. Сподіваючись продовжити своє життя, людина дає різні обіцянки (кинути вживати алкоголь чи палити, поглибити свою віру в Бога тощо);

4) *депресія*. Свідченням її є втрата інтересу до життя, відчай, безнадія. Неминучість смерті, розлуки з рідними та близькими викликають у людини переживання горя;

5) *прийняття*. Людина вирішує змиритися зі своєю долею та неминучістю смерті, в її душі встановлюється мир, і вона спокійно доживає останні дні [7, с. 167].

У розвинутих країнах поширеним є заперечення смерті як умираючими, так і їхніми близькими. Заперечення — це своєрідний механізм подолання стресу та психологічний захист, застосування якого може заважати активно боротися з життєвими труднощами. Цілком природно, що люди бояться смерті. Однак тих, хто дожив до старості, лякає не смерть сама по собі, а перспектива тривалого, болісного, нестерпного, тяжкого вмирання.

Усвідомлення наближення смерті спонукає літню людину реконструювати в пам'яті минуле, знову подумки пережити радісні chvíли та втрати. Огляд власного минулого наприкінці життя допомагає вирішити внутрішні конфлікти, переосмислити власне життєвий шлях, оцінити свої можливості, зрозуміти себе, з'ясувати справжні цінності та значущі здобутки власного життя [13, с. 248].

За світосприйняттям самооцінкою особистість у старості може виявляти ознаки, які даватимуть підстави зарахувати її до одного з таких типів:

1) *вічно молоді старі люди*. Характеризуються незгасаючим інтересом до життя, відсутністю егоїзму, умінням нести світло в душі, дарувати радість іншим. У спілкуванні з ними необхідно намагатися бути гідним їх, постійно вчитися в них вищої мудрості, духовності;

2) *нестерпні, важкі старі люди*. У їх поведінці переважають нетерпимість, злоба, почуття помсти. У взаємодії з ними краще не резонувати, не втягуватися в конфлікти, з'ясування стосунків, виправдовування, а навчитися вибудовувати захист проти їх дріб'язковості, істеричної соціальної активності;

3) *звичайні старі люди*. Вони сприймають свій вік як даність, по-різному переживаючи неміч, хвороби, намагаючись не створювати проблем іншим. Співучасть, доброзичливе спілкування з ними додає їм оптимізму [18, с. 258].

У взаємодії зі старими людьми психологи рекомендують:

- долати роздратування через сповільнений темп їхнього життя, "старомодні" звички, мислення, світоглядні розбіжності;

- не "боротися" з ними, а пробачати, забувати їхні претензії, не намагатися переконувати, а зосередитися на виконанні обов'язку перед ними, догляду за ними;

- постійно виражати любов (дотики, поцілунки, теплі слова, подарунки);

- виявляти повагу, шанобливе ставлення (бути ввічливим, не допускати зневажливих висловлювань, запитувати їхню думку та просити порад, не перетворюючи це на гру чи формальність, а враховувати сферу найбільшої їхньої компетентності);

- турбуватися про організацію їхнього життя, встановлення раціонального та зручного розпорядку дня. Підтримувати їх ініціативу, активність, заохочувати до самообслуговування;

- створювати доброзичливу атмосферу та дотримуватися оптимістичного стилю спілкування в родині;

ділитися радісними звістками, уникати зайвої драматизації подій у проблемних ситуаціях. Неприйнятний прихований мотив - "Скільки йому (їй) залишилося, що їй (йому) треба?";

- бути уважним, що запобігає виникненню почуття підозри, виключеності із сімейного життя; розмовляти з ними ("маленькі новини" створюють у старих відчуття активного життя), вислуховувати їх;

- проявляти спокій і терпіння, прийняти людину в її новій якості: з одними "розпорядженнями" активно погоджуватися, дякувати за розумну пораду, від деяких проблем відвернути увагу, а решту розв'язати без коментарів, обговорень чи виправдань; не брати на себе відповідальність за їхнє життя, але завжди бути поруч, щоб допомогти та підстрахувати;

- дбати, щоб у житті літньої людини були захоплення, здорові розваги, улюблена справа, нові враження. Активне заняття інтелектуальною працею спричиняє ясність розуму, пригальмовує процеси старіння;

- не потурати в некресивих вчинках, негарних почуттях, примхливості, істеричності. Однак неприпустимі й покарання людей похилого віку. Регулярна похвала доречна і корисна;

- допомагати у вирішенні світоглядних питань, знаходженні душевного спокою, прийнятті неминучості смерті, складанні заповіту для молодих, відвідуванні церкви, читанні філософської літератури тощо [19, с. 296].

Діючи з позиції любові та вдячності, діти не повинні віддавати батьків похилого віку на опіку іншим людям чи у спеціальні установи. Піклування про літніх людей зміцнює моральне та духовне здоров'я дітей та суспільства.

Проте, нажаль, рідко хто дотримується даних порад саме тому, сьогодні серед основних проблем, з якими доводиться стикатися, все частішою стає *проблема геронтологічного суїциду*. Це вимагає посилення уваги до професійної підготовки психологів щодо роботи з людьми похилого віку.

Завдання психологічної допомоги людям похилого віку полягає:

- в адаптації до статусу пенсіонера, допомозі клієнту розглянути і оцінити свої інтереси та життєві ресурси, обрати для себе захоплюючу справу;

- у допомозі в прийнятті старості й всього минулого життя в цілому, в пошуку нових орієнтирів (формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку внутрішнього спокою, обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації);

- у підвищенні загального психологічного настрою;

- у підвищенні самооцінки.

До особливих ситуацій, у яких проводиться надання психологічної допомоги людям похилого віку, відносять: втрату близьких, глибоку депресію, відчуття наближення смерті [6, с. 125].

Втрата близьких. Про переживання клієнтом горя, за О. В. Красовою, свідчать такі ознаки:

- фізичні страждання (коротке дихання, постійні зітхання, сухість у роті та інше)
- поглинутість образом померлого;
- почуття провини;
- ворожі реакції;
- утрата моделей поведінки.

Глибока депресія людей похилого віку. Психолог повинен показати клієнту, що він не може взяти на себе відповідальність за стан клієнта, а може лише допомогти його самовизначенню. Варто показати клієнту, що його песимістичний погляд на світ – результат його депресивного стану; можна полегшити стан, і картина світу покращиться. Слід підтримати клієнта та допомогти йому у психологічному поясненні його труднощів, при цьому активно розпитувати про переживання та обставини життя клієнта [10, с. 56].

Наближення смерті. Бесіда з помираючою людиною похилого віку не є у повному значенні слова психологічним консультуванням. У кінці життя людина часто звертається думками до вічного, до Бога. Підводячи підсумки свого життя, вона шукає закон людського існування та іноді знаходить його у вірі. У людини похилого віку віра може бути глибокою та щирою, й тому присутність священика біля ліжка помираючого сьогодні не рідкість. Однак, якщо у помираючої людини немає потреби у спілкуванні зі священиком, вона може залишитись одна перед обличчям смерті. Близькі, зайняті своїм горем, не можуть виявити серйозної допомоги помираючому. Це може зробити лікар або психолог. У сучасній психології розроблені принципи спілкування з помираючою людиною похилого віку. Так, психологу слід уважно вислухати помираючого та допомогти йому поділитись думками про смерть і про те, що він залишає у цьому житті. Слід уважно вислухати скарги, побажання та останні розпорядження помираючого, по можливості задовольнити їх чи пообіцяти зробити все можливе [12;32].

Сучасними психологами розроблено низку вправ, які доцільно використовувати при наданні психологічної допомоги людям похилого віку: «Про що я до цих пір мовчав...», «Історія в листах», «Визначення вторинної користі хвороби» та т. і. [8, с. 45].

Висновки

● Старість є завершальною фазою в розвитку людини. Період геронтогенеза (період старіння) згідно міжнародної класифікації починається з 60 років у чоловіків і з 55 років у жінок і має три періоди: літній, старечий і довгожителі. Всі зміни в період старіння носять індивідуальний характер. Складний і суперечливий характер старіння людини як індивіда пов'язаний з кількісними змінами і якісною перебудовою психологічних структур, включаючи і новоутворення.

● Активному довголіттю людини похилого віку сприяє багато чинників. Серед психологічних чинників можна рахувати такі: розвиток людини похилого віку як соціально активної особи, як суб'єкта творчої діяльності та яскравої індивідуальності. І тут вели-

чезну роль відіграє високий рівень самоорганізації, свідомо саморегуляція свого способу життя і життєдіяльності.

● Головними напрямками психологічної роботи з людьми похилого віку є: адаптації до статусу пенсіонера, пошуку нових орієнтирів, психологічна допомога при втраті близької людини, допомога в боротьбі з депресіями та психосоматичними проблемами.

● Якщо людина внутрішньо готова сприйняти свій вік, змістовно та результативно прожила попередні роки, має дружню родину, зберегла інтерес до спілкування і не позбавлена змоги щодо задоволення його, бере участь у посильних для її віку заняттях, то і в старості вона відкриватиме нове у світі і в собі, радітиме життю, успіхам своїх рідних і близьких, збагачуватиме їх своїм досвідом, від чого буде щасливою.

Література:

1. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. - Л., 1969. — С. 285.
2. Актуальные проблемы в геронтологии: Сообщения конференции / Подгот. Г. Суворова // Врч. — 1996. - №7. — С. 37-38.
3. Альперович В. Д. Геронтология. Старость. Социкультурный портрет: Учеб. пособие — М. : Приор: эксперт. бюро, 1998. — 270 с.
4. Анциферова Л. И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. - 2001. - Т. 2. №3. - С. 86-89.
5. Гериатрия: Учеб. пособие / Д. Ф. Чеботарев, В. В. Фролькис, О. В. Коркушко и др., Под ред. Д. Ф. Чеботарева. — М. : Медицина, 1990. — 240 с.
6. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. - М. : ЭКСМО-Пресс. 2002. —320 с.
7. Журавлева Т. П. Основы гериатрии: Учебное пособие для студентов учреждений сред. проф. образования. — М. : ФОРУМ: ИНФРА — М, 2003. — 271 с.
8. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології / Практична психологія та соціальна робота: Науково - практичний та освітньо-методичний журнал. Гол. редактор — О. В. Губенко. — 2007. - №1 (94). — С. 32 -45.
9. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології / Практична психологія та соціальна робота: Науково - практичний та освітньо-методичний журнал. Гол. редактор — О. В. Губенко. — 2007. - №2 (95). — С. 12 -24.
10. Зозуля Т. В. К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс — М. : Академия, 2003. - 150 с.
11. Котельников Г. П., Яковлев О. Г., Захарова Н. О. Геронтология и гериатрия: Учебник. — М. — Самара : Самарский Дом печати, 1997. — 800 с.
12. Медведева Г. П. Введение в социальную геронтологию / Г. П. Медведева. Академия педагогических и социальных наук; Московский психолого-социальный институт. — М. - Воронеж, 2000. — 95 с.
13. Мясцев В. Н. Структура личности и отношение человека к действительности. Психология личности: тексты / В. Н. Мясцев. Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. — М. : Изд-во МГУ, 1982. — 348 с.
14. Обухова Л. Ф. Проблема старения с биологической и психологической точек зрения / Л. Ф. Обухова, О. Б. Обухова, Л. В. Шаповаленко // Психологическая наука и образование. - 2003. - № 3. - С. 25-34.
15. Полищук Ю.И. Состояния одиночества и ассоциированные с ними расстройства депрессивного спектра у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. — 1999. № 3. — С. 125.
16. Порсеев Х. О. Психічні особливості ціннісних орієнтацій

людей пожилого віку /Х. О. Порсева // Педагогіка і психологія. - 2003. - № 3-4. - С. 131-141.

17. Сонин М. Л., Дыскин А. А. Пожилой человек в семье и обществе. — М., 1984. — 250 с.

18. Стюарт-Гамельтон Ян. Психология старения: (Перевод с английского) Ян Стюарт-Гамельтон — 3-е международное издание — СПб., М.: Харьков : Питер, 2002. — 256 с.

19. Холостова Е. И., Егоров В. В., Рубцов А. В. Социальная

геронтология: Учебное пособие.- М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2004. — 296 с.

20. Шапарь В. Б. Рабочая книга практического психолога / В. Б. Шапарь. - М. : АСТ, 2005. — 672 с.

21. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. - М. : Медицина, 1966. — 304 с.

22. Яцемирская Р. С. Психопатология пожилого и старческого возраста / Р. С. Яцемирская. - М. : Изд-во МГУ, 2002. — 192 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОБОТЫ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, Л.В. Степаненко, О.Г. Артюх

В статье раскрываются основные теоретические проблемы процесса старения, особенности жизни человека наклонного возраста. Анализируются некоторые аспекты адаптации к старению: изменение социальной позиции, место человека в обществе и отношения с ним, построение нового образа жизни. Описываются психологические методы работы с людьми преклонных лет.

Ключевые слова: геронтология, старение, преклонный возраст, психологическая работа

PSYCHOLOGICAL PECULARITIES OF WORK WITH ELDERLY AGE PEOPLE

A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, L.V. Stepanenko, O.G. Artukh

The basic theoretical problems of process of senescence, feature of life of sloping man open up in the article. Some aspects of adaptation are analysed to the senescence: change of social position, place of sloping man in society and relationships with him, construction of new way of life. The psychological methods of work are described with people years old.

Keywords: gerontology, senescence, declining years, psychological work

УДК 616.89

В.В. Волобуев

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АБРЕАКЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ

ОКПНБ-медико-психологический центр г.Донецк

Ключевые слова: абреакционные механизмы, непсихотические психические расстройства, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, личностные особенности, уровень тревоги и депрессии

В современном подходе к психотерапии непсихотических психических расстройств большое значение придаётся символизации подавленных эмоциональных реакций. Многими отечественными и зарубежными исследователями [2;6;7;8;9] разрабатывались техники по работе с вытесненными переживаниями, имеющие единую психотерапевтическую базу, связанную с понятиями переноса, контрпереноса, сопротивления, динамического бессознательного, рассмотрением опыта взрослого через призму развития. В конечном счете, был предложен термин «абреакция», определяемый как способ осознания подавленных эмоциональных реакций (в присутствии психотерапевта) с помощью пересказа и повторного переживания травматического события.

Исторически происхождение указанного подхода относится ко времени развития психоанализа Зигмундом Фрейдом в конце 1890-х и начале 1900-х годов.

З.Фрейд утверждал, что истеричные пациенты страдают от «воспоминаний», и, при этом, предполагал, что за симптомы данной болезни ответственна недопустимая и подавляемая идея [6;7].

Представители гипносуггестивного направления в психотерапии рассматривали возможность высвобождения,

раскрепощения эмоционально значимого для пациента материала в состоянии гипноза. Данный подход включал ряд этапов: достижение гипнотического состояния; погружение пациента в психотравмирующую ситуацию; восстановление её; освобождение подавленных, неотрагированных эмоций, связанных с этой ситуацией. В процессе развития фармакологии возник сочетанный фармако-психотерапевтический подход, который предполагает использование медикаментозных средств для достижения катарсиса (эфир, амитал-натрий и пр.). В период, когда лекарство начинало действовать, пациент поощрялся к погружению в психотравмирующую ситуацию с как можно более сильным эмоциональным реагированием. При практическом применении двух вышеописанных техник было доказано, что они более эффективны при неглубоком уровне вытеснения, обычно отмечаемом в случаях недлительных травматических неврозов [3].

С проблемами применения гипнотической абреакции столкнулся ещё в прошлом веке З.Фрейд, который выяснил, что данный терапевтический подход часто не был приемлемым и отражал желание пациента понравиться врачу. Он также заметил, что некоторые пациенты проявляли сопротивление этому терапевтическо-

людей пожилого віку /Х. О. Порсева // Педагогіка і психологія. - 2003. - № 3-4. - С. 131-141.

17. Сонин М. Л., Дыскин А. А. Пожилой человек в семье и обществе. — М., 1984. — 250 с.

18. Стюарт-Гамельтон Ян. Психология старения: (Перевод с английского) Ян Стюарт-Гамельтон — 3-е международное издание — СПб., М.: Харьков : Питер, 2002. — 256 с.

19. Холостова Е. И., Егоров В. В., Рубцов А. В. Социальная

геронтология: Учебное пособие.- М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2004. — 296 с.

20. Шапарь В. Б. Рабочая книга практического психолога / В. Б. Шапарь. - М. : АСТ, 2005. — 672 с.

21. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. - М. : Медицина, 1966. — 304 с.

22. Яцемирская Р. С. Психопатология пожилого и старческого возраста / Р. С. Яцемирская. - М. : Изд-во МГУ, 2002. — 192 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОБОТЫ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, Л.В. Степаненко, О.Г. Артюх

В статье раскрываются основные теоретические проблемы процесса старения, особенности жизни человека наклонного возраста. Анализируются некоторые аспекты адаптации к старению: изменение социальной позиции, место человека в обществе и отношения с ним, построение нового образа жизни. Описываются психологические методы работы с людьми преклонных лет.

Ключевые слова: геронтология, старение, преклонный возраст, психологическая работа

PSYCHOLOGICAL PECULARITIES OF WORK WITH ELDERLY AGE PEOPLE

A.N. Makarenko, M.A. Golubeva, L.V. Stepanenko, O.G. Artukh

The basic theoretical problems of process of senescence, feature of life of sloping man open up in the article. Some aspects of adaptation are analysed to the senescence: change of social position, place of sloping man in society and relationships with him, construction of new way of life. The psychological methods of work are described with people years old.

Keywords: gerontology, senescence, declining years, psychological work

УДК 616.89

В.В. Волобуев

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АБРЕАКЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ

ОКПНБ-медико-психологический центр г.Донецк

Ключевые слова: абреакционные механизмы, непсихотические психические расстройства, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, личностные особенности, уровень тревоги и депрессии

В современном подходе к психотерапии непсихотических психических расстройств большое значение придаётся символизации подавленных эмоциональных реакций. Многими отечественными и зарубежными исследователями [2;6;7;8;9] разрабатывались техники по работе с вытесненными переживаниями, имеющие единую психотерапевтическую базу, связанную с понятиями переноса, контрпереноса, сопротивления, динамического бессознательного, рассмотрением опыта взрослого через призму развития. В конечном счете, был предложен термин «абреакция», определяемый как способ осознания подавленных эмоциональных реакций (в присутствии психотерапевта) с помощью пересказа и повторного переживания травматического события.

Исторически происхождение указанного подхода относится ко времени развития психоанализа Зигмундом Фрейдом в конце 1890-х и начале 1900-х годов.

З.Фрейд утверждал, что истеричные пациенты страдают от «воспоминаний», и, при этом, предполагал, что за симптомы данной болезни ответственна недопустимая и подавляемая идея [6;7].

Представители гипносуггестивного направления в психотерапии рассматривали возможность высвобождения,

раскрепощения эмоционально значимого для пациента материала в состоянии гипноза. Данный подход включал ряд этапов: достижение гипнотического состояния; погружение пациента в психотравмирующую ситуацию; восстановление её; освобождение подавленных, неотрагированных эмоций, связанных с этой ситуацией. В процессе развития фармакологии возник сочетанный фармако-психотерапевтический подход, который предполагает использование медикаментозных средств для достижения катарсиса (эфир, амитал-натрий и пр.). В период, когда лекарство начинало действовать, пациент поощрялся к погружению в психотравмирующую ситуацию с как можно более сильным эмоциональным реагированием. При практическом применении двух вышеописанных техник было доказано, что они более эффективны при неглубоком уровне вытеснения, обычно отмечаемом в случаях недлительных травматических неврозов [3].

С проблемами применения гипнотической абреакции столкнулся ещё в прошлом веке З.Фрейд, который выяснил, что данный терапевтический подход часто не был приемлемым и отражал желание пациента понравиться врачу. Он также заметил, что некоторые пациенты проявляли сопротивление этому терапевтическо-

му подходу. Они были либо неспособны поддаваться воздействию гипноза, либо неспособны к возврату воспоминаний, имевших этиологическое значение.

Эти проблемы побудили З.Фрейда к развитию понятия переноса, относящегося к тому факту, что пациенты перемещают на аналитика чувства, мысли и отношения, которые первоначально были связаны с родителями или другими значимыми лицами из прошлого.

Аберакционный подход к психотерапии подвергся глубокому преобразованию после эры З.Фрейда. Каждый из основных принципов хранит остатки Фрейдových взглядов, однако и значительная часть здания Фрейда остаётся приемлемой для нашего нынешнего понимания пациентов и терапевтических стратегий, используемых для того, чтобы поделиться этим пониманием с пациентом [1,4].

Воздействие сильного психотравмирующего события, связанного с угрожающими жизни обстоятельствами, может приводить к изменениям личности, препятствующим психотерапевтическим вмешательствам, как на этапе формирования психотерапевтического альянса, так и при символизации подавленных эмоциональных реакций. Значимым для проведения психотерапии пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами является наличие враждебного или недоверчивого отношения к миру, социальная отгороженность, ощущение опустошенности и безнадежности, хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существование «на грани» согласно указанным в МКБ-10 диагностическим критериям изменения личности после переживания катастрофы. Вышеперечисленные симптомы изначально создают преграду между пациентом и психотерапевтом, который, в свою очередь, тоже является частью окружающего мира и на которого проецируется подсознательное враждебное и недоверчивое отношение больного. В начале работы с пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф, страдающим непсихотическими психическими расстройствами, существенным является то, что позиция психотерапевта как важного человека, способного помочь при тяжелом психическом состоянии пациента, становится непостоянной, а иногда даже отсутствует. С одной стороны, больной вынужден доверять врачу и просить его о помощи. С другой стороны, при выраженной клинической сим-

птоматике данного расстройства и его длительном течении у пациента формируется скептицизм и убежденность в том, что фармако-психотерапевтические мероприятия вряд ли помогут ему почувствовать себя таким же, каким он был до воздействия сильной психотравмирующей ситуации.

В случае сочетанного влияния на больных факторов аварии (отравление угарным газом, травмы головного мозга при взрывах на угольных шахтах) клиническая картина дополняется диагностическими признаками органического психического расстройства в виде головокружения, головной боли, повышенной утомляемости, раздражительности, трудностей сосредоточения внимания при выполнении умственных задач, нарушения памяти, бессонницы, снижения толерантности к стрессу и эмоциональным нагрузкам, которые сопровождаются тревогой и депрессией из-за утраты чувства собственного достоинства; у пострадавшего нарастает ипохондричность, и он может принять на себя роль постоянного больного [4].

Материалы и методы. Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического психического расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 (N=60) были отобраны для проведения исследования. Лечение проводилось в соответствии с клиническими протоколами и стандартами оказания медико-психологической психотерапевтической помощи. Инструментами первичной оценки результата были шкала Спилбергер-Ханина для оценки уровня тревоги, тесты Зунга и СМЛЛ, а также «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни».

Данное исследование выполнялось на базе ОКПНБ-медико-психологического центра г.Донецк. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 45 до 65 лет, наличием первичного диагноза непсихотического психического расстройства. Все пациенты относились к пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех госпитализированных в стационар пациентов данной категории.

Средний возраст изучаемой группы больных (N=30) составил 53,2 года (стандартное отклонение (SD) = 2,3). Все участники являлись мужчинами с наличием непсихотического психического расстройства органического происхождения (F06.6 согласно МКБ-10).

Таблица 1

Преобладающие личностные особенности обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Шкалы СМЛЛ					
Шкала ипохондрии		Шкала депрессии		Шкала шизоидности	
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
92,3	7,1	89,1	7,4	90,5	5,6

Результаты и их обсуждение. При исследовании нами 60 пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием органических непсихотических психических расстройств установлено соответствие вышеописанным проявлениям данных исследования личностного профиля с помощью теста СМИЛ, в котором преобладало повышение показателей шкал № 1, 2 и 8.

Средние значения шкал СМИЛ, связанные с преобладающими ($p < 0,01$) личностным особенностям обследованных, представлены в таблице 1. Достоверные отличия показателей трех приведенных в данной таблице шкал не выявлены ($p > 0,05$).

Классические техники психотерапии сталкиваются с трудностями абреакционных механизмов уже в начале психотерапевтической работы с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф. Одним из основных условий использования большинства психотерапевтических техник при лечении непсихотических психических расстройств является мотивация пациента, которая, как выясняется при анализе его клинической симптоматики и личностных изменений, практически отсутствует. Травматические переживания аварии исследуемые в начале психотерапии стараются не обсуждать, а, наоборот, спрятать, не заговорить о них. Следует подчеркнуть, что 47 (78,3 %) исследуемых отмечали возникновение при беседе о психотравмирующих событиях с другими пострадавшими вне психотерапевтической сессии неконтролируемую сильную тревогу и раздражение, приводивших к аффективным вспышкам. Постепенно у пациентов формируется уверенность в том, что, если это «раздражение» начинается, то они не могут его остановить и тем самым наносят психологический вред окружающим, испытывая потом чувство вины за это. Обеспокоенность тем, что, начав говорить о вытесненных эмоциональных переживаниях пациент не сможет сдержать нарастающую аффективную реакцию, заставляет его неосознанно избегать, любых упоминаний об техногенной аварии. При применении групповых психотерапевтических методик такие пациенты чаще проявляют пассивность, скрытность и стремление «больше слушать». Рекомендуемая, в данном случае, психотерапевтическая работа, направленная на снятие психоэмоционального напряжения, а также другие психотерапевтические

методики, направленные не на работу с вытесненным материалом, дают возможность снизить общий фон напряжения, в то время как вытесненные эмоциональные реакции остаются непроработанными. Даже при использовании этих психотерапевтических методик психотерапевт сталкивается с сопротивлением со стороны пациента, исходящим из интрасубъективных переживаний. Больной может резко подняться и выйти, почувствовав возрастающее раздражение, но объяснив свой уход «плохим самочувствием». Невозможность справиться с вытесненными эмоциональными реакциями, а также возрастающее недоверие к окружающему миру ведёт у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф к усилению симптомов тревоги и депрессии.

Клинические проявления непсихотических психических расстройств у обследованных характеризовались преимущественно тревожной и депрессивной симптоматикой, которая была проанализирована с помощью опросников Спилбергера-Ханина и Зунга (таблица 2).

Вышеописанные проявления приводят к снижению качества жизни пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств. Для изучения 4 сфер жизни исследуемых мы использовали «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» [10]. Результаты приведены в таблице 3.

Низкие показатели оценки собственного физического состояния (33,7%) могут свидетельствовать о повышенной психологической неудовлетворенности своими телесными болезненными проявлениями, способностью выполнять те или иные действия, которые раньше приносили удовлетворение и являлись мощным базисом для хорошей самооценки.

Приведенные данные соответствуют клинической картине у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами, в структуре которой фиксация симптомов происходит и на соматическом уровне. Пациенты оценивают своё соматическое состояние через призму выраженных тревожности и депрессии, что приводит в итоге к усилению как пограничного психического, так и соматического расстройства, в возникновении которого значимую роль, наряду с соматическим, играет и психологический фактор.

Таблица 2

Оценка тревоги и депрессии у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Тест Спилбергера-Ханина (баллы)				Тест Зунга (баллы)	
Ситуативная тревога		Личностная тревога			
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
57,9	8,6	59,8	8,4	51,8	7,6

Таблица 3

Преобразованные показатели основных сфер качества жизни у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни							
Сфера №1		Сфера №2		Сфера №3		Сфера №4	
Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение, %	Стандартное отклонение (SD)
33,7	11,6	42,75	12,7	48,6	17,7	46,3	12

При этом, уровень удовлетворенности своим психическим состоянием, равный 42,75 %, в сочетании с высокой личностной и ситуативной тревогой согласно опроснику Спилбергера-Ханина может объяснить наличие достаточно сложной психической симптоматики, существующей у данных пациентов на интрасубъектном уровне. Низкие показатели по этой сфере напрямую влияют не только на психологическую оценку своего физического состояния (сфера №1), но и на сферу №3 (сфера взаимоотношения с другими людьми) и на оценку окружающей среды вокруг себя (-сфера №4). Как мы видим из таблицы 3, показатели этих сфер снижены более чем в 2 раза.

При анализе всех сфер жизнедеятельности пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами можно увидеть в насколько подавленном психическом состоянии находятся данные пациенты и насколько сложно, но необходимо, будет создавать психотерапевтический альянс. Значительная подавленность всех сфер жизнедеятельности ведет к повышенной замкнутости и малообщительности пациентов, что затрудняет появление вытесненных травматических событий, и только благодаря положительному психотерапевтическому альянсу с анализом всех проявлений патологического процесса на глубинном, интрасубъективном уровне, можно выстроить психотерапевтическую тактику для стабилизации столь сложного психического состояния у пострадавших вследствие техногенных

аварий и катастроф с пограничными психическими расстройствами.

Литература:

1. Андерсен Б., Старк Ф.-М., Гросс Я. Социальный стресс, личность и экзотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 8, № 2. — С. 6–14.
2. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ "Феникс", 1998. — 416 с.
3. Карвасарский Б.Д. «Психотерапевтическая энциклопедия». — С.-Пб.: Питер., 2000, С. 287-324.
4. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Мытищи 1990, с.6-24.
5. Собчик Л.Н. «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ», Москва, 2002, - С.40-85
6. Фрейд З. Я и Оно. // Психология бессознательного: Сб. Произведений., М. Просвещение, 1990, с.425-439.
7. Фрейд З. Тревога, торможение, симптом. // Психология бессознательного: Сб. Произведений., М. Просвещение, 1990, с.274-296.
8. Crits-Christoph P., Connolly Gibbons M.B., Narducci J., Schamberger M., Gallop R.: Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD// Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2005. [RTF bookmark start: }R1668CEGHAGAC[RTF bookmark end: }R1668CEGHAGAC
9. DiNardo P., Moras K., Barlow D.H., Rapee R.M., Brown T.A.: Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. using tterview Schedule—Revised (ADIS-R) // Arch Gen Psychiatry 1993; m.50, C.251–256.
10. WHOQOL-BREF «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» Field Trial Version, December 1996, PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA

ТЕРАПЕВТИЧНЕ ВЖИВАННЯ АБРЕАКЦІОННИХ МЕХАНІЗМІВ ПРИ НЕПСИХО-ТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ І КАТАСТРОФ

В.В. Волобуєв

У статті досліджені особливості впливу абреакційних механізмів на формування клінічної картини непсихотичних психічних розладів у постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф. Проаналізована специфіка формування психотерапевтичного альянсу з врахуванням абреакційних механізмів і зміною якості життя дослідженої категорії пацієнтів.

Ключові слова: абреакційні механізми, непсихотичні психічні розлади, постраждалі внаслідок техногенних аварій і катастроф, особові особливості, рівень тривоги та депресії

THERAPEUTIC USE OF ABREACTIVE MECHANISMS IN SURVIVORS OF TECHNOGENIC ACCIDENTS AND CATASTROPHES WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

V.V. Volobuyev

In the article specific abreactive mechanisms' influence on formation of clinical picture of non-psychotic mental disorders in patients owing to technogenic accidents and catastrophes were investigated. Specifics of formation of psychotherapeutic alliance taking into account the abreactive mechanisms and the change of quality of life of the studied category of patients was analysed.

Keywords: abreactive mechanisms, non-psychotic mental disorders, technogenic accidents and catastrophes, personal features, anxiety, depression

УДК 616.89

А.Е. Табачников ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

Лекция первая. Философская и психологическая модели

Ключевые слова: трансактный анализ, психотерапевтическая теория, теория личности, феноменологический поход, эго-состояние

Историческая справка. Основоположник трансактного анализа (ТА), американский психотерапевт Эрик Леонард Бернштейн¹ (свои книги он выпускал под псевдонимом Эрик Берн) стремился к созданию психотерапевтической практики, основанной на простой и понятной всем пациентам психологической теории².

Как и многие другие выдающиеся терапевты XX столетия, Берн начинал с классического психоанализа, идеи которого относительно структуры и динамики личности он постарался со временем объединить с изучением межличностных процессов и концепциями гуманистической психологии. Как мы увидим далее, многие положения ТА перекликаются с работами З. Фрейда, М. Кляйн, К. Роджерса.

Философская модель. В целом, методологическая позиция Берна имеет **детерминистский** характер в типичном для психодинамической психотерапии варианте – поведение человека, в том числе, дезадаптивное, имеет причины, обнаружить которые можно, обратившись к его личной истории, в первую очередь – к **периоду детства**. Именно этот этап развития рассматривается не просто как важный, но и как определяющий в судьбе человека. Для понимания процессов, происходящих в психике, следует ориентироваться на **энергетический подход** в том виде, в котором его использовал З.Фрейд.

С другой стороны, философия ТА базируется на характерном для гуманистической психологии представлении о **позитивной природе человека**, которая у Берна называется «о'кейность». Утверждается, что каждый ребенок рождается со стремлением к здоровью и росту, а также потребностью в признании и любви. Для прояснения этого положения Берн использовал введенный М. Кляйн термин «позиция», обозначающий сформированную в раннем детстве интегральную установку личности по отношению к себе и окружающим. Кляйн писала о дезадаптивных (параноидно-шизоидной и депрессивной) позициях. Берн же лишил этот термин исключительно негативных

коннотаций, указав на то, что не только возможной, но и единственно конструктивной является «гармоническая позиция», которая отражает свойственный человеку потенциал самореализации. Его последователи предположили, что дети убеждаются в собственном неблагополучии («не-окейности») только под влиянием нарушенных отношений с близкими [2], а гармоническая позиция может быть принята индивидом в результате осмысления себя и мира.

Еще один свойственный экзистенциально-гуманистическому направлению в психотерапии постулат, разделяемый Берном, – **субъективность** личности, т.е., ее способность принимать и изменять сознательные решения, несмотря на детерминирующие влияния внешней и внутренней среды (в том числе, воспитание и состояние здоровья). Человек – хозяин своей судьбы, поэтому он несет ответственность за свое поведение³.

Вместе с тем, в отличие от Адлера и Роджерса, но в полном согласии с Фрейдом, Берн фактически утверждает, что **человек не является единым и целостным**. Поведение и соответствующие ему физиологические, эмоциональные и умственные состояния человека периодически изменяются таким образом, что это указывает скорее на множественность, чем на единство. Вот, что писал об этом сам Э. Берн:

«Наблюдения за спонтанной социальной деятельностью... показывают, что время от времени люди заметно изменяют свою позу, голос, словарь и другие аспекты поведения. Такие изменения в поведении часто сопровождаются изменением эмоций. У каждого индивидуума определенный набор схем поведения соответствует определенному состоянию сознания; при этом другой набор связан с другими физическими проявлениями и часто не совпадает с первым. Эти изменения и отличия позволили прийти к выводу о наличии различных состояний Я» [1].

Говоря об основных стремлениях человека, Берн, наряду с фрейдовскими *либидо* (стремление к созиданию, сексуальный инстинкт) и *мортидо* (стремление к уничтожению, инстинкт смерти), называет и

¹ Берн родился, вырос, учился и получил степень доктора медицины в Канаде, после чего переехал в США и стал гражданином этой страны.

² Еще до создания ТА Берн начал издавать научно-популярные книги по психиатрии и психотерапии. Отчасти популярность его теории связана с писательским талантом автора, в частности, с успехом его книг «Игры, в которые играют люди» (Games People Play) и «Люди, которые играют в игры» (What Do You Say After You Say Hello!) [1]. Способствовали популяризации ТА также книги Томаса Харриса «Я – ОК, ты – ОК» [2] и Мюриел Джеймс, Дороти Джонгеворд «Рожденный побеждать» [3]. При этом, Берн и его последователи стремились к изложению психотерапевтических идей ясным, доступным для пациентов языком. Как писали Роберт и Мэри Гулдинг, «Трансактный анализ - это несложная теория развития поведения. В этом одно из ее основных преимуществ как для терапевта, так и для пациента» [4].

³ Как видно из вышеизложенного, ключом к решению проблем индивида (в том числе, тех, с которыми он обращается к психотерапевту) объявляется в ТА, как и в экзистенциальной психологии, именно осмысление сущности этих проблем и осознанное решение о необходимых изменениях в собственной жизни.

роджерсовский⁴ *физис* (природа, стремление к росту и совершенству) [5]. Физис дает человеку возможность преодолевать наследственные ограничения, связанные со здоровьем, телосложением, темпераментом, интеллектом и т.д.

Берн считал также, что на протяжении жизни индивид стремится к продолжительной физической близости, похожей на ту, что он испытывал в младенчестве. Характерный для этого возраста **сенсорный голод**⁵ частично преобразовывается у взрослых в **потребность в признании**, в результате чего люди нуждаются во внимании и ласке других людей так же, как и в еде. Таким образом, для Берна, как и для Ф. Перлза, пищевая потребность и паттерны ее удовлетворения являются прообразом взаимоотношений индивида с миром. Наряду с сенсорным голодом (включая потребность в физическом контакте) и потребностью в признании, человек испытывает также потребность в структурировании времени, которую Э. Берн назвал **"структурным голодом"**. Он считал, что одна из функций жизни в обществе состоит в том, чтобы оказывать друг другу взаимопомощь и в этом вопросе [1].

Психологическая модель. В психологической модели Берна можно выделить несколько основных составляющих: теорию структуры личности, теорию межличностных коммуникаций и теорию жизненного сценария личности.

Теория структуры личности и концепция эго-состояний

Для описания структуры и механизмов функционирования личности Берн ввел понятие **«эго-состояния»**.

Эго-состояние – это «субъективно испытываемая реальность психического и телесного Эго человека, воспроизводящая оригинальное содержимое периода времени, который она представляет» (по выражению П. Кларксон и М. Джилберта, «куски психического времени» [6]).

По другим определениям, Эго-состояние – это

- доступные наблюдению психологические позиции, принимаемые человеком [4];
- набор согласованных поведенческих схем человека, соотносящийся с определенным состоянием его сознания [1].

В качестве подтверждения реальности эго-состояний, наряду с клиническими данными, полученными при работе с пациентами, Берн использовал нейрохи-

рургические открытия У. Пенфилда, который продемонстрировал, что люди могут вновь переживать ранний опыт их жизни при соответствующей стимуляции участков мозга [6]. Подобные же явления мы наблюдаем в возрастной регрессии в гипнозе и даже в повседневной жизни, когда что-либо заставляет нас эмоционально и когнитивно вернуться в прошлое.

В работе с пациентами Берн наблюдал три различных категории⁶ среди множества эго-состояний, образующих личность:

Родитель – категория, сформированная в детстве⁷ под влиянием авторитетных взрослых⁸ и содержащая интроецированные наставления, правила поведения, социальные нормы и запреты, как реально необходимые для адаптации в обществе, так и определенные предрассудками. Индивид воспринимает эти наставления некритично, без их проверки на практике. Поэтому они могут быть противоречивыми и не соответствующими реальному поведению родителей («Родители требуют: "Не лги", но сами говорят неправду. Они говорят детям, что курить вредно для здоровья, а сами курят. Они провозглашают приверженность религиозной этике, а сами ей не следуют» [2]).

Родитель может быть Контролирующим (Критикующим) или Заботящимся (Воспитывающим). В обеих этих ипостасях Родитель может быть позитивным и негативным⁹.

Родитель осуществляет две основные функции. Во-первых, благодаря этому эго-состоянию человек может эффективно играть роль родителя (наставника) своих детей. Во-вторых, Родитель обеспечивает автоматическое реагирование на многие типичные социальные ситуации, благодаря чему Взрослый освобождается от необходимости принимать множество тривиальных решений и может посвятить себя более важным жизненным проблемам.

Ребенок – категория, также как и Родитель, связанная с прошлым, но не с интроекцией наставлений, а с эмоциональным опытом индивида. С одной стороны, это Естественный Ребенок¹⁰ (непосредственный, любопытный, доверчивый, творчески увлеченный, в то же время - взбалмошный, легкомысленный, обидчивый, эгоцентричный, упрямый и агрессивный¹¹), с другой – Адаптированный ребенок (ведущий себя так, как этого хотели бы отец или мать: например, очень зависимо от них, конформно, робко или не по годам самостоятельно¹²).

⁴ Точнее было бы сказать, что при введении этого понятия в свою теорию Э. Берн ссылался на древнегреческого философа Зенона.

⁵ Берн опирался при этом на экспериментальные данные о том, что сенсорная депривация может вызвать у человека временные психические нарушения, а также на известный из биологии факт, что животные, лишенные материнского внимания и ласки, быстро погибают.

⁶ Поскольку в английском языке, на котором создавалась теория ТА, названия всех трех эго-состояний начинаются с разных букв, их легко обозначить на схеме заглавными буквами. Переводчики на русский язык были вынуждены либо использовать для обозначения эго-состояния больше одной буквы (например, «Ро» и «Ре») либо переводить «Child» как «Дитя», чтобы использовать для обозначения этого эго-состояния букву Д.

⁷ Некоторые школы в ТА полагают, что и Ребенок и Родитель развиваются в течение всей жизни [8].

⁸ Такими авторитетами могут быть не только родители, другие родственники и воспитатели, но и СМИ, книги.

⁹ Примером негативного Воспитывающего Родителя является Василиса Премудрая, все делавшая за Ивана.

¹⁰ В других переводах – «Свободный».

¹¹ Соответственно, Берн пишет о позитивном (о'кейном) и негативном (не о'кейном) Естественном Ребенке.

¹² Соответственно, Берн пишет о позитивном (о'кейном) и негативном (не о'кейном) Адаптированном Ребенке. Последнюю разновидность Адаптированного Ребенка некоторые специалисты называют «Бунтующий Ребенок» (нарушающий дисциплину, иррационально отрицающий авторитеты).

Взрослый – формирующаяся примерно с 10-месячного возраста категория, связанная с объективной оценкой реальности «здесь-и-теперь», арбитр между Родителем и Ребенком. «Взрослый формирует "продуманную концепцию" жизни на основе сбора и анализа информации... Подобно мускулам тела, Взрослый растет и увеличивает свою эффективность посредством тренировки и функционирования» [2].

При взаимодействии с другими людьми индивид попеременно находится в том или ином эго-состоянии: Ребенок проявляется при разговоре с начальством, в игре или во время болезни. Состояние Родителя мы демонстрируем, отчитывая или поощряя детей, высказывая заученные мнения. В позиции Взрослого мы составляем планы, ведем машину, анализируем проблемные ситуации.

Джек Дюсей выдвинул теорию константности, в соответствии с которой, общее количество психической энергии, инвестируемой в эго-состояния, остается неизменным, вследствие чего при увеличении времени, проводимого в одном состоянии, приводит к уменьшению удельного веса остальных [7]. Например, увеличивая частоту проявления Воспитывающего Родителя, мы неизбежно уменьшаем частоту Контролирующего Родителя.

Теория коммуникаций (межличностное взаимодействие)

Берн проанализировал функционирование личности через ее взаимодействие (транзакции) с другими людьми. Он полагал, что *сенсорный голод* побуждает человека к поиску *поглаживаний*. Поглаживание может происходить не только в форме комплиментов, но и в форме тумачков разной степени тяжести. Даже такое внимание, по Берну, лучше, чем никакое («Бьет – значит любит»).

«Расширив значение этого термина, мы будем называть поглаживанием любой акт признания присут-

ствия другого человека» [1].

Транзакции, состоящие из трансактных стимулов и трансактных реакций, протекают по определенным правилам, которые Берн сформулировал следующим образом:

- транзакции исходят от одного из эго-состояний коммуникатора и направлены к одному из эго-состояний адресата;

- коммуникация является эффективной (и может продолжаться неопределенно долго), если графические изображения происходящих при этом транзакций не пересекаются, а лучше – имеют дополнительный характер, т.е. транзакционная реакция соответствует транзакционному стимулу и, следовательно, ожиданиям партнера (на рис. 1 дополнительные транзакции показаны сплошными стрелками);

- процесс коммуникации прерывается (становится неэффективным), когда транзакции имеют пересекающийся характер (на рис. 1 пересекающиеся транзакции показаны пунктирными стрелками). Примером может служить ситуация, когда стимул рассчитан на отношения «Взрослый – Взрослый» (например: "Давай обсудим, почему в последнее время ты стал много пить" или "Ты не знаешь, где лежат ключи от гаража?"), а реакция вместо соответствующей транзакции «Взрослый – Взрослый» ("Давай поговорим, я и сам бы в этом хотел разобраться" или "В последний раз я их видел вчера на кухонном столе") приобретает характер «Ребенок – Родитель» ("Ты как мой отец все время меня критикуешь" или "Вечно я у тебя во всем виновата!").

- в процессе коммуникации можно выделить скрытые транзакции, в которых транзакционный стимул намеренно может активировать у адресата сразу два эго-состояния, поскольку, например, под маской обращения к Взрослому может скрываться провокация по отношению к Ребенку¹³.

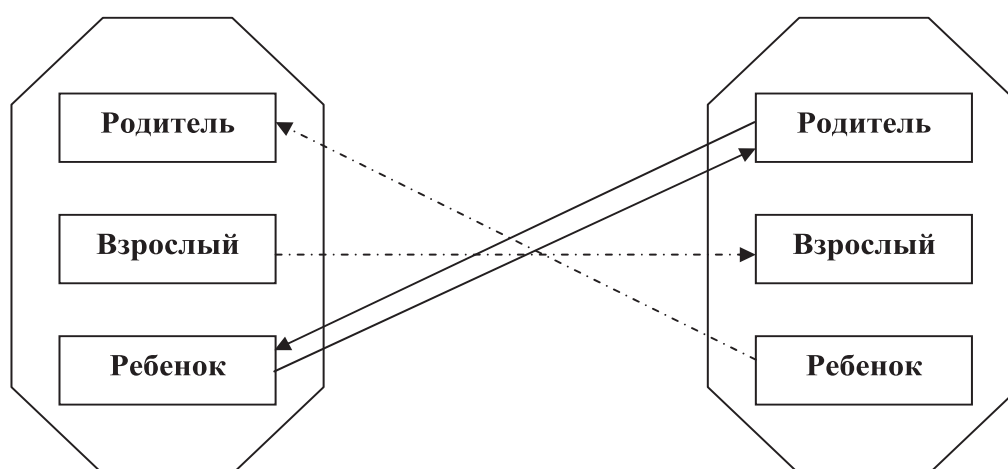


Рис. 1. Дополнительные и пересекающиеся транзакции, по Э. Берну

¹³ Классическим примером может служить поведение продавца, который говорит покупателю, что эта модель слишком дорога для него, провоцируя, тем самым, детскую оппозиционную реакцию.

В ходе коммуникаций с другими, индивид, как уже отмечалось, удовлетворяет не только сенсорный голод, но и потребность в структурировании времени. Последовательности транзакций часто имеют ритуальный или полуритуальный характер (визиты в гости, ухаживания, беседы на определенные темы и т.д.) – они регулируются писаными и неписаными законами данной социальной среды, а также свойственными данному человеку привычками. Полуритуальную беседу на определенные темы Берн называет **"времяпрепровождением"**, а серии последовательных дополнительных скрытых транзакций, приводящих к закономерному результату, – **играми**. В книгах по ТА описан большой перечень игр, в которые играют люди, и показано, что их ритуальный характер и цели часто скрыты от нашего сознания. Люди, считал Берн, с удивительной легкостью находят партнеров для своих игр (как будто они носят футболки с названиями своих игр).

«Различные варианты той или иной игры могут на протяжении многих лет лежать в основе семейной или супружеской жизни или отношений между различными группами. Резюмируя, можно сказать, что игра – это в достаточной степени определенная последовательность транзакций, в которой ведущий, или игрок, строит свое поведение и управляет поведением партнера на двух планах. Один план – социальный, и на нем смысл происходящего один. А другой план – индивидуальный, то есть свойственный данному человеку и психологический. Психологический смысл и итог игры могут сильно отличаться от социального» [1].

Люди играют в игры, потому что получают в результате какие-то выигрыши (вознаграждения), к которым они сознательно или бессознательно стремятся: снижение эмоционального напряжения, подтверждение устойчивых представлений о мире и самом себе, ощущение адекватности существования, получения социальных преимуществ.

Времяпрепровождения и игры являются суррогатом подлинных отношений, которые Берн называет **«близостью»**. В ней социальные схемы, скрытые мотивы и ограничения отходят на задний план, и человек может полностью удовлетворить сенсорный и структурный голод и потребность в признании. Прототипом такой близости является любовь.

Человек также может заниматься **«деятельностью»**, т.е., взаимодействием с материальной стороной внешней реальности.

Таким образом, теория транзактного анализа выделяет несколько способов структурирования времени: 1) ритуалы; 2) времяпрепровождение; 3) игры; 4) близость; 5) деятельность.

Теория жизненного сценария

Берн и его последователи уделили значительное внимание такому компоненту психологической моде-

ли, как теория развития личности. Помимо описания процесса формирования эго-состояний и определения процесса воспитания ребенка, как обучения ритуалам, времяпрепровождениям, а также «тому, в какие игры следует играть и как в них играть», ТА концептуализирует влияние событий раннего детства и родительских установок на поведение взрослого индивида с помощью понятия **«жизненный сценарий»**.

«...Каждый человек чаще всего неосознанно обладает жизненным планом или сценарием, с помощью которого структурирует продолжительные периоды времени – месяцы, годы или жизнь в целом, наполняя их ритуальной деятельностью, времяпрепровождением и играми. Таким образом, они реализуют сценарий и приносят человеку необходимое удовлетворение, прерываясь затем периодами замкнутости или же эпизодической близости. Сценарии обычно основаны на детских иллюзиях, которые могут сохраняться на протяжении всей жизни. С повышением чувствительности, восприимчивости и осознанности человека эти иллюзии рассеиваются одна за другой, приводя к жизненным кризисам» [1].

Таким образом, в отличие от многих других психологов, также постулировавших влияние детских впечатлений на поведение взрослого, Берн утверждал, что ребенок не только впитывает впечатления о себе и окружающем мире, но и формирует жизненный план, имеющий четко обозначенные начало, середину и конец («расплату за сценарий»). Весь сценарий, поведение человека при его проигрывании служит тому, чтобы привести индивида к этой заключительной сцене.

Формирование сценария, в основном, завершается к семи годам, а дальнейшая работа человека над своим сценарием сводится к его детализации и конкретизации. Материалом для формирования сценария являются детские коммуникации, в частности, взаимодействия с родителями и значимыми другими (сценарные послания или предписания¹⁴). Выводы, которые делает ребенок на основе этого опыта (физиологические, довербальные или сознательные), направлены, в основном, на выживание в данных обстоятельствах.

Исходя из концепции субъективности личности, Берн утверждает, что, несмотря на влияние авторитетных окружающих, индивид сам принимает решение о выборе сценария. Под решением понимается не обдуманный выбор, а в основном, бессознательные установки.

В дальнейшем, человек обычно не осознает свой сценарий, хотя и следует ему. Побудительной причиной следования сценарию является то, что он представляется ребенку *наилучшей стратегией для существования в мире, часто кажущемся ему враждебным*. Сценарий объясняет мир, и угроза сценарию – угроза

¹⁴ Предписания «Не будь / Не делай» исходят от Ребенка родителей индивида, который активизируется, когда они взволнованы поведением своего ребенка. Эти послания (выражения разочарования, тревоги) могут выражаться как вербально, так и невербально. Позднее, когда родители не удовлетворены успехами своих детей, просыпается их собственный Родитель, от которого исходят контрпредписания «Будь / Делай»

базисным представлениям человека о мире, привычным способам удовлетворения его потребностей, а значит – угроза самому существованию человека. Поэтому человек воспринимает мир через свой жизненный сценарий, искажая восприятие реальности либо игнорируя отдельные ее аспекты.

Содержание сценария уникально, как отпечатки пальцев человека. Вместе с тем, сценарии поддаются классификации. Например, по *содержанию* сценарий можно прожить в роли победителя, побежденного и не-победителя, что определяется занятой индивидом *позицией*.

Победители (обычно, *гармоническая позиция*) легко и свободно достигают поставленной цели. Побежденные (обычно, *депрессивная или шизоидная позиция*) либо не достигают поставленных целей, либо формально достигают, не получив душевного комфорта. Берн подчеркивает, что к победителям нельзя однозначно относить тех, кто накопил материальные ценности или получил славу и власть. Следует также отметить, что реализованные негативные сценарии («у меня никогда ничего не получится») также считаются сценариями побежденного. Человек со сценарием не-победителя представляет банальную «золотую середину». Он ничем не рискует и ничего существенного не получает.

Большинство сценариев представляет смесь победы, поражения и беспроигрышного варианта.

Жизненные позиции, по мнению, Э. Берна, оправдывают сценарные решения.

Если индивид принимает и реализовывает решения с использованием ресурсов Взрослого (т.е. независимо от сценария), Берн называет такое поведение *автономным*. Основными компонентами автономного поведения являются *спонтанность* (возможность свободного выбора и свободного выражения чувств из любого эго-состояния, освобождение от необходимости играть в психологические игры), *осознанность* (свежесть восприятия, связанного с текущей реальностью, а не с архаическим опытом) и *способность к близости* с другими (честный характер межличностных отношений, не являющихся адаптацией к родительским влияниям). Эти качества позволяют более полно реализовывать потенциал индивида, эффективно разрешать различные проблемы, и являются **критериями психического здоровья**.

Литература:

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих отношений. Люди, которые играют в игры: Что вы говорите после того, как произнесли «Здравствуйте»? – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001г. – 640 с.
2. Харрис Т. Я - о'кей, ты - о'кей. – М.: Академический проект, 2006. – 172 с.
3. Джеймс М., Джонсгард Д. Рожденный выигрывать. Трансакционный анализ с гештальтупражнениями. М.: Издательская группа "Прогресс", "Прогресс-Универс", 1993. - 336 с.
4. Гулдинг Р., Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика – М.: Независимая фирма "Класс", 2001 – 69 с.
5. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – Минск: "Попурри", 1998. – 528 с.

По *типу сценарного процесса* сценарии подразделяются на шесть вариантов [7]:

Типы сценарных процессов	Примеры
• «Пока не» – я получу то, что мне нужно (со мной случится нечто хорошее) после того, как завершится нечто не очень приятное; это сценарий Геракла, который прежде, чем стал полубогом, должен был совершить ряд подвигов	• «Я буду жить, когда выйду на пенсию (когда напишу диссертацию, когда вырастут дети, мне воздастся на небесах и т.д.)»
• «После» – я могу радоваться сегодня, но завтра за это придется заплатить; это сценарий Дамокла, над головой которого во время пира висел меч	• «После свадьбы жизнь состоит из одних обязательств (за опьянением следует похмелье)»
• «Никогда» – я никогда не получаю того, что больше всего хочу; это сценарий Тантала, обреченного всегда немного не дотягиваться до желаемого	• «Я бы хотел с кем-то подружиться, но не люблю ходить в гости» (люди вечно планирующие, но ничего не предпринимаящие);
• «Всегда» – почему это всегда случается со мной?; это сценарий Арахны, обреченной вечно ткать паутину	• «Мне всегда попадают несостоятельные мужчины» (человек, повторяющий одни и те же ошибки)
• «Почти» – я почти достигаю своей цели; это сценарий Сизифа, которому не суждено вкатить камень на самую вершину	• «Мне опять не хватило немного времени на подготовку к экзамену» (человек, постоянно немного не дodelывающий свое дело до желаемого результата)
• Открытый сценарий – достигнув очередной цели, я не знаю, что делать дальше; это сценарий Филемона и Бавкиды, превращенных после смерти в деревья с переплетающимися ветвями	• «После того, как выросли дети, мне стало совсем пусто» (человек, не знающий, чем себя занять после завершения дела)

6. Clarkson P., Gilbert M., Tudor K. *Transactional Analysis // Handbook of Individual Therapy*. – London: Sage Publications, 1996. – p. 219-253.

7. Стюарт Я., Джойнс В. *Современный транзактный анализ*. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 330 с.

8. Barnes G. *The evolution of transactional analysis // G. Barnes. (Ed.). Transactional analysis after Eric Berne: Teaching and practices of three TA schools*. – NY: Harper's College Press, 1977. – P. 3-31.

ТРАНСАКТНИЙ АНАЛІЗ. Лекція перша: Філософська та психологічна моделі

О.Ю. Табачніков

Стаття є продовженням циклу „Теоретичні основи психотерапії” та містить викладення філософської та психологічної моделей транзактного аналізу Е. Берна. Розглянуто філософські засади теорії Берна та їх вплив на уявлення автора щодо механізмів функціонування особистості.

Ключові слова: транзактний аналіз, психотерапевтична теорія, феноменологічний підхід, его-стан

TRANSACTIONAL ANALYSIS. Lecture 1st: the Philosophic and Psychological Concepts

A. Tabachnikov

The article is the next part of “Theoretical Basics of Psychotherapy” series and contains philosophic and psychopathological concepts of transactional analysis (TA). Philosophic basics of E. Berne’s theory and their influence on the author’s conception of personality functioning are considered.

Keywords: transactional analysis, psychotherapeutic theory, phenomenological approach, ego-state

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ НАРИС

МИХАЙЛОВ БОРИС ВОЛОДИМИРОВИЧ



ДОКТОР МЕДИЧНИХ НАУК, ПРОФЕСОР, АКАДЕМІК АКАДЕМІЇ НАУК ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ, ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ ПСИХОТЕРАПІЇ ХАРКІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ГОЛОВНИЙ ПОЗАШТАТНИЙ СПЕЦІАЛІСТ МОЗ УКРАЇНИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ «ПСИХОТЕРАПІЯ» ТА «МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

Михайлов Борис Володимирович народився в місті Харкові в сім'ї лікарів. У 1974 році з відзнакою закінчив лікувальний факультет Курського державного медичного інституту. З 1974 року протягом 20 років працював в Українському науково-дослідному інституті клінічної і експериментальної неврології та психіатрії імені В. П. Протопопова (Харків). З 1995 до 2000 року працював проректором з наукової роботи Харківського інституту удосконалення лікарів (ХІУЛ). З 1999 року і до сьогодні працює завідувачем кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти. В 1982 році захистив кандидатську, в 1994 році – докторську дисертації.

Коло наукових інтересів – проблеми психотерапії, психіатрії, нейрофізіології, медичної психології. Є розробником психотерапії соматоформних розладів, створив систему психотерапії для працівників Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства оборони України, вивчив нейробіологічні механізми реалізації психотерапії, розробив проблеми фармакопсихотерапії, дослідив клініко-патофізіологічні механізми й терапію порушень сну, розробив основи психотерапії у спорті, біоінформаційну концепцію патогенезу психіч-

них розладів; створив концепцію виховання медичних психологів. Працюючи понад 10 років головним позаштатним спеціалістом Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальностей «Психотерапія» та «Медична психологія», Б. В. Михайлов зробив великий внесок в організацію психотерапевтичної мережі України, видання галузевих наказів, введення нової спеціальності «Медична психологія».

Професор Борис Михайлов має значний досвід міжнародних зв'язків, неодноразово представляв Україну за кордоном. У 1986–1988 роках працював головним лікарем радянських лікувально-профілактичних закладів у Лівії. У 1989–1991 роках стажувався з проблем алкогольної та хімічної залежності в США. Був учасником багатьох всесвітніх та Європейських наукових форумів. Входить до редакційних колегій восьми медичних журналів.

Підготував 6 докторів і 26 кандидатів медичних наук, під його керівництвом виконується низка докторських, кандидатських і магістерських робіт. Під його головуванням за останні 10 років підвищили свою кваліфікацію понад 3000 лікарів, що в цілому покращило рівень надання медичної допомоги в Україні.



З професором Норманом Сарторіусом на 18-му Європейському Психіатричному Конгресі в місті Мюнхені



З професором Норманом Сарторіусом на 18-му Європейському Психіатричному Конгресі в місті Мюнхені

Б.В. Михайлов є президентом Національної ліги психотерапії, психосоматики і медичної психології України, віце-президентом Асоціації психотерапевтів й психоаналітиків України, членом Президії науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України, академіком Академії наук вищої освіти України. Відзначений почесними грамотами Міністерства охорони здоров'я України, Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України.

Захоплення – автомобільний спорт, подорожі.



Колектив кафедри психотерапії

За редакцією Б. В. Михайлова видано перший в Україні підручник із психотерапії. Борис Володимирович є автором понад 500 наукових праць, надрукованих у вітчизняних і зарубіжних виданнях з різних проблем психіатрії, психотерапії, медичної психології, наркології, зокрема 16 монографій і навчальних посібників.

61103, м. Харків, пер. Балакірева, 5,
ЦКБ «Укрзалізниці»
тел./факс: (057)343-41-44

УДК: 61(092)

В.С. Андрух, В.Н. Андрух, М.В. Слободян
АНТОНІЙ КЕПІНСЬКИЙ (ENTONI IGNACI-TADEUSZ KEPINSKI) –
ЛІКАР, НАУКОВЕЦЬ І ВЧИТЕЛЬ
(16. 11. 1918 – 08. 04. 1972 р.р.)

Міська дитяча лікарня м.Долина, Івано-Франківської обл.



Відомий польський психіатр, вчений, гуманіст, філософ Антоній Кепінський народився 16 листопада 1918 року у м. Долині Станіславського воєводства (тепер Івано-Франківська обл.) З 1928 по 1936 рік вчився в національній гімназії ім. Бартоломія Новодворського, що у м. Кракові (Польща), де, після завершення навчання, як один з найкращих учнів, одержав перстень з гербом Новодворського - «Nalecz». До війни такою нагородою було номіновано лише двоє учнів. Медичну освіту почав здобувати у Ягелонському університеті, але у 1939 році навчання було перерване, так як почалася Друга світова війна. У числі добровольців молодий Кепінський вступив до Війська Польського та у 1940 році був взятий у полон, де пройшов угорські, французькі, іспанські концентраційні табори, пізнавши на собі всі їх незгоди і поневірвання. Згодом досвід безпосереднього перебування у цих таборах вплинув на його наукову зацікавленість у розділі впли-



З професором Норманом Сарторіусом на 18-му Європейському Психіатричному Конгресі в місті Мюнхені

Б.В. Михайлов є президентом Національної ліги психотерапії, психосоматики і медичної психології України, віце-президентом Асоціації психотерапевтів й психоаналітиків України, членом Президії науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України, академіком Академії наук вищої освіти України. Відзначений почесними грамотами Міністерства охорони здоров'я України, Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України.

Захоплення – автомобільний спорт, подорожі.



Колектив кафедри психотерапії

За редакцією Б. В. Михайлова видано перший в Україні підручник із психотерапії. Борис Володимирович є автором понад 500 наукових праць, надрукованих у вітчизняних і зарубіжних виданнях з різних проблем психіатрії, психотерапії, медичної психології, наркології, зокрема 16 монографій і навчальних посібників.

61103, м. Харків, пер. Балакірева, 5,
ЦКБ «Укрзалізниці»
тел./факс: (057)343-41-44

УДК: 61(092)

В.С. Андрух, В.Н. Андрух, М.В. Слободян
АНТОНІЙ КЕПІНСЬКИЙ (ENTONI IGNACI-TADEUSZ KEPINSKI) –
ЛІКАР, НАУКОВЕЦЬ І ВЧИТЕЛЬ
(16. 11. 1918 – 08. 04. 1972 р.р.)

Міська дитяча лікарня м.Долина, Івано-Франківської обл.



Відомий польський психіатр, вчений, гуманіст, філософ Антоній Кепінський народився 16 листопада 1918 року у м. Долині Станіславського воєводства (тепер Івано-Франківська обл.) З 1928 по 1936 рік вчився в національній гімназії ім. Бартоломія Новодворського, що у м. Кракові (Польща), де, після завершення навчання, як один з найкращих учнів, одержав перстень з гербом Новодворського - «Nalecz». До війни такою нагородою було номіновано лише двоє учнів. Медичну освіту почав здобувати у Ягелонському університеті, але у 1939 році навчання було перерване, так як почалася Друга світова війна. У числі добровольців молодий Кепінський вступив до Війська Польського та у 1940 році був взятий у полон, де пройшов угорські, французькі, іспанські концентраційні табори, пізнавши на собі всі їх незгоди і поневірвання. Згодом досвід безпосереднього перебування у цих таборах вплинув на його наукову зацікавленість у розділі впли-

ву воєн, полону та перебування у концентраційних таборах на психіку людей і прислужився йому при роботі і безпосередній участі у програмі лікування та реабілітації колишніх в'язнів концентраційного табору «Освенцім». Тільки у червні 1943 року, після звільнення з іспанського концентраційного табору «Miranda de Ebro», А. Кепінські вирушає до Великобританії, де закінчує медичний факультет Єдинбургського університету та 29 листопада 1946 року одержує диплом доктора медицини.

Повернувшись у липні 1947 року у Польщу лікар почав працювати у Неврологічно-Психіатричній Клініці Медичного Колегіуму - UI, а потім у Психіатричній Клініці Університету медичних наук ім. Коперника у Кракові. Тут А. Кепінські самовідданою працею реалізовував модель ідеального лікаря: видужання хворого було для нього найвищою нагородою. Він був мудрою і глибоко порядною людиною, тонко відчував біль оточуючих, завжди був готовий допомогти і словом і ділом, уміло підбирав «ключ» до кожного пацієнта та співробітників. Антоній Кепінські був одним із піонерів психотерапії у Польщі і за найкращі методи лікування вважав партнерські розмови з хворими. У ньому органічно поєднувалися цікавість до наукових досліджень, викладацька і клінічна робота. Пацієнти ж відзначали його велику відповідальність за них, сумлінність, чесність і порядність. Не любив танцювати, зате дуже любив звірів, правда, не тих, кого, звично, любить більшість людей, У 1949 році А. Кепінські захистив докторську дисертацію на тему «Zamieszenie po wstrzasie elektrycznym – Наслідки після електротравми»

У 1958 році, стипендіат від Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення Польщі, здійснював подальше стажування у Психіатричному інституті Модслей у Лондоні, де під керівництвом професора Обрі Льюїса вивчав принципи англосакської психіатрії.

У листопаді 1963 року вчений у Медичній академії отримав звання доцента, а у березні 1972 року Державна Рада присвоїла йому звання професора. А. Кепінські також очолив кафедру та психіатричну клініку. Його лекції були дуже популярними серед студентів та молодих лікарів у Краківському та Ягелонському університетах. А у клініці запровадив терапевтичні засади «відкритих дверей», що ґрунтувалися на принципах гуманістичного відношення і поваги до психічних хворих. Власним прикладом, пропагуючи ці засади, А. Кепінські віддавався хворим безмежно, був правдивим самаритянином наших часів.

Вченим написано близько 140 наукових праць, опубліковано 9 книг, серед яких «Schizophrenia - Шизофренія», 1972 р., «Psychopatologia nerwic – Психопатологія неврозів», 1973 р., «Melancholia – Меланхолія», 1974 р., «Psychopatia – Психопатія», 1977 р., «Lek – Страх», 1987 р. «Podstawowe zagadnienia wspolczesney psychiatrii – Основи сучасної психіатрії», 1976 р., «Poznanie chorego – Пізнання хворого» 2002 р., «Rytm zycia – Ритм життя» 2001 р., «Psychopatia, psychopatologia

zycia seksualnego – Психопатія, психопатологія сексуального життя», 1988 р. Багато книг декілька разів перевидавалися, але більшість з них були видані лише після смерті автора. На цьому науковому доробку вчилися, вчать і ще довго будуть вчитися молоді психіатри. Та у всьому світі А. Кепінські відомий ще і як автор концепції аксіологічної психіатрії і теорії інформаційного метаболізму.

Аксіологія (від грец. бойб—цінність) — учення про природу духовних, моральних, естетичних та інших цінностей, їх зв'язку між собою, із соціальними, культурними чинниками та особистістю людини. Це вчення розвивав автор у своїх наукових працях, що у , майбутньому, стало підґрунтям для розвитку такої науки, як соціоніка.

Термін "інформаційний метаболізм" теж народився з ідеї висловленої і розробленої вченим. Суть її в тому, що взаємодія людини з навколишнім світом (природою, іншими людьми тощо) і ті образи, які в результаті цієї взаємодії виникають у свідомості людини, мають інформаційний характер. Як життя тіла ґрунтується на речовинному та енергетичному метаболізмі (тобто на фізичному обміні з навколишнім світом речовинами та енергією, а також побудові на цій основі самого тіла), так життя психіки людини — на інформаційному обміні. Розуміння інформаційного метаболізму є ключем до пізнання механізмів взаємодії людини з навколишнім світом, тому що дає єдину "мову" для дослідження та моделювання різноманітних процесів у всьому циклі "навколишній світ — людина — навколишній світ". Інформаційний метаболізм — це той фундамент, на якому стоїть наука соціоніка, так само, як фізична наука ґрунтується на вивченні матерії, біологія — на вивченні "живої речовини" (за В.І.Вернадським) тощо.

Ще одним серйозним науковим доробком професора стало його співавторство у підготовці та виданні 31-го тому «Огляду лікарського - Освенцім», що двічі було номіноване на Нобелівську премію Миру. Там представлено наукові дослідження психічних розладів у людей після перебування у концентраційних таборах у таких роботах: «Кошмар», «Освенцімські рефлексії», «Психопатологія влади», «До психопатології зверх людини», «Рамна», «КЛ-синдром», «Голокост і пам'ять», «Медичні і психологічні ефекти концентраційних таборів» і др.

Слід відзначити, що особливо активно, у царині науки, професор працював у останні роки свого життя, коли був хворий невиліковною хворобою і терпів сильні болі.

За заслуги перед Вітчизною та зразкову діяльність у сфері охорони здоров'я Антоній Кепінські був нагороджений Лицарським Хрестом польського Відродження та Золотим Хрестом Заслуги. Його іменем названо психіатричну лікарню в м. Ярославі та одну із вулиць у м. Кракові. Будинок, у якому жив науковець з родиною, був перетворений на гуртожиток для психічно хворих.

Помер Антоній Кепінські 8 червня 1972 року у м. Кракові і був похований на Сальвадорському цвинтарі. Поховальну церемонію здійснив Митрополит Краківський Кароль Войтила – майбутній Папа Римський.

Медицина громадськості Польщі не забуває свого вчителя та лікаря. Кафедра психіатрії Краківського університету організувала два симпозіуми - у 10-ті і 15-ті роковини від дня смерті вченого. Є багато досліджень, рецензій на його наукову діяльність. Цим повідомленням згадаймо і ми, на 40-ві роковини від часу смерті, видатного уродженця нашого чудового краю.

Література:

1. K. Murawski. «Wybrane zagadnienia rozwoju wewnętrznego człowieka w pracach C.G. Junga i A. Kępcieskiego», Ossolineum Wrocław 1983.
2. A. Jakubik, J. Masiowski «Antoni Kępcieski - człowiek i dzieło», PZWL, Warszawa 1981, s. 25.
3. J. Tischner «Filozofia wypróbowanej nadziei» w: "Znak", 26(1974), nr. 237, s. 331-345.
4. M. Pytel . «Odbiór prac Antoniego Kępcieskiego przez studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego w 25 lat po jego śmierci», Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. Z. Ryna, Collegium Medicum UJ, Kraków 1998.

