

## ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я MENTAL HEALTH

Міждисциплінарний науково-  
практичний журнал

Випуск 4(5) 2004 року

### Засновники і видавники:

Київська медична академія  
післядипломної освіти імені  
П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна  
психоневрологічна лікарня №1  
(Міський науковий інформаційно-  
методичний центр з організації  
психіатричної допомоги)

Журнал зареєстровано  
Державним комітетом  
інформаційної політики,  
телебачення і радіомовлення  
України

Свідоцтво про державну  
реєстрацію: серія KB №7877 від  
10.09.03 р.

Атестовано Вищою  
атестаційною комісією України  
(Постанова Президії ВАК №3-  
05/11 від 15.12.04 р.)

**Мови видання:** українська,  
російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою  
радою КМАПО ім. П.Л. Шупика  
(протокол засідання №9 від 03.11.04 р.)

**Літературне редагування,  
коректура, комп'ютерна верстка** -  
Світлана Івченко

### Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1, 04080  
Київ, Україна  
Міський науковий інформаційно-  
методичний центр з організації  
психіатричної допомоги  
Тел. 468-29-32.  
E-mail: mnimc@health.kiev.ua

### Друк:

Друкарня "Атопол".  
Свідоцтво про внесення до Дер-  
жавного реєстру видавців, виготів-  
ників та розповсюджувачів видав-  
ничої продукції КІ №30  
від 24.05.02 р.  
Пр-т Московський, 9, м.Київ, 04073  
Тел. 496-04-80, 468-68-69  
E-mail: atopol\_inc@ukr.net

Підп. до друку 17.12.04 р.  
Формат 60х84/8. Папір крейдова-  
ний. Гарнітура Arial. Ум. друк. арк.  
12,0. Обл.-вид. арк. 8,93. Тираж 500  
Зам. 315

© Психічне здоров'я, 2004

## Зміст

Вступне слово головного редактора .....	3
<b>Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти</b> <i>Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С.</i> Право на психічне здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та національного рів- нів .....	4
<i>Залесский В.Н., Дынник О.Б.</i> Психосоциальный стресс, депрес- сия и сердечно-сосудистая патология: апоптоз-зависимые мо- лекулярные механизмы региональных органических поражений центральной нервной системы .....	10
<b>Розлади психіки та поведінки, психосоматика</b> <i>Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Астапов Ю.Н., Мухоморов А.Е.</i> Диагностика психических расстройств и организация психиат- рической помощи заложникам (аналитический обзор) .....	17
<i>Дзюб Г.К.</i> Критерии диагностики и принципы вмешательства при индуцированных состояниях на примере группового культо- вого движения .....	21
<i>Шкляревская О.В.</i> Дифференциация невротических и циклоти- мических депрессий унифицированными методами .....	26
<i>Олійник А.В.</i> Сучасні проблеми нейросіфілісу .....	30
<b>Дитяча та підліткова психіатрія</b> <i>Мешков В.М., Василенко О.А.</i> Психогігієнічні аспекти навчання дітей та підлітків в сучасній школі .....	33
<b>Геронтопсихіатрія</b> <i>Кузнецов В.В.</i> Взаимосвязи нейropsychологических показателей и метаболизма мозга у лиц пожилого возраста .....	39
<b>Фармакотерапія психічних розладів</b> <i>Кузьминов В.Н., Бачериков А.Н., Петрюк П.Т., Юрченко Н.П.</i> Применение глутаргина в комплексной терапии острых алко- гольных психозов .....	45
<b>Психотерапія та медична психологія</b> <i>Островська О.І.</i> Проблема психологічного діагнозу у хворих на параноїдну шизофренію .....	51
<i>Чучук О.Б., Спаріш Д.Е.</i> Характеристика эмоционального ста- туса лиц с возрастными изменениями лица .....	54
<b>Організація і управління психіатричною допомогою</b> <i>Барановська Л.М.</i> Інформаційно-методичне забезпечення в системі психіатричної служби м. Києва .....	58
<b>Огляди, дискусії, обмін досвідом</b> <i>Шуренок Г.Г.</i> Організація контролю за лікувальним процесом в умовах психіатричного стаціонару .....	61
<i>Ленчовська Г.Р.</i> З досвіду організації психотерапевтичної до- помоги у німецькій психіатричній клініці .....	68
<i>Двірський О.А.</i> Про важливість вступної лекції в курс психіат- рії, присвяченій засновнику психіатрії слов'янських країн профе- сору Харківського університету П.О. Бутковському .....	70
<i>Шумлянский В.А.</i> Опыт становления Житомирской областной психиатрической больницы №1 .....	75
<i>Петрюк П.Т.</i> Особенности работы некоторых специализиро- ванных учреждений Баварии (по результатам 3-х недельной оз- накомительной поездки в Германию) .....	79
<b>Хроніка, ювілеї, інформація</b> Розпорядження Кабінету Міністрів про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю .....	84
Рецензія на роботу Сыропятова О.Г., Дзеружинской Н.А., Янов- ского С.С., Яновской О.П. "Хроническая боль как психосомати- ческая проблема" .....	85
Рецензія на книгу О.Г. Сыропятова і Н.О. Дзеружинської "Судеб- ная экспертиза психического здоровья (краткий курс)": навчаль- ний посібник .....	85
<b>З архіву</b> Вырождение .....	86
<b>До уваги авторів (вимоги до написання статей)</b> .....	96

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В.А. Абрамов (Україна)  
 І.Ф. Аршава (Україна)  
 К.Л. Барановський (Україна)  
 А.М. Бачеріков (Україна)  
 В.Г. Бідний (Україна)  
 Л.О. Булахова (Україна)  
 В.В. Вандиш-Бубко (Росія)  
 Н.В. Вербенко (Україна)  
 Л.П. Гульчий (Україна)  
 І.С. Зозуля (Україна)  
 Ю.П. Закаль (Україна)  
 М.О. Качаєва (Росія)  
 В.Г. Коротоножкін (Україна)  
 В.П. Котов (Росія)  
 В.М. Краснов (Росія)  
 Р.Т. Крутікова (Україна)  
 Х. Лопез-Ібор (Іспанія)  
 М.О. Мазуренко (Україна)  
 Р.М. Макомела (Україна)  
 М.М. Мальцева (Росія)  
 О.М. Морозов (Україна)  
 Г. Нанейшвілі (Грузія)  
 Р.І. Никифоров (Україна)  
 А.В. Олійник (Україна)  
 П.Т. Петрюк (Україна)  
 В.С. Подкоритов (Україна)  
 Ю.М. Полієнко (Україна)  
 Л.В. Ромасенко (Росія)  
 В. Рутц (Швеція)  
 В.П. Самохвалов (Україна)  
 Н. Сарторіус (Швейцарія)  
 І.Д. Спіріна (Україна)  
 С.І. Табачников (Україна)  
 О.С. Чабан (Україна)  
 А.В. Хмелевська (Україна)  
 В.А. Шумлянський (Україна)  
 В.Д. Юрченко (Україна)  
 Л.М. Юр'єва (Україна)  
 В.С. Ястребов (Росія)

## Contents

The opening word of editor-in-chief .....	3
<b>Mental health: social, biological and psychological aspects</b>	
<i>Moskalenko V.F., Hrusheva T.S.</i> The right on mental health in the normative-legal certificates of the international and national levels ..	4
<i>Zalessky V.N., Dynnyk O.B.</i> Psychosocial stress, depression and cardiovascular disorders: apoptosis-associated molecular mechanisms of regional organic reduction in central nervous system .....	10
<b>Mental and behavioural disorders, psychosomatic</b>	
<i>Syropyatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A., Astapov Y.N., Muhomorov A.Y.</i> Diagnostics of mental frustration and organization of the psychiatric help to the hostages (state-of-the-art review) .....	17
<i>Dzub G.K.</i> Criterion of diagnostics and principles of intervention at inspired condition on an example of group cult movement .....	21
<i>Shklyarevska O.V.</i> Differentiation of neurotic and cyclotomic depressions by the unified methods .....	26
<i>Olijnyk O.V.</i> Modern problems of neuroluis .....	30
<b>Infant and adolescent psychology</b>	
<i>Meshkov V.M., Vasylenko A.O.</i> Psychogigienic aspects of training of children and teenagers at modern school .....	33
<b>Herontopsychiatry</b>	
<i>Kuznetsov V. V.</i> Correlations between neuropsychological indices and brain metabolism in the elderly .....	39
<b>Pharmacotherapy of mental disorders</b>	
<i>Bacherikov A.M., Kuzminov V.N., Petryuk P.T., Yurchenko M.P.</i> The application of glutargin at the complex therapy of the acute alcoholic psychosis .....	45
<b>Psychotherapy and medical psychology</b>	
<i>Ostrovskaya O.I.</i> Problem of the psychological diagnosis at the patients with the paranoid form of schizophrenia .....	51
<i>Chuchuk O.B., Sparysh D.Y.</i> The characteristic of the emotional status of the persons with of age face changes .....	54
<b>Psychiatric aid' organization and management</b>	
<i>Baranovska L.M.</i> Information-methodical maintenance in system of a psychiatric service in Kyiv .....	58
<b>Reviews, discussions, experience' exchange</b>	
<i>Shurenok G.G.</i> Organization of the control behind medical process in psychiatric clinic conditions .....	61
<i>Lenchovska G.R.</i> From experience of organization of the psychotherapy help in German psychiatric clinic .....	68
<i>Dvirsky O.A.</i> About importance of introductory lecture in course of the psychiatry devoted to founder of psychiatry of slav countries to professor of Kharkiv university P.O. Butkovsky .....	70
<i>Shumliansky V.G.</i> Development experience of Zhytomyr regional psychiatric hospital №1 .....	75
<i>Petryuk P.T.</i> Features of job of some specialized establishments of Bavaria (by results of 3 week fact-finding trip to Germany) .....	79
<b>Chronicle, jubilees, information</b>	
The order of a study of the ministers about the statement of the Concept of social adaptation of the persons with intellectual backwardness .....	84
The review on the book by Syropyatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A., Yanovsky S.S., Yanovska O.P. " A Chronic pain as a psychosomatic problem " .....	85
The review on the book by Syropyatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A. "Judicial examination of mental health (brief rate) ": the manual .....	85
<b>Archival files</b>	
Degradation .....	86
<b>The notice for our authors (requirements to the articles) .....</b>	<b>96</b>

## ***Шановні читачі!***

Редколегія журналу "Психічне здоров'я" щиро вітає Вас з НО-ВИМ 2005 РОКОМ - роком надії, справедливості, удачі, здоров'я, гарного настрою і здійснення добрих справ на благо громадян України і всіх жителів світового співтовариства.

Пройшов рік з моменту репрезентації Вашій увазі першого номера мультидисциплінарного журналу "Психічне здоров'я". **З радістю повідомляємо Вам, що Постановою Президії Вищої атестаційної комісії України №3-05/11 від 15.12.04 р. наш журнал внесено до переліку фахових видань.** Ми дякуємо Вам за прояв активного інтересу до нашого видання. Авторам статей ми вдячні за співробітництво. Будемо раді почути побажання, відгуки, питання, що допоможуть редколегії коригувати рубрикацію журналу і публікувати найбільш практично значимі статті через призму мультидисциплінарного погляду на проблему психічного здоров'я.

Підтримуючи позицію ВООЗ про те, що нормальні функції, пов'язані з психічним здоров'ям, мають фізіологічну основу і значною мірою взаємозалежні з фізичним і соціальним функціонуванням і розуміючи, що психічні захворювання і захворювання мозку викликають такі фактори, як генетичні, біологічні, соціальні й екологічні, редколегія в першу чергу буде віддавати перевагу публікаціям, що відбивають соматичний напрямок у психіатрії і медичній психології. Розумінню цього будуть сприяти результати досліджень генетичного, патоморфологічного, імунобіологічного та ендокринологічного напрямків. Сучасна психіатрія, крім вищезазначених напрямків досліджень, не може обійтися без подальшого вивчення нормальної і патологічної особистості. Які б причини не призводили до порушення психічного здоров'я, порушення функцій мозку, особистість буде реагувати відповідно до запасу життєвого досвіду, накопиченого нею в процесі філо- і онтогенетичного розвитку. Особистість, її зміст, соціальні установки, моральні принципи будуть визначати клініку і плин психічного розладу. Умови життя, обумовлені соціальним середовищем, також чинять на психічні розлади аналогічні впливи. Тому важливе значення для розуміння психічного здоров'я мають психологічний (психодинамічний) аспект і соціологічний напрямок дослідження.

Дорогі колеги! Чекаємо на тексти Ваших статей для публікації на сторінках нашого журналу в Новому 2005 році.

**З повагою В.М. Кузнецов,**  
головний редактор

# **ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНІ, БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

УДК 616.89(094):614.2

## **Право на психічне здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та національного рівнів**

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Т.С. ГРУЗЕВА  
Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця

**Резюме.** В статье освещены проблемы законодательного обеспечения права на психическое здоровье, его регламентация в нормативно-правовых документах международного и регионального уровней. Охарактеризована нормативно-правовая база Украины, регулирующая сохранение и восстановление психического здоровья.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, расстройства психики, нормативно-правовая база, международное и национальное законодательство.

**Summary.** In the article are revealed problems of a right for mental health legislative provision, its regulation in normative-legal documents on international and regional levels. There is characterized the Ukrainian normative-legal basis, regulating mental health preservation and rehabilitation.

**Key words:** mental health, mental disorders, normative-legal basis, international and national legislation.

Загальновідомо, що право на здоров'я є одним з невід'ємних прав людини. Воно чітко визначене і закріплене у низці нормативно-правових документів міжнародного, регіонального національного та інших рівнів. Це право включає у себе ряд обов'язкових складників, одним з яких є право на психічне здоров'я.

Дослідження проблем, пов'язаних із забезпеченням права на психічне здоров'я, набуває особливої актуальності в сучасному світі у зв'язку з прискоренням ритму життя, нестабільністю, збільшенням стресогенних ситуацій та зростанням частоти психічних розладів з одного боку, і розбудовою правових засад державотворення та формуванням громадянського правового суспільства - з іншого.

Масштабність проблем психічних порушень і розладів інколи недооцінюється. У Європейському регіоні частка населення з серйозними психічними розладами коливається від 1% до 6%. Об'рунтовану тривогу викликає частота появи менш серйозних психічних розладів, які часто не реєструються. У глобальному вимірі порушення психічного здоров'я роблять більший внесок у тягар хвороб, ніж онкологічні захворювання. А в деяких європейських країнах смертність від самогубств і в даний час випереджає відповідний показник від дорожньо-транспортних пригод. Статистика свідчить, що рівень суїцидів в країнах Європейського регіону ВООЗ коливається в межах від 1,8 випадку на 100 тис. у Вірменії до 43,7 - у Литві. Високі показники смертності від самогубств характерні для Російської Федерації, Казахстану, Білорусі, України. Водночас у Греції,

Албанії, Сан Марино, Грузії частота суїцидів є меншою від 3,6 випадків на 100 тис. [1].

Переважає більшість пацієнтів з розладами психіки лікується в країнах Європи на місцевому рівні чи на рівні первинної ланки і лише невеликий відсоток осіб проходить лікування у спеціалізованих закладах психіатричного профілю. Третина консультацій із лікарями загальної практики присвячується проблемам психічного здоров'я [2]. В цілому стан психічного здоров'я у Європейському регіоні визначають три основні групи детермінант. Передусім, це економічні, психосоціальні та екологічні чинники, які серйозно впливають на добробут населення і організацію психіатричної допомоги. У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я в 2002 р. вказується, що у різних країнах Європи стандарти надання допомоги при психічних розладах дуже відрізняються один від одного. На охорону психічного здоров'я багато європейських країн витрачає менше 3% від загального бюджету на охорону здоров'я. Хоча наслідки порушень психічного здоров'я можуть обходитися від однієї третини до половини витрат на медичне обслуговування.

Стан популяційного здоров'я населення різних країн світу, сучасні стратегії щодо його збереження і зміцнення вимагають чіткої правової регламентації [3].

Вивчення історичних аспектів становлення та розвитку права на психічне здоров'я свідчить, що психосоціальна компонента права на здоров'я була включена до нього дещо пізніше, ніж фізична, оскільки саме значення терміна "здоров'я" формувалося і розширювалося поступо-

во. Древньогрецькі філософи, вважаючи здоров'я одним з найбільших благ, розуміли його, переважно, як фізичне здоров'я. Вони вказували, що відносно тіла досконалість є здоров'ям у вигляді отримання користі від тіла, яке не має тягара хвороб [4]. При цьому концепції здоров'я були менш демократичними, і спрямовувалися, перш за все, на поліпшення здоров'я конкретних людей з привілейованим станом, а не суспільства в цілому.

Розширення концепції здоров'я пов'язане з розвитком римського права, яке сприяло включенню у термін складової духовного здоров'я. Вислів "В здоровому тілі - здоровий дух" є яскравим виразом єдності фізичного і психічного у понятті "здоров'я" [5].

Наповнення терміну "здоров'я" духовною компонентою відбувалося паралельно з утвердженням християнства. Водночас здоров'я все більше визнавалося загальнолюдською цінністю, що сприяло зростанню уваги до проблем громадської охорони здоров'я.

Показовим є визначення здоров'я, дане Сигеристом. Воно трактувалося не просто як відсутність хвороб, а як щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю усієї відповідальності, яку покладає на неї життя. Таке визначення розширювало термін здоров'я від фізичного та душевного стану людини до соціального явища [6].

Значну увагу проблемі психічного здоров'я та його регламентації було приділено членами Підготовчого комітету зі скликання Міжнародної конференції по здоров'ю, яка ставила за мету створення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Комітет складався з експертів щодо громадського здоров'я, а також представників міжнародних організацій з охорони здоров'я. Результатом його роботи стала підготовка проекту статуту майбутньої міжнародної структури з проблем охорони здоров'я. Саме у цьому документі вперше з'явилося визначення поняття здоров'я як стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутності хворобливих станів та захворювань.

Проект статуту містив також положення про те, що право на здоров'я є одним з основоположних прав кожної людини, незалежно від раси, віросповідання, політичних переконань, матеріального чи соціального статусу у суспільстві. У цьому проекті наголошувалося, що задовільний стан особистого і громадського психічного здоров'я є необхідною умовою гармонійних людських стосунків [7].

І хоча схвалений у 1946 р. Міжнародною конференцією з проблем здоров'я кінцевий варіант статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я дещо відрізнявся від попереднього, визначення здоров'я у ньому включало психосоціальні компоненти [8].

Подальший розвиток права на психічне здоров'я відбувався у контексті становлення основних соціально-економічних прав. Комісія з прав людини, яка була заснована у 1946 р. Організацією Об'єднаних Націй, поставила за мету створення так званого білля про права, який би включав декларацію, пакт та заходи щодо його виконання. У результаті тривалої роботи було розроблено Загальну декларацію прав людини, яку у 1948 р. прийнято Центральною Асамблеєю ООН. У статті 25 цього документу здоров'я поставлено в один ряд з іншими соціальними благами, а також визначено передумови для його збереження [9].

Логічним продовженням положень, закріплених Декларацією, стала підготовка проектів пактів з цивільних і політичних, а також соціально-економічних і культурних прав.

У ході розробки Пакту про економічні, соціальні та культурні права, яка тривала з 1949 по 1966 рр. неодноразово переглядалися положення, пов'язані з правом на здоров'я. Зокрема на одній із сесій розглядався проект, запропонований Генеральним секретарем ВООЗ. Він містив норми, згідно з якими кожна людина повинна мати право на найвищий можливий для досягнення рівень здоров'я, який визначається сукупністю фізичного, психічного і соціального благополуччя [10]. А уряди країн-учасниць Пакту повинні у міру своїх можливостей піклуватися про поліпшення і захист здоров'я своїх громадян, у тому числі заохочувати зусилля у сфері психічного здоров'я, спрямовані на гармонізацію людських стосунків. У прийнятому в 1966 р. Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права здоров'ю відведена стаття 12. Нею визначено, що держави, які беруть участь у Пакті, визнають право кожної людини на найвищий для досягнення рівень фізичного та психічного здоров'я, а також повинні забезпечити його відповідними заходами [11].

Нормативно-правові акти міжнародного рівня спрямовуються не лише на забезпечення умов для збереження психічного здоров'я, але й для належного медико-соціального та правового забезпечення психічно хворих.

Генеральна Асамблея ООН, ще у 1971 р. проголосила Декларацію про права розумово відсталих осіб, в якій закріплено положення про їх належне медичне обслуговування, освіту, навчання, відновлення працездатності, опіку, що дозволяють розвивати особисті здібності у максимально можливій мірі. У документі наголошується на забезпеченні можливості проживання розумово відсталої особи у колі своєї сім'ї та участі у різних формах життя суспільства. Утверджується право на захист від експлуатації, зловживань і принизливого ставлення [12].

Регламентація права на психічне здоров'я неодноразово розглядалася регіональними орга-

нізаціями з прав людини. Зокрема, ці проблеми піднімалися такою важливою регіональною структурою, як Рада Європи при підготовці Європейської соціальної хартії. Комісія з соціальних питань наполягала на включенні до документу положень про те, що кожен повинен мати можливість користуватися послугами, які забезпечують високий рівень здоров'я. Зазначалося також, що заходи, які повинні бути здійснені урядами держав, що підписали угоду, з метою виконання даного права, у випадку недостатності приватних ресурсів чи індивідуальної або громадської ініціативи, мають включати у себе зниження дитячої смертності і забезпечення здорового фізичного та психічного розвитку дитини, допомогу розумово неповноцінним дітям, а також тим, хто залишився без батьківської опіки, поліпшення умов харчування, житла, освіти, відпочинку, а також інших факторів соціального оточення, профілактику і контроль над захворюваннями, організацію служб і установ, які забезпечують ефективне медичне обслуговування [8]. Разом з тим, положення, які стосуються власне психічного здоров'я не знайшли відображення у кінцевому варіанті статті 11 Європейської соціальної хартії, і були поглинуті більш загальними формулюваннями щодо забезпечення права на здоров'я [13].

Серед регіональних нормативно-правових актів Організації американських держав заслуговує на увагу Додатковий протокол до Американської конвенції з прав людини, або Сальвадорський протокол. Стаття 10 цього документу визначає право на здоров'я як найвищий ступінь фізичного, психічного та соціального благополуччя [14].

Африканська хартія прав людини і народів статтею 16 встановила наступні норми "Кожен індивідум повинен мати право насолоджуватися фізичним і психічним здоров'ям, найкращим із можливих. Усі країни, які підписали дану Хартію, повинні вживати необхідні заходи із захисту здоров'я своїх громадян і стежити за тим, щоб кожен міг отримати медичний догляд у випадку хвороби".

Поняття психічного здоров'я та психологічного комфорту ставали предметом розгляду на багатьох міжнародних конференціях. У Віденській декларації 1993 р., прийнятій Всесвітньою конференцією з прав людини, піднято питання необхідності створення максимально ефективних засобів для фізичної, психологічної і соціальної реабілітації жертв тортур [15]. Проблем психічних розладів торкалися на Четвертій всесвітній жіночій конференції, яка проходила в 1995 р. у Пекіні [16].

Отже, аналіз міжнародного законодавства з питань психічного здоров'я свідчить про його регламентацію низкою нормативно-правових документів міжнародного та регіонального рівнів. Разом з тим воно не відображено у ряді визна-

чальних документів міжнародного рівня, зокрема у статті 12 Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації відносно жінок, у статті 24 Конвенції про права дитини. Більшість країн, що розвиваються, віддають пріоритети боротьбі з малюковою і дитячою смертністю, ставлячись до психічного здоров'я як до недозволеної розкоші [17]. Реалізація цього права у різних кранах світу викликає стурбованість багатьох міжнародних організацій. Основними проблемами забезпечення права на психічне здоров'я є відсутність його кодифікації у низці декларацій та конвенцій, недостатність конкретних рекомендацій щодо його реалізації, брак ресурсів, збільшення нових видів психічних розладів, таких як посттравматичний стрес, у тому числі внаслідок стихійного лиха, війн тощо, які завдають значної шкоди фізичному здоров'ю та психіці людини [18].

Значний внесок у розвиток нормативно-правової бази з питань психічного здоров'я здійснює Всесвітня психіатрична асоціація. Розроблені нею положення і декларації стосуються переважно прав і захисту тих осіб, які потребують лікування.

Гавайська декларація була прийнята Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної організації у Відні в 1989 р. В ній наголошується, що метою психіатрії є лікування психічних захворювань і поліпшення психічного здоров'я. Згідно з документом, психіатр повинен служити вищим інтересам пацієнта, а також турбуватися про загальне благополуччя і справедливе розміщення ресурсів охорони здоров'я. Досягнення цих цілей вимагає спеціальних досліджень і постійного навчання персоналу служб охорони здоров'я, пацієнтів, громадськості. У Декларації підкреслюється, що психіатр повинен запропонувати пацієнту найкраще з можливого лікування, будувати свої відносини з пацієнтом на основі взаємної згоди та довіри. Обов'язковою є вимога до поінформованості пацієнта про природу його захворювання, терапевтичні процедури та можливі наслідки. Ніяке лікування не повинно здійснюватися всупереч волі пацієнта за винятком випадків, коли він не може сформулювати свою думку, або якщо високою є ймовірність появи серйозної шкоди для хворого чи інших осіб. У Декларації визначено умови участі пацієнта в процесі поширення знань з питань психіатрії [19].

Важливі проблеми піднято у Положенні Всесвітньої психіатричної асоціації про права і юридичний захист психічно хворих. Асоціація вважає, що люди, які страждають на психічні захворювання, повинні користуватися тими ж правами і основними свободами, що і всі інші громадяни. Вони не повинні бути об'єктом дискримінації на ґрунті психічного захворювання. Психічно хворі мають право на професійну, гуманну і достойну допомогу. Вони повинні бути захищені від експлуатації, поганого поводження та принижен-

ня, у відповідності до етичних стандартів Гавайської декларації. У документі вказується, що законодавство з питань охорони здоров'я повинно забезпечувати адекватне і ефективне лікування усіх пацієнтів, включаючи психічно хворих, і захищати їх права на лікування на рівні прийнятих стандартів у лікувальних установах або поза ними. Не повинно бути ніякої дискримінації психіатричних пацієнтів. Психічні служби мають інтегруватися у систему медичної і соціальної допомоги. Усі пацієнти повинні лікуватися і отримувати допомогу, наскільки це можливо, в середовищі, в якому вони живуть. Психічно хворі повинні лікуватися за тими ж правилами, що і інші пацієнти. Добровільне лікування необхідно заохочувати, а доступ до нього регулювати так, як і до лікування соматичних захворювань. Примусове лікування є порушенням прав людини, а тому воно потребує особливих критеріїв і чітко визначених гарантій. Необхідним є законодавча регламентація умов та механізмів примусового лікування, прав пацієнтів, до яких воно застосовано.

Всесвітня психіатрична асоціація наполягає на тому, що труднощі у пристосуванні до моральних, соціальних, політичних чи інших цінностей самі по собі не можуть розглядатися як психічне захворювання. Діагноз психічного захворювання і його серйозність, а також серйозність шкоди, яку пацієнт може завдати собі та оточуючим, повинні встановлюватися у відповідності до міжнародно прийнятих стандартів та національного законодавства.

В Україні як правовій, демократичній, соціально орієнтованій державі створюються умови для збереження і зміцнення здоров'я, у тому числі психічного. Основи законодавства України про охорону здоров'я містять положення, які регламентують права на охорону здоров'я та їх гарантії. Окремі розділи цього документу висвітлюють зобов'язання щодо забезпечення здорових і безпечних умов життя, включаючи умови праці, навчання, побуту та відпочину, заходи щодо сприяння здоровому способу життя. Основами регламентуються також загальні засади надання лікувально-профілактичної допомоги [20].

Що стосується психіатричної допомоги, то правові та організаційні основи забезпечення нею населення визначаються Законом України "Про психіатричну допомогу" [21]. Ним встановлюються обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади. Документом регламентуються права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги. У Законі подано чітке тлумачення термінів "психічні розлади", "психічна допомога", "психіатричний заклад", "законні представники", "усвідомлена згода особи" та інші. Ним також окреслено

презумпцію психічного здоров'я, вимоги до конфіденційності відомостей про його стан, організаційні засади діагностики та лікування пацієнтів, підстави та порядок надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної психіатричної допомоги, примусові заходи медичного характеру, здійснення судово-психіатричної експертизи. Документом визначено механізм контролю і нагляду за діяльністю з надання психіатричної допомоги, порядку оскарження рішень, дій та бездіяльності, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги, та відповідальність за порушення законодавства про психіатричну допомогу.

У вітчизняній психіатричній допомозі впродовж тривалих років панував принцип диспансерного спостереження психічно хворих дільничним психіатром. З введенням в дію Закону України "Про психіатричну допомогу" принципом надання психіатричної допомоги визнано добровільність, поряд із законністю, гуманністю, дотриманням прав людини і громадянина. У цьому зв'язку офіційна медична статистика МОЗ України з 2000 р. уперше почала надавати відомості як про контингенти осіб, які перебувають під диспансерним та консультативним наглядом у дільничного психіатра, так і про таких, які лікувались у психіатра, але не взяті під нагляд. Нормативно-правова база України включає також інші закони, які регулюють діяльність у сфері захисту психічного здоров'я, зокрема "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та зловживання ними" (1995), "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та зловживання ними" (1995) [22].

В Україні у 2000 р. ратифіковано Конвенцію про передачу осіб, які страждають на психічні розлади, для проведення примусового лікування, яка стала частиною національного законодавства згідно зі статтею 9 Конституції України.

У розвиток законодавства з проблем психічного здоров'я та психіатричної допомоги розроблено низку підзаконних актів, які регулюють різнобічні аспекти забезпечення психічного здоров'я та надання допомоги при його порушенні [23].

Постановою Уряду України від 27.09.2000 р. затверджено Порядок проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих. Встановлено Перелік виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня.

Галузевими наказами затверджено стандарти медичних технологій лікувально-діагнос-

тичного процесу стаціонарної допомоги населенню, у тому числі психіатричної, критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки. Розроблено заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади. Вони затверджені наказом МОЗ України та зареєстровані у Міністерстві юстиції України. Опрацьовано нормативно-правові документи з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади. Створено Інструкції для проведення обов'язкових та періодичних психіатричних оглядів. Розроблено форми документів з питань психіатричної допомоги та форми звітів щодо проведення судово-психіатричних експертиз [24].

Сформоване нормативно-правове поле дозволяє не лише надавати кваліфіковану медичну допомогу хворим на розлади психіки та поведінки, а й забезпечує можливості збереження психічного здоров'я, створення механізмів реалізації права громадян на його захист. Однією з моделей такої допомоги є центри соціально-психологічної реабілітації для населення, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС [25].

Вказані заклади забезпечують можливість надання психологічної допомоги у різнобічних аспектах, виявляти осіб, що потребують психологічної підтримки, здійснювати превентивні заходи через різні форми соціальної роботи. Серед завдань, що стоять перед центрами, необхідно виділити зміну ставлення постраждалих до власних проблем, формування у кожного почуття відповідальності за своє життя і життя близьких, подолання певних негативних комплексів тощо.

Робота Центрів дозволяє реалізувати модель громадського орієнтованого підходу до психологічної підтримки населення у складних умовах. Соціологічні дослідження свідчать про високу медичну, соціальну та економічну ефективність діяльності Центрів психологічної реабілітації, їхній позитивний вплив на психічне здоров'я нації.

Важливу роль у реалізації права на психічне здоров'я та психіатричну допомогу відіграє наявність відповідних ресурсів. У цілому в Україні психіатричну допомогу надають 4,1 тис. фахівців, психотерапевтичну - 277 осіб. Забезпеченість населення психіатрами становить 0,85 на 10 тис., у тому числі дитячими і підлітковими психіатрами - 0,11, психотерапевтами - 0,06. Серед психіатрів атестовано 71,6%, з яких 36,6% мають вищу кваліфікаційну категорію, 40,5% - першу, 22,9% - другу [26].

У державі функціонує широка мережа спеціалізованих лікувально-профілактичних та реабілітаційно-відновних закладів. Психіатрична і психологічна допомога також надається у загально-терапевтичній мережі. Це забезпечує високу доступність спеціалізованої психіатричної та пси-

хологічної допомоги.

Чисельність спеціалізованих психіатричних відділень та кабінетів у складі амбулаторно-поліклінічних закладів збільшилася з 638 у 1998 р. до 654 - у 2003 р., тобто на 2,5%, наркологічних - з 562 до 579 відповідно, тобто на 3,0%. В закладах охорони здоров'я розгорнуто 177 психотерапевтичних відділень та кабінетів [27]. Стаціонарна медична допомога надається у 95 психіатричних і наркологічних лікарнях, де розташовано 44,5 тис. ліжок. Забезпеченість населення психіатричними ліжками складає в державі 9,7 на 10 тис. населення, психосоматичними - 0,05 відповідно. Порівняльний аналіз ресурсного забезпечення психіатричної допомоги в країнах Європи свідчить, що в Україні число психіатричних ліжок на 10 тис. населення знаходиться на рівні середніх показників в регіоні. При цьому низька забезпеченість психіатричними ліжками виявлена в Італії (1,4 на 10 тис.), Туреччині (1,2), висока - у Нідерландах (15,4), Латвії (15,0), Мальті (14,3), Німеччині (12,8).

Кількість госпіталізованих у психіатричні і наркологічні лікарні в Україні в період 1998-2003 рр. зросла на 36,9 тис. і досягла 291,3 тис. Хворі на розлади психіки і поведінки становлять 3,0% від загального числа госпіталізованих. Середнє число днів зайнятості психіатричних ліжок протягом року є досить високим і складає 334 дні. Впровадження сучасних методів лікування дозволило скоротити середні терміни перебування хворих на лікарняному ліжку з 61,6 дня у 1998 р. до 53,7 дня - у 2003 р.

Разом з тим існують значні резерви для поліпшення ресурсного забезпечення психіатричної служби, приведення її у відповідність до існуючих потреб суспільства [28].

Отже, аналіз міжнародного законодавства з питань психічного здоров'я свідчить про кодифікацію права на його збереження і відновлення у низці нормативно-правових актів, виданих під егідою Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Всесвітньої психіатричної асоціації тощо. Значну увагу проблемам психічного здоров'я приділено у резолюціях, деклараціях, схвалених міжнародними конференціями з питань охорони здоров'я. Разом з тим, реалізація цього права у багатьох країнах світу стикається з певними труднощами, що викликає стурбованість міжнародних організацій.

Розвиток національного законодавства України стосовно права на психічне здоров'я здійснюється з урахуванням положень нормативно-правових актів міжнародного рівня та відповідно до основних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я. Сформоване нормативно-правове поле дозволяє реалізувати багатовекторну стратегію поліпшення громадського здоров'я, у тому числі психічного.



Завданнями наступної розбудови правової сфери України з питань охорони психічного здоров'я є удосконалення законодавства, приведення його у відповідність до сучасних пот-

реб суспільства та європейських стандартів, а також створення і запровадження ефективних механізмів реалізації права на психічне здоров'я.

Література:

1. Atlas of health in Europe /The WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen, 2003. - 112 p.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. - Женева:ВОЗ, 2002. - 16 с.
3. Москаленко В.Ф. Право на здоров'я (охорону здоров'я) в основних міжнародних нормативно-правових актах //Охорона здоров'я України. - 2003. - №2. - С.5-12.
4. Aristotle, On Rhetoric, New York/ Oxford: Oxford University Press, 1991. - P.60.
5. Sigerist, H.E. Medicine and Human Welfare, New Haven/ London: Yale University Press/ Oxford University Press, 1941. - P.65.
6. Fluss, S.S. International Public Health Law: an Overview, in: R. Detels, W.W. Hilland, J. Mc Ewen and C.S. Omenn (eds.), Oxford Textbook of Public Health, 3rd ed., Vol.1, New York/ Oxford/ Toronto: Oxford University Press, 1997, pp. 371-390.
7. World Health Organization. The First Ten Years of the World Health Organization. - Geneva:WHO, 1958. - С. 40.
8. Roscam Abbing, H.D.C. International Organizations in Europe and the Right to Health Care, Deventer: Kluwer, 1979.
9. Загальна декларація прав людини. - К.:ОВ, 1998. - 8 с.
10. UN Doc. E/ CN. 4/ 544, 18 апреля 1951 г., с.2.
11. Diflorio, C.V., Assessing Universal Access to Health Care: an Analysis of Legal Principle and Economic Feasibility Dichinson Journal of International Law, 433, 1992, pp. 139-161.
12. Право людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій /Упоряд. Т. Яблонської. - К.:Сфера, 1999. - 342 с.
13. Staal, C., J. Het Herzien Europees Sociaal Handvest [The Revised European Social Charter], NJCM - Bulletin [Bulletin Dutch Section ICJ], Vol. 22., No. 3, April 1997, pp. 349-381.
14. LeBlanc, L.J.L., The Economic, Social and Cultural Rights Protocol to the American Convention and its Background, Netherlands Quarterly of Human Rights, Vol. 10, No. 2, 1992, pp. 130-154.
15. Holtrust, N., A.C., Hendriks and D. M.J. Bauduin (eds) De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland: gezond heid als recht [The implications of Article 12 Women's Convention for the Netherlands: Health as a Right], Den Haag: Yugo, 1996, pp. 68-70.
16. Пекинская декларация и платформа для действий. Четвертая всемирная женская конференция, Пекин, Китай, 4-15 сентября 1995 г., ООН, Нью-Йорк, 1996. - С. 98-104.
17. Bueren, C. van, The International Law on the Rights of the Child, Dordrecht/ Boston/ London: Martinus Nijhoff Publishers, 1995.
18. ВОЗ "Отчет о здоровье в мире, 1997", 1997г., с. 61.
19. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. - К.:Сфера, 1998. - 123 с.
20. Основи законодавства України про охорону здоров'я. - К.: Б.О.В., 1999. - 38 с.
21. Закон України "Про психіатричну допомогу". - К. : Б.О.В.,2000.
22. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Грузєва Т.С. та ін. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991-2002 рр. - К.:ОВ, 2002. - 36 с.
23. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991-2002 рр. - К.: ОВ, 2002. - 24 с.
24. Законодавство України про охорону здоров'я. Збірник нормативно-правових актів. - К.:КНТ, 2004. - 207 с.
25. Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. - К., 2004. - 76 с.
26. Гарнець О.М. Створення механізму реалізації права людини на психічне здоров'я // Матеріали національної конференції "50-річчя Загальної декларації прав людини". - К., 1998. - С.126-127.
27. Медичні кадри системи МОЗ України 2002-2003 роки.-К., 2004.-54 с.
28. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002-2003 роки. - К., 2004. - 302 с.
29. Кузнецов В.Н. Состояние психиатрической помощи детям Украины // Психічне здоров'я. - 2004. - №2. - С.17-22.

## **Психосоциальный стресс, депрессия и сердечно-сосудистая патология: апоптоз-зависимые молекулярные механизмы региональных органических поражений центральной нервной системы**

<sup>1</sup>В.Н. ЗАЛЕССКИЙ, <sup>2</sup>О.Б. ДЫННИК

<sup>1</sup>Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско  
АМН Украины

<sup>2</sup>Медицинское научно-практическое  
объединение "Медстрой" АО ХК  
"Киевгорстрой"

**Резюме.** В обзорной статье освещены вопросы влияния психосоциального стресса, депрессии на возникновение и развитие сердечно-сосудистой патологии. Описаны особенности морфофункциональных изменений при депрессивных расстройствах коморбидных соматическим заболеваниям. Приводятся результаты исследований,

подтверждающие наличие апоптоз-зависимых молекулярных механизмов нейрональных потерь у больных со стресс-индуцированной депрессией. Указывается на необходимость изучения особенностей нейротрофических, нейропластических и антиапоптотических эффектов антидепрессантов и нормотимиков, а также - на необходимость поиска (с учётом жизнеспособности и структурной пластичности нейронов) эффективных схем лечения депрессивных расстройств, коморбидных соматическим заболеваниям.

**Ключевые слова:** психосоциальный стресс, сердечно-сосудистые заболевания, молекулярные механизмы, апоптоз нейронов, депрессии, пластичность нейронов.

**Summary.** The article presents data on impact of psychosocial stress, depression on etiopathogenesis of cardiovascular disorders. The research findings support the presence of an apoptosis-associated molecular mechanisms of the loss of neurons in response to stress in the patients with depressive disorders. The problems neurotrophic, neuroplastic and antiapoptotic effects of the antidepressants, normothimics is considered in the article. The necessity of studying peculiarities of finding (with a structure plasticity and cellular resilience) effective scheme of treatment depressive disorders and comorbid medical illness.

**Key words:** psychosocial stress, cardiovascular disorders, molecular mechanisms, apoptosis of neurons, depressia, neuroplasticity.

Психосоциальный стресс всё чаще признается в качестве одного из ключевых факторов, способствующих ухудшению психического здоровья, развитию многих патологических состояний, в том числе болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) - артериальной гипертензии (АГ), аритмий, ишемической болезни сердца (ИБС), язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальной астмы, а также невротических расстройств, частоте возникновения несчастных случаев и самоубийств. Перечисленные заболевания и состояния имеют тенденцию к росту в странах, переживающих период бурных социальных и экономических преобразований [1]. Дополнительным толчком к ухудшению психического здоровья послужило массовое развитие психосоциальных стрессовых состояний, в основном обусловленных не только неожиданным подъёмом безработицы, текучестью кадров и нестабильностью трудоустройства, но и расшатыванием основ института семьи, ростом масштабов обнищания, миграцией населения и активизацией процессов социального расслоения

общества. В странах, переживших резкий подъём показателей смертности, по линии государственной политики было сделано мало для того, чтобы нивелировать негативное воздействие нарастающего социального стресса на здоровье [2].

Взаимосвязи влияния психосоциальных факторов с возникновением и развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) давно являются предметом изучения исследователей, но лишь в последние годы в ходе длительных проспективных исследований были получены очевидные доказательства того, что депрессии и расстройства депрессивного спектра являются независимым фактором риска АГ, ИБС, а также наиболее серьёзных сердечно-сосудистых осложнений - инфаркта миокарда и мозговых инсультов [3,4]. Согласно современным представлениям депрессии (лат. depressio - подавление, угнетение) являются психическими расстройствами, которые характеризуются патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной пессимистической оценкой своего положения в окружающей действительности [5].

Депресия может с полным основанием рассматриваться сегодня в качестве важной общемедицинской проблемы. Это связано с тем, что депрессия и расстройства депрессивного спектра часто сопутствуют соматическим заболеваниям, и эта коморбидность носит клинически значимый характер. Как коморбидные соматическим заболеваниям, депрессии значительно отягощают их клиническое течение, затрудняют проведение реабилитации и вторичной профилактики, а также ухудшают качество жизни пациентов и являются одной из основных причин снижения трудоспособности. По данным ВОЗ, в совокупной оценке причин инвалидности и бремени, которое несёт общество в связи с неинфекционными хроническими заболеваниями, депрессии занимают четвертое место среди инвалидизирующих заболеваний, а к 2020 г. могут выйти на второе, уступая лишь ИБС [6].

Депрессия является не только фактором риска развития АГ и ИБС, но и отрицательно влияет на прогноз этих заболеваний [3]. При изучении влияния депрессии на прогноз ИБС установлено, что она является независимым предиктором смертности у больных с установленной ишемической болезнью сердца. Недавно завершившиеся проспективные исследования [4, 7] свидетельствуют о взаимосвязи депрессии не только с кардиальными, но и с мозговыми катастрофами. Результаты сразу двух длительных (более 10 лет наблюдения) эпидемиологических исследований, проведенных в США (The Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study, BECAS) и Японии, убедительно показали, что наличие депрессии при исходном обследовании более чем в 2 раза повышает риск развития мозговых инсультов, особенно ишемических [8, 4].

**Патогенетические механизмы взаимосвязи между депрессивными расстройствами и заболеваниями ССС.** Для уточнения патогенетических механизмов, объясняющих связи между депрессией и ССЗ изучаются различные гипотезы. Многообразие клинических проявлений депрессивных расстройств, множественность молекулярных механизмов действия антидепрессантов различных групп свидетельствуют об участии в патогенезе депрессии, коморбидной соматическим заболеваниям, взаимосвязанных нарушений ряда нейрохимических систем [9, 10]. Считается общепринятым и наиболее обоснованным, что ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы (чаще с её гиперактивностью) [11, 10]. Кроме того, оба этих регуляторных каскада тесно взаимодействуют с дофаминергической, холинергической, глутаматергической и ГАМК-ергической системами. При депрессии в крови большинства больных постоянно повыше-

но содержание АКТГ и кортизона, причём концентрация последнего прямо коррелирует с тяжестью депрессии [12]. Хроническая гиперкортизолемиа может привести к инсулино-резистентности, АГ, гиперпродукции стероидов, повышающих риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений [13]. Имеются немногочисленные свидетельства о том, что депрессия может способствовать атерогенезу путем активации процессов воспаления [14]. Отмечено, что у больных депрессией повышен уровень С-реактивного белка и интерлейкинов (IL-6, IL-1 $\beta$ ) [15, 14].

Патологически сниженное настроение ("mood disorders", MD), биполярные расстройства - смена депрессивных и маниакальных фаз ("bipolar disorders", BPD) и затяжные депрессивные состояния ("major depressive disorder", MDD) относят к болезням нейромедиаторного обмена, обусловленным нарушениями нейрохимических процессов в ЦНС [5, 16]. Хотя клеточные механизмы, лежащие в основе морфологических изменений, остаются до настоящего времени малоисследованными, имеются многочисленные свидетельства ассоциации патологических расстройств настроения и/или подверженности депрессии с альтеративными процессами структурной пластичности и жизнеспособности нейронов в определённых регионах головного мозга [16]. Методами морфометрической нейровизуализации (компьютерная томография, КТ и магнитно-резонансная спектроскопия, МРС) выявлены признаки снижения количества функционирующих нервных клеток (нейропения) и/или явления атрофии нейронов [17, 18]. Данные изменения преимущественно локализовались в области дна третьего и латерального желудочков головного мозга и обнаруживались на фоне редукции серого вещества орбитальной, префронтальной, мезотемпоральной коры, а также - вентральных отделов стриатум у пациентов с МД и МДД [17].

Существенным дополнением к результатам, полученным методами структурной нейровизуализации, послужили данные исследований функциональных изменений мозга, свидетельствующие о снижении тканевого метаболизма и нарушении регионарного сосудистого кровотока у пациентов с депрессией при МД и ВРД на фоне коморбидных соматических заболеваний [19]. Так, методом ПЭТ (позитронная эмиссионная томография) - визуализации выявлены локальные нарушения регионального кровотока в центральных сосудах, а также - метаболизма глюкозы в структурах лимбического комплекса и префронтальной коры головного мозга у больных с МД [17, 19].

Современный метод прижизненного анализа нейрохимических изменений мозга - МРС (магнитно-резонансная спектроскопия) позволил провести динамическую визуализацию молекул нейромедиаторного обмена, участвующих в про-

цессах метаболизма мозга. Данный метод позволил проанализировать содержание N-ацетиласпартата (NAA), являющегося одной из основных нейрхимических субстанций количественной оценки метаболизма исследуемой ткани в условиях МРС на ядрах  $1H_2$  [20]. Являясь нейрональным маркером [21], NAA локализуется в зрелых нейронах и не выявляется в переживающих клетках глии и в крови. Синтезируясь в пределах митохондрий, NAA реагирует снижением своей концентрации на действие ингибиторов дыхательной функции митохондрий. Именно это свойство делает незаменимым NAA в качестве надежного инструмента для изучения процесса жизнеспособности нервных клеток и - молекулярного маркера в оценке снижения массы функционирующих нейронов [20, 21]. Сравнительно недавно, благодаря применению МР-спектроскопической визуализации высокого разрешения были получены данные о снижении уровней NAA билатерально в гиппокампе у больных с депрессией и коморбидными соматическими заболеваниями по сравнению с контролем [22]. Кроме редукции уровней NAA отмечены нарушения метаболизма фосфатов у больных с МД, а также значительное снижение уровней фосфокреатинина и/или АТФ, наряду с нарушениями обмена фосфолипидов (фосфомоноэфиров и фосфодиэфиров) [23].

Анализ аутопсийного мозга больных МД позволил получить дополнительные (к особенностям нейровизуализации) данные, подтвердившие региональное снижение массы функционирующих нейронов в ЦНС, их количества и размеров. Так, Baumann и соавт. [24] сообщили о редукции массы функционирующих клеток в области левосторонних ядер *accumbens*, правосторонних участков *putamen* и билатеральных зон *palidum externum* на срезах аутопсийного мозга больных с депрессией, коморбидной соматическим заболеванием. Проведенный морфометрический анализ плотности и размеров нервных клеток фронтоорбитальной коры свидетельствовал об их достоверном снижении (по сравнению с контролем) у больных с патологически сниженным настроением [24].

В последующих иммуногистохимических исследованиях показано, что среди клеток глии префронтальной аутопсийной коры больных с депрессией значительным изменением подвергались астроглиальные клетки на фоне общего глиального дефицита их содержания [25]. При этом степень редукции глиальных клеток оказалась достаточно выраженной (24% - 41%) по сравнению с контролем [25]. Таким образом, данные патоморфологических исследований согласуются и подтверждают результаты прижизненной нейровизуализации о регион-специфической редукции массы функционирующих нервных клеток серого вещества коры головного мозга в аналогич-

ных диагностических группах больных с депрессивными расстройствами коморбидными соматическим заболеваниями.

Известны многочисленные свидетельства в пользу высокой чувствительности клеток гиппокампа к стрессирующим раздражителям, обусловленной наличием значительного числа глюкокортикоидных рецепторов, экспрессированных в этом регионе мозга [26]. Стресс-индуцированная атрофия пирамидных клеток CA 3 поля гиппокампа у грызунов, выражающаяся в уменьшении количества и длины шипиков и ветвей апикальных дендритов, наступала через 2-3 недели после экспозиции дозо-зависимого влияния острого стресса или более продолжительного действия "социальных" стрессирующих событий [27]. Как оказалось психосоциальный стресс повышает внеклеточное содержание возбуждающих аминокислот (прежде всего глутамата), обладающих цитотоксическим действием, и поддерживает процесс активации NMDA-метаботропных, а также NMDA-ионотропных рецепторов, что способствует значительному повышению уровня внутриклеточного кальция. Сверхактивация ионотропных рецепторов глутамата обуславливает развитие нейротоксических эффектов (включая, преходящую ишемию и ишемический инсульт) [27, 28]. Нейротоксичность рассматривается в качестве реакции на стресс-индуцированную сверхактивацию кальций-зависимых энзимов и генерацию активных форм кислорода (АФК) [57]. Действие стрессоров или введение глюкокортикоидов ограничивает метаболические возможности нейронов и тем самым повышает уязвимость мозговой ткани к ишемическим insultам [27, 28].

Острый и хронический стресс в эксперименте на животных снижал BDNF (нейротрофический фактор мозга) - экспрессию в зубчатой субстанции и пирамидных (CA 3) нейронах гиппокампа [29]. Введение антагонистов селективных 5HT<sub>2A</sub> рецепторов частично блокировало стрессовые реакции [11]. Интересные особенности отмечены у интерлейкина 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), который отягощал стресс-индуцированную дисфункцию нервных клеток лимбико-таламокортикального тракта и способствовал возраст-ассоциированному апоптотическому повреждению нейронов гиппокампа [30]. В этом, контексте, заслуживают внимания свидетельства, подтверждающие, что цитокины (в т.ч. интерлейкин 1 $\beta$ ) могут явиться существенным звеном патогенеза как депрессивных, так и коморбидных соматических расстройств [31].

**Апоптоз-зависимые молекулярные механизмы стресс-индуцированных нейрональных потерь.** На молекулярном уровне запрограммированная гибель клетки (апоптоз) может запускать процессы стресс-зависимых нейрональных потерь при развитии и прогресси-

вании многих депрессивных расстройств, коморбидных соматическим заболеваниям [12, 14]. При этом инициируется сложный каскад внеклеточных и внутриклеточных нейробиохимических процессов, сходных с теми, которые развиваются при различных органических нарушениях мозга (ишемический инсульт, черепно-мозговая травма, нормальное и патологическое старение) [16, 28].

Как известно, апоптоз (впервые описанный Кегг и соавт.) [32] является фундаментальным и энергозависимым процессом гибели и элиминации отдельных клеток, который происходит в нормальных и патологически изменённых тканях под воздействием внутри- и внеклеточных стимулов. Основное биологическое значение апоптоза сводится к поддержанию оптимального числа клеток в тканях и органах путём удаления "избыточных" или функционально аномальных. Следует отметить, что апоптоз может иметь прямое или опосредованное отношение к патогенезу различных заболеваний человека [33, 34, 35-39, 57].

Наиболее значительный прогресс в изучении молекулярных механизмов инициации апоптоза был достигнут в результате генетических исследований, осуществлённых с использованием экспериментальной модели - микроскопического плоского червя *Caenor habditis elegans*. Эти исследования способствовали идентификации более десятка "генов клеточной гибели" и отмечены, как наиболее важное открытие в медицине и физиологии, Нобелевской премией (С. Бреннер, Р. Хорвитц, Д. Салтон) 2002 года. В последние годы было установлено, что действие продуктов экспрессии основных генов, ответственных за апоптоз, прямо или опосредованно связано с митохондриями и в частности с белками их мембран - семейства Bcl-2 [40].

Действие внутриклеточных белков, семейства Bcl-2 (более 20 типов) связано с их способностью стабилизировать функцию мембраны митохондрий и таким образом защищать нейроны от различного рода стрессовых сигналов как *in vitro*, так и *in vivo* [41]. Однако наряду с нейротрофической функцией, Bcl-2 вызывает нейротрофические эффекты. Так сверхэкспрессия Bcl-2 промотировала регенерацию аксонов в клетках ЦНС у позвоночных [42], регулировала рост нейритов и окончаний аксонов [42], независимо от антиапоптотических эффектов этого белка.

Нейротрофические факторы (в т.ч. фактор роста нервов NGF и BDNF) наряду с цитокинами, инсулин зависимым фактором роста - 1 (IGF-1) и нейротрофическим фактором глиоцитов (GDNF) повышают жизнеспособность нервных клеток [43]. Эти факторы промотируют клеточный рост и развитие, супрессируя молекулярные механизмы апоптоза в клетке [44], после их при-

соединения к специфическим мембранным рецепторам и запуска механизмов внутриклеточной сигнальной трансдукции с целью контроля проапоптотических реакций, включая регуляцию активности белков семейства Bcl-2. Функционирование каскадов сигнальной трансдукции обуславливает многие эффекты нейротрофических факторов с помощью запуска MAP (митоген-активирующий белок) киназной и PI-3K (фосфатидилинозитол - 3 киназой) Akt активности [45].

Нейротрофические факторы связаны с Trks-семейством рецепторов через специфический тирозин-киназный домен. Фактор роста нервов присоединяется к рецептору Trk A, а BDNF - к Trk B. Результатом активации рецептора являются фосфорилирование и активация эффекторных белков (включая P1-3K), а также группы протеинов, инициирующих активацию MAP киназного каскада [45]. Активация MAP киназного каскада тормозит апоптоз, индуцированный фосфорилированным Bad (проапоптотический белок) и повышает экспрессию Bcl-2 (антиапоптотический белок) и, при этом, последний эффект обуславливается cAMP-зависимым присоединением белка CREB [45]. Фосфорилирование Bad осуществляется с помощью активации рибосомальной S-6 киназы (Rsk), являющейся мишенью MAP киназного каскада. Rsk активирует Bad и тем самым промотирует его инактивацию. Активация Rsk также медирует функционирование MAP киназного каскада и влияния нейротрофических факторов на экспрессию Bcl-2 белка. Rsk может фосфорилировать с АМФ - зависимый этап присоединения белка (CREB), что способствует инициации экспрессии Bcl-2 гена [58].

**Нейротрофические, нейропластические и антиапоптотические эффекты антидепрессантов и нормотимиков.** Как известно, патологически сниженное настроение, ассоциированное и атрофией, и снижением массы функционирующих нейронов, а также - с региональными морфологическими изменениями мозга, регистрируется на протяжении длительного времени у большинства пациентов с расстройствами депрессивного спектра [5, 17, 19]. Поэтому совершенствование терапевтической помощи с целью смягчения, ослабления или обратного развития процессов стресс-индуцированной региональной атрофии и апоптоз-зависимого снижения массы функционирующих нейронов при психоэмоциональных стрессовых состояниях в процессе старения может позволить улучшить результаты лечения.

Снижение нейрогенеза является адаптационной реакцией на острый и хронический психосоциальный стресс [22]. Адреналэктомия повышала нейрогенез, в то время как высокие дозы глюкокортикоидов тормозили нейрогенез и реакцию на стресс [12]. Возраст также связыва-

ют с достоверным снижением процессов нейрогенеза [18]. Данные исследования обусловили повышенный интерес ученых к проблеме нейротрофического потенциала антидепрессантов и нормотимиков. Отмечено восстановление антидепрессантами конфигурации дендритов и числа катехоламин содержащих терминалей нейронов коры [46]. Представлены положительные результаты влияния антидепрессантов на стресс-индуцированную атрофию и апоптоз-связанную нейропению клеток гиппокампа [47]. При этом, поддерживающая и профилактическая программы лечения депрессивных расстройств трициклическим антидепрессантом - тианептином - тормозила стресс-ассоциированный апоптоз нейронов и атрофию шипиков и ветвей апикальных дендритов пирамидных клеток СА 3 поля гиппокампа. Длительное введение моноциклического антидепрессанта - флуоксетина значительно повышало нейрогенез гранулярных клеток зубчатой извилины мозга [47]. По-видимому, усиление нейрогенеза и нейропластичности в гиппокампе под влиянием антидепрессантов, тормозящих развитие стрессорных реакций, может лежать в основе предупреждения выраженности аффективной симптоматики у больных депрессией [47].

Существенной проблемой остаётся идентификация специфических генов, контролирующих процесс регуляции гиппокампального нейрогенеза в норме, а также при физиологическом и патологическом старении организма, наряду с выявлением их роли в процессах регуляции кластичности нервных клеток [16, 22]. Ученые анализируют потенциальные биологические молекулы-мишени и идентифицируют "полочки" внутриклеточных сигнальных каскадов, а также применяют современные геномно-протеомные диагностические технологии: ПЦР (полимеразная цепная реакция) - анализ, микрочипы и другие для скрининга индуцируемых лекарствами изменений в геноме, а также поиска т.н. специфических "кандидатных" генов [48]. С помощью ПЦР-анализа осуществлена полная идентификация предполагаемых молекул-мишеней, для направленного терапевтического воздействия солями лития или вальпроатом натрия на антиапоптотические белки семейства Bcl-2 [48, 49]. При этом направленная лекарственная экспозиция животных "терапевтическими" дозами этих лекарственных соединений способствовала двукратному увеличению уровня содержания Bcl-2 иммунореактивных клеток II и III слоёв фронтальной коры. Литий-содержащий препарат микалит редуцировал уровни содержания проапоптотического белка p53 как в гранулярных клетках мозжечка [50], так и в SH-SY5Y клетках мозга [51]. Торможение активности GSK-3 $\beta$  (3 бета киназы синтеза гликогена) - белка другого сигнального каскада препаратами лития предуп-

реждало развития стресс индуцированного апоптоза нейронов [52]. Модуляция активности белка Akt-1, участвующего в механизмах глутаминовой эксайтотоксичности, также обеспечивала антиапоптотические и нейропротекторные эффекты лития в гранулярных клетках мозжечка [53].

И, наконец, Drevets et al [19] провёл сравнительный анализ результатов восстановления с помощью монотерапии карбонатом лития или вальпроатом натрия сниженного объёма префронтальных кортикальных функционирующих нервных клеток у депрессивных больных с патологически сниженным настроением. В проспективном магнитно-резонансном спектроскопическом исследовании отмечено повышение литий-индуцированной жизнеспособности и функциональной активности корковых нейронов у человека в условиях *in vivo*, связанное с достоверным повышением уровней N-ацетил аспартата, что положительно коррелировало с региональным восстановлением массы функционирующих нейронов [54].

**Заключение.** Значительное число современных данных литературы указывает на существенные сдвиги, произошедшие в понимании процессов функционирования новых звеньев патогенеза стресс-индуцированных нейрональных потерь; возможности создания в будущем оптимальных схем предупредительной терапии и лечения рецидивирующих состояний при депрессивных расстройствах, коморбидных соматическим заболеваниям [55]. Оптимальным условием эффективного контроля этих состояний в клинике может явиться раннее назначение препаратов с нейротрофическими и/или нейропротекторными свойствами независимо от объёмов проводимого основного симптоматического лечения. Важными звеньями патогенеза депрессивных расстройств, связанными с ролью молекулярных мишеней в процессах контроля жизнеспособности и апоптотической гибели клеток (CREB, BDNF, Bcl-2, MAPk и др.) могут рассматриваться усиление нейропластичности и клеточной устойчивости к стрессорным влияниям. Заслуживает внимания проведение поиска препаратов, усиливающих внутриклеточную нейротрофическую сигнализацию [57]. По-видимому, целесообразен скрининг современных антидепрессантов на предмет выявления у них возможных нейротрофических и антиапоптотических свойств [48]. Последующее использование молекулярных диагностических технологий в оценке влияния активности факторов роста, MAPks каскадов и антиапоптотических белков семейства Bcl-2 на нейротрофическую внутриклеточную сигнализацию поможет существенно расширить арсенал современных лечебных программ депрессивных расстройств, коморбидных соматическим заболеваниям [48].

Литература:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. - Женева: ВОЗ. - 2001. - 271 С.
2. Wilkinson R., Marmot M. (Eds.) Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO. Regional office for Europe. - 2004. - 40 P.
3. Порогова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ИБС и предиктор коронарной смерти // Кардиология - 2002. - № 4. - С. 86 - 91.
4. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorders, dysthymia, and risk of stroke, thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Area Study // Stroke - 2001. - Vol. 32. - P. 1979 - 1980.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: МИА. - 2003. - 432 С.
6. Brundtland G.H. Mental health in 21 century // Bull. of the World Health. Organiz. - 2000. - Vol. 78. - P. 411 - 412.
7. Ohira T., Iso H., Satoh S. et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese // Stroke - 2001. - Vol. 32 (4). - P. 903 - 904.
8. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. // Circulation - 2000. - Vol. 102. - P. 1779 - 1780.
9. Барденштейн Л.М. Нейромедиаторы и депрессия // Рос. психол. журн. - 2004. - № 2. - С. 54 - 67.
10. Rothman R.B., Baumann M.N. Serotonin releasing agents. Neurochemical, therapeutic and adverse affects // Pharmacol. Biochem. Behav. - 2002. - Vol. 71. - P. 825 - 836.
11. Cote F., Fligni C., Fromes Y. et al. Recent advances in understanding serotonin regulation of cardiovascular function // TRENDS in Mol. Medicine - 2004. - Vol. 10 (5). - P. 232 - 238.
12. Sapolsky R.M. Stress, glucocorticoids, and damage to the nervous system. // Stress - 1996. - Vol. 1. - P. 119.
13. Musselman D.L., Betan E., Larsen H. Relationship of depression to diabetes to type 2 and 1 // Biol. Psychiatry - 2003. - V. 54. - P. 317 - 329.
14. Steptoe A., Owen N., Kunz-Ebrecht S.R. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middleaged men and women. // Psychoneuroendocrinol. - 2004. - V. 29. - P. 593 - 611.
15. Jeanmonod P., von Kanel R., Maly F.E., Fischer J.E. Elevated plasma C-reactive protein in chronically distressed subjects // Psychosom. Med. - 2004. - V. 66. - P. 501 - 506.
16. Duman R.S., Henington G.R., Nestler E.J. A molecular and cellular theory of depression // Arch. Gen. Psychiat. - 1997. - Vol. 54. - P. 597 - 606.
17. Drevets W.C., Price J.L., Simpson J.R. et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders // Nature - 1997. - V. 386 (6627). - P. 824 - 827.
18. Young R.C., Nambudiri D.E., Sain H. Brain computed tomography in geriatric manic disorders // Biol. Psychiat. - 1999. - Vol. 45 (8). - P. 1063 - 1065.
19. Drevets W.C. Neuroimaging studies of mood disorders. // Biol. Psychiatry - 2000. - Vol. 48. - P. 813 - 829.
20. Baslow M.H. Function of N-acetyl-L-aspartate and N-acetyl-L-aspartylglutamate in the vertebrate brain // J. Neurochem. - 2000. - V. 75. - P. 453 - 459.
21. Tsai G., Coyle J.T. N-acetylaspartate in neuropsychiatric disorders // Prog. Neurobiol. - 1995. - Vol. 46. - P. 531 - 540.
22. Manji H.K., Moore G.J., Roykowska G. Neuroplasticity and cellular resilience in mood disorders // Molecular Psychiatry - 2000. - Vol. 5. - P. 578 - 593.
23. Murashita J., Kato T., Shioiri T. et al. Altered brain energy metabolism in lithium resistant bipolar disorders detected by photic stimulation 31 P-MR spectroscopy // Psychol. Med. - 2000. - Vol. 30. - P. 107 - 115.
24. Baumann B., Danos P., Krell D. et al. Reduced volume of limbic system-affiliated basoganglia in mood disorders: postmortem study // J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci. - 1999. - Vol. 11. - P. 71 - 78.
25. Ongur D., Drevets W.C., Price J.L. Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. - 1998. - Vol. 95. - P. 13290 - 13295.
26. Lopez J.F., Chalmers D.T., Little K.Y. Regulation of serotonin 1A, glucocorticoid, and mineralocorticoid receptor in rat and human hippocampus // Dev. Psychopathol. - 2000. - Vol. 11 (3). - P. 545 - 565.
27. Mc Ewen B.S. Stress and hippocampal plasticity // Annu. Rev. Neurosci. - 1999. - Vol. 22. - P. 105 - 122.
28. Залесский В.Н., Фильченков А.А. Апоптоз кортикальных нейронов при развитии ишемических инсультов // Нейрофизиология - 2002. - Том 34. - № 6. - С. 468 - 484.
29. Smith M.A., Makino S., Kvetnansky R., Post R.M. Stress after the expression of brain-derived neurotrophic factor and Neurotrophin-3 m RNAs in the hippocampus // J. Neurosci. - 1995. - Vol. 15. - P. 1768 - 1779.
30. Murray C.A., Lynch M.A. Evidence that increased hippocampal expression of the cytokine interleukin - 1 $\alpha$  is a common trigger for age- and stress-induced impairments in long-term potentiation // J. Neurosci. - 1998. - Vol. 18. - № 8. - P. 2974 - 2981.
31. Yirmiya R., Pollak Y., Morag M. et al. Illness, cytokines and depression // Am. N.Y. Acad. Sci. - 2000. - Vol. 917. - P. 478 - 484.
32. Kerr J.F., Wyllie A.H., Currie A.R. Apoptosis: A basic biological phenomenon with wide ranging in tissue kinetics // Br. J. Cancer. - 1972. - Vol. 26. - P. 239 - 256.
33. Великая Н.В., Залесский В.Н. К вопросу о предупреждении развития апоптоза нейронов флавоноидами-содержащими соединениями растительных продуктов // Пробл. харчування - 2004. - № 1. - С. 44 - 52.
34. Залесский В.Н., Великая Н.В. Механизмы апоптоза при заболеваниях печени // Совр. пробл. токсикол. - 2002. - № 4. - С. 27 - 32.
35. Залесский В.Н., Гавриленко Т.И., Фильченков А.А. Апоптоз при ишемии и реперфузии миокарда // Врач. дело - 2002. - № 1. - С. 8 - 15.
36. Залесский В.Н., Дынник О.Б. Апоптоз-зависимая дисфункция эндотелия и атеросклероз // Кровообіг та гемостаз - 2003. - № 2. - С. 22 - 28.
37. Залесский В.Н., Поливода С.Н. Апоптоз кардиомиоцитов, сердечная недостаточность и постинфарктное ремоделирование (проблемы и перспективы) // Запорожский мед. журн. - 2003. - № 5. - С. 55 - 58.

38. Залесский В.Н., Стаднюк Л.А., Великая Н.В. Апоптотический и аутофагический пути гибели клетки при гипертрофии и ремоделировании миокарда // Журн. АМН України - 2003. - Том 9. - № 4. - С. 699 - 712.
39. Залесский В.Н., Фильченков А.А. Апоптоз клеток опухолей желудочно-кишечного тракта при фотодинамической терапии. // Вопросы онкологии - 2004. - № 1. - С. 9 - 20.
40. Antonsson B., Martinon J.C. The Bcl-2 protein family. // *Exptl. Cell. Res.* - 2000. - Vol. 256. - P. 50 - 57.
41. Adams J.M., Cory S. The Bcl-2 protein family: arbiters of cell survival // *Science* - 1998. - Vol. 281. - P. 1322 - 1326.
42. Chen D.F., Schneider G.E., Martinon J.C. Bcl-2 promotes regeneration of severed axons in mammalian CNS // *Nature* - 1997. - Vol. 385. - P. 434 - 439.
43. Mamounas L.A., Blue M.E., Siucak J.A. et al. BDNF promotes the survival and sprouting of serotonergic axons in the rat brain. // *J. Neurosci.* - 1995. - Vol. 15. - P. 7929 - 7939.
44. Pettmann B., Henderson C.E. Neuronal cell death // *Neuron*. - 2000. - Vol. 20. - P. 633 - 647.
45. Tao X., Finkbeiner S., Arnold D.B. et al. Ca<sup>2+</sup> influx regulates BDNF transcription by a CREB family transcription factor-dependent mechanism // *Neuron* - 1998. - Vol. 20. - P. 709 - 726.
46. Nacamura S. Antidepressants induce regeneration of catecholaminergic axon terminals in the rat cerebral cortex // *Neurosci Letters* - 1990. - Vol. 111. - P. 64 - 68.
47. Watanabe Y., Gould E., Daniel D.C. et al. Tianeptine attenuates stress-induced morphological changes in the hippocampus. // *Eur. J. Pharmacol.* - 1992. - Vol. 222. - P. 157 - 162.
48. Manji H.K., Moore G.J., Chen G. Clinical and preclinical evidence for the neurotrophic effects of mood stabilizers: implications for the pathophysiology and treatment of manic-depressive illness // *Biol. Psychiatry* - 2000. - Vol. 46 (8). - P. 740 - 754.
49. Chen G., Zeng W.Z., Jian L. et al. The mood stabilizing agents lithium and valproate robustly increase the expression of the neuroprotective protein Bcl-2 in the CNS // *J. Neurochem.* - 1999. - Vol. 72. - P. 879 - 882.
50. Chen R.W., Chuang D.M. Long term lithium treatment suppresses p53 and Bax expression but increases Bcl-2 expression. // *J. Biol. Chem.* - 1999. - Vol. 274. - P. 6039 - 6042.
51. Lu R., Song L., Jope R.S. Lithium attenuates p53 levels in human neuroblastoma SH-SH-SY5Y cells // *Neuroreport*. - 1999. - Vol. 10. - P. 1123 - 1125.
52. Hetman M., Cavanaugh V.E., Kimelman D. et al. Role of glycogen synthase kinase-3 $\beta$  in neuronal apoptosis // *J. Neurosci.* - 2000. - Vol. 20. - P. 2567 - 2574.
53. Chalecka F.E., Chuang D.M. Lithium activates the serine/threonine Akt-1 activity in neurons // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. - 1999. - Vol. 96. - P. 8745 - 8750.
54. Moore G.J., Bechuk J.M., Hasana K. et al. Lithium increases N-acetyl-aspartate in the human brain: in vivo evidence in support of Bcl-2 neurotrophic effects // *Biol. Psychiatry*. - 2000. - Vol. 48. - P. 1 - 8.
55. Steffens D.C., Helms M.J., Krishnan K.R. et al. Cerebro vascular disease and depression symptoms in the cardiovascular health study // *Stroke* - 1999. - Vol. 30 (10). - P. 2159 - 2166.
56. Duman R.S., Malberg J. Thome Neural plasticity to stress and antidepressant treatment // *Biol. Psychiatry* - 1999. - Vol. 46. - P. 1181 - 1191.
57. Залесский В.Н., Великая Н.В. Механизмы цитотоксических эффектов активных форм кислорода (АФК) и развитие апоптоза // *Совр. пробл. токсикол.* - 2003. - № 1. - С. 11 - 17.
58. Hilton M., Middleton G., Davies A.M. Bcl-2 influence axonal growth rate in embryonic sensory neurons // *Curr. Biol.* - 1997. - Vol. 7. - P. 798 - 800.



## РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ, ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89 - 092.12

### **Диагностика психических расстройств и организация психиатрической помощи заложникам (аналитический обзор)**



<sup>1</sup>О.Г. СЫРОПЯТОВ, <sup>2</sup>Н.А. ДЗЕРУЖИНСКАЯ,  
<sup>1</sup>Ю.Н. АСТАПОВ, <sup>1</sup>А.Е. МУХОМОРОВ  
<sup>1</sup>Главный военный клинический госпиталь  
МО Украины, г. Киев  
<sup>2</sup>Украинский НИИ социальной и судебной  
психиатрии и наркологии МЗ Украины,  
г. Киев

**Резюме.** У статті розглянуто психогенні розлади, що виникають у заручників. Виділяються гіперкінетичний та гіпокінетичний варіанти цих розладів з наступним формуванням стійких психопатологічних синдромів. Задля своєчасності

та ефективності діагностики, лікування і експертизи цих розладів потрібна чітка організація надання медичної та психолого-психіатричної допомоги постраждалим з оцінкою їх психічного стану на кожному етапі.

**Ключові слова:** заручники, психічні розлади, діагностика, організація надання психіатричної допомоги.

**Resume.** In the article the psychogenic disorders originating for the hostages surveyed. Hyperkinetic and hypokinetic variants of these disorders with the subsequent creation of steady psychopathologic syndromes are selected. Timeliness and efficiency of diagnostics, treatment and expertise of these disorders needs legible organization of rendering of the medical and psychologo-psychiatric help by the injured with an estimation of their mental state at each stage.

**Keywords:** the hostages, psychiatric disorders, diagnostics, organization of rendering of the psychiatric help.

Захват заложников становится наиболее типичным действием террористов и одним из способов ведения локальных войн и межэтнических конфликтов. Заложниками становятся не только взрослые обоих полов, но и, к сожалению, дети всех возрастов. Число заложников, как об этом свидетельствуют многочисленные данные, может быть весьма значительным, что требует привлечения всех имеющихся на данной территории средств и сил медицинской службы и продуманной организации служб психического здоровья.

Внезапность возникновения угрожающих для жизни ситуаций, неопределенность длительности ситуации, массовость и жестокость вооруженного насилия с угрозой для жизни, а также осознание полной беззащитности, ограничение в пространстве и гиподинамия, стесненность в отпавлении физиологических потребностей, недостаток в пище и питье - все это создает особое качество психогенной ситуации, которая не описывается в классической психиатрии.

В локальных конфликтах на Северном Кавказе российскими психиатрами накоплен уникальный опыт по оценке психического состояния заложников и организации психиатрической помощи (Александровский Ю.А. с соавт., 2000; Кекелидзе З.И. с соавт., 2003 и др.). Этот опыт в систематизированном виде представлен следующим образом.

В зависимости от длительности пребывания в угрожающей для жизни ситуации структура и динамика психогенных расстройств различна. Психические расстройства разнообразны и в случае применения оружия антитеррористическими силами. Описаны следующие психогенные психические расстройства.

В первые часы после взятия в заложники у большинства людей преобладает реакция тревоги, связанная с отсутствием информации о своей дальнейшей участи. С началом антитеррористических действий у заложников развиваются гипокINETические или гиперкинетические психогенные реакции.

ГипокINETические психогенные реакции представлены острыми аффективно-шоковыми расстройствами с различной глубиной помрачения сознания и апато-абулическими состояниями. ГипокINETические реакции выражаются тревогой, паническим страхом, оцепенелостью, вялостью, дрожью в теле, нарушением сна, анорексией, чувством безысходности, отчаянием, отрешенностью, мутизмом, неподвижностью с принятием "внутриутробной" позы. После освобождения у этих пациентов преобладали мышечная скованность и заторможенность, пассивность, безынициативность, эмоциональная притупленность и невыразительность. Они неохотно отвечали на вопросы и отказывались рассказывать о событиях во

время их пребывания в качестве заложников. В их переживаниях доминировали страх и ужас, который они испытали. У некоторых обнаруживались проявления измененного сознания и мифологическое мышление. Они говорили, что их ситуация была наполнена особым смыслом и своим спасением они обязаны Всевышнему.

У заложников, длительно пребывавших в экстремальной ситуации, отмечались преимущественно тревожно-фобические гипокинетические реакции с тревогой, страхом смерти, чувством беспомощности, растерянностью, вялостью, малоподвижностью, пассивностью, абулией, ангедонией, ощущением "сжатия" в груди, анорексией, диссомнией, мутизмом, пассивной подчиняемостью, замедленностью реакций, характерной позой максимального съёживания (поза испуганного зайца). Острая реакция на продолжающуюся стрессовую ситуацию проявлялась у них в виде особой формы измененного сознания - оглушения. При этих состояниях на фоне выраженного страха и тревоги за свою жизнь или за жизнь своих близких. У них отмечалось также нарушение восприятия времени. На первый план в клинической картине выступали растерянность и беспомощность. Происходящие события воспринимались фрагментарно. В силу имеющихся расстройств заложники данной подгруппы не могли самостоятельно принимать решения и копировали поведение окружающих. По мнованию экстремальных событий выявлялась парциальная амнезия.

Среди заложников наблюдалась группа людей, которые внешне выглядели адекватными и не проявляли какой-либо психопатологии. Вместе с тем, у них отмечалось повышение мышечного тонуса, выражающееся в обеднении мимики лица, утрате пластичности движений, появлении напряженности в голосе. В психогенной ситуации их поведение подчинялось одной мысли - "выжить" и отличалось особой продуманностью и дальновидностью. После освобождения заложники этой группы как бы "не ощутили свободы". В последующем эти люди оставались немногословными, выглядели озабоченными, углубленными в свои мысли и переживания. У них выявлялись нарушения сна в виде затруднений засыпания, частых ночных пробуждений, кошмарных сновидений, а также ранние пробуждения с чувством тревоги. Пострадавшие отмечали у себя подавленность, тоску, тяжесть за грудиной, повышенную плаксивость. Кроме того, у них отмечались головокружения, анорексия, снижение массы тела, мышечная дрожь, чувство похолодания конечностей, повышенная потливость. У некоторых заложников отмеченные расстройства протекали на фоне выраженного напряжения и тревоги, сочетавшихся с чувством безысходности и отчаяния. На первый план выступали некоторые скованность и заторможенность, пассивность, безынициативность, отрешенность от реальной ситуации.

При внешней отстраненности они ис-

пытывали напряженность и недостаточную осмысленность ситуации. После освобождения заложники жаловались на плохое самочувствие, общую слабость, чувство разбитости, головные боли и алгические ощущения в области сердца. Некоторые из заложников отмечали у себя неприятные ощущения в эпигастриальной области, ощущения стягивания или напряжения в области желудка, похолодание конечностей, гипергидроз. После освобождения эти люди высказывали ипохондрические жалобы и были убеждены в том, что период пребывания в заложниках "не прошел бесследно и серьезно повредил их здоровью". Расстройства сна в этой группе заложников носили более стойкий характер. Сон не приносил ощущение отдыха и бодрости, а кошмарные сновидения носили изнуряющий характер. Постсомнические расстройства проявлялись в утренней сонливости, дневной вялости и пониженной против обыкновенного трудоспособности. Воспоминания о психотравмирующей ситуации беспокоили ежедневно и приносили дополнительные страдания. Свое освобождение заложники нередко относили к чудесам и благодарили Бога за дарованную им жизнь. Формирующееся мистическое мировоззрение способствовало формированию религиозного взгляда на жизнь.

Другой формой психогенных расстройств у заложников являются гиперкинетические расстройства. Гиперкинетические расстройства проявлялись ажитацией, суетливостью с растерянностью и непониманием происходящего, раптусом, острым двигательным возбуждением в форме фуги, тревожным состоянием с суетливостью и игнорированием опасности. У детей дошкольного возраста гиперкинетическое расстройство выражалось состоянием психомоторного возбуждения со страхом, громким плачем, переживанием ужаса и хаотичной двигательной активности.

У части заложников отмечались гиперстезия к звукам с переживанием панического страха, ужаса, отчаяния и безысходности. Их поведение представляло собой непродуманную реакцию избегания с избыточным хаотичным и виктимным поведением. После освобождения эти заложники начинали жаловаться на общую слабость, головные боли, головокружение, повышенную истощаемость, раздражительность и чрезмерную усталость. Они отказывались от медицинской помощи и стремились укрыться дома. В последующем на протяжении длительного времени заложники из этой группы продолжали жаловаться на повышенную утомляемость, вялость, апатию, головные боли, боли в мышцах ног и рук, чувство стягивания в области живота. Эти люди боялись оставаться одни, по вечерам отказывались ложиться спать, а заснув, испытывали прерывистый сон, не приносящий чувства отдыха и бодрости. Некоторые из заложников теряли способность выполнять свои обычные домашние обязанности и отмечали снижение памяти и трудоспособности. Одновременно с

ухудшенням психического состояния они замечали у себя отсутствующие ранее соматические нарушения в виде преходящих приступов тахикардии и тахикардии, которые появлялись при незначительном эмоциональном напряжении, повышения артериального давления, тремора пальцев рук и гипергидроза.

Среди заложников выделилась группа людей, которые в силу своего профессионального положения (врачи) или склонностей характера в экстремальной ситуации стремились помогать окружающим. Их деятельность характеризовалась целенаправленной активностью по оказанию помощи пострадавшим на фоне нерезко выраженной тревожно-фобической реакции с суетливостью, молчаливостью, автоматизированностью движений. После разрешения экстремальной ситуации у них наблюдался повышенный фон настроения (эйфория) с ощущением "счастья". Пребывание в заложниках они называли кошмаром, который хотелось быстрее забыть. После освобождения эти люди ограничивали социальные контакты и нередко испытывали чувство вины за то, что остались живы при понимании своих ограниченных возможностей в период экстремальной ситуации. Среди "добровольных помощников" наблюдались люди, которые в экстремальной ситуации пренебрегали опасностью, стремились быть полезными, постоянно были в центре внимания, громким голосом призывали к спокойствию и подбадривали упавших духом. Некоторые из них пытались вступать в общение с боевиками. После освобождения у них отмечалось повышенное настроение (эйфория), они охотно и много общались с окружающими, громко с бравадой рассказывали об экстремальной ситуации, чрезмерно жестикулировали и многократно сообщали об одном и том же эпизоде. Свое психическое состояние они оценивали как "отличное" или "отменное", подчеркивая, что теперь они готовы на все. В последующем они становились более критичными и рассматривали свое поведение как "необычное", сообщали о том, что их настроение в период после освобождения было не столько "хорошим", сколько "возбужденным", им хотелось много говорить, двигаться, "участвовать" в ликвидации последствий чрезвычайных событий. Вместе с тем, несмотря на активность, они испытывали повышенную утомляемость и истощаемость, не могли усваивать новый материал, плохо засыпали, просыпались среди ночи от тревоги и рано просыпались по утрам. Переосмысление пережитых событий приводило к угнетенному настроению с отсутствием прежней живости эмоций и постоянным повторением в мыслях событий, связанных с пребыванием в качестве заложников. Привычный образ жизни менялся. Постоянное чувство опасности заставляло этих людей укреплять двери своих квартир и чаще, чем обычно "следить" за происходящим на улице.

У детей и подростков после пребывания в чрезвычайной ситуации в качестве заложни-

ков отмечались невротические тики, очаговая плешивость на волосистой части головы, нарушение физиологических отправлений, аффективная неустойчивость с раздражительной слабостью, повышенная утомляемость, снижение школьной успеваемости, депримируемость, отгороженность от социальной жизни, нарушения сна с кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями, утрата игровых интересов.

У многих женщин после пребывания в заложниках отмечались нарушения менструального цикла.

Таким образом, острое стрессовое состояние, возникшее в результате неожиданной и опасной для жизни ситуации - захвате в качестве заложников, сопровождается неоднозначными в своих проявлениях тревожно-фобическими психическими расстройствами. В большинстве случаев (98%) тревожно-фобические состояния сопровождаются измененным состоянием сознания - от оглушения до сумеречного помрачения сознания. Состояние оглушенности проявляется в заторможенности, вялости, обеднении психической деятельности, затруднении восприятия окружающего и дезорганизации поведения. В экстремальной ситуации также возможно развитие состояния растерянности с аффектом недоумения, расстройством самосознания, дезориентировкой в ситуации, тревогой, суетливостью, подавленным настроением, беспомощностью и бестолковостью.

Структура и глубина психогенных расстройств определялась фоновым психическим и физическим состоянием и дополнительными психогенными факторами (особенно у сотрудников МВД и родителей малолетних детей).

Наиболее характерными для заложников являются следующие клинические состояния: гипокINETические тревожно-фобические состояния (с оцепенением или гипокИнезией); гиперкинетические тревожно-фобические реакции с ажитацией, раптусом, фугой или целенаправленной гиперактивностью.

Психические нарушения после освобождения из заложников были представлены невротическими и депрессивными расстройствами. Нарушения сна оказались наиболее длительным клиническим проявлением и явились маркером тяжести психического состояния после разрешения экстремальной ситуации.

После разрешения экстремальной ситуации и вывода заложников из опасной зоны необходимо осуществлять их медицинскую сортировку в целях оказания более эффективной медицинской помощи. Особое значение приобретает психолого-психиатрическая помощь этим пострадавшим. Выделяются следующие принципы оказания психолого-психиатрической помощи заложникам.

1) Все заложники имеют те или иные психические расстройства, и все они нуждаются в медицинской помощи.

2) Выделяются особые группы пострадавших в экстремальных ситуациях: а)

пациенты с травмами и физическим истощением, требующие оказания помимо психолого-психиатрической и медицинской помощи; б) пациенты с повышенным риском агрессивных действий в отношении них (сотрудники МВД); в) родители (женщины) малолетних детей; г) дети.

3) Выделяются две основные группы пострадавших: а) пациенты с гиперкинетическими психическими расстройствами; б) пациенты с гипокинетическими психическими расстройствами.

При организации психолого-психиатрической помощи заложникам решаются задачи четырех уровней: первая медицинская помощь; первая врачебная помощь; квалифицированная медицинская помощь; специализированная медицинская помощь.

Первая медицинская помощь включает в себя выявление пострадавших, находящихся в остром психотическом состоянии с гиперкинетическими психическими расстройствами и признаками нарушенного сознания. Необходимым элементом первой помощи является предупреждение патологических психических реакций и агрессивных форм поведения не только у пострадавших, но и у окружающих их людей. При этом предполагается информационное обеспечение всех спасательных мероприятий.

Первая врачебная помощь состоит в купировании острой психотической симптоматики спасателями и врачами общей практики в составе бригад скорой медицинской помощи. При оказании помощи следует учитывать не только гиперкинетические формы психогенных расстройств, но и их гипокинетические проявления.

Оказание квалифицированной помощи при экстремальных ситуациях включает в себя установление точного диагноза, объектив-

ную оценку возникающих реакций и состояний, прогнозирование возможного развития психических нарушений. Такая помощь в первую очередь оказывается пациентам, представляющим опасность для себя и окружающих (с чувством вины выжившего и суицидальными высказываниями); с психомоторным возбуждением (раптусом) или психогенным ступором. Во вторую очередь помощь оказывается тем, кому она может быть отставлена во времени и с легкими формами психогенных психических расстройств.

Оказание специализированной психолого-психиатрической помощи предусматривает лечение и реабилитацию пострадавших от террористического акта в медицинских учреждениях. Психогенные психические расстройства в результате чрезвычайных ситуаций имеют характерную динамику развития с постепенным усложнением психических нарушений, от астенических и психовегетативных к аффективным, а при дополнительных факторах - к психосоматическим, патохарактерологическим и интеллектуально-мнестическим. При продолжительных чрезвычайных ситуациях отмечается устойчивая тенденция формирования очерченных синдромов невротического и аффективного уровней. Отдаленные последствия пребывания субъекта в экстремальной ситуации могут выражаться в стойких проявлениях ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), стойких изменениях личности после перенесенной психической травмы и соматизированных психических расстройств.

Глубину, выраженность и динамику психических расстройств у заложников необходимо учитывать при медико-социальной экспертизе и оценке морального вреда при проведении судебно-психиатрической экспертизы потерпевших от террористического акта.

#### Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство. -М.: Медицина, 1993. - 400 с.
2. Кекелидзе З.И. Роль и место психолого-психиатрической службы при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия и общество. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - С.98-110.
3. Кекелидзе З.И., Насруллаев Ф.С., Гребенников В.С., Красковский Ю.Р., Малиновская С.Д. Клинико-динамические особенности психических расстройств у заложников в зоне боевых действий (сравнительный аспект) // Психиатрия чрезвычайных ситуаций / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М., 2003. - 27-44.
4. Сыропятов О.Г. Избранные лекции по психиатрии войн и катастроф. - К.: УВМА, 1999.



## Критерии диагностики и принципы вмешательства при индуцированных состояниях на примере группового культового движения

Г.К. ДЗЮБ

Киевский медицинский университет

**Резюме.** Узагальнено критерії розпізнавання масових індукованих станів. Обговорено принципи психіатричного втручання.

**Ключові слова:** індуковані стани, критерії діагностики.

**Summary.** The criteria of recognition of the mass inspired condition are summarized. The principles of psychiatric intervention are discussed.

**Key words:** inspired condition, criteria of recognition.

*Памяти профессора И.А. Сикорского*

**Проблема и методология.** Со времени внедрения в Украине МКБ-10, предназначавшейся для статистических и исследовательских целей, происходит как бы вынужденное стихийное и бессистемное обращение этой классификации в научно-медицинскую клиническую. Отражение массовых индуцированных состояний не было представлено в МКБ должным образом, хотя индуцированность и массовость можно было бы считать коррелирующими характеристиками. В связи с этим представляет интерес отдельное изложение критериев диагностики подобного рода состояний. Эталонном иллюстративного материала сегодня может выступить наблюдение за культовой группой (псевдорелигиозной сектой) так называемого Белого братства, в свое время поразившей воображение соотечественников массовостью столь эксцентричного общественного поведения.

**Обоснование психиатрического анализа.** Анализ состояния членов секты, их поведения методами клинической психиатрии является не только узкоспециальным, но и, разумеется, достаточно односторонним. Имеется в виду невольно происходящее при клиническом подходе в некоторой степени искусственное отвлечение от социологического, историко-религиозного аспектов исследуемой проблемы.

Тем не менее, основания для анализа средствами психиатрии невозможно проигнорировать. Основания эти достаточно очевидны и конкретны, а именно: происходило внезапное и кардинальное изменение всего образа жизни, стиля мышления, поведения членов секты. Причем изменение обычно прослеживается в более или менее продолжительном, но ограниченном временном промежутке с последующим возвратом к предыдущему личностному статусу. Это является вполне достаточным поводом для постановки основного вопроса: не объясняется ли вступление в тоталитарную секту в основном расстройством психической деятельности? И последующие, вытекающие отсюда вопросы: если нет, то каковы критерии отличия

столь резкой поведенческой перемены от психического расстройства; если да, то как следует квалифицировать подобное расстройство психической деятельности, у всех или у части "белых братьев" оно возникало, каковы причинные факторы, механизмы формирования, особенности и варианты протекания данного расстройства?

**Задачи клинического анализа.** Ключевой вопрос, предвещающий проведение психиатрической экспертизы - определить, какие известные в психиатрии клинические варианты психопатологических состояний могли бы соответствовать подобному появлению достаточно массового радикального, с точки зрения существующих вероучений без преувеличений можно сказать нелепо-радикального религиозного движения. Возможны следующие варианты: 1 - Психиатрическая квалификация неприемлема вовсе, члены Белого братства не являются лицами, страдающими психическими отклонениями и явление это подлежит исключительно оценке с позиций иных, гуманитарных знаний. 2 - Выдвижение и популяризация очень необычной мировоззренческой идеи послужили поводом для того, чтобы вокруг источника данной идеи концентрировались лица с уже имеющимися у них психическими заболеваниями. 3 - Вовлечение в секту сопряжено с возникновением психогенных нарушений. Этот вариант требует более подробной предварительной отработки, обозначения возможных видов психогений и диагностических критериев, т.е. методологии суждений о наличии-отсутствии психогенного нарушения.

Психогении в отечественной психиатрии классифицированы в двух основных группах - реактивные состояния или психогенные реакции, возникающие вследствие психической травмы и конфликтогенные состояния или невроты, возникающие по причине интрапсихического конфликта. Последняя группа психогений по известному их клиническому выражению, очевидно, не позволяет вполне толковать радикально-религиозные воззрения в качестве пси-

хопатологического симптома, но психогенно-реактивные состояния отнюдь не исключают указанной трактовки изменений в содержании мышления. Реактивные расстройства в свою очередь подразделены на состояния психотического уровня - реактивные психозы и психогенные реакции непсихотического уровня, а также классифицированы по остроте и продолжительности протекания - острые или аффективно-шоковые гипо- и гиперкинетические реакции, подострые и затяжные реакции с симптоматикой, к примеру, истерического, депрессивного, параноидного синдромальных регистров. Выделены многие частные варианты психогенных состояний с названиями, соответствующими типичной ситуации их возникновения, скажем, бред иноязычного окружения, дорожный, тюремный параноиды, депрессия разгрузки. Одной из разновидностей являются также внушенные психогенные состояния, причина которых носит менее комплексный характер, например, возникшие вследствие гипнотизации, авторитарного внушения наяву. Строго подходя к терминологии, подвидом внушенных можно назвать индуцированные состояния. Такое формальное ограничение подразумевает, что данный подвид внушенных расстройств возникает не по причине вполне сознательных целенаправленных действий индуктора, а по причине внушения индуктором собственных искаженных представлений о реальной действительности, болезненных суждений, т.е. как бы внушения большей частью произвольного. Несмотря на столь значительный полиморфизм реакций, существует несколько десятков признаков, общих для всех разновидностей реактивных состояний, - создававшийся главным образом на протяжении последнего столетия психиатрический категориальный аппарат в этой области. Ряд признаков мы обсуждаем ниже вслед за характеристикой обследованной группы членов тоталитарной секты.

**Характеристика литературных источников.** Антисоциальное поведение групп представителей секты Белого братства напомнило, что аналогичные и даже практически идентичные массовые псевдорелигиозные движения в Киевской области описывались в конце XIX ст. и в 20-е годы нынешнего (проф. Сикорским, проф. Бутенко). Индукторами в тех ситуациях выступали психически больные лица или истероидные психопаты, продуцировавшие религиозного содержания, соответственно, бредовые идеи или фантастические псевдологии. Поведение индуцированных лиц также имело отклоняющийся характер (например, крестьяне продавали собственный скот, дома, теплую одежду и покупали сладости, зонтики, приторно-ласково обращались к незнакомым прохожим с призывами разделить новую веру, бродяжничали в ожидании скорого конца света). Тем не менее индуцированные лица не были причислены к категории душевнобольных и не госпитализировались, а были подвергнуты мерам административного воздействия, то возымело незамедлительный позитивный эффект.

В психиатрических описаниях тех лет просматривается негативное отношение экспертов к помещению новообращенцев в лечебную среду и отмечается незначительный в данном контингенте удельный вес хронических психических заболеваний.

В украинской специальной литературе выступления психиатров единичны. В одном из них (Кутько И.И., 1994) речь идет о результатах психиатрического обследования членов секты, но, к сожалению, совсем не затрагивая психиатрической характеристики самого явления внезапных перемен поведения и суждений. В другой статье (Абрамов В.А., 1994) изложено интересное предположение о психологических механизмах вовлечения в секту на основе юнговских представлений об архетипах. Но примечательна позиция профессионального психиатра, пожелавшего выступить в роли психолога как бы потому, что психиатрия здесь не располагает необходимым категориальным аппаратом. Последний аргумент не представляется серьезным. Известная профессиональная эрудиция данного автора позволяет, однако, говорить о другом - о существовании общественного давления на мнение психиатров, об их боязни подвергнуться очередным предвзятым гонениям на всплеске политической антипсихиатрической волны. Более конкретные заключения были даны российскими авторами (Полищук Ю., 1994; Гримак Л., 1994), подчеркивающими отличие движения Белого братства от движений новых религиозных мировоззрений и даже подобий оным, и обсуждающими технологию тиражирования внушенных состояний в уязвимых группах населения. В таких квалификациях представляется лишь несколько недостаточным привлечение опыта западных психиатров, отраженного в сотнях публикаций, начиная с 50-х годов.

В североамериканской психиатрии и психологии вовлечение в тоталитарные культы обозначается тем же термином - индукция, наряду с некоторыми полужаргонными названиями типа "реформы мысли", "промывание мозгов" и т.п. Преобладают точки зрения, согласно которым считается необходимым в той или иной форме производить вмешательство для воссоединения члена секты с семьей и обществом [Clark G., 1978; Singen H., 1979]. Некоторые из исследователей вовсе не обвиняют вновь нарождающиеся псевдорелигиозные культы в разрушении семейных отношений, а напротив видят одной из причин подверженности молодых людей индукции современные проблемы с семьей как институтом [Wright S., 1986]. Эффективность воздействия, которое пытается оказывать культовая группа, определяется в принципе по таким же критериям, что и эффективность психотерапии [Frank G., 1974]. Отмечается что неспецифический индуктивный ответ (реакция) имеется не только в определенных культовых общинах, но и в различных "группах поднятия сознательности", "группах самопомощи" в США. Множество работ посвящено изучению технологий индукции больших групп

(Lalanter M., 1980; Richardsan G.T., 1979). Автори сходяться на том, що процес індукиції, надаваний як процедура релігійного звернення, включає обычно три основні стадії: розділення (фізическе або психологічне), перехід (научення нової ролі во вимушеній системі світоглядання) і втілення (прийняття стандартів системи і життя в відповідності з ними). Цей процес, що відбувається під впливом впливу певної особи або групи внаслідок істотується залученням в культ зазвичай як результат і своїх власних зусиль. В моделях і технологіях "перехода", як правило, значительне місце займають ритуали, завдяки яким і замещається здатність до прийняття власних оцінок і самостійних рішень. Індивід підпорядковується вимогам відносно своєї нової ролі після виконання серії малих ритуальних волонтеристського характеру вимог, поважаючи себе внаслідок вповне самостійним в виконанні правил самостійно обраної приверженості. Schein E. et al. [1961] розглядають використані деякими політичними режимами схеми "промивання мозків" як традиційні образці звернення і індукиції в квазірелігійних культах.

Не менш широко обговорюваної проблемою, пов'язаною з існуванням тоталітарних культів є проблема т.н. депрограмування. Словом "депрограмування" означається примусовий, недобровольний уход з культової групи. В американських публікаціях можна зустріти докладні описи способів, з допомогою яких вдається фізически захопити людину, пропонуються найбільш зручні можливості його примусового утримання в номерах готелів (на перших поверхах, де встановлюються решітки), формуються приклади обманних повідомлень для викрадення члена культової групи і потім утримання його в сім'ї. В технологіях депрограмування не виключається крім розуміння застосування запугування з допомогою зброї, вживання алкоголю, використання найближчих сексуальних партнерів. Во всякому випадку, фізическе утримання і конфронтація з "депрограмувальником", висловлюючим заохочення і досягаючим діалогу неминучі після насильственного захоплення членів культу [Patrik T., 1976]. Що стосується рекомендацій тактики і змісту розуміння, то в цілому вони зводяться до-перших, до пробудження в індивіду здатностей самооцінки і в-других, до актуалізації здатностей до прийняття власних рішень. Ці здатності можуть успішно відновлюватися в час бесід на вповне відволікнені теми, поза суперечок про правильність групової доктрини, що і призводить до бажаного результату "депрограмування". Протримання в культовій групі приблизно на протязі одного року емпірически визнається оптимальним терміном для проведення успішних розуміння [Ungerleider G., 1979]. Для судової практики членство в тоталітарних

культах діагностується згідно "Діагностического і статистического керівництва по психіческим захворюванням" (DSM-III-R) обычно по шифру 300.15 - атипичне диссоціативне розлад. Значительна частина джерел не може бути прямо використана для оцінки умов, оскільки вона присвячена юридическим аспектам насильственных уходів з культу. Існують в виду правила застосування існуючих в США законів про опіку, які, власне, і дозволяють реалізувати недобровольні видалення з членства в тоталітарних культових групах.

**Результати.** Загальна характеристика обстеженої групи членів секти.

Направлення на первичне освидетельствование членів секти видавалося Київською міською прокуратурою, і огляд проводився в відповідності з діючим наказом Міністра НЗД, додаток до порядку первичного психіатрического освидетельствования. Згідно "Інструкції ...", члени секти обстежувалися тільки з їх ведомою і згодою. Обстежені 38 осіб, розміщених в приймачі-розподільцях для дітей і для дорослих, а також 5 членів секти Білого братства, госпіталізованих в психіатрический стаціонар (колишнє Київське НПО охорони психіческого здоров'я). В дитячій приймачі знаходилися 25 і во дорослому - 13 з обстежених.

З загальної кількості осіб, розміщених в приймачі-розподільцях можуть бути одразу ж виділені окремі нетипичні випадки. Лише в одному спостереженні відзначено психіческе захворювання, існувало раніше, до знайомства пацієнтки з даним псевдорелігійним рухом. На момент огляду у жінки діагностовано маніакальне стан з основними його ознаками в формі ейфорического афекта, прискореного течія асоціацій і двигальної агітації. Цей випадок передбачається органіческим ендормним маніакальним станом. Данна пацієнтка фактически членом секти не була і прибула в м.Київ, як пояснила, з цікавості, "подивитися на живого бога". Таким чином, не підтверджується припущення, що навколо джерела незвичайно-фантасических ідей могли концентруватися привабливі цими ідеями особи, вже раніше страждавшие психіческими захворюваннями.

В двох випадках відбулося співбесіда з власне віруючими людьми. В цих випадках не виявлялося надлюдських ідей, бредових, бредоподібних фантазій релігійного або іншого змісту, інших виражених психопатологіческих ознак. У даних осіб існував певний запас знань релігійного характеру, відповідний висловлюваним релігійним переконанням, релігійні роздуми носили характер світоглядання і знаходилися в логіческому відповідності між собою і з іншими судженнями даних осіб об оточуючій дійсності. Психіатрическа кваліфікація особистісних особливостей цих осіб була вважана неадекватною.



Остальные 35 членов секты различались по возрасту и полу, по образованию - от начального до высшего, по личностным характеристикам, по месту жительства, национальности и т.п. Однако все члены этой группы имели ряд общих характеристик, которые можно сгруппировать следующим образом:

Никто из данной группы лиц за время общения с психиатрами не избежал в большей или меньшей степени выполнения определенного стереотипа-установки в поведении.

Стереотипная установка предполагала: молчать, не отвечать ни на какие задаваемые им вопросы в период задержания; объявление сухой голодовки до смертельного исхода; не передвигаться самостоятельно; вне задержания - не отвечать ни на какие вопросы личного характера, не сообщать биографических данных; ограничивать общение исключительно проповедованием стереотипов "учения" своей секты.

Никто из членов обследованной группы не выполнил в полной мере этой установки. При первоначальной попытке молчания никто впоследствии не удержался от ответов собеседнику, каждый в большей или меньшей степени раскрывал о себе сведения личного характера.

Каждый из членов группы употреблял одинаковые, стереотипные проповеднические фразы, количество которых было довольно ограниченным. Проповедование производилось с одинаковыми интонациями, пронзительно-высоким тоном, нараспев, с манерно-аффектированным выделением ключевых слов, при этом проповедующий приподнимает подбородок, выпрямляет спину и обводит окружающих нарочито "ясным" взглядом. Беседа проводится неестественно-слащавым, как бы смиренным тоном, гиперболизированно имитируя манеру верующих. Описанные интонации употребляют членами секты непостоянно - тем реже, чем более критично они стали оценивать свою приверженность к установкам Кривоноговых. Эти характерные интонации настолько отличаются от естественной манеры речи членов данной группы, что в процессе беседы позволяют отчетливо различать, выполняют ли они заученный стереотип поведения или же высказывают (при естественных интонациях) свои собственные суждения.

Стереотипные фразы, представляющие собой "учение" Кривоноговых, каждый из членов обследованной группы, как правило, не мог разъяснить с позиций личного опыта, знаний, суждений. То есть, по меньшей мере часть фраз являлась автоматически заученной, логически не связанным с собственным мировоззрением. Для разъяснения данных фраз употреблялись силлогические, по сути отказные ответы типа того, что это не требует объяснений..., это дано богом... и т.п.

Никто из обследованной группы лиц не становился полным приверженцем секты Белого братства в процессе самостоятельных размышлений во время чтения издаваемой "братством" литературы. Каждый из них становился убежденным сторонником секты после непосредственного общения с подготовленным про-

поведником и в процессе выполнения специальных массивных изнурительных мистико-ритуальных процедур. Такие сведения давали все обследованные независимо от их отношения к секте на момент осмотра.

Каждый из членов секты подвергался длительному астенизирующему ограничению пищевого рациона ниже физиологической нормы.

Каждый из обследованных длительное время выполнял требование о сокращении сна значительно ниже суточной нормы физиологической продолжительности сна.

Лица обследованной группы поддавались разубеждению. Вполне критическое отношение к псевдорелигиозному учению обнаруживали 8 чел. Как правило, это сочеталось с насмешливо-иронической оценкой своих прежних действий, раскаянием в совершенных поступках, сожалением о потерянном времени или материальных ценностях. Такое полное разубеждение происходило за 2-10 суток (что было бы явно недостаточным сроком, если бы заученные идеи "братства" у этих лиц действительно играли роль мировоззрения).

Частичная критика к "учению" отмечалась у 19 чел. В этих случаях в процессе беседы естественные рассуждения, ответы, произносимые в естественной для данной личности манере, перемежались с произнесением заученных отрывков учения секты, что можно было распознать по возникновению вышеописанных характерных имитируемых речевых интонаций. Здесь также просматривалась рассогласованность между усвоенными идеями секты и собственным мировоззрением данных личностей. Последняя категория обследованных показала быструю и значительную динамику формирования критического отношения к секте в течение одной беседы.

Остальные 11 обследованных на момент осмотра продолжали утверждать, что М.Кривоногова является "живым богом", что в ближайшие дни произойдет "конец света" в прямом смысле гибели нашей планеты и отправления их душ "в космическое пространство". Эти лица, как правило, были из числа доставленных позднее остальных, в т.ч. 2 - в день осмотра. Но и у последних проявлялась рассогласованность между личностным поведением и полученной установкой. Например, после произнесения фразы "Я не буду отвечать ни на какие вопросы" тут же следовал ответ как вопрос; после фразы "Мы на такие вопросы не отвечаем" следовал ответ на этот же вопрос, если врачу удалось данным вопросом вызвать у собеседника любопытство, желание возражать, дать возможность рассказать о собственных достоинствах.

Все члены секты, подробно изложившие собственные паспортные данные (22 чел.), сообщали о своем каком-либо индивидуальном или групповом увлечении паранаучными или мистическими занятиями. Среди таких увлечений были: хиромантия, колдовство, астрология, специальные методы медитации, поверхностное изучение кришнаизма, увлечение информацией о НЛО, об экстрасенсорном восприятии,

о посещении Земли инопланетянами, о телекинезе, о "биополях". Не отмечалось увлечений, требующих обильного систематического чтения. Среди этих лиц не было собственно верующих до вовлечения в секту.

Все сообщившие о себе подробные данные говорили о наличии у них перед приходом в секту лично значимых конфликтов, в большинстве случаев распад семьи, конфликт в семье, жестокие хулиганские преследования в месте проживания или в учебном заведении, реже конфликты, грозящие или уже вызвавшие потерю работы. Возвращение из секты к прежним условиям жизни обычно предполагало возобновление конфликта.

Несмотря на то, что у обследованных прослеживались различные характерологические особенности и не удавалось выделить предпочтительные акцентированные либо психопатические черты, в каждом случае (кроме 8 лиц с полной критикой) наблюдались истерические проявления. Из наиболее грубых могут быть отмечены состояния суженного сознания, достаточно выраженные, хотя и не достигающие полной дезориентировки во времени и месте (7 чел.); истерические рыдания (2); лающие выкрики (1); истерический тремор рук, головы (4); элементы псевдодеменции, фантастической псевдологии (12); истерическое заикание (2).

Другие особенности, помимо описанных выше, являлись достаточно индивидуальными, зависели от образования, возраста, способностей к обучению, внушаемости. Для того, чтобы вышеперечисленные типичные особенности приобрели диагностическое значение, необходимо сопоставить их с характером и содержанием тех физических и психических воздействий, которым подвергались члены секты со стороны супругов Кривоноговых или их последователей.

**Обсуждение.** Конфликтотенные (невротические) состояния могут быть одной из предпосылок вовлечения в культовые группы, но не могут составить феноменологию рассматриваемых состояний. В статусе или анамнезе большинства освидетельствованных членов секты (35 из 38) имелись достаточные основания для диагностирования внушенных, преимущественно индуцированных состояний.

Разумеется, индуцированные состояния не всегда могут быть поводом для психиатрического вмешательства, тем не менее их психиатрическая квалификация может стать полезной в реабилитационных процедурах. Каждый из диагностических критериев реактивных состояний, встречаясь с большим или меньшим постоянством, не является достаточно специфичным, но даже сочетание 4-5 из них, как правило, уже позволяет распознавать психогенную реакцию. Сопоставим результаты обследования членов секты с кратким перечнем наиболее важных диагностических критериев:

а) психогенная реакция возникает после и вследствие воздействия психогенного фактора;

б) сила психогении и выраженность пси-

хогенного состояния бывают соразмерны;

в) принцип соответствия касается также совпадения преморбидных особенностей; личности пациента в смысле его характера, знаний, представлений, с особенностями психогении;

г) содержание расстройств мышления при психогенной реакции, будь то навязчивые, бредовые, сверхценные идеи, псевдологии, соответствует содержанию психогении;

д) психогенное расстройство заканчивается после окончания действия психогенного фактора возвратом к доболезненному состоянию;

е) как частность предыдущего критерия можно указать на обратимость психогенного расстройства при разубеждении, рациональной психотерапии;

ж) реактивные состояния, как правило возникают, на почве текущей астенизации, к примеру в виде переутомления, недосыпания, недоедания, соматической болезни;

з) всякое реактивное состояние содержит истерические механизмы симптомогенеза и соответственно в той или иной мере характеризуется сужением поля сознания от минимального при непсихотических до грубого при аффективно-шоковых реакциях;

и) в отношении внушенных в т.ч. индуцированных состояний первые из перечисленных критериев могут быть конкретизированы: состояние возникает во время формирования, по причине и соразмерно авторитету индуктора, соответствует по выраженности этому авторитету и параллельно с падением авторитета способно заканчиваться возвратом к доболезненному состоянию; содержание реактивных расстройств, будучи заимствованным у индуктора, обретает личностную окраску подобно всем реактивным нарушениям.

к) на доболезненном этапе характерна сенсibilизация к психогении, т.е., к примеру, существенные унижения вызовут депрессивную реакцию скорее у того лица, которое прежде длительно претерпевало ряд мелких унижений, или же параноид облегченно развивается при условии предшествующей психогенной параноической настроенности; это не следует путать с обретением реального личного опыта, скажем у часто бывавшего за границей менее вероятен параноид иноязычного окружения и т.д.;

л) реактивное состояние будучи монотематическим, в динамике подвергается систематизации, т.е. привлечению к ключевой идее, концентрации вокруг нее все большего количества людей, фактов, идей, доходя до обобщенно-зрительской системы; разумеется, речь идет о сверхценной, бредовой ключевой идее;

м) "стрелка виновности" даже при реакциях депрессивного спектра бывает направленной не на себя, а на окружающих...

О минимально достаточных признаках можно говорить уже не продолжая данный перечень и не касаясь более специфичных характеристик индуцируемых расстройств. Тот аргумент, который вначале был высказан для обос-

нования психиатрической оценки (внезапная, кардинальная, временная перемена поведения) плюс описанная преимущественно непсихотическая симптоматика позволяют утверждать, что в большинстве наблюдений вовлечение в секту Белого братства с позиций клинко-психиатрической оценки сопровождалось развитием различной выраженности индуцированных состояний. Тем самым, впрочем, мы лишь подтверждаем точку зрения североамериканских коллег в категориях и терминах отечественной психиатрии.

**Выводы.** Вовлечение в секту Белого братства с позиций клинко-психиатрической оценки, как правило, не сочеталось с сохранением психической нормы, сопровождаясь возникновением индуцированных состояний. В то же время массовые индуцированные состояния не могут быть основанием для недобровольного психиатрического вмешательства. Данные состояния, которые могут быть прослежены и в искусстве, скажем, эстрадном, и в религии, и в политической жизни, в рекламной индустрии и т.д. подлежат коррекции главным образом специалистами, компетентными в соответствующих областях знаний. Психиатрия должна здесь признавать существование в обществе психопатологических явлений, лежащих вне компетенции психиатрической службы.

Нельзя говорить о причинении вреда психическому здоровью членов секты со стороны руководителей, поскольку клинические закономерности допускают реализацию столь фантастических индуцируемых идей только при условии личностной готовности. Т.е. явления массовой индукции в любой области общественной жизни, внушения вообще с привнесением психопатологических феноменов правомерно рас-

сматривать как акты преимущественно добровольные со стороны индуцентов.

Исключение касается детского возраста. До сформирования личности, в ее психологическом и философском понимании, при наличии повышенной внушаемости дети обретают расстройство психической деятельности и причиняется вред их здоровью. Данное расстройство, будучи в принципе обратимым, тем не менее сказывается как известно отрицательно на психическом развитии, приводит к негативному свойству повышенной внушаемости личности к моменту ее сформирования. Возрастной предел должен соответствовать принятым в психологии и философии указаниям на возраст данного сформирования личности (формально - 14 лет).

Участие психиатра правомерно в следующих ситуациях: добровольное психиатрическое освидетельствование и добровольная психотерапевтическая коррекция ("депрограммирование"); недобровольное психиатрическое обследование в предусмотренных законом случаях; дача экспертных заключений в суде при условии наличия у психиатра знаний по тоталитарным культам, результатов изучения данного конкретного культа и результатов обследования данного конкретного испытуемого (но не заочные оценки культов с игнорированием религиозного аспекта). Примерно таким образом излагается также отношение западной психиатрии к массовым индуцированным состояниям, с сегодняшних позиций опыта нескольких лет развития украинского демократического общества мы не обнаружили в этой области сколь-либо значительной отечественной специфики.

#### Литература:

1. Сикорский И.А. Психопатическая эпидемия 1892 года в Киевской губернии. - Киев, Типо-Литография Императорского Унив. Св. Владимира. - 1893. - 46 с.



УДК 159.974

## Дифференциация невротических и циклотимических депрессий унифицированными методами

О.В. ШКЛЯРЕВСКАЯ

Киевская городская

психоневрологическая больница №2

**Резюме.** Показано можливості розмежування невротичних та циклотимічних депресій за допомогою клінічних оціночних шкал та психодіагностичних методик.

**Ключевые слова:** депресії, діагностика, уніфіковані методики.

**Summary.** The opportunities of differentiation of depressions are shown through clinical estimated scales and psychodiagnostics techniques.

**Key words:** depressions, diagnostics unified techniques.

### Проблема.

Депрессивный синдром является одним из наиболее типичных и в то же время одним из наименее специфичных и наиболее полиморфных синдромов. Практически нет ни одной рубрики в МКБ-10, где не предполагались бы депрессивные состояния, т.к. эти расстройства встречаются на том или ином этапе практически при любой форме психической патологии. Однако, основной акцент данная классификация делает на рубрике аффективной патологии F-3 и включает

состояния невротических и эндогенных расстройств, но без клинических указаний структуры синдрома. Фактом остается и относительная специфичность - то, что депрессивным синдромам свойственно нести в себе отпечаток причинных факторов. То есть, в определенных пределах существует отчетливая связь между структурой синдрома и этиопатогенезом болезни [1]. Поэтому статистическая классификация (МКБ-10) [2] содержит по возможности этиологическое разведение депрессивных расстройств по рубрикам, соответствующее, к примеру, классификации Кильгольца (рис.1).

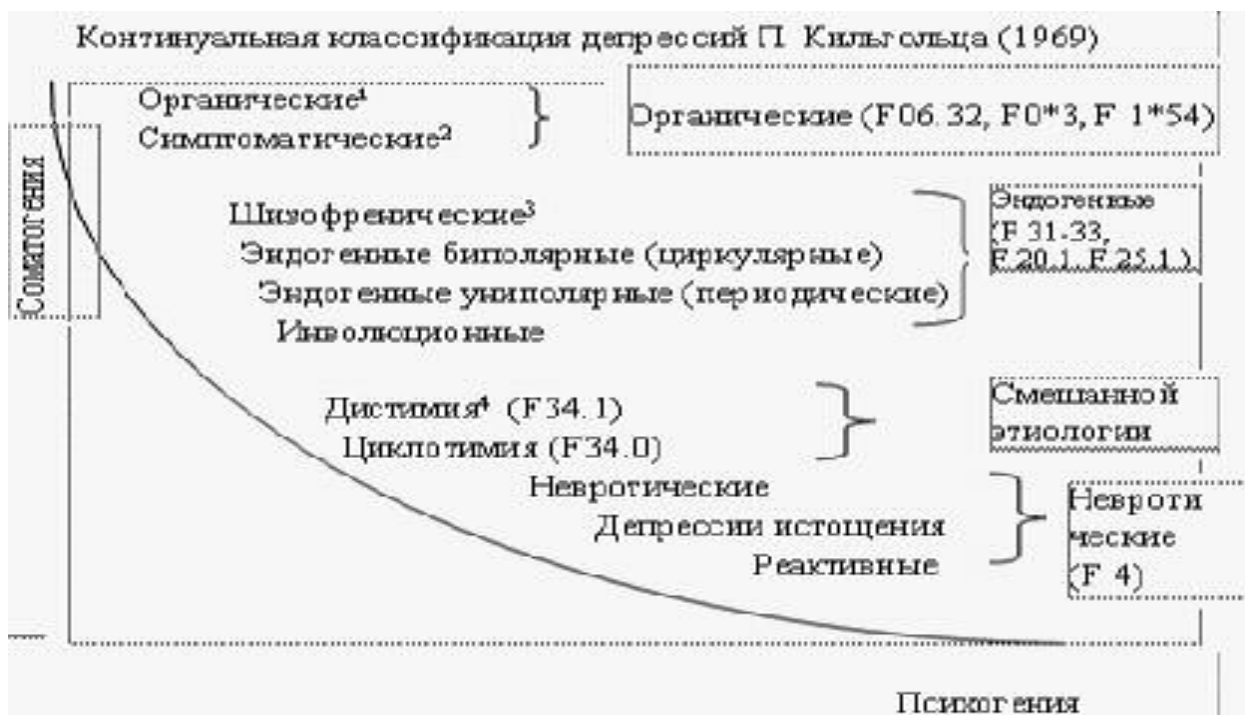


Рисунок 1. Кодировки МКБ-10 к классификации П. Кильгольца

\* 1 - сенильные (дементные), атеросклеротические (сосудистые), посттравматические, эпилептические, олигофренические.

2 - алкогольные, наркоманические, постинфекционные, соматогенные (эндокринные, гемодинамические и пр.)

3 - постшизофренические, инициальные, в рамках шизотипического расстройства

4 - эндореактивная дистимия Вайтбрехта, дистимия.

В связи с современным принципом развития так называемой "доказательной психиатрии" все более широкое применение находят такие унифицированные инструменты, как клинические оценочные шкалы и психодиагностические самооценочные методики [3].

Литературные источники по поводу этой проблемы в МКБ-10 одиночные и, собственно, вопросы дифференциальной диагностики депрессивных состояний на основе комплексного обследования с помощью клинических шкал и психодиагностических методик к настоящему времени систематически не изучались.

Опираясь на принципы доказательной медицины, психиатрами используются унифицированные методы обследования больных. Но эти методы применяются лишь для оценки тяжести депрессивного расстройства, и практически игнорируется, что их валидность позволяет не только квалифицировать депрессию, но и оценить принадлежность к этиопатогенетическому классу и соотносить с рубриками МКБ-10.

**Цель исследования** - выявить возможности использования некоторых шкальных и психодиагностических методик для дифференциальной диагностики невротических и циклотимических депрессивных расстройств.

**Материалы и методы.** Объектом исследования были депрессивные синдромы, а предметом - клинические шкальные и самооценочные тестовые методики.

Критериями отбора были депрессивные состояния круга так называемых аффективных расстройств (расстройства настроения): невротические и циклотимические депрессии.

Критерием включения было наличие, как минимум, признаков легкой степени депрессивного расстройства при использовании 21-балльной шкалы Гамильтона для оценки депрессий - (HDRS) [4]. В исследование включались пациенты с показателем тяжести депрессии по вышеупомянутой шкале выше 7 баллов.

Диагностическими критериями исключения в исследование являлись случаи, при которых в анамнезе больных имелись указания на манифестные шизофренические психозы - все состояния рубрики F.2, заболевания ЦНС органической природы, а именно - органическое аффективное расстройство F.06.32, а также больные

с признаками зависимости от алкоголя, наркотических и психоактивных веществ-депрессивное (психотическое) расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (F lx.54) и резидуальное депрессивное расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (F lx.72).

В исследование были включены больные с депрессивными расстройствами, отвечающими диагностическим критериям раздела F-34.0 (циклотимия) и F-43.21 (депрессивный невроз) по МКБ -10 с показателем по шкале депрессии Гамильтона выше 7 баллов. Клинический диагноз детализировался в соответствии с этиопатогенетической, а также структурно-психопатологической типологией депрессивных синдромов. Пациенты отбирались на базе психиатрической клиники Киевского медицинского института. Изучаемую группу составили 39 больных, 15 мужчин и 24 женщины, в возрасте от 18 до 58 лет, в среднем 32 8,3 года. Из них амбулаторно лечились 25 и стационарно - 14 больных, продолжительность заболевания составляла 1-7 лет, а число ранее перенесенных депрессивных состояний - 0-8.

**Методами исследования** были клинико-психопатологический и метод унифицированной оценки психопатологических синдромов, который наряду с клинической шкалой оценки тяжести депрессии включал самооценочные методики исследования депрессии, уровня притязаний и уровня самооценки. Были использованы 21-балльная профессиональная клиническая шкала для оценки депрессии Гамильтона- Hamilton psychiatric rating scale for depression (HDRS) [4] и самооценочная - 21-пунктовый опросник депрессии Бека- Beck depression inventory (BDI) [5]; методика определения уровня самооценки - шкала Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М.Габриеля; методика определения уровня притязаний - моторная проба Шварцландера.

#### Результаты.

В соответствии с этиопатогенетической квалификацией депрессий в изучаемой группе больных выделены 2 подгруппы, в каждой из которых практически не отмечалось полиморфизма клинических вариантов депрессивного синдрома.

I подгруппа: психогенные невротические депрессии (19 больных, 10 мужчин и 9 женщин, от 18 до 56 лет, в среднем 29,9 7,8 года). У 17 из 19 больных клиническая структура синдрома была представлена вариантом астенической депрессии.

II подгруппа представлена простыми субдепрессиями в рамках циклотимии (20 больных, мужчин-8, женщин-12. Возраст от 18 до 51 года, в среднем 27 3,4 года.

Распределение пациентов по полу представлено в таблице 1.



Таблиця 1

## Распределение больных по полу в соответствии с подгруппами

Подгруппы по нозологиям	Мужчины	Женщины	Всего
1 подгруппа – психогенные невротические депрессии	10	9	19
2 подгруппа – циклотимические депрессии	8	12	20
Итого	18	21	39

Средние показатели по шкалам депрессии, уровень самооценки и уровень притязаний в подгруппах больных представлены в таблице 2.

Таблиця 2

## Средние показатели тяжести депрессии, уровня самооценки и уровня притязаний

Виды депрессий	Шкала депрессии Гамильтона	Шкала депрессии Бека	Уровень самооценки по Дембо-Рубинштейн	Уровень притязаний (моторная проба Шварцландера)
Невротическая депрессия	22.4	21	17	-2.5
Циклотимическая депрессия	21.5	23	27	0.3

## Обсуждение полученных результатов.

Как видно из таблицы 2, как самооценочная шкала депрессии Бека, так и профессиональная шкала депрессии Гамильтона примерно равноценно отразили среднюю тяжесть при невротических и циклотимических депрессиях. При невротических депрессиях самооценка по Дембо-Рубинштейн несколько понижена. Уровень притязаний также нереалистично низок, в противоположность циклотимическим депрессиям.

При циклотимической депрессии наиболее чувствительной измерительной методикой являлось исследование уровня самооценки по Дембо-Рубинштейн, как и следовало ожидать при субдепрессивных состояниях со сниженной критикой к болезни. Обнаруживается характерная диссоциация между относительно сохран-

ным уровнем притязаний и сниженной самооценкой, что можно толковать как показатель повышенного суицидального риска.

**Выводы.** Представленная сравнительная характеристика оценочных методик способствует более точной, объективизированной дифференциальной диагностике невротических и циклотимических депрессий. Описанная в настоящем сообщении новая закономерность (каждая из депрессий неодинаково описывается разными унифицированными методиками), влечет за собой еще один практически полезный вывод: для каждого варианта депрессий имеется оптимальный, предпочтительный выбор стандартных методик, который наилучшим образом позволит отражать выраженность и динамику болезненного состояния.

## Литература:

1. Kielholz P. The classification of depressions and the activity profile of the antidepressants// Program Neuropsychopharmacological.- 1979.-Vol. 3.- P. 59-63.
2. World Health Organization. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines // Geneva.-WHO.-1992.
3. Svanborg P., Asberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale// 1994.-Acta Psychiatr Scand.-Vol. 89.-P. 21-28.
4. Hamilton, N. (1960). A rating scale for depression // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.- Vol. 23.-P. 56-62.
5. Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. // 1961.- Archives of General Psychiatry.- Vol. 4.- P. 561-571.



## Сучасні проблеми нейросифілісу

А.В. ОЛІЙНИК

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

**Резюме.** Клинико-лабораторное исследование 15 больных нейросифилисом показало преобладание психотических форм заболевания у больных сифилисом мозга.

**Ключевые слова:** нейросифилис, сифилис мозга, прогрессивный паралич.

**Summary.** Clinical and laboratory assessment of 15 patients with neuroluis demonstrated that in the patients prevail psychotic forms of mental disorders in clinical picture of neuroluis.

**Key words:** neuroluis, luis cerebra, paralysis progressive.

**Вступ.** "Кінець нейросифілісу" - так назвав свою доповідь G. Boudin на конгресі в м. Ніс (1955) на підставі цифрових даних, які ілюстрували частоту цього захворювання.

Дійсно, в другій половині ХХ століття спостерігалась стійка закономірність до зниження захворюваності на нейросифіліс, що призвело до майже повного зникнення даної патології. Це дало підстави говорити, що сифілітичні психози в значній мірі втратили своє практичне значення, в той час як соматичний сифіліс набув значного поширення. Епідеміологічні дані про нейросифіліс останні десятиліття також відсутні. Мало і публікацій з цієї проблеми.

Така розбіжність в поширенні соматичного сифілісу і сифілісу нервової системи, можливо, пов'язана зі зміною реактивності організму людини і еволюцією патогенних властивостей самого збудника, який втратив свою нейротропність.

Крім того, в другій половині ХХ століття спостерігалися зміни в клінічній картині сифілітичних психозів, що обумовлено широким застосуванням антибактеріальної і психотропної терапії (медикаментозний патоморфоз). Будучи недостатньо ефективною для повної санації сифілітичної інфекції, антибактеріальна терапія, імовірно, затримує процес розвитку, що призведе до виникнення малосимптомних, стертих, абортивних форм нейросифілісу і ускладнює їх діагностику.

І, нарешті, в перші роки ХХІ століття знову стали реєструватись випадки нейросифілісу.

Рідкість захворювання нейроосифілісом, зміни в клінічній картині знизили пильність лікарів до цієї патології і недооцінка цього факту може викликати серйозні діагностичні помилки.

**Метою** даної роботи є :

1. Привернення уваги лікарів-психіатрів, неврологів і інтерністів до проблеми нейросифілісу, який знову повертається.

2. Проведення порівняльної характеристики клінічної картини сучасних форм нейросифілісу з описаними раніше.

Як відомо, сифіліс нервової системи, або нейросифіліс виникає внаслідок зараження блі-

доку трепоневою і об'єднує дві групи захворювань - сифіліс мозку і прогресивний паралич. Сифіліс мозку є більш раннім захворюванням з часу зараження, з переважним ураженням структур мезенхімного характеру, прогресивний паралич - більш пізнь деструктивно-паренхіматозним процесом.

**Об'єкт дослідження.** За 2002 - 2004 роки ми спостерігали 15 пацієнтів (13 чоловіків і 2 жінки) хворих нейросифілісом, у віці від 32 до 44 років, які стаціонарно лікувались в Київський міський психіатричний лікарні №1. Із них після стаціонарного обстеження у 10 випадках був діагностований сифіліс мозку і у 5 - прогресивний паралич. Інкубаційний (латентний) період встановлено тільки у двох хворих прогресивним параличом (9 і 10 років), у решти не вдалося встановити через відсутність або недостатньо достовірні дані про перенесений сифіліс. Можливо, у частини хворих був асимптомний перебіг сифілісу.

Усі хворі надходили на стаціонарне лікування з синдромальними діагнозами (галюцинаторно-параноїдний, депресивно-іпохондричний, параноїдний, органічне ураження центральної нервової системи та інші).

**Методи дослідження.** Після детального психопатологічного, неврологічного і соматичного обстеження, а також одержання позитивних результатів, загальноприйнятих серологічних реакцій в крові (Васермана з кардіоліпідним антигеном і мікропреципітації зі специфічним трепонемним ультраозвученим антигеном) діагностувався нейросифіліс. Для верифікації діагнозу у всіх хворих проводились більш чутливі реакції на сифіліс - реакцію іммобілізації блідих трепонем (РІБТ) і реакцію імунофлюоресценції (РІФ) з сироваткою крові, які також були різко позитивні у всіх обстежених хворих.

Таким чином, дані лабораторних обстежень підтверджували сифілітичну природу захворювання.

Велика увага приділялась обстеженню неврологічного статусу, що полегшує діагностику нейросифілісу. Неврологічна симптоматика при даній патології є типовою і постійною, що обу-

мовлено ураженням блідою трепоневою оболонкою, судин мозку і паренхіми. Серед неврологічних симптомів в основному зі сторони черепно-мозкових нервів, в'ялість реакції зіниць на світло, анізокорія, симптом Аргайл - Робертсона, дизартрія, згладженість носогубної складки.

**Результати дослідження.** Як відомо, клініка сифілісу мозку поліморфна і залежить від характеру і локалізації ураження судин, оболонок і паренхіми мозку. Можлива зміна симптомів і синдромів. Загальноприйнятої систематики немає, і до цього часу користуються синдромальною класифікацією. Серед хворих, яких ми спостерігали, у 8 переважала ендормна симптоматика у вигляді "галюцинаторно-параноїдного синдрому"

Ретроспективний аналіз анамнезу показав, що у всіх хворих з сифілісом мозку до 5-ти місяців спостерігались "сифілітична неврастенія" і явища органічного психосиндрому, і тільки поява продуктивної психопатологічної симптоматики привела до госпіталізації в психіатричний стаціонар.

Переважають вербальні галюцинації загрозливого характеру з наступним формуванням маячних ідей переслідування. Періодично галюцинаторно-маячна симптоматика редукувалась або повністю зникала, що давало підставу думати про спонтанні ремісії. Спостерігалось загострення психозу в нічний час.

На відміну від параноїдної шизофренії, маячні ідеї були прості за структурою, психологічно зрозумілі, відображали бажання, побоювання хворих, був відсутній символізм і аутизм.

Після редукції маячної симптоматики в результаті психотерапевтичної терапії, на перший план у статусі виступав органічний симптомокомплекс у вигляді лакунарної (дисмнестичної) деменції у 6 хворих і органічного психосиндрому у 2 випадках.

Характер цих симптомокомплексів, викликаних екзогенною причиною, легко відрізнити від шизофренічного процесу, особливо якщо взяти до уваги неврологічну симптоматику і результати специфічних реакцій в крові.

В одному випадку захворювання маніфестувало сутінковим запамороченням свідомості з психомоторним збудженням, яке розвинулось після апоплектичного пароксизму. І нарешті, у одної хворої сифілісом мозку спостерігалась депресивно-іпохондрична форма. Спочатку на фоні пригніченого афекту, моторної і ідеаторної загальмованості, дисфорій з'явилися іпохондричні ідеї.

Серед 5-ти хворих на прогресивний параліч у 3 випадках спостерігалась дементна форма, в одному - експансивна, і в одному - циркулярна.

Дементна форма прогресивного паралічу проявлялась паралітичною деменцією, повним розпадом особистості і всіх форм психічної діяльності.

Експансивна форма прогресивного паралічу нагадувала біполярний афективний розлад.

Мегаломанічні маячні ідеї величі, багатства на фоні паралітичної деменції і відсутності критики є діагностичними критеріями цієї форми прогресивного параліча.

Для ілюстрації наводимо коротку виписку із медичної картки хворого циркулярною формою прогресивного паралічу.

Хворий А.. 1970 року народження, надійшов у лікарню 03.03.2003 року, виписаний 15.04.2003 року.

Закінчив школу, ПТУ, служив в армії повний строк, неодружений, переніс травму голови зі струсом мозку, працював на різних роботах, останній час охоронником в таксомоторному парку, алкоголем не зловживає, дані про перенесений сифіліс відсутні.

Психічний стан змінився літом 2002 року, коли після конфлікту зі співмешканкою, понизився настрій, була тривога, безсоння, не виходив з дому, був мовчазний, більшу частину дня лежав, відмовлявся від їжі, виказував іпохондричні скарги. Такий стан продовжувався близько 3 місяців. До психіатра не звертався.

Симптоматика редукувалась спонтанно. Приступив до роботи 3 лютого 2003 року, став ейфоричним, гіперактивним, конфліктним, дратівливим. Мало спав, зловживав алкоголем. За тиждень до госпіталізації був надмірно розгальмованим, збудженим, називав себе контактером з інопланетинами, великим бізнесменом.

**Психічний статус:** орієнтований всебічно, охоче вступає в контакт, розгальмований. Настрій піднесений, ейфорія. Відсутнє відчуття такту, дистанції. Називає себе "великим бізнесменом, власником заправок, автопарків, стоянок, фірми по торгівлі автомобілями". Пропонує подарунок: "Мерседес", грошову допомогу лікарні. Заявляє, що він - батько 10 дітей, старшому із яких 20 років. Може собі це дозволити, оскільки заробляє "лимони". Мова прискорена, увага нестійка. Критика до свого стану відсутня, себе хворим не вважає, але погоджується на лікування.

**Соматичний статус.** Дихання вежиклярне. АД - 120/70 мм рт. ст. Тони серця приглушені.

**Неврологічний статус:** зіниці Д > S, недостатня конвергенція більше справа. Позитивний симптом Аргайль - Робертсона, реакція зіниць на світло в?яла. Гіпомімія. Сухожилльні і периостальні рефлексі Д = S, дещо підвищені. Координаторні проби виконують задовільно, тремор пальців рук, дизартрія при вимові "важких слів"

Дані аналізів і інших методів дослідження. Загальні аналізи крові і сечі в нормі. Реакція Вассермана - позитивна. Кров на РІФ - АВС, РІФ-200, РІБТ - позитивна. Консультація дерматолога - Луїс ранній - прихований.

Д і а г н о з: прогресивний параліч, циркулярна форма. Маніоформний синдром. Луїс - ранній, прихований.

**Висновки.** Терапевтична тактика при ней-

росифілітичних психозах складається з 2-х етапів:

1. Лікування, направлене на етіологічний фактор;
2. Лікування основного психопатологічного синдрому.

Для редукції психотичних розладів застосовується психофармакотерапія з урахуванням фізичного стану пацієнтів. При параноїдних станах і інших маячних синдромах застосовують антипсихотики (ридазін, трифтазін, азалептин та інші).

При наявності депресії, можна рекомендувати невеликі дози трициклічних антидепресантів (амітриптілін, клофраніл). Враховуючи антихолінергічний ефект трициклічних антидепресантів, перевага надається антидепресантам - селективним інгібіторам зворотного захвату серотоніну (флуоксетин, сертралін). Тривога краще

всього піддається лікуванню невеликими дозами бензодіазепінів (нозепам, мазепам).

У дементних хворих психофармакотерапія застосовується при психомоторних збудженнях, агресії, імпульсивності, нічних блуканнях.

Для боротьби з безсонням застосовують бензодіазепіни короткої дії (нітразепам).

На даному етапі основним етіологічним методом лікування нейросифілісу є пеніциліно-терапія з утворенням "трепонемоцидної концентрації" антибіотика [4].

До цього часу застосовуються також йоди-ди (йодид калію), препарати вісмуту (бійохінол, бісмоверол) і комбінацію вісмуту з антибіотиками.

Серед інших лікувальних методів - психотерапія, реабілітаційні заходи. Загальне правило - терапія повинна бути достатньою і довготривалою.

#### Література:

1. Русских В.Н., Банщиков В.М., Доржжадамба Ш., Русских В.В. Сифилис мозга и сифилитические психозы. Москва- Улан- Батор.1967.
2. Руководство по психиатрии под ред. академика АМН СССР Морозова Г.В. Москва, Медицина. Т.2 стр.72.
3. Руководство по психиатрии под ред академика АМН Снежневского А.В. Т.2. стр. 158.
4. Лосева О.К. Тактамышева Э.Ш. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение. Русский мед. Журнал, 1998. Т.6, № 15, стр.981-984.
5. Руководство по психиатрии под ред. А.С.Тиганова т.2. стр.237.



## ДИТЯЧА ТА ПІДЛІТКОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008

### Психогігієнічні аспекти навчання дітей та підлітків в сучасній школі



МЕШКОВ В.М., ВАСИЛЕНКО О.А.  
Київська міська клінічна  
психоневрологічна лікарня №1.  
Міський науковий інформаційно-  
методичний центр з організації  
психіатричної допомоги

**Резюме.** Изучено физическое и психическое здоровье у детей и подростков на этапе обучения в современной школе, факторы, влияющие на состояние психического здоровья, предложены мероприятия по первичной профилактике.

**Ключевые слова:** психогигиена, школа, физическое и психическое здоровье, дети, подростки, профилактика.

**The summary.** Physical and mental health at children and teenagers on a grade level in modern

to school, social factors influencing on such situation is investigated, the measures on primary preventive maintenance are offered.

**Key words:** psychogigienic, school, physical and mental health, children, teenagers, preventive maintenance.

У системі громадського здоров'я дитячого населення нашої країни проблема психічного здоров'я в останні роки набуває особливої стратегічної ваги і актуальності, оскільки стан здоров'я підростаючого покоління є певною передумовою стану здоров'я населення [1]. Дослідження свідчать, що кількість абсолютно здорового населення в Україні знаходиться в межах 5-7% [2].

Тим часом в останні 10 років наявність негативних тенденцій зниження рівня здоров'я, зростання випадків аддиктивних форм поведінки у школярів динамічно поглиблюється, що свідчить про незадовільний рівень його забезпечення [3, 4, 5]. Не останню роль в цій ситуації відіграє загальноосвітня школа, а також освітні заклади нового типу - ліцеї, гімназії, приватні школи та інші соціальні чинники [6].

У зв'язку з цим, актуальним залишається визначення здоров'я, дане ВООЗ: здоров'я дитини - це стан гармонічного фізичного, розумового і духовного розвитку, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів (визначається чотирма чинниками: спадковістю, оточуючим середовищем, способом життя і турботою про здоров'я. Тому головною метою стратегії охорони здоров'я дітей та підлітків повинно бути поліпшення психосоматичного здоров'я, яке включає емоційну задоволеність, інтелектуальний розвиток і адаптивність [7].

На сучасному етапі проведення постійного моніторингу здоров'я, вивчення впливу чинників оточуючого і соціального середовища на підростаюче покоління в умовах різних форм навчання сучасної школи, удосконалення профілактичних заходів, які направлені на самозбереження індивідуального потенціалу здоров'я, зміцнення психічного здоров'я нації, формування стилю поведінки організму, що

росте, в бік здоров'язберігаючих норм є конче актуальною.

**Метою дослідження** був аналіз літератури з питань впливу різних форм навчання, вивчення стану фізичного, соматичного і психічного здоров'я підростаючого покоління, впливу чинників соціального і оточуючого середовища на організм дітей та підлітків з метою розробки заходів первинної профілактики.

**Об'єктом дослідження** були діти та підлітки, вплив чинників соціального і оточуючого середовища на організм, в умовах навчання у загальноосвітніх школах, стан фізичного, соматичного і психічного здоров'я підростаючого покоління.

**Методи досліджень.** При проведенні дослідження нами були використані соціально-гігієнічні, гігієнічні соціологічні, фізіологічні і клінічні методи дослідження. Використано дані Центру медичної статистики МОЗ України та Міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги населенню КМКПЛ №1.

**Результати дослідження.** Як відомо, дитячий організм дуже чутливий до чинників соціального і оточуючого середовища, мікросередовища сім'ї, умов навчання в школі.

Обстеження загальноосвітніх закладів України в останні роки виявило, що їх стан не відповідає гігієнічним вимогам повноцінного гармонійного розвитку дітей: спортивні зали мають лише 68% шкіл, приміщення для продовженого дня - лише 9%, комп'ютерне обладнання наявне тільки в 75% випадків, а спеціальні комп'ютерні меблі лише в 31% кабінетів. Освітлення шкільних приміщень не відповідає гігієнічним вимогам більше ніж у 20% шкіл [5].

Спостереження свідчать, що формуван-

ня соматопсихічного здоров'я школярів проходить в тісному взаємозв'язку з темпами і рівнем фізичного розвитку, формуванням функціональних резервів організму і становленням процесів адаптації [6].

Аналіз стану фізичного здоров'я дітей та підлітків в Україні (Таб.1), засвідчив, що в 2001 році в "безпечній зоні" знаходились - 18,4% (у яких не виявлялись маніфестовані форми зах-

ворювань і ендogenous фактори ризику), показники були вище за середній і високі, в 2003 році простежувалось їх незначне зростання до - 20,7%. А кількість осіб, у яких простежувалось зниження рівня здоров'я (підвищення впливу ендogenous факторів ризику) і які знаходились в "небезпечній зоні" (нижче за середній і низький) в період з 2001 по 2003 рік, мала тенденцію до зниження з 17,0 до 14,5%.

Таблиця 1

**Показники фізичного здоров'я дітей та підлітків в Україні (За даними Центру медичної статистики МОЗ України)**

Роки	Кількість обстежених		Розподіл обстежених за рівнем здоров'я									
			Низький		Нижчий за середній		Середній		Вищий за середній		Високий	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2001	412462	100	23559	5,7	46752	11,3	266391	64,6	50319	12,2	25433	6,2
2003	456827	100	10818	2,5	55244	12,1	295765	64,7	62767	13,7	32233	7,0

При аналізі показників повторного обстеження дітей та підлітків було встановлено, що в період з 2001 по 2003 рік кількість осіб, які зберегли рівень фізичного здоров'я, в 2001 році складала - 88,5%, в 2003 році знизилась до 87,1%, а кількість осіб, що підвищили свій рівень фізичного здоров'я, дещо збільшилась з 11,5 (2001р.) до 12,9% в 2003 році

Як бачимо, низький адаптивний статус сучасних дітей свідчить про перевагу патогенетичних процесів над саногенетичними в формуванні здоров'я.

За даними вивчення стану здоров'я сучасних школярів контингент дітей з порушеннями у стані здоров'я при вступі до школи становить 20-21%, а вже наприкінці початкової освіти - від 27,8% до 43% [3]. За іншими науковими даними серед учнів початкових класів 30,4 дітей мають хронічні захворювання, тоді як практично здоровими є лише 33,7%, а у решти помічено функціональні відхилення різного характеру.

Практично здоровими закінчують школу лише близько 10,0% учнів, 52,6% - мають серйозні морфофункціональні відхилення, а 36,0-40,0% страждають хронічними захворюваннями [5]. Тільки за час перебування в школі з 1-го по 8 клас кількість здорових дітей зменшується в чотири рази. Сьогодні здоров'я підростаючого покоління за інтегрованими показниками гармонійності фізичного розвитку, фізичної підготовки та фізіологічних резервів адаптації організму викликає серйозну тривогу.

Це вимагає змін методології і принципів диспансеризації дитячого населення. Стає безсумнівною необхідність "превентивної реабілітації" для повернення індивіда в "безпечну зону здоров'я". І тому довготривале і постійне спостереження і визначення рівня здоров'я дає можливість прогнозувати його і коригувати спосіб життя, попереджуючи розвиток захворювань.

Одним з найбільш доступних ефективних і мало затратних заходів в системі охорони здоров'я є активізація фізичного виховання дітей, ос-

ільки оптимальна м'язова активність визначає фізичну витривалість, імунобіологічну стійкість і творчий потенціал. На жаль, цей вид збереження здоров'я використовується малою частиною підростаючого покоління: фізичними аеробними тренуваннями з достатнім навантаженням займаються лише 6 - 8%.

Школа або не сприяє, або руйнує покращенню здоров'я дітей, тобто не виконує одну з основних завдань - збереження і зміцнення здоров'я дитини (Закон України "Про загальну середню освіту", ст.5). Тому в сучасній школі, як ніде, треба пам'ятати про психогігієну, розуміючи під цим системою заходів, направлених на збереження і зміцнення психічного здоров'я, досягнення оптимального функціонування центральної нервової системи учнів. Діти особливо потребують охорони психічного здоров'я, так як в дитячому віці закладаються основи здоров'я.

Спостереження свідчать, що щорічно загальна кількість школярів, яка не відвідує навчальні заклади, складає навколо 30%. Разом з тим, що під виглядом соматичне хворих дітей, можуть прогулювати заняття "бунтарі", особливе місце можуть займати діти, які себе почувають нещасними. Це категорія "шкільних відмовників", які знаходяться в стані "психологічного дискомфорту", депресивні і пасивні, які часто виховуються в невротичних сім'ях [7].

Особливістю, що характеризує стан здоров'я дітей та підлітків, є також зростання поширеності нервово-психічних порушень і захворювань. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність вже сформованих психічних захворювань в дитячому віці становить 10-15%, у підлітковому віці - 20-25%.

Значним тягарем в даних обставинах є те, що в останні десятиріччя з'явилися освітні заклади нового типу - ліцеї, гімназії, приватні школи, освітній ефект в яких досягається за рахунок значного переважання психофізіологічних адаптаційних можливостей організму. Разом з тим, останні роки встановлено, що збільшення інтелекту-



ального навантаження на школярів призводить до погіршення адаптаційних можливостей організму [8,9]. Дослідження свідчать, що однією з поширених першопричин шкільної дезадаптації може бути незбігання учбового навантаження з розумовими можливостями, недостатня сформованість у них інтелектуальних вмінь та навичок [4]. Деякі науковці вважають, що високий інтелект не тільки не сприяє психічній стійкості людини, а призводить до завищеної самооцінки, підвищеної збудливості та напруженості в своєму соціальному оточенні, що сприяє формуванню пограничних розладів [10].

Аналіз свідчить, що в більшості шкіл нового типу вивчення предметів здійснюється в умовах дефіциту учбового часу. Іншими словами, декларована варіативність шкільної освіти звелась переважно до інтенсифікації учбової діяльності учнів.

Результати досліджень вказують на перевиконання навчального тижневого навантаження у дітей та підлітків. Якщо чітко дотримуватись нормування праці, то у дорослих робоча неділя складає 40 робочих годин, у дітей 5-х класів (11 років) - 44 години, 9-х класів (15 років) - 52 години, 11-х класів - 53 години.

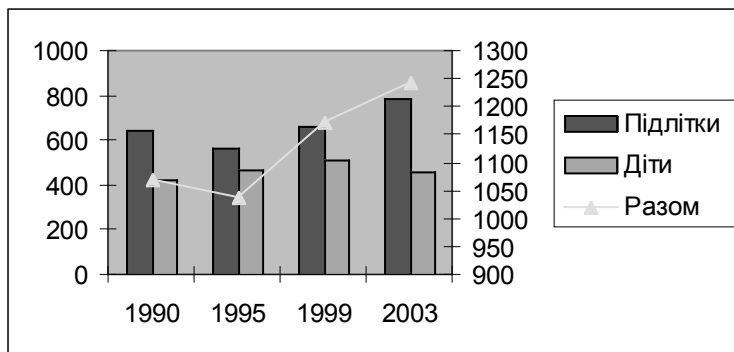
Аналіз свідчить, що в загальній кількості інформації в навчальних програмах творчі пізнання учнів складають всього 2%. Протягом навчання учні в 98 випадків із 100 виконують механічну роботу, запам'ятовуючи факти, закони тощо. В навчальних програмах є велика кількість інформації, яка перетворює дитячу психіку і пам'ять. У 5-11 класах необхідно запам'ятати 1296 різних дат. Щоденно прочитати 23 сторінки навчального тексту (а ще треба

написати, вивчити та запам'ятати).

У зв'язку з інтенсифікацією навчального процесу, особливо в навчальних закладах нового типу, на функціональний стан дитячого організму це вплинуло таким чином: чисельність випадки сильної та вираженої втоми у учнів збільшилась з 10 - 15% (рівень який існував в масових школах) до 40-55% (в гімназіях); частота несприятливих змін артеріального тиску у учню збільшилась з 20% до 30-65% (в окремих гімназіях) [11].

Такий стан сучасної педагогіки призвів до того, що кожному п'ятому учню важко засвоювати навчальний матеріал. У частини дітей розвивається агресія, невдоволеність, почуття заниженої самооцінки, що нерідко виливається у конфліктність між однокласниками, вчителями, батьками. Половина дітей, які мають проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям, схильні до негативних проявів у поведінці. Такі діти втричі частіше від інших піддаються наркотизації. Кожний десятий підліток живе у постійному страху, ще десятій частині шкільної молоді притаманне постійне почуття ненависті. Почуття образи, заздрощів, приниження, характерне для п'ятої частини учнів. Психоемоційний дискомфорт стає найбільш поширеною причиною вживання учнями наркотичних речовин та негативних відхилень у поведінці

Так, аналіз первинної захворюваності психічними і поведінковими розладами серед дітей та підлітків свідчить про зростання показників у дитячопідлітковій популяції в Україні в період з 1990 по 2003 рік у дітей на 33,3 (на 100 000 населення), тобто в 1,07 рази, у підлітків на 140,0 (на 100 000 населення), тобто в 1,21 рази (Мал.1).

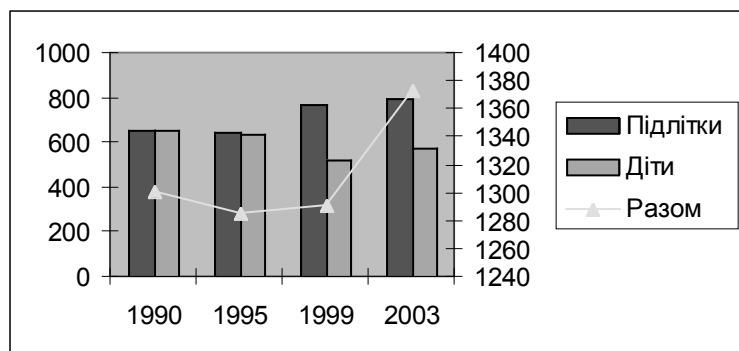


**Мал.1** Динаміка первинної захворюваності на психічні і поведінкові розлади серед дітей та підлітків в Україні та (на 100 000 дитячого населення)

По м. Києву (Мал.2) дані показники в період з 1990 по 2003 рік були дещо вищими і мали іншу тенденцію. Так, у дітей простежувалось динаміч-

не зменшення показника на 79,7 (на 100 000 населення), тобто в 1,13 рази, а підлітків зростання на 72,4 (на 100 000 населення), тобто в 1,05 рази.





**Мал.2** Динаміка первинної захворюваності психічними і поведінковими розладами серед дітей та підлітків в Києві (на 100000 населення)

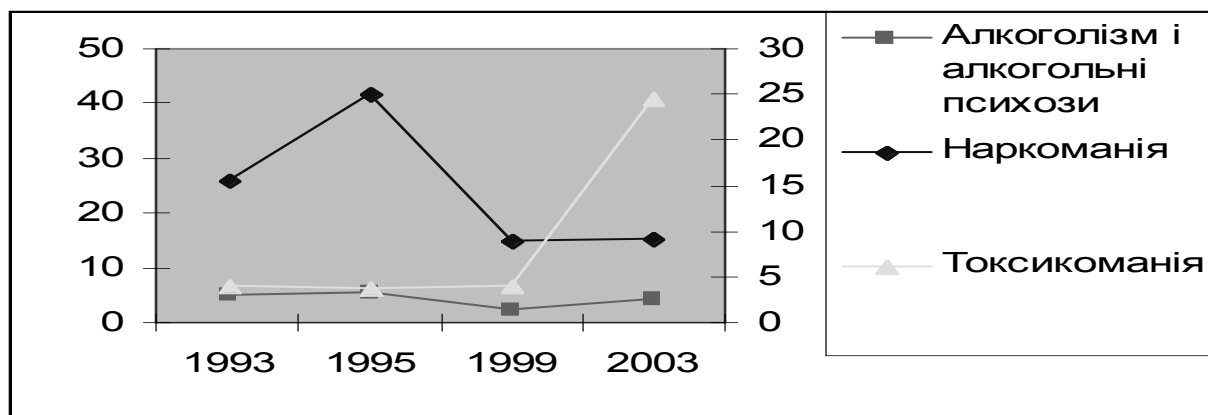
Аналіз структури дитячої і підліткової захворюваності в 2003 році свідчить, що перше місце посідають неспихотичні психічні розлади (діти - 80,2%, підлітки -63,6%), по м. Києву (діти-12,3%), (підлітки-35,1%). Домінуючими серед них були розлади психічного розвитку поведінки і емоцій. Друге місце посідають розумові розлади (діти - 18,5%), (підлітки - 32,2%). В м. Києві (діти-11,2%); (підлітки-29,5%). На третьому місці - розлади психотичного характеру (діти - 1,8%), (підлітки-4,2%). По м.Києву (діти - 0,8%), (підлітки - 1,0% ).

Аналіз свідчить, що показник поширеності великої депресії знаходиться в межах 5-7%. Так, в популяції дітей препубертантного періоду цей показник складає 0,5% - 2,3%. А показник поширеності протягом усього підліткового періоду коливається в межах 15-20% [10].

В численних дослідженнях встановлено зв'язок між суїцидом і депресією, ситуативних реакціями і протестами. У 80% випадків їх джерелом являються внутріш-

ньосімейні конфлікти [4]. Тільки за останній рік кількість суїцидів у дітей віком від 5-14 в м. Києві 67 дітей (2003р.).

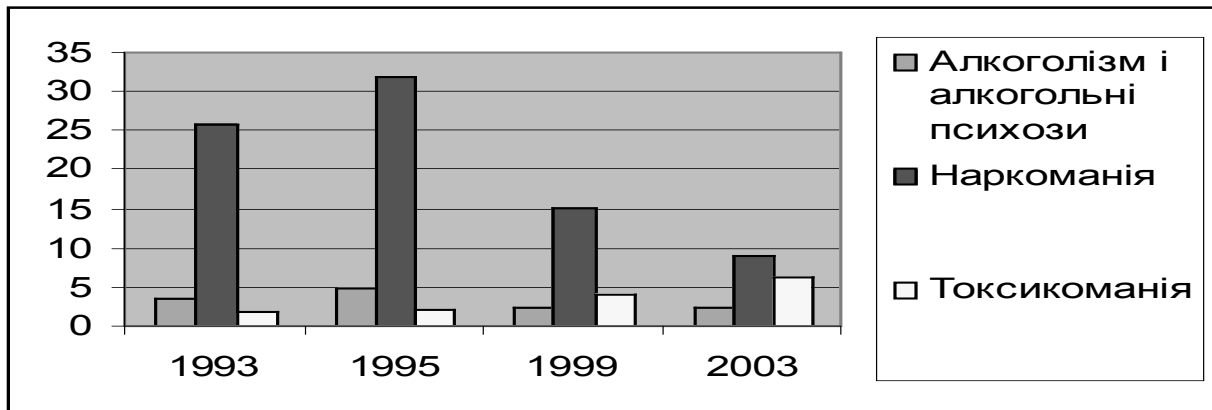
Аналіз динаміки поширеності психічних і поведінкових розладів у підлітків, які обумовлені вживанням психоактивних речовин (Мал.3) свідчить, що показники алкоголізму і алкогольних психозів в період з 1993 по 1995 рік мали тенденцію до незначного збільшення в межах 0,5 (на 100000 населення) і поступове зниження на 1,66 (на 100000 населення) в 2003 році, тобто в 1, 29 разу. Так, поширеність наркоманії в період з 1993 по 1995 рік свідчить, про зростання показника на 15,6 (на 100 000 населення) і зниженням його на 26,13 (на 100000 населення) в 2003 році, тобто в 2,6 разу. Поширеність токсикоманії серед підлітків свідчить, про значне зростання показника в період з 1993 по 2003 рік на 20,6 (на 100000 населення), тобто в 6,15 разу(в поширеності на токсикоманії у підлітків, 70,6% складали - токсикоманії через легкі розчинники.



**Мал.3** Динаміка поширеності психічними і поведінковими розладами у підлітків в Україні, які обумовлені вживанням психоактивних речовин

При аналізі захворюваності (Мал.4) показників алкоголізму і алкогольних психозів простежувалась динаміка до зростання в

період з 1993 по 1995 рік на 0,9 (на 100000 населення) і зниженням його в 2003 році на 2,35 (на 100000 населення), тобто на 1,96 разу.



**Мал.4** Динаміка захворюваності на психічні і поведінкові розлади у підлітків в Україні, які обумовлені вживанням психоактивних речовин

У захворюваності на наркоманію у період 1993 по 1995 рік простежувалась зростання показника на 6,1 (на 100000 населення), зі зниженням показника на 22, 96 (на 100000 населення) в 2003 році, тобто в 3,5 рази (серед яких, в - 71,7% складала опіоїдні наркоманії, 16, 5% - наркоманії від вживання кількох наркотичних речовин, 20% - від галюциногенів, канабіоїдні наркоманії займали - 9,7%).

В токсикоманії, простежувалось поступове динамічне збільшення показника в період з 1993 по 2003 рік на 4,41 (на 100000 населення), тобто в 3,2 рази (серед уперше виявлених захворювань на токсикоманії у підлітків 57,9% складала - токсикоманії через легкі розчинники).

Як бачимо, зростання аддиктивних форм поведінки серед дитячо-підліткової популяції, свідчить про несприятливий стан психічного здоров'я.

Звісно, що перебудову особистості в її спосіб життя може здійснити мотивація, яку вважають одною з фундаментальних категорій в психології. Оцінка мотивів і мотиваційної сфери особистості школяр" під час навчання в школі має важливе значення для прогнозування.

За даними науковців, протягом навчання в школі спостерігається виражена тенденція збільшення кількості мотивів, включеності особистості у систему суспільних відносин [14].

Разом з тим в останні роки простежується зниження послідовного інтересу до навчання, який скоротився з 18 до 6, а близько 50% учнів значною мірою втрачають інтерес до навчання в школі. Що в свою чергу веде до не сформованості мотивів того чи іншого рівня, спостерігається криза мотивації, що веде до зниження ефективності навчання.

Могутнім засобом формування поглядів та мотивації поведінки підростаючого покоління є засоби масової інформації (ЗМІ), в першу чергу телебачення. Спостереження свідчать, що школярі дивляться телевізор або комп'ютер, як мінімум 25 годин кожену неділю або 30% часу, які вони проводять в активному стані [14]. Підліток на момент свого повноліття, за підрахунками фахівців, бачив по телебаченню в середньому 75 тис. сцен, 8 яких фігурує випивка, насилля, секс, а це сприяє формуванню девіантної поведінки. Треба мати на увазі, що входження нашої країни в нову комп'ютерну культуру супроводжується психічними і поведінковими

розладами, які проявляються в патологічній залежності, коли школяр проводить своє життя, поринувши у віртуальну реальність. Це призводить до того, що школярі мало рухаються (особливо в місті), менше спілкуються з батьками та товаришами. Тому, треба враховувати вікові особливості дітей та підлітків і потенційні небезпеки, що криються у захопленні комп'ютером (Інтернетом) у неформованій особистості.

Спостереження показують, що раннє прилучення підростаючого покоління до шкідливих звичок пов'язаних з вживанням психоактивних речовин, що призводить до саморуйнування організму підлітків є несприятливим провісником стану проблеми зі здоров'ям в майбутньому. Причини, що спонукають до мотивації такої поведінки дітей, підлітків та молоді різноманітні: допитливість (у віці старше 12 років), приклад друзів, батьки (зокрема для дітей у віці 12-14 років), як засіб для підтвердження своєї дорослості.

-доведено, що якщо підліток не вживає алкоголь, не захоплюється тютюнокурінням, то ймовірність, що його потягне до наркотиків мізерна (менше 1%);

-девальвація значущості родинних стосунків: тільки до того, щоб вчасно нагодувати, взути та одягнути дитину. Тому на цьому тлі відбувалися негативні зміни в сім'ї, де втрачені патріархальні засади, знижується її цінність. Тому сімейно-педагогічна бездоглядність та занедбаність дітей і підлітків важливі чинники ризику до формуванню здоров'яруйнуючої поведінки;

-особливості кризи підліткового віку це: прагнення останніх до самоствердження у групі, тяжіння до пригод, свободи, утеча від реальності, гіперсексуальність тощо. Бажання підлітків і молоді "йти в ногу з часом" стимулює частину юнаків та дівчат до вживання психоактивних речовин. Поєднання поведінкових чинників ризику, водночас з сучасними тяжкими матеріально-побутовими умовами життя, несприятливим психологічним кліматом в сім'ї і та інше потужний стресогенний чинник, який спонукає до вживання психоактивних речовин. А придбати сьогодні останні не важко: місцями для торгівлі ними стали вулиці, учбові та позашкільні навчальні заклади, місця відпочинку (дискотеки, бари, парки, кафе, нічні клуби) і та інше.

Вирішення даної проблеми повинно йти

через виховний компонент, який займає розділ, пов'язаний з педагогікою, вищий розділом теорії управління. За такий підхід, може слугувати потребо-інформаційна концепція виховання, сутність якої полягає в тому, щоб процес будь-якої діяльності і в тому числі пов'язаний зі станом здоров'я повинен забезпечити потреби індивіда які мають актуальність тільки за умови врахування етапів періодизації розвитку організму людини.

В даному напрямку необхідна розробка єдиних медико-педагогічних програм і концепцій первинної профілактичної діяльності. Причому термін "програми" необхідно використовувати в широкому розумінні, оскільки вона охоплює форми надання інформації про дану проблему і в'яго, що з нею пов'язане, засоби пізнавальної діяльності, методи впливу на мотиви поведінки з метою її корекції. Це завдання як для медиків так і для педагогів.

Таким чином, лише комплексний підхід до проблеми врахуванням медико-соціальних, біологічних, психологічних, юридичних аспектів, а також тісна співпраця медичних та освітніх закладів, кваліфікована підготовка з проблем наркологічної превентології педагогів може в певній мірі загальмувати даний процес.

В цьому напрямку, з метою прищеплення здорового способу життя МОН України 2003-2004 навчальний рік був проголошений "Роком здорового способу життя". Розроблені і затвержені стандарти валеологічного виховання в навчальний процес 12-ти річного навчання. В початковій школі запроваджено предмет "Основи здоров'я", введено 3 обов'язкових уроки фізичної культури на тиждень.

Разом з тим, спостереження свідчать, що впровадження в шкільні програми статевого виховання для молодшої шкільної групи, веде до небезпеки масових сексуальних дисфункцій. Зняття покрову романтичності у відношеннях між чоловіком і жінкою, зведення любовних стосунків до рівня технічних аспектів інтимного зв'язку призводить до

пригнічення еротичного відчуття, а потім до спотворення прийомів статевої потреби та задоволення. А це призводить до прояву душевної кризи.

Для виходу зі становища, що склалося, необхідно:

- При апробації інноваційних педагогічних технологій слід здійснювати тільки за умови відповідного гігієнічного забезпечення;

- Систематично проводити контроль за фізичним, соматичним і психічним станом здоров'я протягом усього перебування в навчальному закладі - тобто моніторинг здоров'я з урахуванням впливу чинників соціального і оточуючого середовища школярів;

- В експериментальних загальноосвітніх навчальних закладах посаду шкільного психолога повинен обіймати фіхівець медичного профілю (медичний психолог);

- Постійне проведення соціально-психологічних зрізів для виявлення аддиктивної патології та їх механізмів в навчальних закладах (різних типів) на регіональних рівнях. Розвиток дитячо-підліткового наркологічного превентивного напрямку;

- У первинній профілактиці поведінкових факторів ризику, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин можна поділити на дві основні групи: на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги, які направлені на оздоровлення дитячої популяції, на виявлення і подальшому супроводженні дітей та підлітків з високим фактором ризику. Застереження початку контакту з чинниками ризику; для осіб, які мають шкідливі звички - повна відмова;

- Комплексної взаємодії лікарів, педагогів з видалення факторів, які сприяють виникненню здоров'яруйнуючої поведінки, що дозволить підвищити рівень їх психічного здоров'я. Психогігієнічне виховання підлітків і батьків, підвищенню рівня культури сімейного виховання.

#### Література:

1. Коренев Н.М. Актуальные проблемы здоровья подростков//Международный медицинский журнал. - 2000, - №1, - С.13-15.
2. Апанасенко Г.Л.Часть II: Индивидуальное здоровье: Сущность, диагностика, феноменология // Медицинский всевіт. - 2002.- № 2.- С.117-123.
3. Концептуальні питання розвитку гігієни дітей та підлітків на сучасному етапі/ В.І.Берзінь, Р.Т.Бевз, М.М.Баранова та інші// Гігієнічна наука та практика на рубежі століть: Матеріали Х1V з'їзду гігієністів України 19-21 травня, Дніпропетровськ/ Під ред. Ю.І Кундієва та інших - К., 2004,- С.217-218.
4. Юр'єва Л.М. Історія. Культура. Психічні розлади та розлади поведінки. К.: Сфера.2002.- 314с.
5. Вієвський А.М. Наркологічні проблеми з позиції соціальної оцінки. Підходи вирішення.\\ Охорона здоров'я України,2002,-№1(4),- С. 56-61.
6. Куинджи Н.Н.,Степанова М.И. Гигиеническая характеристика современных форм и методов обучения//Российский педиатрический журнал,- 2004,-№4,- С.58-61.
7. Школа и психическое здоровье учащихся/Под ред. С.М. Громбаха.М.: "Медицина", 1988,- с.272с.
8. Гігієнічні проблеми збереження здоров'я дітей в умовах реформування освіти/Н.С.Полька,Н.В.Сисоєнко, Г.М.Єременко та інші //Гігієнічна наука та практика на рубежі століть: Матеріали Х1V з'їзду гігієністів України 19-21 травня, Дніпропетровськ/ За ред. Ю.І Кундієва та інших - К., 2004,- С.198-200.
9. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей та підлітків як гігієнічна проблема: методологічні та прикладні аспекти (огляд літератури)/Є.Г. Гончарук, В.Г. Бардов, І.В. Сергета, С.Т. Омельчук //Журн. АМН України,- 2003,- Т9,- №3,- С.523-541.
10. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р., Оксфордський посібник з психіатрії:Пер. з англ.: Сфера, 1999, Том 2. - 436с.
11. Табачников А.Е. Показатели интеллекта при пограничных расстройствах у подростков//Таврический журнал психиатрии, 1999, том 3, №1(8)-2(9),-С.56-59.
12. Крук И.В. Клинико-психопатологические аспекты состояния учебной деятельности. Автореф. дис. д.м.н.-1995.
13. Психология одаренных детей и подростков/Под ред Н.С.Лейтесаю Академия, - 1996, - 416с.
14. Ковалев А.И. Мотивы поведения и деятельности.- М.: "Наука",-1988, - 192с.
15. Peter Byrre. Psychiatry and the media// Advances in Psychiatric Treatment, 2003,- vol.9,-pp.135-143.



## Взаимосвязи нейропсихологических показателей и метаболизма мозга у лиц пожилого возраста

В.В. КУЗНЕЦОВ

отдел сосудистой патологии головного мозга Института геронтологии АМН Украины, г. Киев

**Резюме.** В статье дан анализ работ по изучению взаимосвязи возрастных особенностей психоэмоциональной, интеллектуальной деятельности и морфологических изменений мозга при старении. Представлены результаты собственных исследований структуры взаимоотношений состояния метаболизма в сером и белом веществе головного мозга (содержание N-ацетиласпартата, креатина, холина), нейропсихологических характеристик и мнестических процессов у лиц пожилого возраста. Установлено, что у лиц пожилого возраста показатели умственной работоспособности коррелируют с содержанием основных метаболитов в ЦНС.

**Ключевые слова:** старение, метаболизм мозга, умственная работоспособность, депрессивность.

**Summary.** Study has been undertaken on the interrelations, as a function of age, between psychoemotional and intellectual activities and morphological changes of the brain in aging. The author's own result of study on the structure of correlations between white and gray matter metabolism (N-acetylaspertate, creatine and choline contents), neuropsychological characteristics and mnesic processes in elderly subjects are presented. It has been found that in the elderly persons the indices of mental working ability correlate with the CNS contents of major brain metabolites.

**Key words:** aging, brain metabolism, mental working ability, depression.

Старение характеризуется расстройствами познавательных функций и снижением рабочей памяти. Несмотря на многочисленные исследования по анализу зависимости когнитивных функций и структуры мозга у пациентов с различными формами деменции, только некоторые исследования были выполнены на выборках здоровых людей, и результаты этих исследований во многом противоречивы.

Шесть из девяти таких исследований, касавшихся сопоставления размеров желудочков мозга и познавательных функций не установили функционально-морфологической связи. В трех исследованиях по корреляции показателей нейропсихологического тестирования (Trail Making Test, Digit Symbol, Block Design subtest of Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) и Visual Reproduction subtest of the Wechsler Memory Scale) [17, 18] и морфометрии отмечено наличие связи ряда психологических показателей с размерами желудочков. Была выявлена отрицательная корреляция после поправки на возраст между символьно-цифровым тестом (WAIS) и размерами боковых желудочков, измерявшихся с использованием планиметрического метода ( $r = -0.40$ ). На выборке пожилых лиц [19] установлена по данным КТ отрицательная корреляция между показателями наборов нейропсихологических тестов и линейными размерами боковых желудочков и объемом силвиевой борозды, но влияние возраста не было учтено.

Ряд исследований были посвящены изу-

чению соотношения между общими паренхиматозными измерениями и познавательными функциями после поправки на возраст. Не найдено существенной корреляции между тестами на память и ориентацию и величиной корковой атрофии на КТ у пожилых лиц. В то же время, внутриварные различия объема мозга на МРТ были связаны с внутриварными различиями в функции памяти у 74 пожилых мужских пар близнецов [5].

Исследования последних лет установлены соотношения в относительно молодых выборках между IQ и общим и регионарным мозговым объемом. В более старшей возрастной группе не обнаружено взаимосвязи между IQ и общим и регионарным мозговым объемом однако полушарная асимметрия (левое больше правого) коррелировала с IQ [14].

Акцент при изучении взаимосвязи размеров мозга с нейропсихологическими функциями и возрастными изменениями мозговой структуры делался на анализе состояния памяти и морфо-функциональной организации височной доли. У пожилых лиц с гиппокампальной атрофией хуже показатели оперативной памяти, но различий в кратковременной вербальной памяти не выявлено [7]. Лонгитудинальное наблюдение за этой категорией больных в течение 3,8 лет показали, что у лиц с показателем по Global Deterioration Scale до 3 баллов объем гиппокампа уменьшен. В исследованиях на 40 здоровых пожилых добровольцах, [1] установлена связь между наличием амигдало-гиппокампальной атрофии на

MPT и более низкими показателями по шкале Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), обусловленными наиболее низким баллом по субшкале памяти. На основании комплексного MPT и нейропсихологического обследования 26 здоровых лиц пожилого возраста в течение 7 лет установлена тенденция к негативной ассоциации между объемом гиппокампа и задержкой вербального воспоминания по California Verbal Learning Test, при этом не было связи со зрительными воспоминаниями (the Wechsler Memory Scale) или показателями по Mattis Dementia Rating Scale [8]. Объем парагиппокампальной извилины не был связан ни с одним из этих критериев. Не установлено связи между объемами гиппокампа и парагиппокампа на MPT и критериями памяти в выборке 95 здоровых взрослых. В исследованиях на пожилых лицах [11] определили уменьшение объема гиппокампа и снижение гиппокамп-зависимой памяти у лиц со значительным повышением уровня кортизола в сыворотке крови.

Авторы считали, что повышенный уровень глюкокортикоидов, которые, как известно, являются токсичными для клеток гиппокампа у животных, могут также аналогично вызывать гиппокампальную атрофию и дисфункцию у пожилых людей.

Относительно других структур мозга [15] установлена у женщин корреляция между объемом мозолистого тела и показателями по Visual Reproduction portion of the Wechsler Memory Scale. Не обнаружено связи пола с показателями по Logical Memory portion в этом тесте или с показателями по Block Design subtest of the WAIS.

Не выявлено корреляции между IQ и объемом базальных ганглиев у 15 взрослых добровольцев мужского пола. В [13] установлена связь между объемом обработки визуальной информации, невербальной рабочей памятью и префронтальной корковой атрофией по данным MPT.

В последнее время проведено изучение корреляции нейропсихологических показателей с данными e4 аллели аполипопротеина E в аспекте риска развития болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. Обнаружено, что по тестам обучения и памяти пожилые недементные apoE-носители показывают худшие результаты, чем неносители, но в то же время группы не отличались по критериям расширения борозд и желудочков, объемам гиппокампа и парагиппокампа, а также степенью подкорковой MPT гиперинтенсивности. В тот же время при изучении пожилых близнецов без деменции [12] не выявили нейропсихологических различий между apoE-носителями и неносителями, хотя в первой группе отмечено уменьшение объемов правого и левого гиппокампа.

Многочисленные MPT исследования продемонстрировали, что при старении увеличивается распространенность субкортикальной гиперинтенсивности (гиперинтенсив-

ный сигнал на T-взвешенном изображении) [16]. В исследованиях на здоровых взрослых субкортикальная гиперинтенсивность была представлена глубоко в белом веществе у 64,0 %, в перивентрикулярном белом веществе - у 12,0%, в базальных ганглиях - у 12,0%, в таламусе у - 5%, и в мосту у - 21,3%. Выраженность гиперинтенсивности повышается от 5% до 9% за год и зависит от вовлекаемого региона.

Результаты большого количества исследований свидетельствуют о связи между познавательными функциями и изменениями в подкорковом белом веществе при нормальном старении. В то же время имеются работы, в которых не установлена связь между субкортикальной гиперинтенсивностью и величинами шкал, оценивающими деменцию. Позитивные результаты проявлялись в исследованиях, использующих более тонкие нейропсихологические тесты, характеризующие функции лобных долей [3]. В частности, изучалась зависимость между выраженностью подкорковой гиперинтенсивности на MPT и двумя нейропсихологическими тестами - Benton Facial Recognition Test [2] и WAIS - R, Digit Symbol. Данная модель была выбрана потому, что эти тесты наиболее часто использовались в исследованиях для оценки связи их с субкортикальной гиперинтенсивностью и считались приоритетными.

Выявлено, что результаты обоих тестов статистически достоверно коррелировали с возрастом и образованием, но не обнаружено связи с наличием подкорковой гиперинтенсивности. Большинство лиц имели относительно умеренные показатели подкорковой гиперинтенсивности, однако, весьма вероятно, что значительно более выраженные структурные изменения могли бы быть связаны с познавательными функциями иначе, чем у здоровых взрослых лиц [3]. Действительно, обширные повреждения подкоркового белого вещества прервали бы лобно-подкорковые ассоциативные связи и, возможно, обеспечили бы анатомический субстрат нарушений психической деятельности при старении. Другими словами, взаимоотношения между подкорковой гиперинтенсивностью и когнитивными нарушениями при неврологических и психических заболеваниях и при нормальном старении могут иметь разные механизмы.

Необходимо продолжать исследования для выявления связи между структурой мозга, психическими функциями и познавательными способностями.

В изучении функционального состояния ЦНС в различные возрастные периоды одно из главных мест занимает магнитно-резонансная спектроскопия (MPC) головного мозга.

Среди случаев применения MPC, позволивших получить дополнительную, по сравнению с традиционным МР-томографическим исследованием, информацию о состоянии пациента, о стадии развития патологического

процесса и о возможности восстановления утраченных вследствие болезни функций органов и систем.

В настоящее время состояние ЯМР-спектроскопии *in vivo* отвечает стадии накопления большого материала для различных применений неинвазивного, высокоточного и достаточно быстрого метода, позволяющего выявить связь между изменением метаболического состава биологической ткани и функциями органов и организма в целом как в процессе развития болезни, так и в результате лечения. Этот метод значительно расширяет возможности визуальной диагностики и, в совокупности с разнообразными клиническими лабораторными методами, позволяет более точно изучать метаболические и функциональные связи, существующие в организме.

Основными метаболитами, наблюдаемыми в спектрах ЯМР ткани головного мозга и используемыми в клинических исследованиях, являются N-ацетиласпартат (NAA), холин (Cho), креатин (Cr), глутамин (Gln), глутамат (Glt), миоинозитол (mIns), а также лактат. Положение спектральной линии (химический сдвиг - , м. д.) зависит от химического окружения соответствующей функциональной группы, а амплитуда сигнала в спектре ЯМР - от количества функциональных групп в каждой из молекул и от концентрации данного метаболита. Так, содержание N-ацетиласпартата, являющегося маркером функциональной активности нейронов, в сером веществе выше, чем в белом. В работах [4] на экспериментальной модели было показано, что N-ацетиласпартат находится в основном внутри клеток - нейронов - и практически отсутствует во внеклеточном пространстве. В комплексе с глутаматом - важнейшим трансмисмиттером ЦНС - N-ацетиласпартат существует в виде NAA/Glt, и именно этот комплекс выполняет функцию накопления глутамата в клетках. Установлено, что NAA/Glt выполняет протекторные и антиоксидантные функции. Согласно данным [6] амплитуда пика N-ацетиласпартата ( = 2.02 м. д.) характеризует эффективность проводимой терапии и активный процесс восстановления функций головного мозга.

Креатин и креатинфосфат проявляются в спектрах в виде синглета, = 3.04 м. д. [9]. Креатин частично поступает с пищей, а также синтезируется в печени, почках, поджелудочной железе. Метаболическими предшественниками креатина являются аргинин, глицин и 5-аденозилметионин. Соединяясь с фосфатной группой, креатинфосфат выступает в качестве аккумулятора энергии в нейронах и мышцах, выполняя функции буфера для АТФ и АДФ. Фермент креатинкиназа синтезирует креатинфосфат (КФ) и аденозинтрифосфат (АТФ) из креатина, причем активность этого фермента наиболее велика в тканях головного мозга и мышцах, что обусловлено их высоким уровнем энергопотребления. Спектроскопическими исследованиями установлено, что значение отношения креатин/креатин-

фосфат, за исключением опухолевой ткани и областей ишемического поражения головного мозга, является постоянной величиной, так что сигнал креатина может быть использован в качестве внутреннего стандарта для количественного определения содержания остальных метаболитов. Сигналы креатина и креатинфосфата в спектрах ЯМР совпадают по химическому сдвигу и проявляются в виде одного сигнала, т.е. по спектрам находится суммарное содержание креатиновых соединений.

Сигнал холина наблюдается в спектрах при  $\tau = 3.22$  м.д. Так как сигналы N=CH<sub>3</sub>-групп холин-содержащих молекул совпадают по химическому сдвигу, сигнал при 3.22 м.д. нельзя отнести к определенному соединению и интенсивность этого пика определяет суммарное содержание холиновых соединений [10]. Концентрации различных холинсодержащих соединений в мозге настолько малы, что определить содержание индивидуальных соединений по сигналам других функциональных групп в спектре невозможно. Основные холин-содержащие соединения - ацетилхолин и фосфатидилхолин, причем последний является структурным компонентом клеточных мембран.

Большая часть сигналов, наблюдаемых в спектрах ЯМР *in vivo*, относится к таким аминокислотам, как глутамин и глутамат, а также одному из основных нейротрансмисмиттеров - ГАМК (?-аминомасляная кислота). Резонансные линии  $\nu$ - и  $\tau$ -протонов метильных групп глутамина и глутамата наблюдаются в интервале 2.1 - 2.5 м.д., а  $\tau$ -протонов метильных групп - при 3.8 м.д. Количественное содержание глутамина определяется по интегральной интенсивности его  $\nu$ -CH<sub>3</sub> группы, наблюдаемой при 2.45 м.д. Установлена положительная корреляция между содержанием N-ацетиласпартата в гиппокампе и показателями кратковременной памяти, между уровнем креатинина и умственной работоспособностью. В последние годы ряд исследователей провели анализ взаимоотношений между показателями психоэмоциональной деятельности и метаболизмом мозга при старении.

#### Материалы и методы.

Комплексное МРТ, МРС и нейропсихологическое исследование проведено у 46 человек пожилого возраста (средний возраст 65,2 $\pm$ 1,4 лет). Метаболизм мозга исследовался методом <sup>1</sup>H МРС. <sup>1</sup>H спектры *in vivo* получены на томографе 1.5 T Magnetom Vision Plus (SIEMENS).

Для оценки профиля личности индивидуума применяли тест MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник), включающий как характеристику психоэмоционального состояния, так и общую структуру психологических свойств испытуемого.

С целью оценки функционального состояния ЦНС использовались следующие методики. Исследование моторного темпа и умственной работоспособности с помощью таблиц Шульте, для оценки сенсомоторного тем-

па, активного внимания, тренируемости и утомляемости обследуемым отыскиваются числа по порядку. Регистрируется общее время выполнения задания и время, затраченное на каждую таблицу с учетом пауз в работе, что дает возможность построить кривую умственной работоспособности.

Проба на запоминание 8 чисел применяется для исследования кратковременной зрительной памяти.

Проба на запоминание 10 слов применяется для исследования слуховой памяти. Исследователь зачитывает вслух 10 одно-

ложных слов, которые пациент должен воспроизвести. Используется 10 предъявлений. Фиксируется число воспроизведенных слов. Оценивается общее количество слов, которое запомнил испытуемый за все предъявления.

Субтест кодирования (символ-цифровой тест) относится к невербальным заданиям методики оценки интеллекта по Векслеру. Требуется, прежде всего, сохранения визуальной перцепции и праксиса, зрительно-моторной координации, точности и быстроты реакций. Характеризует зрительную память, обучаемость и активность испытуемого.

### Структура взаимосвязи нейропсихологических показателей и метаболического состояния мозга у лиц пожилого возраста

Результаты обследования выборки практически здоровых пожилых лиц старше 60 лет представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

#### Средние данные нейропсихологического обследования

Показатели	мужчины	женщины
моторный темп, с	10,7 $\pm$ 0,7	10,9 $\pm$ 1,1
умственная работоспособность, с	541 $\pm$ 53,6	589 $\pm$ 47,9
память на цифры, кол-во предъявлений	2,9 $\pm$ 0,7	2,6 $\pm$ 0,9
память на слова, кол-во слов	83,1 $\pm$ 6,4	87 $\pm$ 2,3
символ-цифровой тест, баллы	38,1 $\pm$ 5,3	34,4 $\pm$ 4,8
тест MMSE, баллы	29,1 $\pm$ 0,4	29,3 $\pm$ 0,2

Таблица 2

#### Средние показатели по шкалам теста MMPI у практически здоровых лиц старше 60 лет

Показатели	мужчины	женщины
ипохондрия	16,1 $\pm$ 2,0	20 $\pm$ 1,2
депрессия	27,4 $\pm$ 1,8	28,4 $\pm$ 1,6
истероидность	21,8 $\pm$ 2,3	23,4 $\pm$ 1,4
психопатичность	23,6 $\pm$ 2,0	21,9 $\pm$ 0,8
мужественность, женственность	28,7 $\pm$ 0,8	29,6 $\pm$ 1,1
параноидность	10,07 $\pm$ 1,0	10,1 $\pm$ 0,7
психастеничность	30,6 $\pm$ 2,5	29 $\pm$ 1,6
шизоидность	31,1 $\pm$ 1,8	27,4 $\pm$ 1,4
маниакальность	16,7 $\pm$ 1,4	15,9 $\pm$ 1,1
социальная интраверсия	36,4 $\pm$ 2,4	32,9 $\pm$ 2,9

Как видно из таблиц, половые различия не выявлены. Полученные результаты обследования данной выборки (36 чел.) не отличаются от популяционных данных (выборка 289 чел.), полученных ранее по представленным показателям [1]. Результаты нейропсихологического и психологического обследования представляют интерес с точки зрения проведения корреляционного анализа между отдельными показателями. Наибольшая значимость с возрастом установлена для показателей умственной работоспособности, символ-цифрового теста, уровня депрессии. Между этими пока-

зателями проведен корреляционный анализ, который показал следующее: между умственной работоспособностью и символ-цифровым тестом корреляция составляет  $K = -0,79 \pm 0,20$  ( $p < 0,01$ ). Между умственной работоспособностью и депрессией  $K = 0,16 \pm 0,26$  ( $p > 0,1$ ). Между символ-цифровым тестом и депрессией  $K = -0,14 \pm 0,26$  ( $p > 0,1$ ). Представляет интерес провести корреляционный анализ между нейропсихологическими и психологическими характеристиками и количественными показателями метаболизма мозга, полученными с помощью МРС (таблица 3, 4).



Представленные коэффициенты корреляции не достигают уровня статистической значимости из-за малочисленности выборки, однако, прослеживается четкая закономерность, выражаемая в том, что в левом полушарии корреляция более выраженная, чем в правом и с уровнем депрессии метаболиты коррелируют отрицательно, а с умственной работоспособностью - положительно. Работа в этом направлении должна быть продолжена.

Итак, у лиц пожилого возраста показатели умственной работоспособности положительно коррелируют с содержанием NAA, креатина, холина в сером веществе затылочной области и отрицательно с содержанием этих метаболитов в белом веществе лобной области. Степень корреляции умственной работоспособности с содержанием NAA, креатина, холина высокая в правом полушарии.

Уровень депрессии отрицательно коррелирует с содержанием NAA, креатина, холина в белом веществе лобной области и сером веществе затылочной области головного мозга. Степень корреляции уровня депрессии и содержания NAA, креатина, холина более значительна в белом веществе затылочной области.

#### **Выводы.**

У лиц пожилого возраста показатели умственной работоспособности положительно коррелируют с содержанием NAA, креатина, холина в сером веществе затылочной области и отрицательно с содержанием этих метаболитов в белом веществе лобной области.

Степень корреляции умственной работоспособности с содержанием NAA, креатина, холина высокая в правом полушарии.

Уровень депрессии отрицательно коррелирует с содержанием NAA, креатина, холина в белом веществе лобной области и сером веществе затылочной области головного мозга.

Степень корреляции уровня депрессии и содержания NAA, креатина, холина более значительна в белом веществе лобной области.

Таблиця 3

**Корреляция между показателями умственной работоспособности и характеристиками метаболизма мозга по данным МРС у лиц старше 60 лет**

Метаболические показатели	Области мозга			
	затылочная		лобная	
	левое полушарие	правое полушарие	левое полушарие	правое полушарие
NAA	0,93	0,41	-0,77	-0,49
Cr	0,96	0,48	-0,53	-0,09
Cho	0,66	0,38	-0,65	-0,99

Таблиця 4

**Корреляция между уровнем депрессии и характеристиками метаболизма мозга по данным МРТ**

Показатели метаболизма	Области мозга			
	Затылочная		Лобная	
	Левое полушарие	Правое полушарие	Левое полушарие	Правое полушарие
NAA	-0,47	-0,28	-0,97	-0,99
Cr	-0,34	-0,13	-0,99	-0,93
Cho	-0,13	0,47	-0,99	-0,71

Представленные коэффициенты корреляции не достигают уровня статистической значимости из-за малочисленности выборки, однако, прослеживается четкая закономерность, выражаемая в том, что в левом полушарии корреляция более выраженная, чем в правом и с уровнем депрессии метаболиты коррелируют отрицательно, а с умственной работоспособностью - положительно. Работа в этом направлении должна быть продолжена.

Итак, у лиц пожилого возраста показатели умственной работоспособности положительно коррелируют с содержанием NAA, креатина, холина в сером веществе затылочной области и отрицательно с содержанием этих метаболитов в белом веществе лобной области. Степень корреляции умственной работоспособности с содержанием NAA, креатина, холина высокая в правом полушарии.

Уровень депрессии отрицательно коррелирует с содержанием NAA, креатина, холина в белом веществе лобной области и сером

веществе затылочной области головного мозга. Степень корреляции уровня депрессии и содержания NAA, креатина, холина более значительна в белом веществе затылочной области.

#### **Выводы**

У лиц пожилого возраста показатели умственной работоспособности положительно коррелируют с содержанием NAA, креатина, холина в сером веществе затылочной области и отрицательно с содержанием этих метаболитов в белом веществе лобной области.

Степень корреляции умственной работоспособности с содержанием NAA, креатина, холина высокая в правом полушарии.

Уровень депрессии отрицательно коррелирует с содержанием NAA, креатина, холина в белом веществе лобной области и сером веществе затылочной области головного мозга.

Степень корреляции уровня депрессии и содержания NAA, креатина, холина более значительна в белом веществе лобной области.

#### **Литература:**

1. Полюхов А.М., Гребельник В.И., Бачинская Н.Ю., Бутенко Г.М., Зайченко А.П. Физиологические корреляты депрессивных состояний при старении // Проблемы старения и долголетия. - 1993. - Т. 3, № 4. - С.332-338.
2. O'Brien J.T., Desmond P., Ames D. et al. Magnetic resonance imaging correlates of memory impairment in the healthy elderly: association with medial temporal lobe atrophy but not white matter lesions. // Int. J. Geriatr. Psychiatry. - 1997. - 12. - P. 369-374.
3. Benton A. L., Hamsher K. deS. Varney N. R. et al. Contributions to Neuropsychological Assessment: a Clinical Manual. // New-York, Oxford University Press. - 1983.
4. Boone K. B., Miller B. L., Lesser I. M. et al. Neuropsychological correlates of white-matter lesions in healthy elderly subjects. // Arch. Neurol. - 1992. - 49. - P. 549-554.
5. Bottomley P.A. Human in vivo NMR spectroscopy in diagnostic medicine: clinical tool or research probe? // Radiology. - 1989. - 170. - P. 1-15

6. Carmelli D., Swan G. E., Reed X. et al. Midlife cardiovascular risk factors and brain morphology in identical older male twins. // *Neurology*. - 1999. - 52. - P. 1119-1124.
7. Choi D.W. Glutamate neurotoxicity and diseases of the nervous system. // *Neuron*. - 1988. - 1. - P. 623-634.
8. Golomb J., de Leon M. I., Kluger A. et al. Hippocampal atrophy in normal aging: an association with recent memory impairment. // *Arch. Neurol.* - 1993. - 50. - P. 967-973.
9. Kohler S., Black S. F., Sinden M. et al. Memory impairments associated with hippocampal versus parahippocampal-gyrus atrophy: an MR volumetry study in Alzheimer's disease. // *Neuropsychologia*. - 1998. - 36. - P. 901-914.
10. Lenkinski R.E., RSNA Categorical Course in Physics: The basic Physics of MR Imaging, 1997. - P. 163-174.
11. Lenkinski R.E., Schnall M.D. MR spectroscopy and the biochemical basis for neurological disease. In: Atlas SW, ed. *Magnetic resonance of the CNS*. // NY: Raven. - 1995. - P. 1619- 1653.
12. Lupien S. J., de Leon M., de Santi S. et al. Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. // *Nature Neuroscience*. - 1998. - 1. - P. 69-73.
13. Plassman B. L., Welsh-Bohmer K. A., Bigler E. D. et al. Apolipoprotein E e4 allele and hippocampal volume in twins with normal cognition. // *Neurology*. - 1997. - 48. - P. 985-989
14. Raz N., Dupuis J. H., Briggs S. D. et al. Differential effects of age and sex on the cerebellar hemispheres and the vermis: a prospective MR study. // *AJNR Am. J. Neuroradiol.* - 1998. - 19. - P. 65-71.
15. Raz N., Torres I. J., Spencer W. D. et al. Neuroanatomical correlates of age-sensitive and age-invariant cognitive abilities: an in vivo MRI investigation. // *Intelligence*. - 1993b. - 17. - P. 407-422.
16. Soininen H., Puranen M., Riekkinen P. J. Computed tomography findings in senile dementia and normal aging. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. - 1982. - 45. - P. 50-54.
17. Sullivan E. V., Shear P. K., Mathalon D. et al. Greater abnormalities of brain cerebrospinal fluid volumes in younger than in older patients with Alzheimer's disease. // *Arch. Neurol.* - 1993. - 50. - P. 359-373.
18. Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use.// *J. Psychol.* - 1945. - 19. - P. 87-95.
19. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale. // New York, Psychological Corporation. - 1955.
20. Willerman L., Schultz R., Rugledge J. N. et al. In vivo brains and intelligence. // *Intelligence*. - 1991. - 15. - P. 223-228.

## **ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

УДК 616.89-02:547.262-08:615.214.2

### **Применение глутаргина в комплексной терапии острых алкогольных психозов**

<sup>1</sup>В.Н. КУЗЬМИНОВ, <sup>1</sup>А.Н. БАЧЕРИКОВ,

<sup>2</sup>П.Т. ПЕТРЮК, <sup>2</sup>Н.П. ЮРЧЕНКО

<sup>1</sup>Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,

<sup>2</sup>Харьковская городская клиническая психиатрическая больница №15 (Сабурова дача), г. Харьков

#### **Резюме.**

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування та побічних дій глутаргіну при призначенні хворим із алкогольними психозами. Було обстежено 80 пацієнтів з гострим алкогольним психозом. Показаннями до призначення глутаргіну були токсичні ураження та функціональна недостатність печінки, котрі суттєво впливали та погіршували прогноз захворювання. Було зроблено висновок, що застосування глутаргіну суттєво поліпшувало перебіг гострого психозу та не мало значимих побічних дій.

**Ключові слова:** гострі алкогольні психози, глутаргін, показання до призначення.

**Summary:** The aim of the investigation was examination efficacy of using and side effects of glutar-ginum due to prescription for patients with recent history of acute alcoholic psychosis. 80 patients were ex-aminied with acute alcoholic psychosis. The evidences for prescriptions were toxic disturbance and insufficiency of function liver, which change for the worse prognosis of acute psychosis. The conclusion that pre-scription of glutarginum improve the current of disease and haven't significant implication was done.

**Key words:** acute alcoholic psychosis, glutarginum, evidences for prescription.

Проблема острых алкогольных психозов продолжает оставаться в центре внимания врачей. Это обусловлено огромным количеством больных с алкогольной зависимостью и большой распространенностью алкогольных психозов до 3, 3 на 10 000 населения в Украине, а также высокой смертностью больных (около 3,0% в Украине) в состоянии алкогольного психоза (статистические данные за 2003 год). Показатель смертности до 5,0% от алкогольного делирия отмечается и зарубежными авторами. Реальная распространенность алкогольных психозов выше, так как легкие формы алкогольного делирия могут оставаться вне поля зрения соответствующих врачей специалистов (соотношение непсихотических форм алкоголизма и лиц, перенесших алкогольный психоз, по данным ВОЗ, составляет 1:10) [1].

В большинстве случаев острые алкогольные психозы развиваются в состоянии от-

мены и трактуются в соответствии с МКБ-10 как F 10.4 - состояние отмены алкоголя с делирием. При этом в ряде случаев имеют место соматогенные психозы у больных с зависимостью от алкоголя (рубрики F 05, F 06 МКБ-10). Трудности дифференциального диагноза этих психозов общеизвестны. Тяжесть психоза во многом определяется сопутствующими соматическими заболеваниями, алкогольной, печеночной и травматической энцефалопатией, а также судорожным синдромом, которые имеют тенденцию к декомпенсации в состоянии отмены. В патогенезе развития психоза большую роль играют нарушения обмена, связанные с патологией печени (нарушения гликолиза и утилизации глюкозы клетками головного мозга, накопление глутамата в клетках мозга, нарушения нейтролиза и выведения из организма продуктов белкового обмена) [2]. Заболевания печени при алкоголизме разнообразны. Выде-

ляют три основные формы патологии печени у больных с зависимостью от алкоголя: жировая дистрофия, гепатит и цирроз. При прогрессировании алкоголизма эти формы могут сменять друг друга в направлении утяжеления от жировой дистрофии к циррозу. Декомпенсация этих заболеваний, функциональная недостаточность печени наиболее остро проявляется в конце запоев или периодов длительного систематического употребления алкоголя и является одним из важнейших факторов тяжести состояния больных. В патогенезе психических расстройств алкогольных психозов большое внимание уделяют нарушениям гликолиза и утилизации глюкозы клетками головного мозга, недостаточности холинергической медиации и изменению обмена катехоламинов, в первую очередь дофамина, с накоплением глутамата в клетках мозга, нарушениями нейтрализации и выведения из организма продуктов белкового обмена (аммиака). При затяжном течении алкогольного делирия в большинстве случаев имеет место полиорганная недостаточность. При этом, фактором ее декомпенсации является нарушение центральной регуляции [3, 4].

В лечении алкогольного делирия важную роль играет купирование психомоторного возбуждения, что часто требует назначения высоких доз психотропных препаратов. Многие из них обладают гепатотоксическим действием, что в свою очередь также делает обоснованным назначение гепатопротекторов при терапии алкогольных психозов [5-11].

Известные механизмы действия глутаргина - активация обезвреживания аммиака в орнитино-вом цикле синтеза мочевины. Он активирует синтез аминокислот, медиаторов, АТФ, участвует в переносе калия, выявляет антигипоксическое действие и таким образом стимулирует окислительно-восстановительные процессы, мембраностабилизирующее действие, нормализует процессы гликолиза, а его клинические эффекты: гипоаммониемическое, гепатопротекторное, ноотропное, послужили предпосылками его активного использования в лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ, в том числе и при лечении состояния отмены алкоголя с делирием [12].

**Цель исследования:** Разработать показания, методику использования препарата глутаргин и изучить эффективность его применения в комплексной терапии острых алкогольных психозов.

#### **Материал и методы исследования.**

В исследование было включено 80 больных мужского пола в состоянии отмены алкоголя с делирием в возрасте от 18 до 66 лет, которые поступили urgently для стационарного лечения в Центр неотложной психиатрии Сабуровой дачи. В комплексную терапию 40 больных был включен отечественный препарат глутаргин, который применялся парентерально (внутривенно капельно) в дозе до 4 г/сут в течение 5-7 дней. Эти больные составили основную группу больных. Результаты лечения основной

группы сравнивались с аналогичной группой больных, не получавших в комплексной терапии глутаргин, которые составили контрольную группу больных.

**Методы исследования:** клинический, клинко-биохимический, электрофизиологические (электроэнцефалография - ЭЭГ, реоэнцефалография - РЕГ), компьютерной томографии и статистический. Клинко-биохимический метод включал: 1) клинический анализ крови и мочи в динамике; 2) определение в крови: глюкозы, общего содержания белка, билирубина, креатинина, мочевины; 3) определение активности ферментов амилазы, трансаминаз крови (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы. Все больные осматривались невропатологом и терапевтом в динамике.

#### **Результаты исследования и их обсуждение:**

##### *Характеристика больных до начала лечения.*

Согласно МКБ-10, у всех исследованных больных было диагностировано состояние отмены алкоголя с делирием F10.4. У всех пациентов отмечалась патология печени разной степени выраженности, которая подтверждалась клиническими данными и лабораторными исследованиями. У 6 (7,5%) больных диагностирован цирроз печени до поступления в психиатрический стационар. Все больные отмечали тяжесть в эпигастральной области и правом подреберье, отрыжку, тошноту, чувство переполненного желудка, метеоризм, периодические поносы, зуд кожных покровов, который не был обусловлен наличием кожного заболевания. В анамнезе у 48 (60,0%) больных отмечались геморроидальные кровотечения и реже кровотечения из расширенных вен пищевода. При клиническом исследовании у 75 (93,8%) больных обнаружено увеличение печени на 5-6 см ниже края правой реберной дуги, плотность её края и болезненность печени при пальпации. У ряда больных живот был вздут, из-за чего размеры печени определялись перкуторно. В отдельных случаях наблюдалась субфебрильная температура. Бледность кожных покровов была отмечена у 58 (72,5 %) больных, у 15 (18,75%) больных отмечалась желтушность кожных покровов. Телеангиоэктазии обнаружены у 16 (20,0%) больных. У 5 (6,3%) больных отмечался асцит. Кроме патологии печени у больных выявлялись клинические признаки патологии поджелудочной железы, заболевания легких (пневмония, бронхит), токсическая и дисциркуляторная энцефалопатия, полинейропатия, судорожный синдром в состоянии отмены алкоголя. Умеренно выраженный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, увеличение сдвига формулы влево отмечались у 71 (88,8%) больного, умеренно выраженная анемия - у 17 (21,3 %) больных, выраженная анемия у 3 (3,8%) больных. Содержание прямого и непрямого билирубина в большинстве случаев было в пределах нормы или незначительно повышено (только у 12 (15,0%) больных). Активность трансаминаз в большинстве случаев

была резко повышена. АСТ в группе больных, получавших в комплексной терапии глутаргин, составляла  $1,4 \pm 0,04$ , АЛТ -  $1,57 \pm 0,19$ . Повышение амилазы крови наблюдалось в 6 (7,5%) случаях. Общее содержание белка, глюкозы в крови в большинстве случаев не выходило за пределы показателей соответствующих вариантов нормы. У 20 (25,0%) больных в процессе лечения исследовалось содержание мочевины и креатинина в крови. Проводимые лечебные мероприятия включали купирование психомо-

торного возбуждения, инфузионную терапию (коррекция водно-электролитного баланса), витаминотерапию, при необходимости сердечно-сосудистые средства и другое.

Основные общеклинические показатели существенно не отличались в обеих исследованных группах больных. Необходимо отметить у них незначительное повышение билирубина в крови, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Активность ферментов крови значительно была выше нормы у всех обследованных больных.

Таблица 1

**Показатели активности ферментов крови до лечения**

Показатель	Ед. измерения	Основная группа	Контрольная группа	Достоверность различий
Амилаза сыворотки крови	г/(чл)	$39,8 \pm 5,9$	$38,2 \pm 5,9$	$>0,05$
Аспартат-аминотрансфераза	Ммоль/(чл)	$1,4 \pm 0,04$	$1,3 \pm 0,04$	$>0,05$
Аланин-аминотрансфераза	Ммоль/(чл)	$1,57 \pm 0,39$	$1,4 \pm 0,04$	$>0,05$
Щелочная фосфатаза	Ммоль/(чл)	$3,0 \pm 0,8$	$3,7 \pm 0,9$	$>0,05$

Особенно значительным было повышение активности аминотрасфераз. Необходимо отметить, что повышение активности аминотрасфераз не всегда коррелировало с клинической картиной печеночной недостаточности и общей тяжестью состояния больного. Даже с клинически декомпенсированным циррозом печени (асцит, телеангиоэктазии, кровотечения из расширенных вен пищевода, выраженная анемия) у ряда больных отмечались показатели близкие к норме. Наибольшие показатели отмечались у молодых больных с брутальной алкоголизацией перед поступлением. Что, возможно, свидетельствует об активности цитолитического процесса у этих больных. При этом высокий уровень аминотрасфераз длительно сохранялся и в состоянии отмены (после устранения экзогенного токсического фактора).

Проведенные электрофизиологические исследования, компьютерная томография свидетельствовали о наличии у больных токсической энцефалопатии, о чем свидетельствовали: наружная и внутренняя гидроцефалия с явлениями кортикальной и субкортикальной гипотрофии, а также диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга.

У большинства больных в состоянии отмены алкоголя с делирием ЭЭГ была умеренно или значительно нарушена. У 19 (47,5%) больных основной группы и у 21 (52,5%) контрольной группы регистрировалась дезоргани-

зованная кривая иногда с десинхронным типом паттерна (по Е.А. Жирмунской), значительно сниженной амплитудой биопотенциалов (25-40 мкВ), превалированием бета-ритма 18-25 Гц. Часто отмечались элементы пароксизмальной активности в виде остроконечных пиков, что, вероятно, связано с состоянием "вегетативной бури", характерной для состояния отмены. Важным является регистрация и исследование в динамике пароксизмальной активности в этой группе больных в связи с высоким риском судорожных припадков у больных в состоянии отмены алкоголя и возможностью провокации судорожных припадков глутаргином. Наряду с диффузными нарушениями у 11 (27,5%) больных основной группы и у 10 (25,0%) больных контрольной группы отмечались нерезко выраженные очаговые нарушения. Региональные различия, в основном, отсутствовали, имелась асимметрия биопотенциалов. Реактивность на функциональные нагрузки "ОГ", "ЗГ", в основном, отсутствовала или была слабо выражена. На ритмический свет у 32 (20,0%) больных обеих исследованных групп наблюдалась реакция следования. Гипервентиляция вызывала усиление пароксизмальной активности, особенно высокочастотного диапазона.

У 31 (77,5 %) больного основной группы и у 34 (85,0%) больных контрольной группы отмечались нарушения реоэнцефалографических показателей, что свидетельствовало о на-

рушениях мозговой гемодинамики. Это характеризовалось высоким кровенаполнением в каротидном и вертебро-базиллярном бассейнах с акцентом слева. Время сердечного выброса значительно сокращалось: снижалось тоническое напряжение артериального тонуса. Выявлялись признаки венозного застоя у больных, исследованных обеих групп.

#### Характеристика больных в процессе лечения.

В процессе лечения купировалась психопатологическая симптоматика, основными проявлениями которой были, психомоторное возбуждение, страх, тревога, галлюцинаторные и бредовые переживания. После купирования острого алкогольного психоза у многих больных отмечался психорганический синдром, основными проявления которого были общее снижение памяти, фиксационная амнезия, благодушный фон настроения, неполная ориенти-

ровка во времени и месте. Указанные нарушения в ряде случаев были транзиторными и существенно редуцировались в результате проводимого лечения. Для большинства больных была характерна постпсихотическая астения. Во многих случаях отмечалась полинейропатия, проявления которой частично редуцировались после лечения. Уменьшались или полностью исчезали диспептические явления, боли и неприятные ощущения в области живота. У ряда больных при длительности течения психоза более 2-х суток отмечалась пневмония, бронхит.

Динамика общеклинических показателей существенно не отличалась у больных, получавших в комплексной терапии глутаргин, и у больных контрольной группы, и зависела от многих факторов (например, от пневмоний, характерных для этой категории больных).

Таблица 2

Показатели активности ферментов крови после лечения  
(10 дней после отрыва от алкоголя)

<u>Показатель</u>	<u>Ед. измерения</u>	<u>Основная группа</u>	<u>Контрольная группа</u>	<u>Достоверность различий</u>
Амилаза сыворотки крови	г/(чл)	20,8±5.9	21,2±5.9	>0,05
Аспартат-аминотрансфераза	Ммоль/(чл)	0,4±0,04	0,9±0,04	<0,05
Аланин-аминотрансфераза	Ммоль/(чл)	0,5± 0,39	0,7±0,04	<0,05
Щелочная фосфатаза	Ммоль/(чл)	2,0± 0,8	2,7± 0,9	>0,1

Самыми динамичными показателями в процессе лечения во всех группах больных были показатели ферментов крови, прежде всего АСТ и АЛТ. В процессе лечения происходило значительное их снижение. При этом, в основной группе больных, получавших в комплексной терапии глутаргин, происходила более быстрая нормализация этих показателей, что, вероятно, свидетельствует о выраженном гепатопротекторном действии упомянутого препарата.

Осложнения фармакотерапии, которые можно было связать с использованием глутаргина, у обследованного контингента выявлены не были. Учащения судорожных приступов у больных, получавших в комплексной терапии глутаргин, не отмечалось. Необходимо отметить, что все больные получали противосудорожные препараты - карбамазепин и диазепам. При лечении алкогольного делирия широко использова-

лись нейролептические препараты (галоперидол, труксал, клопиксол, значительно реже аминазин, тизерцин), седативные препараты бензодиазепинового ряда (сибазон) и других групп, антигистаминные препараты (димедрол) и другие медикаментозные средства.

Следует подчеркнуть, что при выраженном психомоторном возбуждении использовались высокие дозы седативных препаратов, которые обладают токсическим действием, что не противоречит общепринятым принципам лечения острых алкогольных психозов [7-11]. Эти препараты часто имеют побочные действия в виде нейролептического синдрома, гиперсаливации или сухости слизистых, снижения артериального давления и т.д. Было исследовано влияние глутаргина на переносимость седативных препаратов. Полученные результаты отражены в приведенной таблице 3.

Таблиця 3

Динамика клинической картины в процессе лечения

<u>Продолжительность или выраженность в баллах</u>	<u>Основная группа М±m</u>	<u>Контрольная группа М±m</u>	<u>Достоверность различия между группами р</u>
Постпсихотическая астения (в днях)	7±1,3	10±2,7	<0,05
Выраженность психорганического синдрома (в баллах)	3,7±1,0	3,9±1,8	<0,05
Выраженность полинейропатии после купирования психоза (в баллах)	3,2±1,3	4,4±1,2	<0,05
Редукция диспептических явлений (в днях)	3,8±1,5	6,2±1,8	<0,05
Длительность психоза (в днях)	3,9±1,2	3,6±1,9	>0,1
Осложнения фармакотерапии психотропными препаратами (в % к общему количеству пациентов в группе)	12,5%	27,5%	<0,05

Влияния глутаргина на психотическую симптоматику у обследуемой основной группы больных выявлено не было. Положительное влияние на астеническую симптоматику, острый психорганический синдром, очевидно, связан с выраженным ноотропным действием и уменьшением действия экзогенных и эндогенных токсических факторов. Гепатопротекторное и ноотропное действие препарата позволяет применять большие дозы психотропных препаратов, что облегчает оказание помощи больным в состоянии алкогольного делирия. В процессе лечения отмечалось улучшение организованности биопотенциалов головного мозга в обеих исследованных группах больных. Степень улучшения показателей зависела не столько от проведенного лечения, сколько от стадии заболевания, сопутствующей патологии, особенно от перенесенных черепно-мозговых травм. При наличии выраженной энцефалопатии восстановления ритмических процессов не происходило. Более постоянным было улучшение реоэнцефалографических показателей [13, 14]. Достоверных различий электрофизиологических показателей в группах исследованных больных после проведенного лечения не зарегистрировано.

**Выводы**

1. Применение глутаргина у больных в состоянии отмены алкоголя с делирием способствует более быстрой нормализации показателей активности ферментов крови.

2. Включение глутаргина в комплексную терапию больных с алкогольным де-

лирием, имеющих сопутствующую соматическую патологию, существенно улучшает течение психоза.

3. Комплексное терапевтическое действие препарата (гепатопротекторное, гипоаммонийное, ноотропное) сокращает длительность постпсихотической астении, чем облегчает проведение реабилитационных мероприятий.

4. Включение глутаргина в комплексную терапию больных в состоянии отмены алкоголя с делирием позволяло существенно снизить проявления алкогольной полинейропатии. Глутаргин хорошо переносится больными и не имеет абсолютных противопоказаний к применению у больных с алкогольным делирием.

5. В связи с имеющимися указаниями на ноотропный эффект и активацию больных рекомендовано парентеральное введение препарата сразу после купирования психомоторного возбуждения. У больных, получавших в комплексной терапии глутаргин, реже отмечаются побочные действия психотропных препаратов, используемых для купирования психомоторного возбуждения и другой психопатологической симптоматики.

6. Препарат глутаргин рекомендуется применять парентерально в дозе до 2 г/сут до купирования психомоторного возбуждения и в дозе 4 г/сут после купирования психомоторного возбуждения. Относительно небольшие дозы глутаргина обладают терапевтическим действием и не повышают риск усиления психомоторного возбуждения больных.





Література:

1. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология: Пер. с англ. - М.; СПб.: Бинот - Невский диалект, 1998. - 318 с.
2. Морозов Г.В. Алкоголизм. - М.: Медицина, 1983. - 432 с.
3. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по нар-кологии / Под ред. Н.Н. Иванца - М.: Нолидж, 2000. - С. 16-40.
4. Зверев В.В., Черемський А.П. Теорія та практика інтенсивної терапії тяжких форм гострих алкогольних психозів: Навчальний посібник. - Х.: Майдан, 2001. - 32 с.
5. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. - М.: Медицина, 1990. - 416 с.
6. Стрелец Н.В., Уткин С.И. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развившихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями // Матер. междунар. конф. психиатров (Москва, 16-18 февраля 1998 г.). - М.: Б.и., 1998. - С. 346-347.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т. 1. - 13-е изд. - Х.: Торсинг, 1997.- 560 с.
8. Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии / Под ред. И.С. Чекмана. - К.: Здоров'я, 1986. - 736 с.
9. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1988. - 528 с.
10. Волошин П.В., Протасевич Н.П., Игнатов М.Ю., Золотухина Л.И., Юрченко Н.П. Дифференцированное применение психотропных средств у больных психотическими формами алкоголизма: Методические рекомендации. - Х.: Б.и., 1992. - 15 с.
11. Walilewski Dariusz et al. Assessment of diazepam loading dose therapy of delirium tremens // Alcohol and Alcohol. - 1996. - 31, 3. - P. 273-278.
12. Аминокислоты и их производные в регуляции метаболизма / Кричевская А.А., Лукаш А.И., Шугалей В.С. и со-авт. - Ростов-на Дону: Изд-во Вост. Ун-та, 1983. - 111 с.
13. Глутаргін - нові принципи фармакотерапії захворювань печінки: Збірник робіт науково-практичної конференції. - Х.: Б.в., 2003. - 200 с.
14. Глутаргин: применение нового украинского препарата в клинической практике: Пособие для практических врачей / О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Н.В. Харченко, В.И. Матяги, А.Д. Вовк. - К.; Х.; Луганск: ООО "ЭЛТОН-2", 2003. - 200 с.

## Проблема психологічного діагнозу у хворих на параноїдну шизофренію

О.І. ОСТРОВСЬКА

Київський Національний університет  
імені Тараса Шевченка

**Резюме.** Предлагается структура современного психологического диагноза при шизофрении.

**Ключевые слова:** психологический диагноз, шизофрения.

**Summary.** The structure of the modern psychological diagnosis of schizophrenia is offered.

**Key words:** the psychological diagnosis, schizophrenia.

### Проблема.

На практиці ефективність лікування психічної хвороби зумовлюється поєднанням біологічного та психосоціального підходів, метою яких є навчання хворої людини вмінню жити з певними дефіцитними наслідками психічного захворювання та в умовах ризику його рецидивів. Постає проблема використання психологічного та соціального резервів, а важливим етапом, який визначає перспективи пацієнта, має бути психологічний діагноз, котрий містить у собі низку важливих складових, що мають вплив на всі сфери життя людини та визначають шляхи ресоціалізації.

Психологічний діагноз при шизофренії в сучасній патопсихологічній практиці поки зазвичай виконує лише завдання розпізнавання захворювання (тобто диференційної діагностики, виявлення специфічних психодіагностичних феноменів для підтвердження психіатричного діагнозу) або ж функцію експертного діагнозу в контексті кількісної оцінки проявів хвороби. Ці завдання в клінічній практиці ставляться у процесі первинної діагностики, медично-соціальної або судово-психіатричної та військово-психіатричної експертизи.

Але насправді лікареві важливо отримати у психологічному висновку не лише підтвердження психіатричного діагнозу, а й з'ясувати рівень порушення основних психічних функцій (пам'ять, увага, сприйняття, мислення, інтелект, емоції). Також бажаним у психологічному висновку є відображення особистісних характеристик хворого та проявів супутніх захворювань (наприклад, алкоголізм, наркоманія і т. ін.), оцінка рівня та диференційоване визначення можливостей соціального функціонування хворого.

У вітчизняній психології майже не приділяється увага багатоаспектній системі діагностування психічних хвороб, яка визнана та використовується у північноамериканській психіатрії (DSM-IV). Увага зосереджена лише на першій вісі, яка окреслює основний психіатричний діагноз. Але насправді розвиток та перебіг шизофренії, скажімо, у хворого на алкоголізм дуже відрізняється від розвитку та перебігу шизофренії у хворого з психопатією. А шизофренія у шизоїдній особистості відрізняється від

шизофренії у гіпертимної особистості. І всі вони потребують різних психологічних та реабілітаційних підходів. Тобто важливим є визначення того, які ознаки патопсихології зустрічаються у тієї чи іншої особистості. Звідси виявляється бажаним та важливим використання й урахування всіх осей діагнозу, тобто виникає потреба введення багатоаспектного психологічного діагнозу, який би знайшов свій відбиток у психологічному висновку.

На сучасному етапі розвитку психологічний діагноз при параноїдній шизофренії є недостатньо розробленим і використовується лише у вузькоприкладному значенні в психіатричній практиці. На наш погляд він не недостатньо служить своїй основній меті - встановленню "діагнозу хворого" для його найбільш ефективного лікування та ресоціалізації.

**Метою роботи,** виходячи з викладеного вище, було дослідження формування принципів та структури сучасного психологічного діагнозу при параноїдній шизофренії. Методом - аналіз висхідних літературних джерел із зазначеної проблеми.

Розглядаючи останні дослідження і публікації, в яких, з нашої точки зору, започатковано розв'язання зазначеної проблеми, ми, в першу чергу, керувались положеннями, сформульованими Б.В. Зейгарнік [4], В.М. Блейхер [6]), Л.С. Виготським, І.Я. Завилянським [2], Л.Ф. Бурлачуком, Г.К. Дзюбом [1], С.В. Пхіденко [3].

Завданнями патопсихологічного діагнозу при роботі з шизофренією на нашу думку можуть стати наступні: диференціально-діагностична оцінка, експертна оцінка, ресоціалізація хворого.

Як вже зазначалось, сучасний психологічний діагноз відображає лише першу або другу з цих трьох складових. Перша частина психологічного дослідження хворого є повним додатком загальної психології. В ній психолог визначає та окреслює стан всіх основних психічних процесів: пам'яті, уваги, волі, емоцій, розумової працездатності, сприйняття, та основне - мислення, тому що при шизофренії в першу чергу у людини страждає мислення. Також важливим етапом цієї частини повинно бути прове-

дення дослідження особистісної складової, тобто визначення типу та структури особистості, її темпераменту, рівня розвитку, інтелекту, досвіду, освіти, вікових особливостей. Потрібно з'ясувати рівень критичності хворого та тип відношення до хвороби, наявність інших соматичних хвороб та залежностей, які можуть впливати на розвиток основного захворювання.

Другий компонент психологічного дослідження - медико-соціальна оцінка. Становлення демократичного суспільства в Україні закономірно супроводжується відміною обов'язкової праці всіх громадян на державу. Експертиза, яка проводиться з метою надання соціального захисту хворим, тепер вже не може зводитись лише до визначення їх працездатності. Наслідуючи розвинені демократичні держави, нове українське законодавство переймає поняття інвалідності як обмеженої внаслідок захворювання життєдіяльності особистості, що вимагає заміни трудової експертизи на медико-соціальну. Переймаються і загальновизнані критерії, за якими має проводитись експертна оцінка рівня життєдіяльності хворих: здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, трудової діяльності.

Розглядаючи критерії, за якими згідно нормативної документації слід визначати рівень життєдіяльності хворого, можна помітити, що ці критерії розташовані у певній послідовності (зниження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, праці). Кожний наступний серед перелічених критеріїв відбиває все більш вразливу внаслідок захворювання сферу функціонування особистості. Тобто, здатність до самообслуговування уражається при найбільш тяжких психічних розладах, здатність до пересування - при менш тяжких і т.д., а здатність до трудової діяльності є найбільш вразливою, її зниження спостерігається вже при найслабших, мінімальних психічних розладах.

Ця загальна закономірність дозволяє розташувати психопатологічні стани послідовно у відповідності до їх тяжкості, і для кожного рівня тяжкості вказати, які саме показники соціального функціонування і якою мірою бувають вражені. Такий розподіл розладів дозволяє лікарю-психіатру, який обстежив хворого та направляє його на експертизу, оцінити ступінь зниження життєдіяльності у даному випадку відповідно до психопатологічного стану. Внесена оцінка життєдіяльності має не лише експертне значення, тобто служить не тільки для обґрунтування інвалідизації хворого. Визначення, які саме здібності хворого і якою мірою є втраченими, складають основу для формування індивідуальної програми диференційованих реабілітаційних заходів.

На сучасному етапі теоретичною основою медико-соціальної експертизи є поняття адаптації, компенсації та психологічного захисту.

Рівень адаптації - пристосування хворого до умов соціального оточення - безпосередньо залежить від компенсаторних можливостей. Компенсація (у загальномедичному розумінні даного терміну) означає доповнення та за-

міщення втрачених функцій за рахунок збережених та найбільш сильних. У цьому значенні психічна компенсація є в рівній мірі постійним явищем у житті як психічно здорових, так і психічно хворих осіб. Поняття патологічної компенсації позначає недовість останньої для вирішення завдань адаптації до умов середовища.

Для аналізу причин психічної дезадаптації можна виділити основні групи вимог, які висуває зовнішнє оточення до психічних можливостей хворого, а саме: а) до інтелектуальних здібностей, б) до витривалості при психічних навантаженнях, в) до рівня потягу, бажань, мотивів до активної діяльності, г) до здатності адекватно спілкуватись.

Іншими словами, загальний профіль вимог середовища можливо описати за шкалами: а) "здібності", б) "витривалість", в) "мотиви", г) "спілкування".

Завдяки такому розподілу вимог оточення з'являються так би мовити спільні одиниці вимірювання, що дозволяють проаналізувати взаємодію психічних якостей пацієнта із умовами середовища в процесі адаптації.

Одним із механізмів компенсації, у загальнопатологічному її розумінні, є психологічний захист, призначення якого власне і полягає в оберіганні слабких та активації сильних психічних функцій. Можна бачити, що в структурі психопатологічних станів досить типова наявність ознак, походження яких пояснюється компенсаторними процесами.

Третім завданням патопсихологічного дослідження в сучасних умовах ми зазначали соціальну складову. Ця складова безпосередньо пов'язана з попередньою, тобто з експертною оцінкою рівня функціонування хворого. Вона зараз є проблемною, бо ж сучасний психологічний діагноз не дає інформації про те, яким чином можна побудувати найбільш ефективну систему ресоціалізації хворого. Людина після лікарні повертається в соціум з новим статусом, тому їй треба навчитися жити зі своєю хворобою та якомога ефективніше існувати з нею. І саме від експертного висновку зараз вимагаються конкретні фахові рекомендації щодо наявних трудових можливостей пацієнта, тобто встановлення так званого професійного діагнозу.

Вище названо чотири статистично найвагоміші загальні причини інвалідизації психічно хворих: витривалість навантажень; мотивація; комунікативні здібності; творчі здібності - здатність до нерегламентованих дій в певних ситуаціях.

Зазначені причини інвалідизації на наш погляд можуть слугувати шкалами вимірювання, і, виставляючи оцінку за кожною шкалою, можна отримати індивідуальний профіль професійних можливостей хворого. Профдіагноз потрібен для того, щоб співставити його з профілями вимог з боку різних професій і таким чином провести експертизу працездатності, підібрати доступні хворому професії.

Теоретична основа поняття функціонального діагнозу у вітчизняній психіатрії викладена В.М. Воловиком (1968, 1972). В його працях підкреслюється, що при психічних захворюваннях функціональний діагноз має

містити відповідь на три запитання: яке захворювання діагностується, у кого воно виникло, в яких умовах відбувається перебіг хвороби. Тобто, для функціональної діагностики потрібно не лише охарактеризувати клініко-динамічні особливості індивідуальних проявів даного психічного захворювання, але вказати особистісну характеристику хворого, а також умови середовища, в якому він перебуває.

Щодо повної форми психологічного діагнозу та структури написання висновку медичного психолога може становити інтерес також аналогія з так званим багатоосьовим діагнозом у DSM-IV-R. Лікар-психіатр має сформулювати діагноз за п'ятьма позиціями (осьми). У першій позиції вказується основне психічне захворювання, у другій позиції - стійкі зміни особистості, на фоні яких розвивається основне захворювання, третя вісь - соматичний стан хворого, четверта - наявність гострих або хронічних психічних стресорів, п'ята - визначений у балах рівень соціального функціонування хворого.

#### Висновки

Підбиваючи підсумки викладеного, можна запропонувати при постановці психологічного діагнозу для хворих на шизофренію враховувати усі його складові, якими на нашу думку можуть стати:

1. Патопсихологічні ознаки основного психічного захворювання.
2. Особистісна складова (тип та структура особистості, темперамент, рівень розвитку особистості, її інтелект, досвід, освіта, вікові

особливості).

3. Наявність соматичних захворювань та їх вплив на психічний стан людини (вісь III за DSM-IV).

4. Соціальна складова (референтні групи, сімейний діагноз, підлеглість впливові, соціальна забезпеченість, матеріальний стан, доморбідно сформована думка про психіатрію, стигма, дискримінація тощо).

5. Ставлення до хвороби (у широкому значенні - не лише тип відношення, а й захисні механізми, і інсайт, і відносини з лікарем, і суб'єктивну дію ліків та поінформованість про препарат).

6. Професійна складова, або професійний діагноз.

7. Сімейний діагноз (у т.ч. зміни відносин у сім'ї, які відбулися після того, як людина захворіла).

8. Способи подолання розладу, психогігієна і психопрофілактика (психічні травми, конфлікти, стрес, фрустрація).

Продовження досліджень передає розробку структури психологічного діагнозу при шизофренії, переліку рекомендованих методик та уніфікованої схеми написання висновку психологічного обстеження. Психологічний діагноз мусить не просто забезпечити працевлаштування, конкурування в оточенні здорових, а, більше того, слугувати картою можливостей оптимального соціального функціонування формально хворої людини та самореалізації цінних неповторних рис власної особистості.

#### Література:

1. Дем'яненко Б.Т., Дзюб Г.К. Клінічні критерії професійного діагнозу при психічних захворюваннях. VIII З'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР: Тези доповідей - Х., 1990. - Ч. II. - с.179-180
2. Психиатрический диагноз / И.Я. Завилянский, В.М. Блейхер, Н.В. Крук, Л.И. Завилянская. - 2-е изд., перераб. и доп. - К.: Вища школа, 1989. - 309 с.
3. Пхіденко С.В. Клініко-психологічна діагностика, прогнозування та корекція рівнів соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію: Автореферат дисертації... док. мед. наук: 14.01.16 / Укр.. НДІ соціальної та судової психіатрії. - К., 1997. - 32 с.
4. Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я. Методическое письмо об экспериментально-психологическом исследовании больных в психоневрологических учреждениях. - М., 1985. - 23 с.
5. Практикум по патопсихологии: Учеб. Пособие для психол. специальностей вузов. / В.В. Николаева и др.; Под ред. Б.В. Зейгарник и др. - М.: Изд-во МГУ, 1987. - 183, 1 с.
6. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент: "Медицина", 1976. - 325 с.
7. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. - К.: Здоров'я, 1986. - 279 с.
8. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении: Сб. статей. / Под ред. Ю.Ф.Полякова. - М., 1982. - 205 с. (с.5 - 28)
9. Сербський В. Руководство к изучению душевных болезней. - М., 1906.

## Характеристика эмоционального статуса лиц с возрастными изменениями лица

<sup>1</sup>О.Б. ЧУЧУК, <sup>2</sup>Д.Е. СПАРИШ

<sup>1</sup>Киевская медицинская академия  
последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, кафедра психиатрии

<sup>2</sup>Центр лазерной и эндоскопической  
косметической хирургии клинической  
больницы №6, г. Днепропетровск

**Резюме.** Проведено клінічне експериментально-психологічне дослідження емоційного стану осіб, які зверталися у клініку естетичної і пластичної хірургії з проблемою вікових змін обличчя. Результати дослідження показали, що у даної категорії пацієнтів спостерігаються ознаки

загального психічного дискомфорту та знижений рівень адаптації.

**Ключові слова:** естетична та пластична хірургія, вікові зміни обличчя, експериментально-психологічне дослідження, емоційний стан, тривога, депресія, адаптація.

**Summary.** There was the clinic pathopsychological research of the emotional condition of the persons who applied to the hospital of esthetic and plastic surgery with the problems of age change in the faces. The results of the research show that this group of patients has symptoms of general psychiatric discomfort and lower level of adaptation.

**Key word:** esthetic and plastic surgery, the problems of age change in the faces, the clinic pathopsychological research, the emotional condition, depression, anxiety, adaptation.

**Вступление.** Как известно, любой вид врачебной деятельности включает комплекс мероприятий направленных на восстановление и сохранение здоровья, выявление, лечение и профилактику заболеваний [1]. Однако, отсутствие клинических признаков заболевания еще не является в полной мере показателем здоровья, равно как, не столько отсутствие болезней и физических недостатков характеризует здоровье, сколько состояние полного физического, психического и социального благополучия [2].

Здоровье - категория в достаточной мере субъективная, в основе которой лежит данное в реальности самоощущение, само-чувствование конкретного индивидуума. Здоровье - интегральный показатель гармоничной развитости и сосуществования взаимосогласованной активности физического тела и вложенных в него душевных и духовных процессов [3].

Интегральными составляющими в оценке здоровья человека являются его физический, эмоциональный и социальный статус. Соответственно и целью врачевания является сохранение и восстановление здоровья человека не только в физическом, но и в психическом и социальных аспектах. Именно этой цели должны отвечать все виды врачебной деятельности по выявлению, лечению и профилактике заболеваний [1,2].

В таком виде врачебной деятельности как эстетическая и пластическая хирургия определение "степени" здоровья - "степени" физического, психического и социального благополучия пациента, и соответственно глубины, адекватности и характера оказываемой ему по-

мощи, является более чем трудной и важной задачей [4].

Обычно, пациенты, обращающиеся за помощью к пластическому хирургу не предъявляют жалоб на свое здоровье, не считая тех случаев, когда у пациентов имеются те или иные объективно регистрируемые физические недостатки, приобретенного (в том числе после травм, ожогов и других физических повреждений) или врожденного характера. Пациент косметологической клиники не склонен считать себя больным, однако, он и не отметит того желаемого полного благополучия и комфорта.

В настоящее время, в русскоязычной литературе, исследований, которые бы освещали вопросы эмоционального статуса, давали бы интегральную оценку психического благополучия пациентов косметологических клиник чрезвычайно недостаточно [4, 5].

Успех лечебных мероприятий пластического хирурга помимо диагностики и выбора адекватной хирургической тактики, во многом зависит от правильного решения задач психического и психокоррекционного контакта врача и пациента [5].

В связи с этим **актуальными** являются исследования психического статуса пациентов, обращающихся за помощью к пластическому хирургу.

Здоровье человека, его трудоспособность, положение в обществе и успехи в личной жизни в значительной мере связаны с его внешним обликом, в связи с чем своевременная и полноценная коррекция возникших возрастных изменений лица чрезвычайно актуальна.

В настоящий момент недостаточно, а то и вовсе отсутствуют исследования, которые бы отражали весь спектр психологических и психических характеристик лиц, обращающихся за медицинской помощью к пластическому хирургу в связи с возрастными изменениями лица.

**Цель исследования** - изучить эмоциональный статус на примере пациентов с возрастными изменениями лица.

#### **Задачи:**

Используя метод экспериментально-психологического исследования:

- определить наличие или отсутствие проявлений тревоги и(или) депрессии, и соответственно измерить количественно (в баллах) степень их выраженности.

- оценить состояние адаптации и самооценки психического и психического благополучия.

#### **Материал и методы исследования**

С помощью трех клинических шкал: самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965), самооценки тревоги (Zung W.W.K., 1980), и шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований (M.M. Weissman, 1977) [6], а также опросника нервно-психической дезадаптации (Свердлов Л.С., Скорик А.И., 1989), нами было обследовано 97 человек с возрастными изменениями лица. Исследование проводилось на базе центра лазерной и эндоскопической косметической хирургии клинической больницы №6 города Днепропетровска в период с 2001 по 2003 годы.

Вся группа обследуемых была разделена на две подгруппы: основная (48 человек, из них 45 женщин и трое мужчин, в возрасте от 35 до 62 лет, средний возраст 42 года) и контрольная (49 человек, из них 42 женщины и 7 мужчин, в возрасте от 37 до 65 лет, средний возраст 45 лет).

У всех обследуемых объективно отмечались возрастные изменения лица: мимические динамические и статичные (постоянные) морщины в области лба, наружных углов глаз ("гусиные лапки"), горизонтальные морщины на веках, опущение кожи верхнего века до ресничного края, нижнего - до уровня нижнего края глазницы, снижение тонуса круговой мышцы глаза, опущение бровей и окологлазничной ткани, жировые грыжи в толще век, возрастные изменения в соседних зонах лица.

Обследуемые основной группы являлись пациентами центра лазерной и эндоскопической косметической хирургии клинической больницы №6 г. Днепропетровска и предъявляли жалобы на неудовлетворенность своей внешностью: наличие морщин в области лба, углов глаз, шеи, носогубных морщин, жировых отложений в области век, в подбородочной части лица, дряблость кожи.

Обследуемыми контрольной группы была случайная выборка людей.

Лица обеих групп были примерно одного возраста (средний возраст 42 года в основной группе и 45 лет в контрольной), не имели хронических декомпенсированных соматических и психических заболеваний, они относились к общей социальной группе, являлись жителя-

ми одного региона (Днепропетровская, Запорожская область), в большинстве случаев имели семьи; ни у одного обследуемого не отмечалось в анамнезе в течение последнего года каких-либо психических и социальных травм.

От каждого из обследуемых было получено информированное согласие на экспериментально-психологическое исследование.

В ходе исследования, лицам как основной, так и контрольной групп, предъявлялись бланки с вопросами, порядок заполнения которых осуществлялся согласно инструкции.

Ни с одним из лиц, проходивших исследование не проводилось клиническое интервью, ставившее цель выявление тех или иных признаков нервно-психического, в том числе эмоционального расстройства.

Шкала самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965) представляет собой инструмент для количественного и качественного измерения депрессии, и разработана на основе диагностических критериев депрессии и результатов анализа клинических опросов пациентов с депрессией с целью уточнения формулировок вопросов в пунктах шкалы. Оригинальная версия шкалы впервые была опубликована в Великобритании в 1965 году, а в последующем переведена на 30 языков. Шкала заполняется самим исследуемым. Время необходимое для заполнения, - около 3 минут. В соответствии с результатами факторного анализа измеряют 7 факторов: чувство душевной опустошенности, расстройства настроения, общие соматические симптомы, специфические соматические симптомы, психомоторные симптомы, суицидальные мысли и раздражительность-нерешительность. Структура шкалы простая, содержит 20 пунктов, каждый из них выражает симптом депрессии в форме утверждения (пункты 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18 и 20) или отрицания. При заполнении бланка шкалы исследуемый отмечает крестиком ячейки тех вариантов ответов, которые, по его мнению, наиболее точно соответствуют его состоянию (крайне редко, редко, часто, большую часть времени).

Шкала самооценки тревоги (Zung W.W.K., 1980) является инструментом для измерения тревоги и обладает всеми преимуществами шкал самооценки; информация поступает непосредственно от пациента, заполнение шкалы требует мало времени (около 3-х минут), а сама процедура очень проста и может проводиться при любых медицинских ситуациях. Шкала состоит из 20 пунктов. Пять пунктов шкалы оценивают аффективные симптомы, остальные 15 - соматические. Обследуемого просят поставить крестики в соответствующих ячейках бланка шкалы. Допускается выбор четырех степеней тяжести: очень редко, редко, часто, большую часть времени или постоянно.

Шкала депрессий Центра эпидемиологических исследований (CES-D) была разработана M.M. Weissman с соавт. в 1977 году, и относится к объективным и предназначенным для выявления и оценки тяжести депрессии. Это инструмент широко используется в клинических и эпидемиологических исследованиях. Надежность шкалы, переведенной на многие европейские языки, подтверждена в ходе специ-

ального исследования ее русскоязычной версии (Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В., 2003). Установлено, что эта методика, обладая сходными с другими субъективными опросниками (шкалами) общей точностью, чувствительностью и специфичностью при выявлении депрессий, превосходит их при разграничении депрессивных состояний по степени тяжести. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии и соответственно ранжирован от 0 (симптом обнаруживается очень редко или вообще никогда) до 3 (симптом присутствует постоянно). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем пунктам шкалы. Ревалидизация русскоязычной версии шкалы позволила выделить следующие области значений: 0-17 баллов - норма, 18-26 - легкая депрессия, 26-30 - депрессия средней тяжести, 31 балл и выше - тяжелая депрессия.

Опросник нервно-психической дезадаптации (Свердлов Л.С., Скорик А.И., 1989) разработанный Ленинградским психоневрологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева предназначен для диагностики состояний дезадаптации, самооценки психического и соматического благополучия отдельных лиц и при массовых обследованиях. Опросник отличается небольшим объемом и быстротой обработки первичных данных. Позволяет выявлять наличие психической дезадаптации и выделять основные ее проявления.

Методика позволяет представить результаты исследования в виде профиля, состоящего из 5 шкал. Опросник представляет собой 30 утверждений, требующих ответов "да" или "нет". На основе проведенного факторного анализа в группах адаптированных и дезадаптированных выделяются следующие шкалы: соматического благополучия, психического благополучия, астении, депрессии, психического дискомфорта.

Первые две шкалы составляют "вектор благополучия". Последние три шкалы группируются в вектор "дезадаптации". Опросник стандартизирован: сырые баллы переводятся

в Т-баллы, нормой считается показатель 50Т, а результаты, отличающиеся больше, чем на 2 стандартных отклонения (той есть больше 70 Т для последних трех шкал и менее 30 Т для первых двух шкал) являются отклонением от нормы.

### Результаты исследования

В ходе исследования было установлено, что в основной группе усредненный показатель по шкалам: депрессии CES-D (М.М. Weissman с соавт., 1977) составил 24+2 балла; самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965) 0,57+0,15 балла; самооценки тревоги (Zung W.W.K., 1980) соответственно 0,49+0,12 балла.

Интерпретация данных исследования в основной группе показала наличие симптомов депрессии легкой степени тяжести по обоим используемым клиническим шкалам: CES-D (М.М. Weissman с соавт., 1977) и самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965), а также, наличие проявлений тревоги по шкале самооценки тревоги (Zung W.W.K., 1980).

Результаты исследования в контрольной группе распределились следующим образом: по шкале депрессии CES-D (М.М. Weissman с соавт., 1977) 14+1,5 баллов; по шкале самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965) 0,31+0,14 балла; по шкале самооценки тревоги (Zung W.W.K., 1980) 0,24+0,12 балла.

Аналогичный анализ данных полученных в ходе исследования в контрольной группе не показал существенных отклонений от условной нормы.

Сравнительный анализ результатов исследования по основной и контрольной группам свидетельствовал о достоверной разнице усредненных показателей по всем трем используемым клиническим шкалам.

Данные сравнительного анализа результатов исследования эмоционального статуса пациентов с возрастными изменениями лица (основная группа) и случайной выборки людей (контрольная группа) представлены в таблице.

Таблица 1

### Сравнительная характеристика эмоционального статуса пациентов основной и контрольной групп

Исследовательские группы	Шкала депрессии CES-D	Шкала самооценки депрессии W.W.K. Zung	Шкала самооценки тревоги W.W.K. Zung
основная	24+2	0,57+0,15	0,49+0,12
контрольная	14+1,5	0,31+0,14	0,24+0,12
t	>4,57	>4,52	>4,54
p	<0,001	<0,001	<0,001



Результаты использования опросника нервно-психической дезадаптации (Свердлов Л.С., Скорик А.И., 1989) в основной группе показали, что из первых двух шкал, отражающих так называемый "вектор благополучия" по шкале психического благополучия были получены показатели, выходящие за "пороговый" уровень адаптации (30 Т-баллов): 24+1,4 Т-баллов.

Результаты исследования по остальным трем шкалам (астении, депрессии и психического дискомфорта), отражающие так называемый "вектор дезадаптации" показали вы-

сокие баллы (более 70 Т-баллов) по шкале депрессии (85+1,6 Т-баллов) и шкале психического дискомфорта (86+1,5 Т-баллов), при невысоких по шкале астении (38+1,3 Т-баллов).

Сравнительный анализ результатов исследования по основной и контрольной группам показали достоверную разницу показателей по трем из пяти шкалам: психического благополучия, депрессии и психического дискомфорта.

Данные результатов исследования состояний нервно-психической дезадаптации в обеих группах представлены на рисунке.

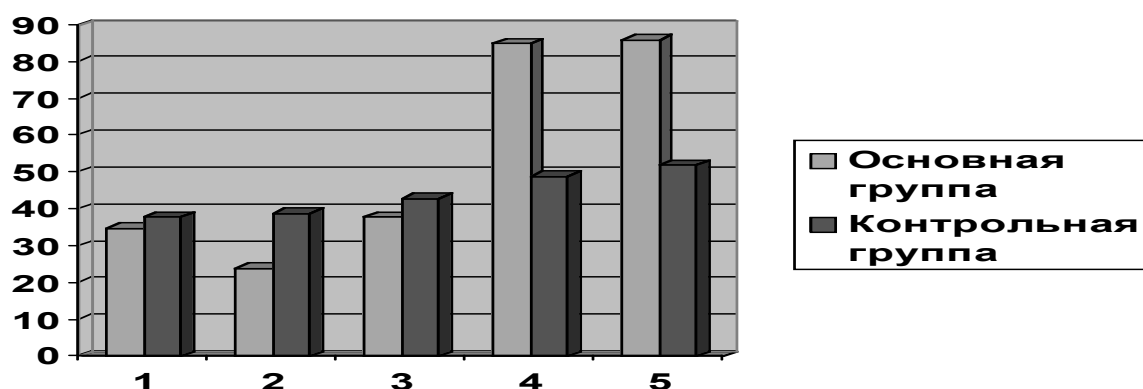


Рис.1 Сравнительная характеристика состояния нервно-психической дезадаптации в основной и контрольной группах

1. Шкала соматического благополучия
2. Шкала психического благополучия
3. Шкала астении
4. Шкала депрессии
5. Шкала психического дискомфорта

#### Выводы

1. Пациенты, обращающиеся в клинику эстетической и пластической хирургии с проблемой возрастных изменений лица обнаруживают признаки общего психического дискомфорта и сниженный уровень адаптации.

2. По результатам исследования можно судить о том, что психоземotionalный статус лиц, обращающихся в клинику эстетической и пластической хирургии с проблемой возрастных изменений лица отражает у них общий фон психического

неблагополучия.

3. Всем лицам, обращающимся в клинику эстетической и пластической хирургии в связи с проблемой возрастных изменений лица, следует проводить клиническое интервьюирование с целью исключения эмоциональных расстройств.

4. На основании стандартов клинической диагностики аффективной патологии, и использования клинических опросников, разработать модель интервьюирования обращающихся за медицинской помощью в косметологическую клинику лиц с проблемой возрастных изменений лица.

5. В случае выявления признаков эмоционального нервно-психического расстройства у этой группы пациентов, рекомендовать им проконсультироваться у врача-психиатра.

#### Литература:

1. Бурковский Г.В., Левченко Е.В., Беркман А.М. Об исследованиях здоровья и качества жизни // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 2004, т.1, №1, С. 33-37
2. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клиническая медицина, 1989.
3. Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (философско-методологический анализ). - Киев, 2001. - 237 с.
4. Гайдук И.В., Гайдук В. И., Фришберг И.И. Все о косметике (часть 3). - 1992. - Запорожье, МП "Колос" ЛТД. - С. 51-53
5. Фришберг И.А. Выбор оперативной техники в зависимости от показаний к косметической блефаропластике // Acta chir. Plast. - 1980. - Vol. 22, №2. - С. 1-4
6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: "Медицинское информационное агентство", 2003. - 425с.

# **ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ**

## **Інформаційно-методичне забезпечення в системі психіатричної служби м. Києва**

Л.М. БАРАНОВСЬКА

Київський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги  
Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1

**Резюме:** Показана роль комплексной информации в управленческом процессе. Представлена роль городского научного информационно-методического центра по организации психиатрической помощи в информационном обеспечении психиатрической службы.

**Ключевые слова:** управление информацией, информационный центр, психиатрическая служба.

**Summary:** The role of the complex information in administrative process is shown. The role of the urban scientific information-methodical centre on organization of the psychiatric help in information maintenance of a psychiatric service is submitted.

**Key words:** management of the information, information centre, psychiatric service.

Інформацію в управлінні вважають знаряддям і засобом праці керівника. Дійсно, процес управління, який переважно здійснює керівник закладу, відбувається лише на під'рунті інформації. Для кожної фази процесу управління інформація повинна підбиратися таким чином, щоб бути корисною саме на цьому етапі, щоб забезпечити ефективність процесу управління в цілому.

Звісно, що ефективне управління відбувається лише в організованій системі, яка має три частини: апарат управління, блок наукового регулювання та об'єкт управління.

Якщо в системі відсутній блок наукового регулювання, то інколи його функцію може виконувати апарат управління, але в більшості випадків вона не відбувається зовсім, що обумовлює застійні явища і не дозволяє системі розвиватися.

З метою створення комплексної служби інформаційного забезпечення і можливості наукового регулювання діяльності системи психіатричної служби міста та підвищення ефективності управлінських процесів з боку головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації, в 2002 році створено міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги. Головним завданням центру визначено забезпечення апарату управління психіатричної служби корисною, повною і достовірною інформацією для прийняття і реалізації науково об'рунтованих, інформаційно забезпечених управлінських рішень з організації та надання психіатричної допомоги населенню міста.

Виходячи з того, що кінцевим результатом діяльності психіатричної служби м. Києва є стан психічного здоров'я населення міста, головне місце в інформаційному забезпеченні службою належить показникам психічного здоров'я: захворюваності і поширеності психічних та поведінкових розладів, інвалідності та іншим показникам.

Згідно зі статтею 3 "Презумпції психічного здоров'я" Закону України "Про психіатричну допомогу": "Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України". [1] Відповідно до статті 11 Закону України "Про психіатричну допомогу" "психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром"..., і лише він може встановити наявність психічного розладу.

Таким чином, від лікаря-психіатра через медичну документацію статистика отримує інформацію як про нові випадки захворювань, так і про загострення хвороб, які були встановлені раніше, тобто інформацію, яка використовується статистичною службою для підрахунку показників захворюваності та поширеності психічних розладів різних соціально-демографічних груп населення.

Розраховані показники аналізуються в міському науковому інформаційно-методичному центрі з організації психіатричної допомоги, узагальнюються та видаються у складі статистичного довідника, який отримує начальник відділу охорони психічного здоров'я ГУОЗ та МЗ, а також кожен керівник ЛПЗ психіатричної служби.

Для порівняння показників психічного здоров'я населення з якістю психіатричної допомоги, яку отримує це населення, в статистичному довіднику проводяться характеристики діяльності психіатричних закладів та окремих їх підрозділів.

Порівняльний аналіз наведених показників дозволяє отримати відомості з власної інформації, оцінити їх щодо прийнятих і таких, що приймаються, керівниками управлінських рішень і здійснити регулювання діяльності закладу як системи та окремих підсистем ЛПЗ.

Адже обсяг власної інформації, отриманої керівниками у вигляді офіційних звітів, забезпечує лише фотографію результатів управлінської діяльності керівника, не розкриваючи причин невідповідності деяких з них показни-

кам, які він планував.

Для визначення чинників, які мали вплив на відхилення від запланованих показників діяльності та розвитку психіатричної служби міста в цілому, проводиться поточний та заключний контроль виконання управлінських рішень ГУОЗ та МЗ та керівників ЛПЗ.

Для цього в структурі міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги було передбачено відділ організації і контролю виконання управлінських рішень. Відділ забезпечено висококваліфікаційними кадрами, які контролюють організацію виконання управлінського рішення, котре реалізується, виходячи із ситуації. Інформація про відхилення в реалізації рішень у власній системі є надзвичайно важливим засобом в управлінській діяльності керівника. Контролююча діяльність центру планується відповідно до регулюючих заходів в системі психіатричної служби міста. Всі апаратні наради в апараті управління психіатричної служби проводяться на підґрунті інформації із власних джерел, отриманої в ході контролю в психіатричних закладах, що значно підвищує рівень їх підготовки та ефективність результатів.

Ретельні перевірки фактичного стану вирішуваних проблем та їх результати дозволяють керівнику психіатричної служби міста та керівникам ЛПЗ своєчасно втручатися і корегувати процес реалізації рішень.

Про це свідчать результати перевірок багатьох питань при підготовці апаратних нарад у керівника психіатричної служби міста, зокрема "Про покращення умов перебування психічно хворих у психіатричних лікарнях міста", "Правові та медичні аспекти госпіталізації, перебування та виписки психічно хворих із психіатричного стаціонару", "Про стан взаємодії стаціонарних та амбулаторних психіатричних закладів по госпіталізації, диспансеризації, лікуванню та реабілітації психічно хворих", "Про взаємодію та наступність у роботі спеціалізованої швидкої психіатричної допомоги з психіатричними наркологічними стаціонарами та ПНД".

Тематика регулюючих заходів свідчить, що більша частина інформації, отримана в процесі контролю, не має кількісних характеристик і має бути визначена у якісних характеристиках.

Виходячи з того, що в процесі регулювання діяльності системи надзвичайно важливо визначити недоліки чи помилки в роботі конкретних посадових осіб, під впливом яких встановлені при контролі відхилення у виконанні рішень, перевірка проводилась не тільки в об'єкті, а й в апараті управління: перевірялося інформаційне забезпечення і управлінська діяльність з кожної проблеми, що розглядається.

Проведений системний контроль виконання рішень з перелічених питань дозволяє стверджувати, що є керівники психіатричних ЛПЗ, та їх структурних підрозділів, які не розуміють провідної ролі апарату управління в процесах реалізації управлінських рішень.

Саме з цього приводу виявляється багато недоліків і зауважень до керівників в період контролю з боку міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги.

Це підтверджується планами діяльності ЛПЗ, в яких бракує заходів управлінської діяльності, пов'язаних з конкретними процесами управління. В першу чергу потрібно забезпечити реальність виконання рішень, які приймаються для чого необхідно налагодити попередній контроль за їх прийняттям. Головна роль в цьому належить керівникам ЛПЗ та службам інформаційного забезпечення ЛПЗ.

В ході контролю встановлено порівняння керівництва окремих ЛПЗ формалізувати всю діяльність закладу і вкласти її в окремі алгоритми, положення та інструкції. Але ж ці алгоритми можуть "працювати" лише при керівництві людини тому, що лікувально-профілактичний заклад - це, насамперед, відкрита соціальна система, суб'єктом і об'єктом управління якої є люди: персонал і пацієнти закладу. Тому потрібно лише чітко організувати апарат управління, розподілити обов'язки, права та повноваження щодо прийняття управлінських рішень. А суть цих рішень буде залежати від знань і умінь керівника, його компетентності і професійності.

Досвід показує, що посадові особи, які були призначені на керівну посаду при відсутності відповідного рівня професійної підготовки, прагнуть якомога більше проявити свої "функції" адміністратора, компенсуючи бракування професійності з напрямку, яким вони мають управляти. Інколи це прагнення заважає вирішенню проблеми професіоналом, який займає нижчу посаду.

Отже, відповідність рівня професійної підготовки до посади, яку займає посадова особа, має бути основним чинником кадрової політики в системі психіатричної допомоги.

Наступне, що виходить з перевірок діяльності ЛПЗ психіатричної служби - це відсутність контролю в управлінському циклі з будь-яких проблем, що можна пояснити все тією ж відсутністю управління кадрами в конкретних психіатричних ЛПЗ, що призводить до бракування професіоналів. Будь-який керівник може ефективно здійснювати контроль лише тоді, коли він глибоко знає проблему та зможе знайти її рішення в процесі контролю.

Керівник-професіонал зможе використати результати перевірки для регулювання діяльності системи в цілому та окремих її структур.

Ефективними засобами регулювання управлінської діяльності в психіатричних ЛПЗ вважають медичні ради, оперативні та тематичні наради, проведенню яких допомагають методичні рекомендації з конкретних питань складені з урахуванням власної інформації, зокрема результатів контролю. Це забезпечує корегування прийнятого раніше рішення з проблеми, що розглядається.

Отже, ще одна функція МНІМЦ ОПД - це методичне забезпечення керівників психіатричної служби міста.

Виходячи з потреб ЛПЗ, центром видано серію рекомендацій: "Рекомендації з поліпшення якості річних звітів психіатричних ЛПЗ", "Рекомендації з підготовки наказу про організацію апарату управління", "Рекомендації з підготовки наказу про організацію комплексної служби інформації в ЛПЗ психіатричної служби", "Рекомендації з планування діяльності ЛПЗ психіат-

ричної служби", "Рекомендації з підвищення якості госпіталізації хворих на психічні розлади", "Рекомендації з організації контролю в процесі управління психіатричним лікувально-профілактичним закладом".

Всі вони використовуються керівниками для регулювання діяльності ЛПЗ: приймаються нові рішення, корегуються раніше прийняті, проводяться наради, виконуються протоколи доручень по розглянутих в перевірках питаннях.

Отже, інформаційно-методичне забезпечення керівників психіатричної служби обумовлює своєчасне корегування діяльності шляхом обговорення ситуації на засіданнях медичної ради, оперативних нарадах, шляхом видання наказів, вказівок, протоколів доручень тощо.

#### **Висновки.**

1. Створення міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги завершило побудову організованої системи психіатричної допомоги в м. Києві, забезпечивши діяльність блоку наукового регулювання, необхідного для ефективної управлінської діяльності.

2. Забезпечення комплексною медичною інформацією керівників психіатричної служби здійснюється шляхом отримання директивної інформації, пошуку тематичної наукової інформації, аналізу статистичних звітів, контрольних перевірок.

3. Науково-методичне забезпечення процесів управління з боку МНІМЦ ОПД сприяє підвищенню рівня управлінської діяльності керівників психіатричної служби міста.



## ОГЛЯДИ, ДИСКУСІЇ, ОБМІН ДОСВІДОМ

### Організація контролю за лікувальним процесом в умовах психіатричного стаціонару

Г.Г. ШУРЕНОК

Київська міська психоневрологічна лікарня № 3

**Резюме.** Представлена управленческая модель контроля за лечебным и организационным процессами психиатрического стационара, которые включают механизмы систематизированной обратной связи. Для результативной работы в системе контроля было выделено 4 уровня контроля с целью повышения эффективности задач управления.

**Ключові слова:** управленческий контроль, уровни контроля, модель конечного результата, стандарты качества медицинской помощи.

**Summary.** The administrative model of the control behind treatment and organizational processes psychiatrically hospital is submitted, that includes mechanisms of the systematized feedback. For productive work in the monitoring system 4 levels of the control for increase of efficiency of tasks of management were allocated.

**Key words:** the administrative control, levels of the control, model of final result, standards of quality of medical aid.

Відомо, що контроль є заключним етапом управлінського циклу; однією з важливих функцій управління.

На практиці цикли управління різними процесами можуть перекривати один одно-

го і зустрічатися в будь-якій послідовності, однак для більшої ясності вони можуть розглядатися як незалежні види діяльності з наступними управлінськими завданнями (рис.1)

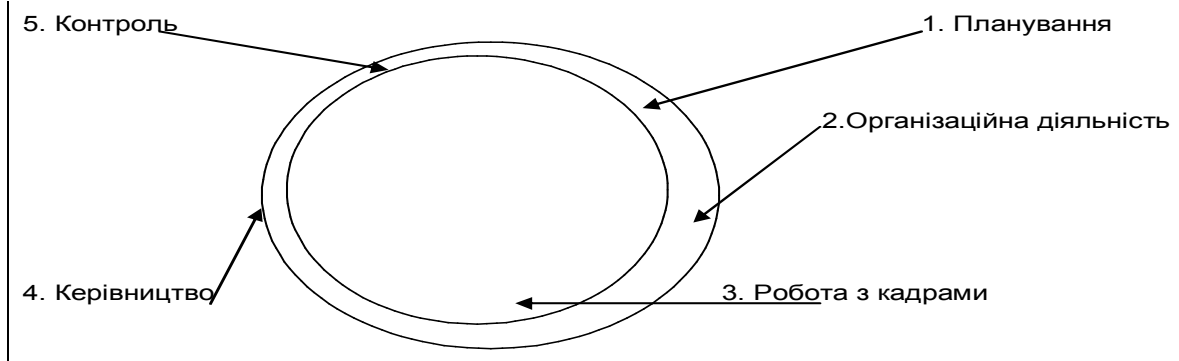


Рис.1 Цикл завдань управління

Контроль організовується з метою покращення роботи на кожному етапі управління та отримання кінцевих результатів.

При управлінні лікувальним процесом контроль направлений на покращення діагностики, лікування та реабілітації хворих.

Контроль включає в себе як розробку стандартів, так і порівняння реальних ре-

зультатів з цими стандартами. Стандарти мають бути конкретними критеріями, які піддаються кількісному виразу, і можуть використовуватися для того, щоб контролювати, коригувати та покращувати якість роботи.

Деякі автори називають чотири етапи процесу контролю (рис. 2).

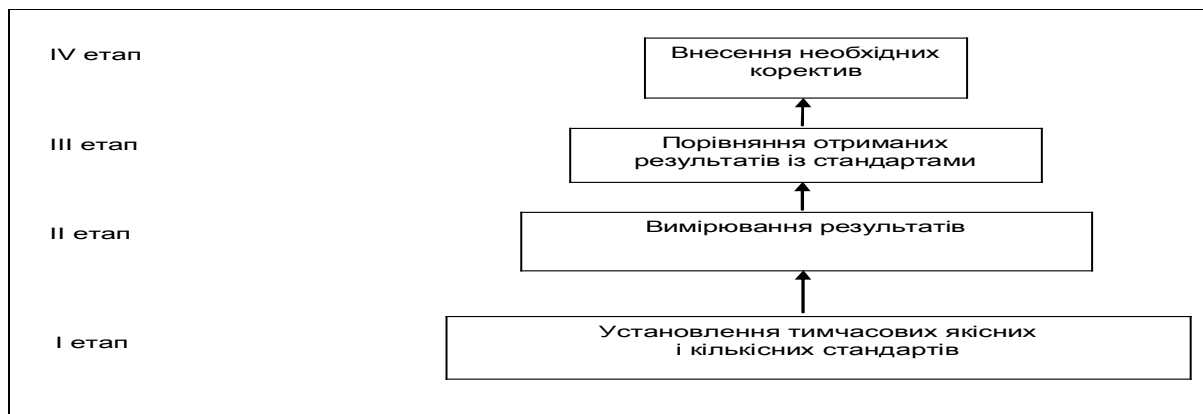


Рис.2 Етапи процесу контролю

Дана схема може використовуватись для оцінки роботи лікувального закладу за певний період згідно моделі кінцевого результату (табл.1). Одне з важливих питань в оцінюванні діяльності є рівень виконання стандартів якості обстеження, лікування та реабілітації. Тому в кінці кожного кварталу робиться аналіз, проводиться експертна оцінка історій хвороб по кожному відділенню, не менше 50-ти в залежності від ланки контролю (завідувачами - по 50, старшими лікарями - по 25, заступником головного лікаря з лікувальної роботи - по 10) (табл.2). В кінці цієї роботи конкретний результат порівнюється зі стандартом, виводиться оцінка і кінцевий результат діяльності підрозділу. На заключному етапі проводиться коригування стандартів і внесення змін на наступний квартал. Так, наприклад, були вне-

сені зміни в оцінку діяльності підрозділів у вигляді:

- раціонального використання медикаментів
- ефективного використання коштів на медикаменти
- аналіз залишків медикаментів
- дотримання термінів огляду комісією у відділенні примусового лікування
- дотримання стандартів лікування за тяжкохворими у геронтологічному та загальнопсихіатричному відділеннях
- дотримання спеціалізації відділення у дитячому центрі з органічними захворюваннями і пароксизмальними станами
- оцінка ефективності співпраці з науковими співробітниками інституту та кафедр у відділенні примусового лікування та центрах Дитячого і "Чорнобильського".

Таблиця 1

**Модель кінцевого результату по Київській міській психоневрологічній лікарні №3 за ..... 2004 року**

№	Найменування	Один. Виміру	Норматив	Виконання	Оцінка в балах			Всього балів	Коеф. результативності.
					Норматива	знак	Ціна один. відхил		
	Показники результативності								
1	Кількість днів зайнятості ліжка за рік	Дні	341		8	+ -	0,05		
2	Середня тривалість перебування на ліжку вибулого хворого	Дні	65		6	+ -	0,1		
3	Ефективність проведеного лікування								
	- одужання	%	2		3	+ -	0,05		
	- поліпшення	%	95		4	+ -	0,05		
4	Охоплення реабілітації.	%	70		6	+ -	0,05		
5	Кількість конференц. <i>Примітка:</i> Участь в Міжнародній конференції або підготовка Статті	Абс.чис	18		3	+ -	0,5		
		Абс.чис	1		8	+	додатково		
6	Виконання стандартів якості обстеження, лікування, реабілітація психічних хворих	%	100		6	+ -	0,05		
7	Виконання стандартів по сестрин. справі	%	100		6	+ -	0,05		
	<b>Всього балів</b>				42				
	Показники дефектів								
№	найменування	Одиниця виміру	Норматив кількості балів у випадку наявності дефектів	Показник дефектів				Всього балів	
1	НВ (втеча, суїцид, раптова смерть)	Абс. число	-1 за кожний випадок						
2	Травматизм хворих з недогляду персоналу	Абс. число	-4 за кожний випадок						
3	Розбіжності між клінічними і п/анатом. діагнозами	Абс. число	-2 за кожний випадок						
4	Порушення сан.-епід. режиму (педикюльоз, ВЛІ, зауваження СЕС)	Абс. число	- 4 за кожний випадок						

5	Скарги: -на низьку якість лікування	Абс. число	- 4 за кожний підтверд. випадок						
6	Збільш. летальності в порівнянні з минулим роком	Абс. число	-2 за кожний випадок						
7	Повторність надходж. (протягом місяця)	Абс. число	-1 за кожний випадок						
8	Порушення наказу № 356 від 18.12.97р.	Абс. число	-1 за кожний випадок						
9	Невиконання планової вартості ліжко-дня по медикаментам	Абс. число	-2						
10	Наявність залишку медикаментів, що перевищують 10-денний запас	Абс. число	-0,5 за кожні 5 тис.грн..						
11	Невиконання планової вартості ліжко-дня по харчуванню	Абс. число	-2						
	Всього балів (дефекти)								
	Коефіцієнт результативності								

Таблиця 2

## Контроль виконання стандартів якості надання медичної допомоги

	П.І.Б. хворого	Обстеження				Лікув ання		Реабілітація							Кількість балів	Інтегральний коефіцієнт якості
		повнота		терміни	Об'рунтування діагнозу	адекватність	терміни	Режим	Психотерапія	Терапія зайнятості	трудотерапія	культтерапія	Соціальні заходи	Вирішення питань експертизи		
		лабораторне	функціональне													
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	

Оцінка рівня виконання стандартів проводиться в балах: 3 бали - повне виконання стандарту, 1 бал - часткове, 0 балів - грубе порушення

Отже, контроль, як правило, включає механізм систематизованого зворотного зв'язку, в якому дані вводу порівнюються з вихідними даними, тобто з кінцевими результатами. Коли спостерігається відхилення від очікуваних результатів, керівник повинен використовувати зворотній зв'язок за рахунок контролю за процесами роботи і вихідними даними (результатами) для внесення необхідних змін. Покладаючись на адекватність системи контролю, можливо, змінити умови ресурсів, які використовуються в процесі роботи і навіть в самих стандартах діяльності. Наприклад, якщо той чи інший підрозділ не виконує стан-

дарт використання коштів на 1 л/день з медикаментів, то на кінець місяця в цьому підрозділі вноситься корекція використання ресурсів, які переносяться на інший підрозділ чи зобов'язують відділення виконувати цей стандарт за рахунок додаткового обсягу роботи (шляхом експертної оцінки історій хвороб, огляду хворих, тощо).

Ці всі відхилення підтверджуються економічним аналізом, який проводиться щотижня (табл. 3). Регулярне проведення цього процесу і є основою покращення якості.

Таблиця 3

## Витрати медикаментів та перев'язувальних матеріалів по КМПЛ №3 щотижнево з ..... по .....

Найменування підрозділу	Планова кількість Ліжко-днів	Фактичні витрати медикаментів, грн.	Витрати на 1 ліжко-день
Всього по лікарні			

В цілому система контролю якості надання

медичної допомоги представлена на рис.3.





Рис. 3 Схема системи контролю якості надання медичної допомоги в стаціонарі

В роботі з управління якістю стаціонарної психіатричної допомоги лікарня керується наказом ГУОЗ № 471 від 17.11.2003 р. "Щодо удосконалення діяльності системи контролю якості надання медичної допомоги населенню м. Києва, а також інформаційними матеріалами, які систематично виписуються лікарнею:

журналом "Головний лікар" та Нормативно-директивним збірником та методичними матеріалами міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги.

Для більш результативної роботи в системі контролю виділяються рівні контролю на кожній ланці роботи рис. 4.



Кожному рівню контролю відповідають певні функції. Так, наприклад:

**На рівні самоконтролю** - це дотримання стандартів якості та виконання своїх функціональних обов'язків.

**На другому рівні:**

1. Забезпечення і проведення експертизи діяльності медичного персоналу в своїх підрозділах:

- Контроль виконання стандартів якості та функціональних обов'язків

- Аналіз медичної документації
- Рациональне використання ліжкового фонду та інших ресурсів
- Рациональне використання медичної апаратури
- Забезпечення кінцевого результату діяльності
- Статистичні показники, МКР
- 2. Наявність нормативно-директивної документації по профілю.
- 3. Забезпечення і контроль санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.



Забезпечення управління різними рівнями контролю здійснюється за рахунок планування:

- щоденного;
- щотижневого;
- щомісячного;
- щоквартального;
- річного.

Основними об'єктами щоденного контролю є:

виконання функціональних обов'язків і трудової дисципліни; використання ліжкового фонду; забезпечення кадрових ресурсів; охоплення реабілітацією; якість харчування; якість надання медичної допомоги; забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму; звернення громадян.

Основними об'єктами щотижневого контролю є:

- аналіз затрат на харчування ( таб.4) та медикаменти (таб.3)

Таблиця 4

#### Витрати на харчування по КМПЛ №3 щотижнево з..... по.....

Дні місяця Критерії	Понед	Вівт.	Серед	Четв.	П'ятн.	Субот.	Неділя	Всього За Тижд.	Ціна За кг	сума
Кількість хворих										
Продукти харчування:										
Вартість меню										
Разом вартість продуктів Харчування за тиждень										
Середня вартість харчування за тиждень на 1 хворого										

Основні розділи щоквартального та щорічного контролю представлено в таблиці 5.

Таблиця 5

#### Управління якістю медичної допомоги. Перелік стандартів

Види Еталонів якості	Джерело інформації	Головний лікар	Зам. з ЕП	Зам. по техніці	Зав. ВК	Головний бухгалтер	Старший лікар	Зав. відділен.	Лікарі ординатори	Головна медсестра	Старші м/с відділень	Сестри господарки	Зав. госп.	Зав.лаборат	Лікар статистик	Зав. приймальним відд.	Лікар- консультант
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Модель кінцевого результату.																	
2. Експертна оцінка історій хвороб.																	
3. Анкети опитування хворих.																	
4. Посадові інструкції та якість праці.																	
5. Еталони оцінки роботи керівників (заступники, завідувачі відділення, головна медсестра тощо).																	
6. Стандарти якості оцінки надання медичної допомоги (включаючи діагностику, лікування, реабілітацію).																	

ВОЇ	-																	
-																		

- проведення обходів структурних підрозділів.

Досвід організації і проведення контролю

за лікувальним процесом дозволяє гарантувати певний рівень його якості. При цьому важлива роль належить розробці та використанню

Література:

1. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівська В.М. та інші. - К.: "Видавництво "Сфера"; 2001 р.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000 р.
3. ДСТУ ISO 9001-2001. Системи управління якістю. Вимоги. Чинний від 10.01.2001 р.
4. ДСТУ ISO 9004-2001. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення діяльності. Чинний від 10.01.2001 р.
5. Гіссін В.І. Управління якістю продукції: Учбовий посібник - Ростов н/Д: Фенікс, 2000.
6. Журнал "Головний лікар", січень 2003 р.

відповідних стандартів.

### З досвіду організації психотерапевтичної допомоги у німецькій психіатричній клініці

УДК 616,89-02-085

Г.Р. ЛЕНЧОВСЬКА  
Київський Національний університет  
імені Тараса Шевченка

**Резюме.** В сообщении представлен отчет о психологической стажировке в Клинике детской и юношеской психиатрии и психотерапии в городе Шлезвиг, Германия. Описаны основные принципы и формы работы клиники, психотерапевтическая специфика, особенности лечения психозов в стационарном отделении.

**Ключевые слова:** опыт немецкой психиатрии, дети и подростки, стационарное лечение.

**Summary.** The information presents a report about psychological practice in the Clinic of Children and Youth Psychiatry and Psychotherapy in Schleswig. The main principles and forms of work, psychotherapeutic specificity, peculiarities of psychotic stationer therapy are described.

**Key words:** experience of German psychotherapy, children and young adults, stationer therapy.

Проблема впровадження сучасних зразків психотерапевтичної допомоги в умовах психіатричних лікарень в Україні є вельми актуальною. Про зразковий стан організації такої допомоги та накопичений значний досвід говориться стосовно психіатричних закладів Німеччини.

Тому метою при підготовці цього повідомлення було вивчення зазначеного досвіду для його можливого запровадження у нашій країні, а методом - стажування нашого фахівця на робочому місці у німецькій психіатричній клініці.

Результати та їх обговорення. З 20 вересня до 16 жовтня авторка проходила стажування у клініці дитячої та юнацької психіатрії та психотерапії в місті Шлезвіг, Німеччина. Стажування стало можливим завдяки люб'язній допомозі видавництва Iskopress - психолога Klaus Vopel та редактора Evelina Braun - директора клініки Dr. Doerte Stolle та голови Вааду України Йосипа Зісельса.

Клініка приймає дітей та підлітків з усієї землі Шлезвіг-Гольштайн. Завданнями клініки є профілактика, діагностика, лікування та реабілітація психічних, психосоматичних та неврологічних порушень у дітей, підлітків та молоді. Слова Каннера, наведені в епіграфі, є девізом клініки. Клініка є професійним центром з усіма можливостями амбулантної, частково стаціонарної та стаціонарної інтервенції. В клініці 120 стаціонарних місць, 10 місць у денному стаціонарі та 2 великих амбулаторних інститути.

В клініці працює 9 відділень або станцій, які пропонують диференційну концепцію лікування для: дітей з порушеннями соціальних стосунків, дітей з загальними порушеннями розвитку, розумово відсталих дітей; підлітків з соматоформними розладами та розладами харчової поведінки, травматизованих дівчат-підлітків, наркозалежних підлітків з вторинними психічними розладами, підлітків у психотичному стані та ін. Стаціонарне лікування має на меті підтримку розвитку особистості дитини в емоційно безпечному просторі.

Особливістю клініки є також епілептологічна діагностика та лікування епілепсії у дітей та підлітків.

Клініка є навчальною базою університету

м. Кіль, бере участь в ряді науково-дослідницьких проєктів.

Клініка постійно співпрацює з молодіжними службами (Jugendhilfeamt), консультативними центрами для батьків (Erziehungsberatungsstellen), навчально-виховними закладами за концепцією структурованої педагогічно-психологічної сітки.

Велике значення для пацієнтів відіграють так звані невербальні або підтримуючі психотерапевтичні методи: рухова терапія (Bewegungstherapie), ерготерапія, музична терапія та терапевтичне катання на конях (Therapeutische Reiten).

Рухова терапія знаходиться у міждисциплінарному просторі фізіотерапії та психотерапії. На заняттях використовуються такі методи як: тілесно-орієнтована терапія, психомоторика, сенсорна інтеграція, спортивна терапія, ЛФК. Пацієнтам надається структурований простір для вираження індивідуальності, роботи зі своєю проблемою мовою тіла, переживання поєднаності тілесних і психічних процесів. Залежно від характеру хвороби та побажань дитини пропонується як робота в міні-групах (3-8 пацієнтів), так і індивідуальні заняття. На занятті пацієнт не лише виконує моторні вправи та подорожує у власній фантазії, а й обговорює свої переживання, вербалізує відчуття розлаблення та напруження, дистанції і наближення.

У кімнаті музичної терапії зібрано інструменти з усього світу, є маленька сцена. Пацієнти можуть виражати свої почуття через звуки та музику. Пропонуються активна та пасивна форми роботи, тобто самостійне творення музики або слухання записів, спрямована фантазія під музику.

Завданням ерготерапевта є пробудження та розвиток творчих здібностей, спонтанності, радості від творчості, переживання успіхів і позитивних стосунків. Тут панує уява і бажання дітей, терапевт лише пояснює яким чином працювати з матеріалами (деревом, глиною, кам'єм, гіпсом, фарбами, тканиною та ін.) та підтримує комфортну атмосферу творчого самовираження кожного у групі незалежно від здібностей і навичок пацієнта.

Терапевтичне катання на конях є прекрасною можливістю для підлітків спробувати те, що їм так тяжко давалося вдома: узгоджувати свої бажання з чужими, настоювати на своєму, нести відповідальність за себе та ще когось, відчувати тілесну близькість, контролювати своє тіло та іншого за допомогою невербального контакту, спробувати владу або просто дозволити великому звірові нести себе та ніжно його гладити. Багато пацієнтів пов'язують особливі почуття з кінями.

Для стаціонарних пацієнтів працює школа, однією з найважливіших цілей якої - пробудити радість до навчання, створити індивідуальну програму, разом вирішувати проблеми навчання та радіти успіхам. Пацієнт в залежності від стану самопочуття відвідує 1-4 заняття на день.

Я практикувалася у стаціонарному відділенні K203 "Психози" для підлітків віком від 13 до 18 років. Всього на станції 16 пацієнтів. Стаціонарне перебування в клініці триває в середньому від 6 до 8 тижнів. Залежно від діагнозу пацієнт потрапляє у частину А або частину Б, що мають різні терапевтичні концепції. У частині Б знаходяться хворі з психотичними станами (біполярні розлади та шизофренічні психози), у частині А - хворі з депресивними, тривожними, соматоформними, пограничними, поведінковими розладами. Пацієнти частини А відвідують групову психотерапію, а пацієнти частини Б - психоедукативний тренінг (автор програми Dr. Hoehling), де дізнаються про особливості свого захворювання, мають можливість обговорити один з одним симптоми та характер перебігу хвороби. На заняттях з тренінгу соціальної компетентності, які часто відбуваються поза клінікою (наприклад, у кафе), підлітки набувають навичок ефективної комунікації та адаптації у суспільстві.

Перебування у стаціонарному відділенні є вільним вибором підлітка та його батьків (виняток - 3-денна кризова інтервенція). Лише після рішення пацієнта активно працювати зі своєю проблемою він може користуватися послугами клініки. Двері станції зазвичай відкриті, окрім випадків загрози суїциду пацієнтів.

Станція живе за чітко структурованим розкладом, в якому передбачені: 2 години індивідуальної розмовної психотерапії на тиждень, заняття у школі, "невербальні" терапевтичні заняття (від 4 до 12 годин на тиждень), прогулянки та спільна діяльність щосередини (тенісний турнір, екскурсія по замкам, кулінарна майстерня, повітряний трамплін, боулінг і т.п.), сімейна терапія (1 раз на два тижні). Раз на тиждень відбуваються засідання вельми цікавої і незнаної у нас інституції як Парламент, де пацієнти висловлюють свої побажання, діляться радіщами

та критикують життя стаціонару. Самостійна прогулянка у вільний час залежить від перебігу хвороби та може бути обмежена через порушення пацієнтом правил клініки. Раз на два тижні, залежно від стану самопочуття, пацієнт має можливість терапевтичної відпустки на одну ніч додому. Родина пацієнта отримує спеціальні завдання (наприклад, запланувати спільне життя після клініки).

Професійну команду станції очолюють лікар-психіатр Dr. Gustav Hoehling та дипломований психолог Jan Jensen. На станції працюють також лікар-педіатр Marko Guerke, дипломовані психологи Nina Menzel та Nadine Crull, соціальний педагог Holger Krause та 18 працівників так званої Basic Team - вихователі та молодший медичний персонал. Лікар-психіатр є психотерапевтом у пацієнтів, хворих на психози. В його обов'язки також входить огляд всіх пацієнтів станції 1 раз на тиждень та призначення медикаментозної терапії у разі необхідності. Дипломовані психологи та соціальний педагог є психотерапевтами для пацієнтів частини А. Кожен психотерапевт має 2-4 пацієнтів.

Психотерапевти працюють за двома терапевтичними концепціями: глибинно-орієнтована психотерапія та когнітивно-біхевіоральна терапія (Verhaltenstherapie). Використовуються також техніки пропріоцептивного розслаблення, аутогенного тренінгу, ігрової терапії.

В центрі всіх психотерапевтичних концепцій - активізація особистісного вибору підлітка, розвиток почуття відповідальності за своє життя, навчання самостпосторезженню та самодопомозі.

Надзвичайно важливу роль відіграє професійна комунікація у відділенні та між відділеннями. У розкладі передбачені обговорення 2 випадків раз на тиждень за участю всієї команди та терапевтів, щоденні півгодинні збори по обговоренню змін у стані пацієнтів. Один раз на дві місяці команда відділення проходить групу супервізії.

Таким чином, шанування гідності пацієнта, різноманітні діагностичні та психотерапевтичні можливості, інтенсивна кооперація з родиною та допоміжними молодіжними службами, ефективна внутрішня комунікація та підвищення кваліфікації працівників забезпечують успіх клініки дитячої та юнацької психіатрії та психотерапії землі Шлезвіг-Гольштайн.

На закінчення хотілося б зауважити: якщо виникає сумнів у застосованості в сьогоденній Україні описаних лікарняних практик - прямо за М. Зоценком: "Ми ж не в Америці!" - заперечимо: не треба втрачати надію на набуття як нашим суспільством, так і нашою медичною системою людського обличчя.







## Про важливість вступної лекції в курс психіатрії, присвяченій засновнику психіатрії слов'янських країн професору харківського університету П.О. Бутковському

УДК 616.89-(09)

О.А. ДВІРСЬКИЙ  
Кримський державний  
медичний університет  
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

**Резюме.** Основоположник психиатрии славянских стран профессор Харьковского университета П.А. Бутковский, автор первого руководства по психиатрии внес значительный вклад в развитие общей, частной и судебной психиатрии. В связи с этим, рекомендуется шире освещать вклад П.А. Бутковского в ее развитие при чтении лекций по психиатрии или же посвящать этому вступительную лекцию.

**Ключевые слова:** П.А. Бутковский, научный вклад, преподавание психиатрии.

**Summary.** The founder of psychiatry of Slav countries is the professor of the Kharkov university P.A. Butkovskiy, the author of the first guidance on psychiatry brought in considerable contribution to development of psychiatry general, private and judicial. In this connection, it is recommended wider to light the P.A. Butkovsky contribution to its development at reading of lectures on psychiatry or to dedicate it an introductory lecture.

**Key words:** P.A. Butkovskiy, scientific achievements, teaching of psychiatry.

Підвищенню ефективності навчання студентів психіатрії і клінічної майстерності лікарів психіатрів в процесі післядипломного навчання значною мірою сприяє внесок вітчизняних психіатрів в розвиток психіатрії, а також згадка їх імен у викладанні тих або інших розділів загальної і приватної психіатрії. Психіатри різних країн ретельно досліджували і досліджують спадщину своїх співвітчизників в її розвиток. Вони з повагою ставляться до своїх попередників, що зробили значний внесок у її розвиток, і прагнуть зберегти в пам'яті подальших поколінь їх імена. З цією метою психіатри Росії читають вступні лекції з психіатрії, проводять конференції, присвячені науковій і практичній діяльності С.С. Корсакова, В.П. Сербського, В.М. Бехтерева, П.Б. Ганнушкіна. В Санкт-Петербурзі психоневрологічний інститут і журнал "Обозрение психиатрии и медицинской психологии", що видається, носять ім'я В.М. Бехтерева, а в Москві психіатрична клініка і журнал психіатрії і неврології названі іменем С.С. Корсакова, інститут судової психіатрії носить ім'я В.П. Сербського, психіатрична клініка - ім'я В.П. Ганнушкіна. Так само чинять психіатри в інших країнах. В Німеччині існує інститут психіатрії імені Е. Крепеліна, в Англії - психіатрична клініка імені Р. Модслі. Відносно інших країн цей список можна було б продовжити. Лише окремі психіатричні лікарні в Україні названі іменами відомих психіатрів. Так, у Вінниці психіатрична лікарня носить ім'я А.І. Ющенка, а в Полтаві - А.Ф. Мальцева.

В історії української психіатрії, як і "в історії української медицини, більше проблем, ніж досягнень" [16]. Ім'я П.О. Бутковського і його підручник "Душевные болезни" тривалий час замовчувалися і піддавалися несправедливій критиці [4, 9, 26]. Ім'я П.О. Бутковського і його внесок в психіатрію не згадувалися в словниках, виданих в Україні українськими [1, 2, 25] і болгарськими [20] психіатрами. На жаль, українські психіатри забули в 2001 році відзначити навіть 200-літній ювілей з дня народження основоположника психіатрії слов'янських країн професора Харківського університету і автора першого посібника з психіатрії і першого її викладача П.О. Бутковського. Лише в останнє де-

сятиріччя наукової і педагогічної діяльності П.О. Бутковського і його посібник "Душевные болезни" була дана адекватна оцінка [6, 10, 14].

Петро Олександрович Бутковський народився в 1801 році в м. Смоленську в сім'ї священика. Його дитячі роки пройшли в м. Харкові. Він навчався в греко-латинській колегії, в якій в другій половині 18 століття протягом 10 років викладав видатний український філософ, поет, педагог Г.С. Сковорода. Його філософські і демократичні ідеї користувалися широкою популярністю серед інтелігенції і студентської молоді і в першій половині XIX століття [11].

Після закінчення греко-латинської колегії П.О. Бутковський поступив в С.-Петербурзьку медико-хірургічну академію, яку закінчив в 1823 році і протягом 10 років успішно служив військовим лікарем у військових частинах і госпіталях російської армії, розташованих у Фінляндії. В цей період він вивчає шведську мову і удосконалює свої знання у французькій і німецькій мовах. У вільний від служби час П.О. Бутковський практикує як лікар серед населення по лікуванню не тільки соматичних, але і душевних хвороб, у нього виявляється інтерес до вивчення психіатрії. Він вивчає численні джерела з психіатрії, чому сприяло знання трьох іноземних мов. Узагальнивши ці джерела і спостереження, зроблені ним протягом десятилітніх практичних занять душевними хворобами, штаб-лікар П.О. Бутковський готує дисертацію, присвячену загальній психопатології [6, 7].

За дисертацію з психіатрії, написану на латинській мові "De vitae psychicae anomalis generatim", П.О. Бутковському 3 грудня 1832 року в С.-Петербурзькому медико-хірургічній академії було присвоєно ступінь доктора медицини. Він був підтверджений 24 грудня 1832 року Гельсінгфорським університетом м. Або. Повторний захист дисертації за рубежом створював в подальшому хорошу репутацію для приватної практики і можливість академічної кар'єри в Росії. Наступного року П.О. Бутковський залишає військову службу і приступає до написання підручника з психіатрії [6, 7].

В середині 1834 року вийшов двотомний підручник П.О. Бутковського "Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешне-

го учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании" [3]. 15 листопада 1834 року він затверджується ординарним професором Харківського університету по кафедрі хірургії з курсом душевних хвороб. В подальшому в зв'язку зі змінами положень Статуту вищих учбових закладів він в 1835 р. переходить на кафедру внутрішніх хвороб, а в 1837 р. - на кафедру приватної патології і терапії, де повинні викладатися душевні хвороби [6, 7, 22].

З метою підвищення якості викладання душевних хвороб П.О. Бутковський звертався у різні інстанції з проханням про відкриття психіатричної клініки, але відповідної підтримки не отримав [18]. У зв'язку з відсутністю підручника з приватної патології і терапії в кінці 30-х років XIX століття він приступає до написання 4-томного підручника "Начертание частной патологии и терапии человеческих болезней", перші два томи якого були опубліковані в 1841 році. Крім цього, він переробляє і готує друге видання "Душевных болезней". Щоб виконати ці цілі, він залишає приватну практику і лише в окремих випадках консультує хворих на прохання друзів і учнів [6].

За успіхи в науковій і викладацькій діяльності П.О. Бутковський неодноразово одержував високу оцінку. За написання "Душевных болезней" спільнота російських лікарів в Санкт-Петербурзі в 1835 році вибрала його своїм членом і кореспондентом. В 1838 році він був призначений колезьким радником, а в 1839 році отримує монарше благословіння. Відзначаючи 15-ти років безпороочної служби його відзначають в 1840 році. В 1842 році він був нагороджений орденом Св. Ганни 3-го ступеня, а в 1843 році представлений в статські радники [6].

Непомірно важка праця підірвала його здоров'я. В результаті крововиливу в головний мозок на 43 році життя 21 листопада 1844 року П.О. Бутковський помер.

"Душевные болезни" П.О. Бутковського (мал.) складаються з двох томів, які він назвав частинами. Загальний об'єм їх складає 318 сторінок. Літературний стиль П.О. Бутковського [3] при написанні "Душевных болезней" Л.А. Прозоров [17] порівнював з красномовством Карамзіна.

П.О. Бутковський першим в світовій психіатрії упровадив термін "психіатрія", який в 1803 році запропонував J. Ch. Reil [6]. За його словами, розвиток психіатрії затримувався тим, що протягом декількох сторіч "психологию преподавали ... по одним догматам метафизики", а досягнення анатомії і хімії головного мозку дають дуже мало відомостей для вивчення причин психічних захворювань [3]. Цьому сприяв також важке утримання душевно хворих, яке було хронічним психотравмуючим чинником, що впливає на клініку психічних захворювань

П.О. Бутковський [3] був прихильником гуманного поводження і утримання душевно хворих. "Несчастные страдальцы, подвергшиеся душевным расстройствам, - по его словам, - содержались, подобно тяжким преступникам, в темницах, либо в смиренных домах и скованные в цепях за редкость показывались праздным и любопытным, находившим удовольствие видеть жалких своих собратьев, лишенных ума". У зв'язку з цим автор закликав: "Мы должны оказывать всю нежность и сострадание к лишенным ума". Збуджених хворих П.О. Бутковський [3] рекомендував залишати

#### Малюнок 1. Титульний лист першої частини підручника з психіатрії П.О. Бутковського

вільними, оскільки роздратування від "насильства" призводить до надмірного збудження. Він виступав проти того, щоб хворі були представлені грубим людям, оскільки "духовные и моральные качества лиц, имеющих доступ к таким больным, оказывают на них благоприятное влияние".

В першій частині "Душевных болезней" П.О. Бутковського [3], представлений на 38 сторінках, розділ "Исторические сведения о душевных болезнях", який охоплює період від переказів стародавніх народів про душевні хвороби за 1482 р. до Р.Х. і до 1830 року. В них наводяться численні джерела психіатрії з коротким їх змістом і критичною оцінкою П.О. Бутковського. Наведені джерела є унікальним бібліографічним довідником, що не втратив значення і сьогодні.

Торкаючись своїх природно наукових переконань, П.О. Бутковський [3] указував: "Природа, находящаяся в беспреданном движении. ... Она обнаруживается ... орудием, (организмом). ... Все от малейшего до величайшего существа состоят во взаимном действии и зависимости". "Природа, что находится в беспутном руси. Она выявляется зброєю (организмом). ... Все від щонайменшої до найбільшої істоти полягають у взаємній дії і залежності". До початку опису психопатологічних симптомів П.О. Бутковський [3] висловлює основні психологічні характеристики процесу пізнання. "Все впечатления природы первоначально действуют на внешние чувства, потом переносятся через нервы к общему чувству, производят там чувствования и умопредставления, а все распоряжения воли происходят от мозга. ... Все, что ощущено чувствами, приводится в какой-либо вид или образ, соответствующий понятиям". За допомогою розуму або роздуму "испытывается все ощущаемое чувствами и приведенное в некоторый образ. Способность эта сопровождается памятью, с помощью которой сохраняется в душе предшествующие чувствования и помышления". Вищою здатністю душі є розум. За допомогою розуму ми "отыскиваем и узнаем внутреннее свойство вещей, непостижимое чувствами". Під волею П.О. Бутковський [3] розуміє "произвольную способность души, посредством которой она стремится совершить что-либо в соответствии с предполагаемым ре-

зультатом".

П.О. Бутковський [3] раніше, ніж В. Грингер [5], вказав, що "при душевной болезни поражается преимущественно орган умственной сферы мозг". На ранніх етапах розвитку психіатрії важливе значення мало визначення душевного здоров'я і душевної хвороби. Душевним здоров'ям П.О. Бутковський [3] називав ту гармонію душевних явищ або той стан душевного життя, в якому людина вільно володіє "всеми отправлениями и действиями души".

З визначення психічного здоров'я П.О. Бутковський [3] виводить поняття душевної хвороби. "Болезнь душевная есть то состояние, при котором теряется ...владечество над всеми или над некоторыми только отправлениями психической жизни. ...При всяком душевном страдании внутренне расстроились ...ум, воображение, память, сила чувствования и вожделения, ...поражается гармония духовной жизни. ...Патогномический признак всех душевных расстройств... состоит в неправильности силы суждения, в ложном чувствовании и порочном стремлении желательной силы". До хворих на божевілля він відносить тільки тих, які піддаються довготривалій "потере самоведения и свободного назначения и бред произведен не скоропреходящими влияниями". До останніх він відносить дію алкоголю і "одурманивающих средств", тобто наркотичних засобів.

П.О. Бутковський [3] вслід за Ф. Пинелем [15] надав опис асоціативного варіанту психічного автоматизму, при якому хворі "запелюють, що непереборна сила володіє їх розумом". Ці факти свідчать про те, що явища психічного автоматизму були описані раніше В.Х. Кандинським [8].

В описі "неправильности общего чувствования ...дающие повод больным к ложному понятию касательно собственного их тела" П.О. Бутковський [3] вперше представлено розлад схеми тіла. Хворі "предполагают перемену в количестве и качестве частей тела, уверены, что имеют стеклянные ноги и длинные носы"[3]. Через 114 років Р.І. Месрович [13] указував: "Под расстройством схемы тела мы понимаем переживания несоответствия между ощущением, получаемым от того или иного органа, и тем, как этот орган ранее был отражен в сознании".

Нозологічні принципи в психіатрії П.О. Бутковський [3] сформулював майже на 30 років раніше, ніж Kahlbaut [31]. Після Ф. Пинеля [15] він чітко описав типи перебігу психозів і вперше вказав на існування поєднаних психозів. Їм була запропонована класифікація психічних хвороб на основі анатомо-фізіологічних уявлень з урахуванням ролі психовегетативних взаємин. Цій систематичі Д.Д. Федотов [24] дав позитивну оцінку порівняно з класифікаціями J. Esquirol [30] і П.П. Малиновського [12].

Серед причин душевних хвороб П.О. Бутковський [3] виділяв фізичні і психічні, а також такі, що привертають, і випадкові. Важливу роль в прояві божевілля він відводив спадковості. "Натура одарила нас многими склонностями к высоким и благородным деяниям, ...но вместе с тем сообщила и многие зародыши к сумасшествию", - підкреслював автор [3].

В другій частині "Душевних хвороб" П.О. Бутковський [3] з урахуванням запропонованої класифікації психічних хвороб описує окремі захворювання. Однак П.О. Бутковський до них не відносив вперше ним описаний "класс чудиков", що відповідає сучасній психопатії. На від-

міну від божевільних, у них інтелект, мислення не страждає. Особливості цих людей характеризуються "странною походкою, жестами, разговором, ...странным поведением в обществе", которые "стали их привычкою"[3]. Після П.О. Бутковського [3] психопатії під назвою "моральное помешательство" описував J. Prichard [35], а J. Esquirol [30] позначав їх як "инстинктивное помешательство". Більш як через 80 років Е. Краепелін [33] в класифікації психопатій виділяв групу "чудаков".

Під назвою "бешенства" П.О. Бутковський [3] описав галюцинаторно-параноїдну шизофренію [6, 19]. В цих хворих ним вперше описана дисгармонія між думками і відчуттями, коли "чувствования, мысли ...обнаруживаются без связи и порядка. Взгляд не гармонирует со словами". Ці розлади Е. Stransky [36] в 1909 році були названі "интрапсихической атаксией". Крім того, П.О. Бутковський [3] першим описав у хворих на сказ аутизм, а також вказав на несприятливу його течію у випадках "сопряжения с падучей болезнью".

Опис "врожденного безумия" відповідає олігофренії. З урахуванням темпераменту П.О. Бутковський [3] серед цих хворих виділяв пацієнтів, що характеризуються заторможеністю і збудливістю. В подальшому Е. Краепелін [33] їх відповідно позначали як "торпидные" і "эретичные" хворі на олігофренію. Ці автори і подальші дослідники не вказували на пріоритет П.О. Бутковського у виділенні відзначених варіантів природженого недомумства.

Відмінність між деменцією і олігофренією П.О. Бутковський [3] визначав так: "Приобретший безумие теряет качества, коими он прежде пользовался, и в этом отношении можно сравнить его с богатым, который после делается бедным, а врожденно - безумного с бедным, оставшимся на всю жизнь таковым. Безумный от природы представляет черты детства, а приобретший безумие - следы совершенного возраста". Через чотири роки, J. Esquirol [30] майже в тих же виразах представив відмінність між природженим і придбаним недомумством вказавши: "Больной олигофренией - бедняк со дня рождения, а больной деменцией - разорившийся богатый". Крім того, П.О. Бутковський [3], а не J. Esquirol [30], упровадив підрозділ природженого недомумства по ступеню його вираженості на імбецильність і ідіотію, яка була запропонована в 1770 році І. Dufour [6]. Незважаючи на це, численні автори відзначають розмежування між олігофренією і деменцією, а також підрозділ по ступеню зниження інтелекту при олігофренії пов'язують з ім'ям J. Esquirol [30], а не згадують при цьому ні І. Dufour, ні П.О. Бутковського [9, 19, 21].

"Сумасбродство" у викладі П.О. Бутковського [3] відповідає простій формі шизофренії. В його клінічних проявах детально представлений феномен філософічної інтоксикації, який Th. Ziehen [37] описав через 90 років.

Психопатологічна симптоматика "сумасбродства", представленого П.О. Бутковським [3] відповідає параної, описаній в 1795 році Chiavutti [6]. В розгорненій стадії хвороби хворого заявляє, що він "разгадал тайны природы, постиг сущность всех вещей, обладает сверхъестественными силами, и сам он уже пророк, посланник Всевышнего"[3].

Клінічні прояви "дурачества" у викладі П.О. Бутковського [3] відповідає "парафренії" [6]. При ньому є збудження розумових сил з мінімальністю думок про самого себе, з помилковим привласненням високого сану. "Ни один боль-

ной так не отличается своею одеждою, украшением, орденами, звездами, как с дурачеством" [3]. При цьому П.О. Бутковский [3] підкреслює: "Поведение больного соразмерно бывает воображаемому им сану".

"Глупость" П.О. Бутковский [3] відносить до хвороби зі зниженою діяльністю і за клінічних характеристиках не відрізняється від простої форми шизофренії [6, 19]. При цьому захворюванні, на думку автора, є зниження енергії розумових процесів, "мыслительные способности не имеют довольно энергии". За допомогою цього він пояснював розлад мислення, емоційної сфери і поведінки хворих на "глупость". Зниження психічної активності, запропоноване П.О. Бутковським [3], в подальшому К. Conrad [28] розглядалося як основний симптом шизофренії під назвою "редукция энергетического потенциала".

Під "исступлением" П.О. Бутковский [3] ретельно описав "сонний стан" з переживаннями фантастичного характеру, з втратою відчуття часу і частковою амнезією. Клініка "сонного стану" відповідає онейроїдному синдрому в перебігу депресивно-параноїдної шизофренії [6, 19]. Ониродинія або стан сноподібного затьмарення свідомості вперше описали в 1777 році W. Cullen [29] і в 1834 році П.О. Бутковский [3], а в подальшому в 1890 році В.Х. Кандинський [8] і в 1924 році - W. Mayer - Gross [34].

В клінічних проявах "меланхолии" П.О. Бутковським [3] вперше описана інволюційна меланхолія і інволюційний параноїд [24].

Під назвою "бездейственного равнодушия" П.О. Бутковский [3] описав захворювання, яке через 30 років R. Arndt [27] і K. Kahlbaum [32] назвали кататонією. Ним також раніше, ніж R. Arndt [27] і K. Kahlbaum [32], описали каталепсію, при якому хворий в стані знерухомленості "не желает ничего, не противится ни че-

му и может быть сгибаем подобно свинцу" [3].

У главі "Распознавание сомнительной душевной болезни" в підсудних людей П.О. Бутковский [3] вперше чітко представив критерії неосудності і описав методи виявлення симуляції. У зв'язку з цим він є засновником судової психіатрії [6].

Вищенаведені факти свідчать про те, що основоположником психіатрії в Росії є професор П.О. Бутковский, який в 1832 р., захистив дисертацію з психіатрії, в 1834 р. видав перший підручник по психіатрії, вніс значний внесок у загальну, приватну і судову психіатрію і з 1834 по 1844 рр. вперше викладав в Харківському університеті душевні хвороби. Разом з тим, починаючи з кінця 19 століття, протягом більше 110 років, численні автори несправедливо затверджували, що основоположником психіатрії і автором першого підручника по психіатрії в Росії є І.М. Балінський, а не П.О. Бутковский [9, 18, 20, 22, 23, 26]. Після захисту в 1855 році докторської дисертації з терапії "Conspectus hystoricus in febris" І.М. Балінський протягом року читав курс лекцій з дитячих хвороб а з 1857 року почав викладати душевні хвороби в Санкт-Петербурзькій медико-хірургічній академії і в 1859 році опублікував конспект лекцій з психіатрії, які вважаються першим підручником з психіатрії в Росії [23].

Таким чином, біля витоків психіатрії слов'янських країн стояв професор Харківського університету П.О. Бутковский, автор першого підручника з психіатрії і перший її викладач. Він зробив значний внесок у розвиток загальної, приватної і судової психіатрії. У зв'язку з цим, рекомендується ширше освітлювати внесок П.О. Бутковского у її розвиток при читанні лекцій з психіатрії або ж присвячувати цьому вступну лекцію.

#### Література:

1. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Киев: Вища школа. 1984. - 448 с.
2. Блейхер В.М., Крук В.М. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995. - 639 с.
3. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.). - СПб. 1834. - Ч.1. - 168с. Ч.2. - 160 с.
4. Грум К. Рецензия на сочинение д-ра Петра Бутковского "Душевные болезни" //Друг здравия. - 1835. - №6. - С. 47 - 48.
5. Гризингер В. Душевные болезни (1845): Пер. со 2-го немец. изд. Петербург, 1867. - 610 с.
6. Дворский А.Е., Яновский С.С. П.А. Бутковский - основоположник психиатрии славянских стран и его "Душевные болезни". - Симферополь: Таврия. - 2001. - 208 с.
7. Змеев Л.Ф. Бутковский Петр Александрович /Русские врачи - писатели. - 1886. - В. 1 - 2. - С. 34 - 35.
8. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. - СПб.: Изд - е Е.К. Кандинской, 1890. - 241 с.
9. Каннабих Ю. История психиатрии. - М.: Госмедиздат, 1928. - 520 с.
10. Кузнецов В.М., Чернявский В.М. Психиатрия. - Киев: Здоров'я, 1993. - 243 с.
11. Лошиц Ю.М. Сковорода. - М.: Молодая гвардия, 1972. - 224 с.
12. Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике (1847) //Составил предисловие, библиографический очерк и примечание Д.Д. Федотова. - М., Медгиз, 1960. - 215 с.
13. Меерович Р.И. Расстройства "схемы тела" при психических заболеваниях. - Ленинград, 1948. - 308 с.
14. Петрюк П.Т., Ивановский Ю.В. Харьковский профессор П.А. Бутковский - основоположник научной психиатрии в Украине //История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, нейрохирургии и наркологии. - Харьков, 1996. - Т.3, С. 61 - 64.
15. Пинель Ф. Врачебно - философское начертание душевных болезней (1809): Пер. со 2-го франц. изд. - я. М., 1828. - 338 с.
16. Пиріг Л.А. Історія української медицини - більше проблем, ніж досягнень //Історія української медицини. - Київ, 1995. - С. 1 - 5.
17. Прохоров Л.А. Первые учебники судебной психиатрии //Современная психиатрия. - 1915. - № 11 - 12. - С. 429-442.
18. Роте А.И. Очерк истории психиатрии в России и Польше //Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. - 1893. - Т. XXI. - №1. - С. 4 - 130.
19. Случевский И.Ф. Психиатрия. -Л., Медгиз, Ленингр. отд - е, 1957. -441 с.
20. Стоиленов И., Стоиленов М., Коева, Г. Коев, Попов П., Стоиленов Л. Психиатрический энциклопедический словарь. - Киев: МАУП, 2003. - 1200 с.
21. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (Клиника олигофренией). - М.: Медицина, 1965. - Т.3. - 335с.
22. Текутьев Ф.С. Исторический очерк кафедры и клиники душевных и нервных болезней при Военно - медицинской академии. - СПб., 1897. - С. 16 - 17.

23. Тимофеев Н.Н. Иван Михайлович Балинский //Журн. невропатолог. и психиатр. - 1977. - №12. - С.1873 - 1875.
24. Федотов Д.Д. Павел Петрович Малиновский //Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. - М.: Медгиз, 1960. - С. 3 - 23.
25. Фрумкин Я.П. Психиатрическая терминология. - Б.г.:Госмедиздат Украины, 1939. - 132 с.
26. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии /Под ред. Б.Д. Петрова. - М.: Медгиз, 1951. - 480 с.
27. Arndt R. Uber Katalepsie und Psychose //Allg. Z. Psychiat., 1874. - 30, №1. - S. 28 - 45.
28. Conrad K. Die beginnende schizophrenie. Stuttgart, 1958.
29. Cullen W. First lines of the practice of physic. London, 1777
30. Esquirol J. Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal. - Paris, Baillaire, 1838. - Т. I - II.
31. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstorungen, Dansing, 1863.
32. Kahlbaum K. Klinische Abhandlungen uber psychische Krankheiten, I Heft. Die Katatonie etc. Berlin, 1874.
33. Kraepelin E. Psychiatrie. - Leipzig. Verl. V. J. A. Barth. - 1915.
34. Mayer - Gross W. Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform: psychopathologisch - klinische Untersuchungen. Berlin: Springer, 1924.
35. Prichard J. Prichard A. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. - London, 1835.
36. Stransky E. Uber der Demencia preaecox. Wiesbaden, 1909.
37. Ziehen Th. Душевная и половая жизнь юношества /Пер. с нем. - М., 1924.

## Опыт становления житомирской областной психиатрической больницы №1

В.А. ШУМЛЯНСКИЙ  
Житомирская областная  
психиатрическая больница №1

**Резюме.** Житомирську обласну психіатричну лікарню №1 було створено в 1944 році на базі психіатричних відділень міської лікарні.

До 1975 року у два етапи було збудовано корпуси у пригороді Житомира, де зараз розміщена лікарня, яка пододала шлях від традиційної психіатричної лікарні до об'єднання спеціалізованих центрів.

За три роки роботи (2001-2003 рр.) спеціалістами центрів проконсультовано більше ніж 23 тис. пацієнтів, проведено стаціонарне лікування більше 14 тис. хворих.

**Ключові слова:** принцип організації психіатричної допомоги, показники ефективності лікування.

**Summary.** Zhytomir Region Psychiatry Hospital №1 was organized in 1944 on the base of psychiatric departments of the towns hospital.

In 1975 there were built in two stages some buildings in the suburbs of Zhytomir and is situated here till now. The hospital did a long way from traditional psychiatric hospital to the union of specialized centers.

During three years of work (2001-2003) the specialist of centers consulted more than 23 thousand patients and more than 14 thousand people received in-patient's treatment.

**Key words:** the principles of organization of psychiatric assistance (aid), indexes of effectiveness of treatment.

Официальной датой создания Житомирской областной психиатрической больницы №1 считается 8 декабря 1944 года, когда был издан приказ народного комиссариата по здравоохранению №2104 от 08.12.44 г.

С этого времени и до 1958 года отделения психиатрической больницы находились на территории Житомирской городской больницы. Кроме психиатрических отделений в составе больницы был психоневрологический диспансер и подсобное хозяйство.

С 1958 года больница расположена в загородной зоне и имеет свою территорию.

В результате строительства в два этапа больница достигла своей максимальной мощности 1610 коек в 1975 году.

Был выбран районированный принцип организации психиатрической помощи, при котором большинство отделений стационара принимали больных с закрепленных за ними районов, врачи отделений хорошо знали своих районных психиатров, пациенты имели своих постоянных врачей.

Предполагалось, что такой принцип организации психиатрической помощи позволит улучшить преемственность в лечении больных.

Однако увеличение числа коек, бригадно-территориальный принцип организации психиатрической помощи не только не повысили ее эффективности, а напротив создали предпосылки для роста числа госпитализаций и увеличения сроков стационарного лечения.

Кроме того в районированных отделениях не удавалось создать дифференцированные условия для проведения комплексных реабилитационных мероприятий с учетом остроты проявлений психических расстройств, степени выраженности дефицитарной симптоматики, мотивации к участию пациентов в лечебном процессе.

С целью преодоления этих недостатков часть районированных отделений была реорганизована в специализированные с созданием наиболее благоприятных условий для лечения и пребывания больных соответствующего профиля:

- так, актуальным для времени было создание отделения острых алкогольных психозов, что позволило резко снизить показатель летальности больных белой горячкой уже на следующий (1980) год;

- в 1981 году были организованы реабилитационные отделения, в которые были переведены больные, нуждающиеся в проведении социо-

реабилитационных мероприятий с дифференцированным привлечением к трудотерапевтическим процессам в лечебно-производственных мастерских;

- для больных с начальными проявлениями и в ранние периоды обострений психических заболеваний было создано отделение открытого типа. В среднем за год в этом отделении пролежалось более 700 б-х (оборот койки 10,0, среднее пребывание пользованного больного - 30,6 дня). Половина больных была с впервые установленным диагнозом (27 процентов - шизофрения), в большинстве случаев отказавшихся от госпитализации в общепсихиатрические отделения.

Для обеих вышеуказанных категорий пациентов был также создан дневной стационар на 50 мест.

Все это позволило прежде всего уменьшить число больных в стационаре: средняя продолжительность занятости койки в году уменьшилась на 20 дней и составила 349 дней (без увеличения числа коек). Средняя длительность пребывания пользованного больного уменьшилась до 49,3 дня, оборот койки составил - 7,0. Значительно улучшились показатели эффективности лечения.

Дальнейшему развитию реабилитационного направления в общепсихиатрических (районированных) отделениях стационара, которые составляли до 60% коечного фонда больницы, препятствовало, наличие в этих отделениях больных, нуждающихся в постоянном наблюдении. В связи с этим в 1989 году было создано специализированное отделение на 70 коек для лечения больных, представляющих общественную опасность.

Территория этого отделения была ограждена, доступ в отделение посторонним лицам закрыт, помещение отделения укреплено в соответствии с требованиями, проведена охранная сигнализация. Пациенты с усиленным режимом наблюдения находятся на половине отделения, которая работает в автономном режиме. В обеих частях отделения функционируют мастерские, проводятся культ.терапевтические, спортивные мероприятия, демонстрирование видеофильмов, имеются комнаты для свиданий с родственниками, спортивные площадки.

Организация работы отделения диктуется исключительно медицинскими критериями. Опрос пациентов свидетельствует, что они не видят существенной разницы в условиях данного отделения и общепсихиатрического.

За первые 5 лет было пролечено 750 паци-

ентов, около 70% из них - это больные с разными формами шизофрении, 56,4% инвалиды I или II группы инвалидности, 15,9% больных поступило на принудительное лечение.

В структуре общественно-опасных действий, совершенных пациентами, которые были выписаны с принудительного лечения, доминировали имущественные правонарушения - 54,7%.

В отделении утилизируется информация об общественно опасных действиях, совершенных больными, которые состоят на учете у психиатров, анализируются данные по каждому району, планируются мероприятия по профилактике общественно-опасных действий, контролируется их проведение, предоставляется консультативная и организационно-методическая помощь районным психиатрам.

Ежегодно на областном межведомственном совещании совместно с прокуратурой и областным управлением внутренних дел разрабатываются мероприятия по профилактике общественно опасных действий среди лиц, которые состоят на учете у психиатров с использованием данных, подготовленных врачами отделения.

Таким образом к началу 90-х гг. мы привели стационар к оптимальному сочетанию территориального принципа обслуживания больных с выделением специализированных отделений для пациентов, нуждающихся в специальных лечебных подходах и условиях пребывания.

Среди них:

- детское, подростковое, гериатрические - по возрастному принципу;
- для больных с невротами и другими психическими состояниями;
- для начальных этапов психотических расстройств;
- для больных, представляющих общественную опасность;
- по принципу необходимости создания специальных условий для проведения лечебно-диагностического процесса.

Такое построение стационара позволяло активно внедрять реабилитационную направленность в организации работы отделений и служб и создавать терапевтическую среду.

Роль стационара в системе оказания психиатрической помощи при этом еще более возрастала. Психиатры, работающие во внебольничной сети выполняли в основном диспетчерские функции и проводили лечение исключительно по рекомендации стационара. Показатели деятельности психиатрической службы были ориентированы на увеличение объема стационарной помощи.

С начала 1992 года мы начали поиск изменения принципов деятельности психиатрической службы области как системы.

Основной целью лечебно-диагностической и социальной помощи нашим пациентам мы определили оптимальный уровень реадaptации.

По нашим данным, основной причиной регоспитализаций был отказ пациентов от приема медикаментов, что приводило к возобновлению патологических симптомов. Следствием этого была социальная дезадаптация пациента. В связи с этим очень важно было выработать и стараться сохранить положительное отношение пациента к лечению на всех этапах лечебного процесса.

В амбулаторных условиях легче убедить больного и его близких в необходимости понимания и оценки проявлений болезни с необходимостью обращения к своему врачу и с дальнейшим активным участием в лечебном процессе и решении социальных вопросов.

В работе с участковыми психиатрами мы подчеркивали, что целесообразней договориться

с пациентом о его осознанном приеме пусть и не самого эффективного, на наш взгляд, препарата, чем "навязать" оптимальное лечение, к которому по какой-либо причине у него сложилось предубеждение.

Наиболее ощутимым ударом по доверию пациента к участковому психиатру было помещение в психиатрическую больницу, поэтому во всех случаях психиатр должен стараться объяснить целесообразность стационарного лечения, в каком отделении оно будет проходить; указать предполагаемую его продолжительность.

Для реализации такой установки мы совместно с районными психиатрами разработали критерии госпитализации и изменили принцип профилизации отделений.

Мы считаем, что такой подход, при котором участковый (районный) психиатр проводит все лечебные и социальные мероприятия в пределах своих возможностей самостоятельно или с консультативной помощью, направляет пациентов на стационарное лечение с рекомендациями вида курсового лечения, а затем оценивает его эффективность, активно решает вопросы социальной помощи, включая устройство в дома-интернаты, и контролируя уровень лечения и условия проживания в них, позволяет объективно определить потребность в различных видах психиатрической помощи и влиять на ее эффективность.

С начала 1994 года совместно с районными (участковыми) психиатрами мы определили условия проведения амбулаторного лечения с учетом возможностей каждого района, потребности в различных видах стационарного лечения с тремя критериями: отношение к болезни (лечению), основного направления лечения, в каких условиях его следует осуществлять.

В результате одиннадцать общепсихиатрических отделений было перепрофилировано в два отделения для купирования острых состояний, два - симптоматического лечения и ухода, три - для больных, самостоятельно поступающих и одно - для пациентов, представляющих повышенную общественную опасность.

Были подготовлены положения об этих отделениях, пересмотрены штатные нормативы в пределах численности и фонда заработной платы больницы.

Первый год показал, что не все участковые психиатры заинтересованы в повышении ответственности при проведении амбулаторного лечения своих пациентов, дифференцированному направлению их на стационарное лечение с дальнейшей оценкой его результатов. Остро возросла потребность в психологах и психотерапевтах, были нужны специально подготовленные социальные работники. Врачи отделений для купирования острых состояний неохотно переводили своих пациентов в другие отделения для дальнейшего лечения.

В то же время участковым психиатрам, да и самим пациентам, был понятен принцип профилизации отделений, который не позволял просто направлять в стационар без указания вида лечения.

При снижении уровня госпитализации за два года с 51,7 до 40,8 на 10 тыс. населения, показатели заболеваемости с временной утратой дееспособности, уровня регоспитализации и средних сроков стационарного лечения улучшились.

Эти результаты убедили нас в целесообразности постепенной целенаправленной переориентации на внебольничную помощь, когда главные врачи районов и районные психиатры рассчитывают объем помощи на своем уровне и делают



заказ на консультативную помощь и стационарное лечение.

Профиль отделений стационара при участии районных психиатров приведен в соответствии с показаниями к стационарному лечению в зависимости от состояния больного и вида лечения, в котором он нуждается.

Это позволило в последующие годы снижать потребность в стационарном лечении и сокращать освобождающиеся койки. При этом ни один год стационарная койка не работала более 345 дней в году (в 1993 году шел перевод между отделениями).

Обратил на себя внимание тот факт, что довольно резкое по сравнению с западноевропейскими странами сокращение объема стационарной помощи не привело к ухудшению основных показателей. Компенсация прошла по трем направлениям:

- часть пациентов стационаров была определена в дома-интернаты системы социальной помощи;

- профилированные по территориальному принципу отделения стационаров за счет уменьшения сроков лечения увеличили число пользованных пациентов параллельно с сокращением уровня госпитализации;

- расширялись возможности амбулаторного лечения, дополнительно были организованы два диспансерных отделения и один дневной стационар в составе многопрофильных районных поликлиник, а также группы больных, с которыми проводились психосоциальные мероприятия.

Первая такая группа была создана в 1998 году при участии канадского волонтера, психиатра, д-ра П.Ульмана в г.Житомире. В эту группу были включены 25 больных с длительными сроками заболевания шизофренией, с выраженными дефицитарными проявлениями, имеющие вторую группу инвалидности.

Первые 2 года с группой работали психиатр, психолог и 2 медицинские сестры. В последующем с группой стали заниматься только медсестры, при необходимости пользуясь консультациями психиатра и психолога. Последние 2 года группа работает практически самостоятельно, периодически прибегая к помощи закрепленной мед.сестры.

Аналогичные группы были созданы и в других городах области. Можно отметить одну закономерность - там, где инициатива переходила к мед.сестрам, группа развивалась. Если лидером оставался врач-психиатр, она постепенно распадалась.

Все районные психиатры и заведующие отделениями стационара рассчитывали объем своей лечебной работы и свои потребности, оценивали эффективность. Из этих расчетов складывался план по службе и смета больницы.

Как в амбулаторной, так и во внутрибольничной практике наряду с биологическими методами лечения в последние годы все активнее применяются методы психотерапии и социотерапии, были подготовлены целевые планы развития:

- \* по детской и подростковой психиатрии, с акцентом на работу с семьями и мультидисциплинарный подход;

- \* по профилактике ООД, со специализированным отделением, которое, помимо стационарного лечения категорий социально опасных больных, занимается и организацией взаимодействия с амбулаторной сетью по предотвращению повторных правонарушений;

- \* по проведению медсестринской терапии, направленной на выявление и решение проблем адаптации, прежде всего, с ближайшим окружением больных;

- \* по социальной помощи совместно с социальными службами.

Следующим шагом в процессе ухода от приоритетности стационарного лечения явилась организация отделения амбулаторного типа в высвободившемся после сокращения стационарных коек здании с функциями консультативно-терапевтического центра.

В этом отделении были созданы условия для проведения консультаций врачами-психиатрами, невропатологами, психологами, специалистами по социальной работе, терапии движением, арт-терапии и др.

Больному после консультации может быть рекомендовано: амбулаторное лечение дома или в этом отделении, стационарное лечение в профильном отделении с получением сеансов лечения в консультативно-терапевтическом отделении, кратковременная госпитализация с последующим курсом лечения и т.д.

Таким образом, каждый пациент, направленный психиатром в консультативно-терапевтическое отделение, должен пройти законченный цикл: консультации, рекомендации по коррекции лечения, лечебные мероприятия в Центре и/или профильном отделении стационара с последующей оценкой всех этих мероприятий и подробными рекомендациями пациенту и направившему его врачу-психиатру.

Вместо плана койко-дней и количественных показателей диспансерного учета стали показатели, отражающие длительность и качество ремиссий: число госпитализаций и регоспитализаций (на 10 тыс.населения), временная и стойкая утрата трудоспособности, объем стационарного лечения (койко-дни в стационаре на 10 тыс.населения) и др.

При этих условиях амбулаторные психиатры взялись выполнять максимум лечебно-диагностических мероприятий на своем уровне с использованием местной базы (дневные стационары рай(гор)ТМО, участковые больницы, ФАПы), добиваться обеспечения медикаментозным лечением, расширять сеть диспансеров, дневных стационаров, развивать связи с социальными службами и т.д., что приводило из года в год к снижению потребности в стационарном лечении и позволяло последовательно сокращать стационарные койки.

Профилированные по функциональному принципу отделения стационаров стали приспособлять свои условия к требованиям соответствующего контингента больных:

- в отделениях для проведения лечения с активным участием пациентов стали в первую очередь применять различные психотерапевтические и психокоррекционные методики;

- в отделениях для симптоматических курсов лечения (хронических) больных - социореабилитационные мероприятия;

- в отделениях для лечения острых психических расстройств - наиболее эффективные психофармакотерапевтические методы с быстрым включением в социореабилитационный процесс.

Следующим этапом было объединение отделений, оказывающих помощь определенному профилю пациентов, с добавлением им функций по оказанию консультативной и организационно-методической помощи.

Отделения для больных с острыми психическими расстройствами и госпитализированных в недобровольном порядке объединены в Центр по профилактике обострений с консультативным приемом и группой медсестер социальной помощи для посещения выписанных больных.

На базе детского и подросткового отделения создан Центр патологий психического развития с мультидисциплинарным консультированием и выездами бригад для продолжения ведения пациентов на дому.

Отделения для симптоматического лечения больных с длительными сроками заболевания объединены в реабилитационный Центр, включающий также лечебно-производственные мастерские и подсобное хозяйство.

И, наконец, отделения для самостоятельно поступающих больных и дневной стационар составили консультативно-терапевтический Центр, в котором оказывается диагностическая, консультативная и терапевтическая помощь, как психиатрами, так и психологами и социальными работниками.

Кроме того, созданы новые подразделения - консультативно-терапевтическое отделение для консультаций и проведения лечения как больных из районов, так и из отделений стационара; социально-психологическая служба, включающая 10 психологов и 20 социальных медсестер, подготовленных на специальных курсах в медицинском колледже, проводит индивидуально подобранные психосоциальные мероприятия, начиная с периода стационарного лечения и "сопровождая" пациента после его выписки домой.

Таким образом, в процессе реорганизации системы оказания психиатрической помощи на первом этапе нам удалось снизить потребность в стационарном лечении и сократить койки до определенного уровня (с 12,6 на 10 тыс.нас. в 1991г. до 6,0 к 2000г.); развить дифференцированный подход в лечении и оказании медико-социальной помощи выделенным категориям больных и изменить отношение к стационарному лечению сделав его прогнозируемым по срокам и ожидаемым результатам.

Следующим этапом стало логически понятное объединение близко функциональных отделений с принятием на себя ответственности за организацию помощи своим категориям больных, включая внебольничные ее виды (профильные центры).

Так Центр, объединяющий "открытые" отделения, дневной стационар и консультативно-терапевтическое отделение, ответственный за выявление и привлечение к лечению больных с ранними проявлениями психических расстройств, взял на себя инициативу сближения с общесоматической сетью, подготовки врачей первичной сети и привлечению их к участию в выявлении и организации помощи больным с начальными проявлениями первых психических заболеваний. Центром разработаны положения о психосоматических кабинетах и отделениях. В текущем году два отделения Центра перепрофилированы в психосоматические.

Центр, объединяющий "острые" отделения отвечает за организацию помощи при острых психических состояниях и профилактику обострений. По инициативе Центра разработано положение

о приемно-диагностическом отделении и планируется организация этого отделения в следующем году.

Отделения Центра участвуют в отработке ведения пациента (случая) сотрудниками Центра совместно с психиатрами и медсестрами психиатрических диспансеров (кабинетов) начиная с выведения из острого состояния в отделениях Центра.

Кроме того, в этом Центре действует программа профилактики общественно-опасных действий (ООД), разработанная на базе отделения для принудительного лечения и осуществляется им совместно с районными психиатрами.

Реабилитационный Центр, объединяющий реабилитационные отделения и лечебно-производственные мастерские ответственен за выполнение разработанной по его инициативе программы психосоциальной помощи, совместных с социальными службами мероприятий по реадaptации своих пациентов, разработку и внедрение реабилитационных мероприятий в домах-интернатах.

По инициативе Центра создан загородный филиал, где при поддержке медсестры 10 пациентов с выраженными явлениями дезадаптации проходят курс медико-социореабилитационных мероприятий в условиях современной сельской усадьбы. Больные живут в достаточно комфортных условиях (ванная, туалет, столовая, летняя кухня, телевизор и т.д.), обрабатывают огород и ухаживают за домашними животными, обеспечивая себе дополнительно свежие продукты.

Детско-подростковый Центр занимается расстройствами нарушений развития нервно-психической сферы у детей и подростков. Центром разработан и внедрен в практику мультидисциплинарный принцип ведения пациента (случаев) с привлечением специалистов первичной сети и не-медицинских детских учреждений. Налажена семейная терапия с участием родителей и других родственников, в том числе с использованием наблюдения за непосредственным поведением детей (в комнате с зеркальной стеной).

За несколько лет работы центров сложилась тенденция постоянного увеличения консультативной и терапевтической помощи, как в центрах, так и во внебольничных условиях с неуклонным сокращением объема стационарной помощи.

Сам по себе принцип преобладания консультативной и консультативно-терапевтической помощи способствует изменению имиджа психиатрической больницы - больные, побывавшие на консультациях и терапевтических сеансах не воспринимают направление в психиатрический стационар как драму, а скорее как возможность более высококвалифицированного и целенаправленного специализированного лечения.

Имеет значение также и то, что на консультативный прием могут направлять, в отличие от стационарного лечения, не только врачи-психиатры, а и другие специалисты.

#### Литература:

1. Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными психическими расстройствами (Материалы конференции 23-24 ноября 1982 г.). Ленинград.-1982.
2. Вильям Энтони, Микал Коэн, Мариан Фаркас. Психиатрическая реабилитация. Издательство "Сфера". 2001.
3. В.И. Литвиненко. Терапевтическая среда психиатрического стационара. Полтава - 1995.
4. G. Thornicroft, M. Tansella. Balancing community-based mental health care. Journal "World Psychiatry". June 2002.
5. D.R. Lipsitt. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. Journal "World Psychiatry". June 2003.

УДК 616.89.008.0(-87)

## Особенности работы некоторых специализированных учреждений Баварии (по результатам 3-х недельной ознакомительной поездки в Германию)

П.Т. ПЕТРЮК

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования,  
Харьковская городская клиническая  
психиатрическая больница № 15 (Сабурова  
дача), г. Харьков

**Резюме.** Наведено інформацію про Європейський конгрес "Інтеграція людей з обмеженими можливостями в Європі. Шляхи до роботи та занятості", а також особливості роботи деяких спеціалізованих, переважно психіатричних, закладів Баварії, з роботою яких ознайомився автор під час його тритижневої поїздки до Німеччини.

**Ключові слова:** Європейський конгрес, спеціалізовані заклади Баварії.

**Summary.** This paper contains information about European Congress "Integration of People with Disabilities in Europe. Ways to work and employment". The work of some particularized, especially mental, institutions of Bavaria is also highlighted. The author became acquainted with the work of these institutions during his three-weeks fact-finding tour to Germany.

**Key words:** European Congress, Bavaria particularized institutions.

Во время ознакомительной поездки в Германию, которая продолжалась с 6 по 28 октября 2004 года и стала возможной благодаря приглашению оргкомитета Европейского конгресса "Интеграция людей с ограниченными возможностями в Европе. Пути к работе и занятости", автор принял участие в работе данного конгресса и ознакомился с работой целого ряда специализированных учреждений Баварской провинции.

Европейский конгресс, организованный Орденом братьев милосердия состоялся в г. Гремсдорфе земельного края Эрланген-Хёхштадт в Баварии с 12 по 14 октября 2004 года. В его работе приняли участие представители различных специальностей - менеджеры, психиатры, психологи, педагоги, социальные работники, директора общежитий, мастерских, специальных предприятий и другие, из 12 европейских стран: Австрии, Италии, Франции, Испании, Португалии, Ирландии, Польши, Литвы, Венгрии, Германии, России и Украины. Конгресс проходил в здании Forum, Gremsdorf. Рабочими языками были немецкий и английский.

Всего было заслушано 15 интересных презентаций, посвященных различным аспектам путей интеграции людей с ограниченными возможностями в Европе.

В своем выступлении общий директор Barmherzige Brüder Gremsdorf Günther Allinger отметил, что Орден братьев милосердия произошел из Испании, сейчас филиалы этого Ордена есть во многих странах мира. Орден братьев милосердия в Гремсдорфе работает и с другими странами, в последнее время денег выделяется меньше, поэтому необходимы нетрадиционные подходы в этой работе. Нужны контакты, вместе мы сильны - старое выражение, но очень подходит к нашей работе сегодня. В заключение своего выступления он подчеркнул, что мастерские - это прежде всего идеи для работы, дальнейшего продвижения вперед и, несомненно, экономический выигрывает для каждого человека.

В приветственном выступлении член Европейского парламента Dr. Joachim Wuermeling отметил, что Европарламент разрабатыва-

ет новую конституцию, в которой вводится новая статья, которая уравнивает права инвалидов и здоровых людей.

Бургомистр г. Гремсдорф Waldemar Kleetz в своем выступлении подчеркнул, что каждый 10 житель Европы - это человек с ограниченными возможностями, т.е. это большая проблема приблизительно 50 млн. человек.

В докладе Günther Allinger "Гремсдорф и его региональные партнеры" отметил, что в Barmherzige Brüder Gremsdorf (Wohn- und Pflegeheim für geistig behinderte Menschen - Общежитие для проживания и ухода для людей с душевными (умственными) ограничениями) есть школа для учебы специалистов, которые должны работать с умственно отсталыми людьми, клуб сеньоров (готовят еду, здесь привлекаются физически отсталые люди в зрелом возрасте и пожилые) и мастерские для тех, кто не может посещать обычные мастерские (это т.н. мастерские по развитию). Упомянутая организация сотрудничает с: 1) Орденом братьев милосердия в Гремсдорфе; 2) Красным крестом в Эрлангене; 3) Лауфской мельницей (учреждение для терапии всех видов наркомании и алкоголизма); 4) WAB (Wohnen-Arbeiten-Behinderten - Проживать-Работать-Препятствовать) в Козбахе около Эрлангена; 5) ACCESS Integrationsbegleitung GmbH; 6) Caritas - католическое краевое общество Эрланген-Хёхштадт; 7) Евангелическая церковь.

Доклад Jürgen Ganzmann был посвящен работе мастерских для людей с ограниченными возможностями - Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) в системе Ордена братьев милосердия в Гремсдорфе. Он подчеркнул, что в Гремсдорфе находится 244 человека с ограниченными возможностями, они имеют связи с другими странами и всегда рады новым партнерам. В 2006 году будут выставляться картины людей с ограниченными возможностями, будут организованы спортивные выставки, соревнования по футболу, кикер-соревнования, ярмарки, концерты с участием больных. Отметил важность обмена информацией через интернет, обмена практикантами и отпусками тех больных, которые имеют на это право, т.е. по-

хоть самостоятельно.

В докладе Dirk Baier были освещены некоторые европейские достижения в работе с людьми с ограниченными возможностями. Автор подчеркнул, что в работе с такими людьми нужно отдельно говорить об экономике и социальной сфере людей с ограниченными возможностями.

В презентации из Австрии было подробно сообщено о структуре и работе Центра святого Иоанна Ордена братьев милосердия в Каинбахе около Граца. Здесь под опекой находятся 600 человек различных возрастных групп с умственными, психическими и сложными ограниченными возможностями. Эти люди находятся под опекой работников центра, работают в различных цехах в соответствии со своими возможностями и получают адекватное лечение и пасторальное обслуживание. Сотрудники данного центра контактируют с Баварией, оказывают методическую помощь в работе над проектом в Сербии и выявили готовность к кооперации с другими аналогичными организациями.

Интересным, на наш взгляд, был также доклад из Австрии из Lebenswelt Schenkenfelden Barmherzige Br?der Linz - нового центра, который был создан всего 4 года тому назад, для 80 пациентов. Они работают в керамической мастерской, цехах по производству деревянных и плетеных изделий, свечей, текстильных изделий и на кухне. Есть специальные группы для социального развития, благоговения, развития чтения и письма, тренинга коммуникаций, музыкальная группа, а также для спорта и разрядки.

Докладчик, обсуждая вопрос "Что происходит в душе глухонемых или умственно отставших детей?", пришел к выводу, что если общаться с глухонемыми детьми с большим сочувствием, то это желаемого эффекта не дает, но если общаться с глухонемыми детьми на их языке, то они развиваются нормально. В этой связи акцентировал внимание на необходимости разработки теории воспитания для таких детей.

Презентация Италии была посвящена работе кооператива Zefiro (Milan), который основной своей целью считает поиск работы для пациентов, страдающих острой и хронической психической патологией.

В презентации из Польши был сделан доклад о работе Общества в Полице польского союза для людей с умственными ограниченными возможностями (PSOUU), где в настоящее время находится 80 человек, работающих в различных цехах и проходящих одновременно психиатрическую реабилитацию.

Аргументированным был доклад из Ирландии из St. John of Got Menni Services. Целью этого центра является осуществление опеки и проведение обучения для людей с интеллектуальными ограниченными возможностями в юго-западной части Дублина. В центре применяются самые разные методы образования и реабилитации. Представители Ирландии предложили провести в 2005 году в г. Дублин европейский турнир по футболу среди лиц с ограниченными возможностями с тем, чтобы привлечь больше внимания к нуждам данной категории людей.

В презентации из Португалии сообщено, что в стране есть 9 различных учреждений для людей с ограниченными возможностями. Небезынтересно, что в указанных учреждениях лечатся и нелегалы, страдающие шизофренией,

алкоголизмом, наркоманией, которым здесь дают и работу, чего нет в Германии, т.к. нелегалы в Германии боятся легализации.

Презентация из Испании была посвящена работе Centro San Juan de Dios для людей с ограниченными возможностями, который размещается в Мадриде и имеет самые различные возможности для трудовой психосоциальной реабилитации своих клиентов.

В презентации из Франции подробно говорилось о Centre Saint Jean de Dieu в Париже, где опекается 175 девочек и мальчиков в возрасте от 4 до 20 лет. Здесь они получают образование, медицинское обслуживание, занимаются спортом, работают, проживают, получают психологическую и социальную помощь.

В презентации из России освещалась работа лечебно-трудовых мастерских при Владимирской областной психиатрической больнице №1. Подчеркивалось, что лечебно-трудовые мастерские сейчас возрождаются, налажены партнерские связи с Гремсдорфом, в настоящее время внедрены новые виды психиатрической реабилитации.

В презентации из Литвы было отмечено, что в центре "Реабилитация" работает 25 человек из больницы и 10 человек приходящих преимущественно с физическими ограничениями, которые обучаются на различных курсах и делают украшения и ювелирные изделия.

Интересной была презентация из Венгрии - Koml?-Habilitas GmbH Werst?tte f?r behinderte Jugendliche, где проходят медико-социальную реабилитацию лица с ограниченными возможностями в юношеском возрасте. Широко используются в центре работы с деревом, как на дому, так и в мастерских.

Презентация Украины была посвящена краткой истории создания, развития и современному состоянию Сабуровой дачи, её финансово-экономическим и медицинским проблемам, задачам психиатрической реабилитации и путям её решения. Было высказано пожелание о необходимости развития партнерских отношений с другими странами.

После презентации участники конгресса работали в различных тематических кружках и принимали участие в двух подиум-дискуссиях "Европа - одна общая задача для экономики и социальных учреждений" и "Люди с тяжелыми и очень тяжелыми ограничениями - пути к работе и занятиям", где обсуждались самые актуальные вопросы. Кроме этого, для участников конгресса были прочитаны лекции представителя из EASPD Kurt ?he, генерального руководителя St. Johannes von Gott Orden Pascual Piles и члена EU-комиссии по работе и социальным делам, ответственного за помощь людям с ограниченными возможностями, Donald Tait по проблемам помощи лицам с ограниченными возможностями.

В заключение конгресса было принято воззвание к политикам и бизнесменам с требованием солидарно относиться к людям с ограниченными возможностями - недостатками, т.е. к инвалидам с врожденными и приобретенными физическими недостатками и психическими расстройствами.

После завершения конгресса представителю Украины была предоставлена возможность и содействие в ознакомлении с работой целого ряда специализированных, преимущественно психиатрических, учреждений:

**1. Клиника на Европаканале в Эрлангене (Klinikum am Europakanal Erlangen)** является самой крупной современной психиатри-

ческой больницы в земле края Erlangen-Nürnberg в Баварии. В больнице развернуто 681 койку, которые разделены на три отдела: 1) отдел психиатрии и психотерапии - 450 коек; 2) отдел психосоматики, алкоголизма и наркомании - 86 коек; 3) отдел неврологии и неврологической реабилитации - 145 коек. В больнице лечатся пациенты из Эрлангена, Фюрта, Нюрнберга и соседних районов. Наряду со стационарным лечением здесь предлагается также лечение в дневном стационаре и амбулаторная терапия. Цель лечения - выписать пациентов после максимально коротких сроков стационарной терапии в их привычную среду или направить их в компетентные учреждения реабилитации. В данной клинике потребности пациентов находятся в центре внимания, поэтому в процесс лечения вовлекаются и родственники. Больница сотрудничает тесно и в духе доверия с практикующимися психоневрологами, амбулаторными службами и другими учреждениями упомянутого региона. Больница имеет концепцию работы в разрезе каждого из отделов, а каждое отделение имеет свои рекламно-информационные проспекты. Электросудорожную и инсулинокоматозную терапию, а также лечебное голодание в больнице не применяются.

Заслуживает внимания система принудительного лечения психически больных, т.н. система SIS, главной задачей которой является защита безопасности общества. Эта система имеет 7 ступеней, средний срок принудительного лечения по решению суда в этой больнице составляет 5-7 лет. Каждая ступень меняется только по решению суда. В плазме крови пациентов, находящихся на принудительном лечении, периодически определяется уровень концентрации психотропных средств. В больнице на окнах практически отсутствуют металлические решетки ввиду того, что вставлены небьющиеся стекла.

**2. Общежитие для людей с ограниченными возможностями (Wohnstätten)** находится в г. Эрланген и рассчитано на людей с физическими и психическими ограниченными возможностями. Каждый жилец имеет отдельную комнату, которую сам себе обустраивает и украшает. На каждого пациента ведется автобиографический альбом. Пациенты посещают мастерские, куда их возит микроавтобус из системы Lebenshilfe (помощь жизни). На выходные дни многие пациенты уходят домой, а к некоторым приезжают родители.

Пребывание в общежитии бесплатное, но если пациент или его родители - богатые люди, то обязательным является плата за проживание. Если пациент, к примеру, получил в наследство дом, то он обязан его продать и платить за пребывание, если деньги закончатся, то он будет находиться в общежитии уже на средства государства.

Система Lebenshilfe Erlangen e.V. издает свой журнал. Этой службе в этом году исполняется 44 года. Пациенты 1 раз в неделю едут в лес, где катаются на пони и помогают ухаживать за животными. Один раз в год проводят праздник улицы с обязательным праздничным столом и безалкогольным пивом.

**3. Регнитц-Мастерские для людей с ограниченными возможностями (Regnitz-Werkstätten für Behinderte gGmbH)** имеют 3 отдела: 1) мастерские (отделы по металлу, столярный, монтажный по дереву, электромонтажный, промысленно-монтажный, швейный, упаковочный (тарный), домашнего хозяйства и

садовая группа); 2) отдел, который готовит, вернее, обучает, больных к трудовой терапии; 3) отдел по развитию (больных учат ухаживать за собой, готовить пищу, простым навыкам работы). Всего в мастерских, которые находятся в г. Эрланген, имеется 260 рабочих мест для больных, где работает 80 сотрудников мастерских. Больные производят самые различные товары со знаком европейского стандарта CE и комплектующие детали для различных организаций, в т.ч. и для фирмы Siemens.

**4. Больницы святой Анны в Хёхштадте (Krankenhaus St. Anne Hirschstadt)** имеет всего 80 коек (32 хирургических и 48 терапевтических) и обслуживает около 60 тысяч населения. В больнице работает всего 140 человек, из них только 5 человек (13,6%) в администрации. Средняя длительность пребывания в хирургическом стационаре составляет 6,8 дня. Несчастных случаев в обслуживаемом районе регистрируется около 1300 в год; операций в стационаре - около 1000 и операций в амбулатории - около 400 в год. Имеется много компьютеров, современной диагностической и рентгеновской аппаратуры, оборудования для эндоскопических операций. Данная больница относится к 1-2 уровню (в Германии существует 4 уровня) и оказывает помощь пациентам хирургического профиля в 90% случаев (выполняются все операции, кроме операций в связи с переломом костей позвоночника и костей таза, операции на поджелудочной железе и пищеводе). В операционную через специальные приборы подается стерильный воздух. При больнице имеется католическая церковь святой Анны для пациентов больницы и ее сотрудников. Общий клинический анализ крови и биохимические анализы крови делают на специальных приборах-автоматах. Доноры сдают донорскую кровь через Красный Крест бесплатно.

**5. Солнечная аптека в Бубенройте (Sonnen-Apotheke Bubenreuth)** находится в новом типовом здании. В аптеке можно измерить артериальное давление, определить уровень сахара в крови. Отпускают готовые формы и готовят различные другие формы (порошки, микстуры, капсулы, разные растворы), а также отпускают косметические средства и вещества для ароматерапии. Небезынтересно, что такие препараты, как диазепам, галоперидол и трамадол не входят в группу наркотических препаратов. Обращает на себя внимание наличие современного технологического оборудования и новых компьютерных технологий, а также чистота и порядок, как в самой аптеке, так и на прилегающей к ней территории.

**6. Клиника головы (Kopfkrankenhaus) - является университетской клиникой Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**, расположена в г. Эрланген и состоит из 4 самостоятельных специализированных клиник: 1) глазная клиника с поликлиникой; 2) нейрохирургическая клиника; 3) неврологическая клиника с эпилептологическим центром; 4) клиника и поликлиника для психиатрии и психотерапии. Здание построено приблизительно 10 лет назад с соблюдением всех современных европейских строительных стандартов.

На кафедре психиатрии имеется несколько профессоров, которые ведут занятия только со студентами. На этой кафедре в свое время работал известный немецкий психиатр Н.Н. Wieck, давший четкое описание переходных синдромов (симптомокомплексы, наблюда-

дающиеся в течении острых экзогенного типа реакций К. Бонгеффера и имеющие важное прогностическое значение, которые занимают промежуточное положение между острыми экзогенными и органическим психосиндромом), органического дефектсиндрома (определяется наличием необратимого дефекта психических функций, в первую очередь - деменцией, и характерно органическими личностными изменениями) и систематики психозов (разделение экзогенных психозов на функциональные (обратимые) и протекающие с образованием органического дефектсиндрома). В психиатрической клинике имеется 140 коек (мужское, женское, детское, психосоматическое отделения и поликлиника), куда направляются только тематические больные и больные, необходимые для нозологических демонстраций студентам-медикам. Кафедра психиатрии занимается научным изучением вопросов зависимости от психоактивных веществ и эндогенными депрессиями.

В неврологическом отделении имеется эпилептологический центр, в котором проводится определение концентрации антиконвульсантов в сыворотке крови, круглосуточный мониторинг ЭЭГ и постоянное видеонаблюдение за больными с различными эпилептиформными проявлениями, а также блок реанимации для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

**7. Общежитие для проживания и ухода для людей с душевными (умственными) ограничениями в Гремсдорфе (Barmherzige Brüder Gremsdorf, Wohn und Pflegeheim für geistig behinderte Menschen)** - это комплекс учреждений на окраине небольшого города для людей с ограниченными возможностями, преимущественно по психиатрическому профилю (закрытые учреждения типа дома-интерната для психохроников, открытые для упомянутых больных с круглосуточным пребыванием, открытые для проходящих на день больных, мастерские, зал заседаний, столовая и др.). Здесь работают психологи, социальные работники, педагоги, психиатры, физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре, арт-, музыка- и трудотерапии, а также и другие специалисты.

Характерно, что в мастерских наряду с разной продукцией делают и столы для кикера - настольного футбола, на боковых досках которого оставляют свои автографы видные деятели, политики, ученые, футболисты и другие известные лица во время массовых публичных мероприятий, а потом эти столы для кикера продают для пользы людей с ограниченными возможностями.

**8. Баварский Красный Крест, краевое товарищество Erlangen-Nürnberg Stadt (Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Erlangen-Nürnberg Stadt)** выполняет две основные функции - это спасательные работы (оказание неотложной медицинской помощи) и транспортировка больных, в т.ч. и психически больных, в больницы разного профиля с понедельника по пятницу включительно (в выходные дни работают те, кто числится на альтернативной службе). В субботу и воскресенье работает служба Notarzt (бедственный, нуждающийся врач), которая оказывает неотложную и скорую врачебную помощь в лице анестезиолога-реаниматолога, который имеет широкую подготовку. Краевое товарищество в год выполняет около 4000 случаев спасательных работ и около 40000 транспортировок.

При авариях выезжают спасатели из

Красного Креста, службы технической помощи (THW), пожарные и полиция. За спасательные работы и транспортировки потерпевшими производится оплата по страховому полису. Красный Крест - полугосударственная служба, где государство оставляет за собой функцию контроля, но при этом сами спасатели решают, как спасать, что в транспорте должно быть и т.п. Следует отметить, что Красный Крест также оказывает за плату социальную помощь одиноким лицам, которые ежедневно извещают о том, что у них все в порядке (нажимают зеленую кнопку портативного пульта) или вызывают помощь (нажимают красную кнопку этого пульта). Доказано, что такая система способствует укреплению уверенности у пожилых одиноких лиц, что значительно облегчает им жизнь. В немецком Красном Кресте имеются также спасательные специальные катера для оказания помощи на воде (в земельном крае 6 рек) и автомобили для спасения людей в горах (Бавария отличается гористой местностью).

**9. Кристальные температурные бани в Штайне около Нюрнберга (Thermalbad Kristall in Stein bei Nürnberg) и Бани в Штеффельштайне и термальные над Майном (Bad Steffelsstein und Obermain Therme)** - это уникальные термы с массой бассейнов и различных бань (сауна обычная, финская, турецкая, с ароматерапией (Limon, Himbeere и др.), приспособлениями для катания на надувном круге, водопадом, гидромассажами, душами, кафетериями и т.д.). Характерно, что горячая и соленая вода идет из подземных природных источников. В термах есть целый комплекс лечебных мероприятий от физиотерапевтических процедур до психотерапии, куда приезжают пациенты с различными заболеваниями для лечения из разных городов Германии и стран Европы.

**10. Пансион для пенсионеров системы AWO-Nürnberg** предназначен для проживания лиц пожилого возраста без ограниченных возможностей и психических расстройств. AWO - это der Arbeiterwohlfahrt (поезд рабочего благополучия), организация с общегосударственным статусом. Пожилые люди платят за проживание, коммунальные услуги, питание и медицинское обслуживание (как в системе Красного Креста, но здесь иная система - это система AWO). При входе в пансионат имеется бюро, где постоянно находится дежурный, который быстро при необходимости по сигналу вызывает медицинского работника. В пансионате имеются все бытовые условия, находящиеся в пансионате перезваниваются с родственниками, ходят в гости, выезжают в другие города и страны на праздники и на культурные мероприятия.

**11. Социальное предприятие Лауферская мельница (Soziale Betreibe der Laufer Mühle gGmbH)** представляет около 100 мест для терапии всех видов наркомании и алкоголизма. Пациенты всех возрастов сначала лечатся медикаментозно в отделении закрытого типа, а затем трудотерапией в столярной, слесарной, электронной и творческой мастерских, а также в домохозяйстве и в сельском хозяйстве. Кроме того, предполагается работа и занятость в учреждениях Ордена братьев милосердия Гремсдорфа для интеграции, вне всяких наркотиков, в областях строительства и садоводства. Дополнительные услуги Лауферской мельницы охватывают их социальные универмаги, их продовольственный магазин и профилактическую консультацию по нарколо-

гической и алкогольной зависимости. Это учреждение принимает на принудительное лечение и больных наркологического профиля по решению суда. Основными источниками финансирования данного предприятия являются: 1) социальная помощь; 2) средства от государства (очень мало); 3) самостоятельно заработанные средства.

В земельном крае предприятие имеет разные свои филиалы и в работе использует различные программы.

**12. Клиника интенсивной кардиологии во Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg** находится в г. Эрланген и является современным лечебным учреждением. Поучительно, что здесь приход и уход сотрудников регистрируется с помощью пластиковых карт. В интенсивной палате проводится постоянный мониторинг ЭКГ и других функций, которые выводятся на мониторы в палате и в бюро отделения, бестознательным больным устанавливается гастростомия (для питания) и цистостомия (для извлечения мочи и введения лекарств). При наличии показаний больных фиксируют специальными повязками-липучками и специальными приспособлениями с магнитными замками, температура тела измеряется электронным термометром в наружном слуховом проходе. В отделении, как упоминалось выше, имеется бюро, т.е. административный центр, куда выводится вся информация о больных на компьютеры, т.е. ведется двойной контроль: в палатах и в бюро на мониторах. Таким образом, созданы все условия, при которых исключается возможность не заметить ухудшения состояния здоровья больного.

В бюро имеются инструкции для медперсонала об алгоритме действий при неотложных состояниях, которые хранятся в подписанных ящиках специального шкафа. В углу бюро находится дубликат всех инструкций, что исключает полную их потерю в отделении. Отделение рассчитано на 12 коек, имеет палаты реанимации и интенсивной терапии. С поступающими на лечение пациентами или их родственниками заключается контракт.

В отделении присутствуют все необхо-

димые медикаменты, инструменты и оборудование для проведения реанимации и интенсивной терапии. Отделение посередине разделено большой раздвижной дверью - на случай пожара отделение герметически перегораживается и в одной половине идет тушение пожара, а из другой - эвакуируют больных.

Вся аппаратура, которая не используется, но может понадобиться в любой момент, находится в отдельной комнате (на каждом аппарате имеется протокол испытания с датой его проведения, подтверждающий рабочее состояние аппарата).

В работе лаборатории клиники интенсивной кардиологии медицинскими сестрами используется аппарат Radiometer ABZ 700 SERIE и уже через 1-2 минуты появляется необходимый результат исследования.

Безусловно, европейский конгресс проходил на высоком уровне менеджмента (все доклады сопровождалось слайдами, участники имели возможность получить копии выступлений, а также материалы на CD-ROM дисках и воззвание к политикам и бизнесменам с требованием солидарно относиться к людям с ограниченными возможностями - недостатками (инвалидам), а также проводился анкетный опрос с целью определения оценки уровня проведения европейского конгресса), а после его окончания для участников конгресса организаторами была проведена увлекательная экскурсия по историческим местам Баварии.

Бесспорно, участие представителя Украины в данном европейском конгрессе и его ознакомление с целым рядом вышеупомянутых специализированных учреждений Баварии было бы невозможным без содействия и финансовой поддержки уполномоченной за общественную работу и гуманитарную помощь THW Baierdsdorf фрай Christa Pönbacher, вице-губернатора Der Landkreis Erlangen-Nürnberg фрай Karin Knorr, тех, кто переводил - фрай Olga Bättermann и фрай Sibylle Menzel, а также многих других немецких и украинских друзей, за что автор выражает им искреннюю признательность.

# **ХРОНІКА, ЮВІЛЕЇ, ІНФОРМАЦІЯ**

## **КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ РОЗПОРЯДЖЕННЯ**

від 25 серпня 2004 р.

№619-р Київ

### **Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю**

1. Затвердити Концепцію соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю, що додається.  
2. Міністерствам, іншим центральним органам виконавчої влади. Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським держадміністраціям розробити комплекс заходів щодо реалізації Концепції, затвердженої цим розпорядженням, та Інформувати щороку до 1 квітня Мінпраці про стан справ для подання узагальнених матеріалів Кабінетові Міністрів України до 1 травня.

Прем'єр-міністр України

В. ЯНУКОВИЧ

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р. N 619-р

## **КОНЦЕПЦІЯ соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю**

### **Загальні положення**

Удосконалення системи соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю є актуальним завданням у сфері соціального захисту населення, яка орієнтується на такі загальнолюдські цінності, як повага гідності кожної людини, захист конституційних прав та свобод, толерантність та гуманізм.

Активний процес реформування соціальної сфери передбачає створення рівних можливостей для осіб з розумовою відсталістю, їх реабілітацію, сприяння у працевлаштуванні та зайнятості.

Існуюча система надання державної допомоги зазначеним особам спрямована переважно на забезпечення їх навчання, виховання та утримання у стаціонарних інтернатних установах та закладах. Разом з тим у м. Києві, Сумах, Одесі та Львові утворено з ініціативи громадських організацій Інвалідів та міжнародних донорів і органів місцевого самоврядування перші заклади, що забезпечують соціальну реабілітацію, тимчасовий догляд, денне перебування та зайнятість осіб з розумовою відсталістю, а також надають підтримку їх сім'ям.

За даними МОЗ, на 1 січня 2004 р. у закладах охорони здоров'я перебувало на обліку 226 964 особи з легким і помірним ступенем розумової відсталості. Кількість осіб з важким та глибоким ступенем розумової відсталості становить 57736. Визнано інвалідами 88 074 особи (з них 18 439-діти).

### **Мета та основні завдання Концепції**

Метою Концепції є визначення напрямів забезпечення державного соціального захисту осіб з розумовою відсталістю та подальшого удосконалення системи їх соціальної адаптації.

Концепція спрямована на впровадження сучасних підходів до розв'язання проблем соціального захисту зазначених осіб, надання державної допомоги з урахуванням особливостей їх стану та потреб.

### **Основні завдання Концепції:**

" створення умов для реалізації особами з розумовою відсталістю прав, гарантованих кожному громадянину Конституцією України ( 254к/96-ВР );

" сприяння наданню зазначеним особам з урахуванням індивідуальних потреб та їх сім'ям безоплатних соціальних послуг; координація роботи закладів соціальної підтримки (догляду) осіб з розумовою відсталістю;

" складання та виконання індивідуальних планів догляду за особами з розумовою відсталістю із залученням соціальних працівників, соціальних та корекційних педагогів, психологів, реабілітологів та інших фахівців;

" створення в установах та закладах тимчасового або постійного перебування осіб з розумовою відсталістю належних умов для їх проживання, навчання і виховання, надання медичної допомоги та соціально-побутових послуг;

" надання особам з розумовою відсталістю соціальних послуг за місцем проживання як альтернативи утриманню цих осіб у стаціонарних інтернатних установах та закладах.

### **Механізм реалізації Концепції**

Виконання визначених в Концепції завдань можливе шляхом:

" створення умов для максимальної реалізації потенціалу осіб з розумовою відсталістю;  
" удосконалення системи соціальної адаптації зазначених осіб з метою реалізації права вибору місця проживання - у сім'ї, самостійно, в установах та закладах тимчасового чи постійного перебування із забезпеченням їх соціального супроводження або в стаціонарних Інтернатних установах чи закладах;

" сприяння вихованню дітей з розумовою відсталістю у сім'ї, надання таким сім'ям підтримки;  
" формування переліку безоплатних соціальних послуг для осіб з розумовою відсталістю;  
" розроблення методики визначення індивідуальних потреб та складання індивідуальних планів догляду за такими особами;

" розроблення та затвердження програм (заходів) профілактики розумової відсталості, обміну методичними розробками та досвідом роботи відповідних установ та закладів; залучення міжнародної технічної допомоги,

" організації міжнародного наукового обміну, проведення досліджень з проблем соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю, розроблення і забезпечення виконання відповідних навчальних програм;

" формування позитивної громадської думки стосовно соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю.

### **Координація роботи з реалізації Концепції**

Координація роботи з реалізації Концепції" на державному рівні покладається на Раду у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України, а на місцевому рівні - на Раду міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київську та Севастопольську міські держадміністрації із залученням Громадських організацій, що здійснюють опіку над особами з розумовою відсталістю.





## РЕЦЕНЗИЯ

на работу Сыропятова О.Г., Дзеружинской Н.А., Яновского С.С., Яновской О.П. "Хроническая боль как психосоматическая проблема": Пособие (Библиотека консультативной психиатрии и психотерапии). - К.: Наук. світ, 2005. - 104 с. - Бібліогр.: с.98-102.

В пособии представлен в лаконично-практическом виде обзор проблемы боли. Структура пособия носит академический характер и удачно отображает теоретические воззрения на феномен боли и практические лечебные подходы к этой проблеме. Это способствует пониманию боли как целостной соматопсихической и психосоматической реакции организма на дезадаптирующие влияния окружающей среды. Авторы работы остановились на патогенезе болевых ощущений, классификации, клинике, алгоритмах диагностики и лечения алгических расстройств. Достаточно подробно описаны боли головы и абдоминальной области, наиболее часто встречающиеся в общей медицинской практике. Достоинством пособия можно считать подробно и практично представленные рекомендации по психофармакологическому, ароматическому, гомеопатическому, антигемотоксическому и фитолечению, а также психотерапии болевых расстройств. В целом работа хорошо ориентирует врачей общей медицинской практики, психиатров и психотерапевтов в сложных вопросах психосоматических расстройств.

Таким образом, книга представляет практический интерес для врачей общей медицинской практики, психиатров, психотерапевтов, студентов медицинских вузов и может быть рекомендована в качестве учебного пособия.

Главный внештатный психиатр ВМУ (ГМЦ)

ДО СБ Украины, канд. мед. наук

А.В. Матюха

"СОГЛАСОВАНО"

Начальник ВМУ (ГМЦ) ДО СБ Украины

доктор медицинских наук, профессор,

Член-корреспондент АМН Украины

М.П. Захараш

8.01.2005

## РЕЦЕНЗИЯ

на книгу О.Г. Сыропятова і Н.О. Дзеружинської "Судебная экспертиза психического здоровья (краткий курс)":

навчальний посібник. -

К.: Наук. світ, 2005. - 156 с. - Бібліогр.: с.150-154.

У книзі висвітлюється достатньо широке коло актуальних питань, які стосуються організаційних, нормативно-правових, теоретичних та практичних аспектів судової експертизи психічного здоров'я. Структура і стиль викладення матеріалу цілком відповідає формату навчального посібника. Базові науково-теоретичні положення представлені з позиції розуміння суті вимог, висунутих практикою судової експертизи, супроводжуються порівняльними коментарями стосовно особливостей концептуального порядку.

Рецензований навчальний посібник складається з двох частин, розподілених на 18 глав, та додатку, який включає: перелік статей Законодавства України про експертизу; рекомендовану літературу; перспективний план семінарів з судової експертизи в сфері психічного здоров'я; проект навчальної програми післядипломного навчання психологів з курсу спеціалізації "Судово-психологічна експертиза".

У вступі дається огляд основних етапів та особливостей розвитку вітчизняної судової психології та психіатрії за період з 20-х років ХХ ст. до теперішнього часу, розглядається структура юридичної психології з висвітленням завдань судової психології та судово-психологічної експертизи як її складової.

В першій частині книги детально розглядаються загальні проблеми судової експертизи, а саме: правові та організаційні питання використання психіатричних та психологічних знань в судовій експертизі в кримінальному процесі; порядок призначення судово-психологічної експертизи та комплексної спеціалізованої психолого-психіатричної експертизи; класифікація видів експертизи; права та обов'язки експертів; розкривається поняття "спеціальні знання" та визначаються межі компетенції судового психіатра та експерта-психолога, об'єкт та суб'єкт їхньої діяльності. Значна увага приділяється проблемам підготовки судових психіатрів та психологів, етики проведення судової експертизи психічного здоров'я, методології судово-психологічного та судово-психіатричного експертного дослідження, структурі психодіагностичної діяльності експерта-психолога, визначенню основних задач експериментально-психологічного дослідження в психіатричній клініці та вимогам щодо оформлення результатів експериментально-психологічного дослідження.

Друга частина книги присвячена висвітленню різних аспектів проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи: юридичні підстави її призначення, основні предметні області, які охоплює комплексна спеціалізована психолого-психіатрична експертиза з конкретними завданнями в рамках кожної з них. Розкриваються особливості проведення комплексної спеціалізованої психолого-психіатричної експертизи різних категорій під експертних, в умовах вивчення конкретної судово-слідчої теми.

Представлена на рецензію книга має практичну цінність в якості навчального посібника для підготовки спеціалістів з судової експертизи психічного здоров'я, а також рекомендована як навчальний посібник для практичних психологів, лікарів-психіатрів, студентів медичних та психологічних ВУЗів, співробітників правоохоронних органів та широкого кола читачів, які цікавляться питаннями судової психолого-психіатричної експертизи.

Начальник ЕПС ВМУ (ГМЦ) ДЗ СБ України, кандидат медичних наук

О.В. Матюха

ПОГОДЖЕНО

Начальник ВМУ (ГМЦ) ДЗ СБ України,

член-корреспондент АМН України,

доктор медичних наук, професор

М.П. Захараш

#### Продовження. Початок у №3(4)'2004.

"Машинъ на заводъ - пишетъ съ французкаго завода русскій рабочий А. Зоринъ - стало еще больше. Понемногу онъ у слесарей отрывають все больше и больше работы. Вотъ ставится новый фрезеровочный станокъ, который приготовляетъ шестерни съ микроскопической точностью, а вотъ гигантъ - строгальный станокъ, на плато котораго не только ставится грандіозное основаніе грузового мотора, но и самъ рабочий влѣзъ на него съ табуретомъ и ѣздитъ взадъ и впередъ вмѣстѣ съ обрабатываемой вещью. Вотъ ужъ буквально, - не машина для человѣка, а человѣкъ для машины. Человѣкъ въ синей блузѣ - это только автоматъ, котораго, можетъ быть, еще возможно будетъ (отчасти, конечно, не совершенно) замѣнить какимъ - либо механическимъ автоматомъ. Да, а самъ - то человѣкъ, развѣ теперь на заводѣ онъ не автоматъ? Развѣ онъ уже не приспособилъ не только свои мускулы, а даже и психологію къ такому простому отбираемому такту машины? - Конечно, конечно! А такъ какъ этотъ тактъ одинаковъ, такъ какъ машины родственны между собой по своему механическому строю, по своему "духу", не ясно-ли, что и воспитываемый машиной пролетаріатъ долженъ вырастать, да и вырастаетъ уже, какъ величина въ высшей степени опредѣленная и къ тому же нивелированная, одинаковая" \*).

Для Зорина "ясно, какъ день, что въ лицѣ пролетаріата вырастаетъ совершенно новый, еще невиданный человѣческій типъ". Но онъ не знаетъ "проклинать или радоваться"?

По его мнѣнію, возможны два исхода. "Пролетаріатъ можетъ постепенно принимать, какъ классъ. Тогда онъ со своей психологіей, воспитанной машинизмомъ, можетъ быть удобенъ для современныхъ властителей міра, для командующихъ классовъ, для всей современной кричащей цивилизації, съ ея идолами, съ ея мессіями, философами, поэтами, геніями, съ которыми она носится и которымъ торопится ставить монументы. "Стадность" прелетаріата будетъ удобна, мягка для мирнаго почиванія "сверхъ-человѣковъ". "Сверхъ - че-

ловѣки", убаюканные прлетарскимъ покоемъ, могутъ быть даже добры и займутся работой по просвѣщенію массъ, конечно, въ скромныхъ филантропическихъ размѣрахъ.

Но можетъ быть другой исходъ.

Еще небывалое, невиданное до сихъ поръ человѣчествомъ взаимное пониманіе, глубокое родство переживаній дадутъ такой размахъ массоваго дѣйствія, дадутъ такія грандіозныя волны энтузіазма, съ постоянно повторяемымъ эхомъ; это будетъ такая активность, увлеченіе и взаимное зараженіе творчествомъ, что культура геніевъ и сверхъ-человѣковъ покажется мизерной и жалкой и уступитъ мѣсто новому міру коллективнаго человѣка. Онъ не будетъ знать ни личности, ни индивидуальности. Его слово будетъ порывомъ къ далекимъ, неизвѣданнымъ, его пѣсня будетъ безличнымъ радостнымъ эпосомъ, его работа будетъ самозабвеніемъ, а жажда жизни достигнетъ титанической силы. Какъ тамъ умѣстятся геніи, гдѣ тамъ будетъ вообще какое бы то ни было возвышеніе, честолюбіе, или, наконецъ, зло, корысть? Въ дѣлѣ личныхъ, лирическихъ, "интимныхъ" культуръ тамъ не будетъ. Согласно аккорды массоваго творчества постоянно будутъ рождаютъ желанія, воспитывать и лелѣять все новаго и новаго человѣка. Его можно будетъ страстно хотѣть, къ нему можно будетъ невыразимо сильно стремиться, его достигать, но его нельзя конкретно родить, сдѣлать однимъ, ему невозможно дать личное имя. Въ безумной и радостной погонѣ за нимъ никто не будетъ ни помнить, ни знать о себѣ. Будутъ знать только одну объективную, великую, растущую, трепетно - ощущаемую всѣми гармонію міра".

Для того, чтобы былъ возможенъ второй исходъ, необходимы коренныя измѣненія въ фізіологіи пролетаріата, въ жизни его тѣла, а для этого необходимы измѣненія въ соціологіи, т.е. прежде въ условіяхъ труда.

Тотъ же рабочий Зоринъ въ другомъ своемъ очеркѣ изъ "рабочаго міра" пишетъ, что "заводъ скорѣе напоминаетъ какую-то каторгу, гдѣ всѣ осуждены на вѣчную работу, гдѣ подъ свистомъ и лязгомъ машинъ не слышно говора и голоса людей и гдѣ они принуждены, точно

приговоренные к молчанию, не проронить ни слова... Если ты измучился, если горло пересохло, а руки опускаются и голова налилась тяжелым оловом от заводского чаду, - куда идти? Единственное место, где чувствуется известная "неприкосновенность личности", это... клозет".

В связи с условиями труда стоять и условия "отдыха".

"Отдых" современного рабочего приходится поставить в кавычки. Обыкновенно он не несет рабочему восстановления сил, а еще больше их расшатывает. Праздничное препровождение времени при "существующих условиях" благоприятствует не возрождению, а вырождению фабрично-заводского и ремесленного люда.

Пьянство, разврат, ссоры, драки - вот чем у значительного числа рабочих и ремесленников отмечается праздничный день.

"В субботу пошатывает - рассказывает "искатель красоты" в превосходном рассказе В.И. Дмитриевой - и сейчас в монополю "муху раздавить". А уж как раздавил муху - пропащее дело! Придет в понедельник лица на нем нуту! Скула в сторону, волосы выдраны, губы - подушкой разнесло, - не человек, а котлета!"

Дня два эдак мучается, а отдышался, - глядь, то же самое пошло. И еще друг перед дружкой форсят, кто больше пропьет!"

Это, конечно, уже наиболее крайнее проявление праздничного восторга.

Среднее показывает нам статистика.

По данным уголовной статистики такого передового города, как Цюрих, на воскресенье приходится в 6 раз больше телесных повреждений, как следствий драк или преступлений, чем за время от понедельника до пятницы включительно.

По данным германской промышленной статистики число несчастных случаев от неосторожности обращения с машинами на фабриках и заводах значительно в понедельник, когда рабочие должны бы чувствовать себя свежими, чем в пятницу, когда они утомились пятидневной работой.

Ибо не отдыхом разумным освещенные, а алкоголем отравленные приходят послепраздников рабочие на фабрики и заводы.

### Пьянство.

О вреде пьянства много говорили и говорят, но говорить мало, мало и кричать. Необходимо вести упорную борьбу с этим страшным злом. И борьба эта будет одновременно борьбой за возрождение человечества. Прежде всего необходимо выяснить размеры зла.

Зло давнишнее, крепкое, укоренившееся во всех странах.

Не даром Библия связывает его с именем Ноя.

У нас еще великий князь киевский св. Владимир не без гордости говорил:

"Руси есть веселие пити".

Этим "веселием" отчасти объясняется падение Киевской Руси.

Пировали и "веселились" дружинники и купцы, а народ томился в рабстве.

Напивались на деньги, получаемые от продажи челяди на черноморских и волжско-каспийских рынках.

Пьянство прививалось народу сверху.

О прививке его не мало позаботился и

Петр Великий.

В торжественные дни он устраивал попойки в своем Лангем саду перед дворцом. Он требовал, чтобы водку пили все гости, не исключая дам.

"Бывало ужас пронимал участников и участниц, как в саду появлялись гвардейцы с ушатами сивухи, запах которой широко разносился по аллеям, причем часовым приказывалось никого не выпускать из сада. Особо назначенные для того майоры гвардии обязаны были потчивать всех за здоровье царя, и счастливым считался тот, кому удавалось какими-либо путями ускользнуть из сада. Только духовные власти не отвращали лиц своих от горькой чаши и весело сидели за своими столиками; от иных далеко отдавало рюдой и луком. На одном из празднеств проходивших мимо иностранцы замечали, что самые пьяные из гостей были духовные, к великому удивлению протестантского проповедника, никак, не воображавшего, что это делается так грубо и открыто \*).

"В тот вечер пили много везд в Европу, не меньше, чем теперь, а в высших кругах, особенно придворных, пожалуй, даже больше. Петербургский двор не отставал от своих зарубежных образцов. Бережливый во всем Петр не жалел расходов на попойки, какими всприскивали новосозданного пловца. На корабль приглашалось все высшее столичное общество обоего пола. Это были настоящие морские попойки, те, к которым идет или от которых идет поговорка, что "пьяным море по колено".

"Заклучение Ништадтского мира праздновалось семидневным маскарадом. Петр был в себя от радости, что кончил бесконечную войну и, забывая свои годы и недуги, плясал по столам...

Обилие вина и шума не мешало гостям чувствовать скуку и тягостность обязательного веселья по наряду, даже со штрафом за уклонение (50 р., около 400 р. на наши деньги \*).

"Петр старался обличить свой разгул с сотрудниками в канцелярской форме, сдвигать его постоянным, учреждением.

Так возникла коллегия пьянства или "сумасброднейший, всешутейший и всепьянейший собор". Он состоял под председательством наибольшего шута, носившего титул князя-папы или всешумнейшего и всешутейшего патриарха московского, кокуаского и всея Якуты... Первейшей заповедью ордена было напиваться каждодневно и не ложиться спать трезвыми.

У собора, целью которого было славить Бахуса питьем непомручным, был свой порядок пьянодействия, "служения Бахусу и честного обхождения с крепкими напитками", свои облачения, молитвословия и песнопения, были даже всешутейшие матери-архирейши и игуменьи. Как в древней Церкви спрашивали крещаемого "веруеши-ли", так в этом соборе новопринятому члену задавали вопрос "пиеси ли" \*\*).

Совершенно прав М. Г. Котельников, который в одном из своих докладов на "Первом съезде по борьбе с пьянством" сказал, что "питательное состояние данного народа находится в зависимости от исторического склада его жизни, от тех органов, в руках которых держится насаждение и искоренение пьяных обычаев, от культурного и экономического развития народа, от взглядов правящих сфер на алкоголь".

Пьяная зараза шла от правящих классов и создала жестокую эпидемию среди трудящихся масс.

Эпидемия грозит вырождением; она, быть может, уже и привела бы к вырождению, если бы среди "простолюдов" не нашлось сильных людей, которые пьянство считали великим грехом, в рооступничеством. Таковы были старообрядцы и в особенности сектанты.

Воздерживались от спиртных напитков и многие инородцы, в особенности мусульмане и евреи. Инородцы и сектанты значительно понижают среднее душевное потребление алкоголя в России.

Это забывают те патриоты-оптимисты, которые часто успокоительно ссылаются на статистику, доказывающую, что в России пьют меньше, чем за границей.

Совершенно верно, что в России на душу населения потребление алкоголя приходится значительно меньше, чем во всех западно-европейских странах, за исключением Норвегии.

По данным доктора Гуго Гоппе\*) потребление спиртных напитков (в виде водки, пива и виноградного вина) в России выше, чем в Норвегии на 5%, но ниже по сравнению со Швецией вдвое; с Австро-Венгрией, Германией и Великобританией - втрое; с Данией, Италией и Швейцарией - вчетверо; с Бельгией в пять раз; с Францией - в семь раз.

Из этого следует, что западноевропейская внешняя "культура" отнюдь не препятствует развитию одного из главных двигателей вырождения, но для патристических, утешений нет никаких оснований.

Все же в России на 1 душу приходится более 63 соток выпитой водки, не считая пива и виноградного вина.

Средняя "душа" у нас в России несколько иная, чем за границей: у нас больше грудных детей, чем там; следовательно, если распределить количество потребляемых спиртных напитков на души людей, способных отравлять себя алкоголем, то мы окажемся не столь "отставшими" от других культурных стран.

Далее, в России статистика не улавливает домашнего пива, которое до сих пор еще варится в деревнях крестьянами, не улавливает и кавказского "чихиря" и т. д.

Если все это принять во внимание, то разница в пользу России по сравнению с Западом несколько уменьшится.

Но, главное, в России потребление спиртных напитков распространяется очень неравномерно, при чем эта отравка особенно тяжело падает на русское православное население.

Черта "осодлости", где живут преимущественно евреи, поляки, литовцы и другие инородцы, является до известной степени чертой трезвости.

Так, в северо-западных губерниях на душу потребляется в среднем в год 0,38 ведра, в привислинских - 0,43; т. е. значительно ниже средней нормы (0,63), а в чисто русских губерниях, как среднепромышленная, потребляется 0,87, т. е. значительно выше нормы. В Восточной Сибири среднее потребление достигает 1,94 ведра на душу. Столько же приблизительно приходится и на каждую "душу" Петербурга, этого руководителя России.

Петербургское население на водку тратит ежегодно более 35 миллионов рублей. На эту сумму столица Российской империи покупает очень много самоубийств, преступлений, болезней и преждевременных смертей.

Покупает дешево, если мане количество и качество товара!

В 1910 г. в Петербург из 906 случаев самоубийств, причины которых удалось выяснить, 218 (24,0%) вызваны "злоупотреблением спиртными напитками".

В петербургской психиатрической клинике Св. Николая Чудотворца алкоголизм, как одна из причин душевного расстройства, был отмечен в 1901 г. более, чем у половины мужчин и более, чем у одной пятой женщин.

В 1897-98 г. из 10.000 преступлений 1643 совершены привычными "пьяницами" и 2333, если не пьяницами, то пьяными. Из 100 обвиняемых в преступлениях, против цомудрия и чести женщин - 62 были пьяницами или пьяными. Из 100 обвиняемых в нанесении увечий и рань, - пьяных или пьяниц более 53.

Что касается влияния на заболваемость (помимо душевных болезней) и смертность, то характерно, что из 638 обследованных доктором Н. И. Григорьевым чахоточных ремесленников оказалось 508 или 79%.

Конечно, чахотка не вызывается непосредственно алкоголем. Она лишь подготавливается и ускоряется им.

Вообще алкоголики гораздо легче заболывают и гораздо труднее выздоравливают, чем люди совсем не пьющие или пьющие мало. Так в больницах Пруссии в 1878-79 г. из числа страдавших болезнями печени по отношению ко всем больным умерло 25%; по отношению только к алкоголикам 50%.

Для воспаления легких - соответствующая цифра 18% и 53%, тифа 10% и 38%.

Пьянство ослабляет не только пьяниц, но и их потомство.

Димме в Берне собрали данные о судьбе 2-х групп семей. По 10 семей в каждой. Одна группа произошла от трезвых родоначальников, другая от пьяниц.

В семьях пьяниц в первые дни жизни умерло 25 чел.; а в семьях воздержанных - 5; идиотами оказалось в семьях пьяниц 6; в семьях воздержанных ни одного; эпилептиков в семьях пьяниц 5; в семьях воздержанных ни одного.

\*) В. О. Ключевский. Курс русской истории т. IV, стр. 46.

\*) Там же стр. 48.

\*\*) Там же стр. 49.

\*) "Die Tatsachen ber den Alkohol", Berlin, 1904.

Догдэль въ 1874г. разсплѣдоваль предковъ 6 арестантовъ Нью-Йоркской тюрьмы, состоявшихъ другъ съ другомъ, въ родствѣ.

Онъ довелъ разсплѣдованіе до ихъ общаго предка, оказавшагося горчайшимъ пьяницей. Отъ него въ теченіе семи поколѣній произошло 709 человѣкъ; изъ нихъ 77 преступниковъ, въ томъ числѣ 12 убійцъ; 174 проститутки; 18 владѣльцевъ домовъ терпимости; 206 нищихъ; 85 дегенератовъ (вырожденцевъ).

Ашаффенбургъ въ своей книгѣ "Das Verbrechen und seine Bekämpfung" ("Преступление и борьба съ нимъ") приводитъ исторію рода пьяницы Антона В., у котораго изъ 5 сыновей три были тоже пьяницами; въ третьемъ поколѣніи изъ 12 было три проститутки (одна при томъ пьяница) и 5 мужчинъ пьяницъ, изъ нихъ 1 преступникъ и 1 ненормальный.

Преступность, болѣзненность, проституція, сумасшествіе-все это вмѣстѣ съ пьянствомъ сбивается въ одинъ ужасный и отвратительный клубокъ.

И, право, еще наименьшимъ зломъ среди послѣдствій употребленія спиртныхъ напитковъ приходится считать "опой", т. е. острое отравленіе алкоголемъ, влекущее за собой смерть. По крайней мѣрѣ, исчезаетъ производитель преступниковъ и проститутковъ! Съ 1870 по 1887годъ въ Россіи зарегистрировано 84.217 случаевъ смерти отъ опоя, т. е. въ среднемъ по 4.678 случаевъ въ годъ.

"Опой" не такъ опасенъ для вырожденія челоѣчества, какъ, такъ называемое, "умѣренное употребленіе" спиртныхъ напитковъ. "Умѣренное употребленіе" дѣйствуетъ гораздо заразительнѣе, въ немъ нѣтъ отвратительныхъ, проявленій опьяненія; оно заманиваетъ въ число пьющихъ и женщинъ, и молодежь, и даже дѣтей. Между тѣмъ ежедневное вливаніе въ себя хотя и небольшихъ количествъ алкоголя, несомнѣнно, вредно отражается и на организмѣ пьющихъ и въ особенности на ихъ потомствѣ. Именно умѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ въ теченіе нѣсколькихъ поколѣній ведетъ, какъ доказываетъ проф. Базельскаго университета Бунге, къ атрофіи молочныхъ желѣзъ, къ неспособности многихъ современныхъ женщинъ кормить грудью. Возрожденіе челоѣчества не мирится съ умѣреннымъ употребленіемъ спиртныхъ напитковъ, оно требуетъ полного воздержанія отъ нихъ. На эту точку зрѣнія сталъ и Первый Всероссийскій съѣздъ по борьбѣ съ пьянствомъ.

Одинъ изъ наиболѣе видныхъ и дѣятельныхъ участниковъ этого съѣзда докторъ И. В. Сажинъ въ своемъ докладѣ объ "умѣренномъ употребленіи спиртныхъ напитковъ" говоритъ:

"Современныя научныя данныя, теоретическія соображенія, логическая послѣдовательность, многочисленныя наблюденія и опыты въ повседневной жизни говорятъ за то, что не можетъ быть вообще никакой мѣры для регулярнаго употребленія наркотическаго яда-алкоголя; что если и допустить ее теоретически, то практически невозможно установить умѣренной безвредной дозы спиртныхъ напитковъ; что, если бы даже она и была установлена, то по существу вліянія алкоголя, какъ наркотическаго яда, нельзя допустить, чтобы въ предѣлахъ этой умѣренной дозы могъ всегда держаться привычный ея потребитель; это невозможно и потому еще, что опредѣлить для себя границы умѣренности не въ состояніи самый привычный потребитель какаго-бы то ни было наркотическаго вещества, тѣмъ болѣе спиртныхъ напитковъ. Если и существуютъ ин-

дивидуумы съ особенно стойкой организаціей, переносящіе, повидимому, безъ вреда для себя длительное употребленіе спиртныхъ напитковъ, то это отнюдь не говоритъ за рациональность умѣреннаго ихъ употребленія вообще, а скорѣе наоборотъ. Такіе стойкіе по отношенію къ алкоголю индивидуумы представляютъ полное сходство съ такъ называемыми бациллоносителями, скрытыми носителями заразы; послѣдняя (алкоголь), не вредя имъ самимъ, оказываетъ пагубное вліяніе на имѣющія общенія съ ними болѣе слабыя натуры...

Страдающіе явнымъ острымъ или хроническимъ алкоголизмомъ менѣе опасны, чѣмъ привычные потребители умѣренныхъ количествъ алкоголя. Первые, нанося ущербъ себѣ лишь или своему потомству, не только не вызываютъ въ окружающихъ стремленіе къ подражанію, какъ это дѣлаютъ умѣренно пьющіе... а, наоборотъ, своимъ состояніемъ наглядно демонстрируютъ вредное вліяніе алкоголя. Исходя изъ всего этого, неизбѣжно слѣдуетъ признать единственно правильнымъ, теоретически научно - обоснованнымъ и практически наиболѣе плодотворнымъ принципъ, полнаго воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ".

Какое быстрое оздоравливающее - дѣйствіе произвело бы проведеніе этого принципа въ жизнь показываетъ примѣръ Швеціи, гдѣ лѣтомъ 1909г. во время двухмѣсячной всеобщей забастовки была, по требованію рабочихъ, совершенно прекращена продажа спиртныхъ напитковъ.

Смертность въ Стокгольмѣ за это время понизилась почти вдвое. Въ 1908г. въ соответствующіе мѣсяцы она равнялась 16 (на 1000), а въ 1909г.-8,6.

Конечно, на это пониженіе смертности, кромѣ всеобщей трезвости, имѣлъ вліяніе и вообще здоровый отдыхъ, которымъ пользовались рабочіе во время забастовки. Большую часть времени они проводили въ лѣсахъ, поляхъ и на берегу моря, собирая ягоды и ловя рыбу.

Небольшой періодъ массоваго воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ пережила Финляндія въ 1905г. во время октябрьской забастовки.

"Когда въ Гельсингфорсѣ, - рассказываетъ извѣстный финляндскій трезвенникъ докторъ Матини Геленіусъ-Сейнэлъ \*), - былъ устроенъ первый большой митингъ, изъ толпы послышался голосъ: "Кабаки надо закрыть всѣ". Предложеніе это тотчасъ было принято съ неслыханнымъ энтузіазмомъ, и, нѣсколько часовъ спустя, власти, еще не прекратившія своей дѣятельности, распорядились закрытіемъ мѣстъ торговли крѣпкими напитками.

Послѣдствія этого временнаго запретительнаго закона, за исполненіемъ котораго строго слѣдили трезвенники, достаточно извѣстны. Въ теченіе всей стачечной недѣли оказался лишь одинъ пьяный, проводившій ночь въ полицейскомъ участкѣ столицы. Не случилось ни одной кражи, ни одной драки или крупнаго безпорядка, несмотря на то, что весь городъ каждую ночь оставался въ полной темнотѣ и нѣсколько дней подрядъ былъ лишень правильно функціонирующей полицейской охраны. И что еще важнѣе: стачка прошла безъ пролитія единой капли крови, несмотря на безпокойное настроеніе и острый раздоръ между партіями".

Пьянство и вообще употребленіе спиртныхъ напитковъ дѣйствуетъ разрушающимъ, образомъ не только на тѣло и душу, но и на хо-

зайственное благосостояние каждой семьи, члены которой отравляют себя алкоголем.

Нищета идет рука об руку с пьянством. Если верно, что "нищета рождает пьянство", то еще вернее, что пьянство бедноту низводит до нищеты.

Изъ чрезвычайно интереснаго доклада г. Каспарьянца на Первомъ Всероссийскомъ съѣздѣ по борьбѣ съ пьянствомъ, видно, что среди вообще много пьющихъ бакинскихъ рабочихъ получающие меньшую заработную плату тратятъ на отравление себя спиртными напитками относительно больше.

Такъ, напр., машинисты и электротехники при среднемъ рабочемъ днѣ въ 8,6 час. и при среднемъ мѣсячномъ заработкѣ въ 97,4 руб. тратятъ на отравление себя спиртными напитками 5р.90к., т.е. 6%, а булочники при среднемъ рабочемъ днѣ въ 15,4 час. и при среднемъ мѣс. заработкѣ въ 22,9 руб. тратятъ на отравление себя спиртными напитками 9р.10к. въ мѣс., т.е. 39,5%; наборщики при среднемъ рабочемъ днѣ в 8,1час. и среднемъ заработкѣ въ 47,2р. тратятъ на спиртные напитки 5руб., т.е. 10,6%, а чернорабочіе при 25 руб. мѣс. заработка и 8,9час. рабочего дня тратятъ на спиртные напитки 3р.20к., т.е. 17,2%.

Рабочихъ, совсѣмъ не пьющихъ, по даннымъ бакинской анкеты (опроса), приводимымъ Каспарьянцемъ, немного.

Среди промысловыхъ рабочихъ изъ 177 человекъ объявили себя непьющими 11 человекъ (6,2%), а много пьющими (пропивающими 27,6% своего заработка)-36 человекъ (20,4%).

Изъ рабочихъ по обработкѣ металла изъ 376 человекъ непьющихъ 36 человекъ, т.е. 9,5%; много пьющихъ (пропивающихъ 30,5% заработка) - 75 человекъ, т.е. 20%.

По даннымъ анкеты, произведенной среди рабочихъ Петербурга, главнымъ образомъ, среди печатниковъ и металлистовъ, т.е. высшихъ слоевъ рабочего класса, выяснилось, что 93% петербургскихъ рабочихъ отравляютъ себя алкоголемъ. Опросные листки раздавались черезъ рабочія профессиональныя и просвѣтительныя общества, такъ что несомнѣнно 2.406 рабочихъ, заполнившихъ опросные листки, представляютъ избранную, наиболѣе сознательную часть петербургскаго пролетаріата. И вотъ оказывается 93% этого пролетаріата отравляетъ себя спиртными напитками. И какъ пьютъ! На душу (не на семью, а на душу!) въ среднемъ приходится 5р.81к. мѣсячнаго расхода на спиртные напитки, что составляетъ 13% заработка.

Изъ числа показавшихъ родъ потребляемыхъ напитковъ 10% пьютъ только пиво; 16% только водку, 47% и водку, и пиво, 27%, кромѣ водки и пива, иногда и виноградное вино.

6% начали пить водку, не достигнувъ 10-лѣтняго возраста; 12% начали ее пить въ возрастѣ отъ 11-14 лѣтъ; 35%-въ возрастѣ отъ 15-17 лѣтъ, 38%-въ возрастѣ отъ 18-21 года и только 7% по достиженіи совершеннолѣтія.

О "причинахъ пьянства" отвѣтовъ петербургскихъ рабочихъ мы не имѣемъ; но есть очень характерные отвѣты рабочихъ бакинскихъ.

Изъ 564 человекъ, отвѣтившихъ на вопросъ "отчего вы пьете"-168 человекъ указали на нужду, горе, тоску, 75 на скуку, одиночество, отсутствие развлеченій, 63 на силу привычки, "слабость", 61-на тяжелую работу, усталость, 108 пьютъ "по всеѣмъ причинамъ".

Нѣкоторые изъ бакинскихъ рабочихъ

подробно выясняютъ ту нужду, которая толкаетъ ихъ на пьянство, и эта нужда прежде всего жилищная.

"Причины начинанія пить спиртные напитки- пишетъ одинъ малограмотный промышленный рабочій-чрезмѣрно тяжелый трудъ и главное-мѣсто нахожденія, гдѣ царить грязь, темнота и невѣжество... Достаточно порядочному человеку взглянуть на тѣ жилищныя условія рабочихъ, то можно убѣдиться, что квартиры грязныя, душныя, темныя... Есть еще причина пьянства, которая дѣйствуетъ развращающимъ образомъ, какъ на это, такъ и на молодое поколѣніе. Это то, что, вслѣдствіе малаго заработка, рабочіе часто сходятся 2-3 семейства въ одну душно-грязную квартиру, а вреднѣе этого-семейная женщина пускаетъ 5 и больше холостыхъ людей; изъ-за мнимой ревности въ получку и другіе удобные моменты не щадятъ спиртными напитками. Эта язва переходитъ и на молодыхъ сосѣдокъ и часто на весь дворъ, въ концѣ концовъ образуются спеціальныя пьяныя дворы, такое имя они носятъ, и здѣсь царствуетъ проституція. Эта язва - нужда и грязь - является развѣдающимъ ядромъ хорошихъ здоровыхъ людей!"

"Хожу въ духанъ (кабакъ) - пишетъ другой рабочій, ибо дома темно и душно, да дѣти питать".

Одинъ изъ рабочихъ, нарисовавъ тяжелую картину "того, до чего доводитъ пьянство", добавляетъ: "Если бы мы, рабочіе, не пили-у насъ бы дѣло шло лучше, черезъ пьянство мы теряемъ свое достоинство и улучшеніе. Долгой пьянство, да здравствуетъ общество трезвости!"

Другой рабочій, котораго Каспарьянецъ характеризуетъ, какъ "болѣе развитаго", считаетъ общества трезвости нежизнеспособными и ненужными. Нарисовавъ "довольно-таки скверныя условія для умственного и нравственнаго развитія", въ которыхъ поставленъ рабочій въ Россіи, этотъ, противникъ общества трезвости утверждаетъ, что только при измѣненіи этихъ условій (увеличеніе заработной платы, 8 часовой рабочій день и т. д.) "можно будетъ проповѣдывать о вредѣ алкоголизма, хотя думается, что будетъ уже не нужно въ силу всеобщей сознательности".

Въ этихъ словахъ сказывается откликъ отрицательнаго отношенія къ проповѣди трезвости, которое въ концѣ XIX вѣка замѣчалось у руководителей нѣмецкаго рабочаго движенія.

Извѣстный теоретикъ нѣмецкой социаль-демократіи Карлъ Каутскій доходилъ до того, что объявлялъ пропаганду трезвости опасной для классовой борьбы и социаль-демократической партіи.

Въ социаль-демократическомъ журналѣ "Die Neue Zeit" \*) онъ въ 1891г. писалъ, "что единственный оплотъ политической свободы пролетаріа, оплотъ, который у него нѣльзя такъ, легко конфисковать, это-трактиръ. Трезвенники могутъ возмущаться, но это нисколько не измѣняетъ того факта, что при современныхъ условіяхъ трактиръ является единственнымъ мѣстомъ, гдѣ низшіе слои народа могутъ свободно собираться и обсуждать свои общія дѣла.

"Антиалкогольное законодательство въ Финляндіи" и пр. Изданіе, выпущенное спеціально для Перваго Всероссийскаго Съѣзда по борьбѣ съ пьянствомъ.

Безъ трактира для нѣмецкаго пролетаріата не существуетъ не только общенія, но и политической жизни". „Законъ противъ социалистовъ-писаль далѣе теоретикъ нѣмецкой социаль-демократіи-который не воспрепятствуетъ посѣщенію трактировъ, никогда не будетъ имѣть вліянія. Напротивъ, если движенію въ пользу трезвости удастся достигнуть въ Германіи своей цѣли и побудить рабочихъ въ ихъ массѣ избѣгать трактировъ и свободное отъ работы время посвящать исключительно столь заманчиво рисуемой трезвенниками семейной жизни; если все это удастся трезвенникамъ, тогда они добьются того, чего даже и приблизительно не могъ добиться законъ противъ социалистовъ: сплоченность пролетаріата будетъ разрушена, онъ будетъ сведенъ къ массѣ разрозненныхъ, а потому неспособныхъ къ сопротивленію атомовъ... Это счастье, что движеніе въ пользу трезвости при нѣмецкихъ условіяхъ, столь отличныхъ отъ англійскихъ, не имѣетъ никакихъ шансовъ на успѣхъ. Если бы это было иначе, то оно представляло прямо-таки опасность для освободительной борьбы пролетаріата. Усиленіе всемогущества полиціи, политическое развращеніе и нарушеніе классово-вой борьбы-таковы тѣ единственные результаты, которые оно могло бы имѣть у насъ".

Августъ Бебель не шель такъ далеко въ порицаніи пропаганды трезвости, какъ Карлъ Каутскій, но и онъ находилъ, что на нѣмецкихъ партійныхъ съѣздахъ неумѣстно заниматься такими "мелочами".

Въ настоящее время эта теоретическая точка зрѣнія совершенно оставлена. Среди нѣмецкихъ социаль-демократовъ окончательно восторжествовало сознаніе, что и при современныхъ условіяхъ необходимо пропагандировать трезвость. Никто изъ представителей рабочаго класса не сомнѣвается, что условія жизни пролетаріата тяжелы и способствуютъ развиту пьянства и что необходимо стремиться къ ихъ измѣненію; но огромное большинство сознательныхъ рабочихъ понимаютъ, что для измѣненія этихъ условій необходимы люди съ трезвыми головами, что необходимо, чтобы передовое меньшинство рабочаго класса теперь же отказалось отъ употребленія спиртныхъ напитковъ.

Чѣмъ больше трезвости въ рабочемъ классѣ, тѣмъ легче ему добиться такихъ условій, которыя создадутъ "всеобщую сознательность".

Въ 1904 году бременскій съѣздъ германскихъ социаль-демократовъ вынесъ слѣдующую резолюцію:

"Въ виду огромнаго вреда, который алкоголь приноситъ рабочему классу, въ особенности тѣмъ, что значительно препятствуетъ осуществленію нашихъ цѣлей, партійный съѣздъ считаетъ безусловно необходимымъ въ интересахъ прогресса нашего движенія бороться противъ злоупотребленія алкоголемъ въ рабочей средѣ. Онъ приглашаетъ поэтому всѣхъ партійныхъ товарищей и въ особенности всѣ партійныя газеты еще болѣе, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, обращать вниманіе рабочихъ на опасность потребленія алкоголя".

А въ 1909 году лейпцигскій партійный съѣздъ единогласно высказался за бойкотъ водки, обратившись ко всѣмъ нѣмецкимъ рабочимъ съ предложеніемъ совершенно ее не пить.

\*) "Die Neue Zeit" IX Jahrgang № 30 стр. 107 и слѣд.

Этотъ призывъ, встрѣтившій огромное сочувствіе въ особенности со стороны женъ рабочихъ, повелъ къ значительному сокращенію потребленія водки въ Германіи. Послѣдніе разительные успѣхи социаль-демократіи въ Германіи, вѣроятно, стоятъ въ связи съ ея борьбой за трезвость.

Съ большимъ успѣхомъ борьба съ пьянствомъ ведется въ настоящее время и въ Австріи, гдѣ прежде вожаки рабочихъ, какъ и въ Германіи, относились отрицательно.

"Въ Австріи - сказалъ докторъ Адлеръ на съѣзде австрійскихъ профессиональныхъ союзовъ въ 1907 году-два человека первыми выступили на борьбу съ алкоголемъ въ рабочемъ классѣ: докторъ Фрелихъ и докторъ Власакъ. Оба, будучи социаль-демократами, вели свою работу въ полномъ согласіи съ нашимъ общимъ дѣломъ. Не мало пользы принесли они намъ, но путь ихъ былъ тернистъ. Надъ ними издѣвались, ихъ высмѣивали; я самъ лѣтъ 12 тому назадъ выступалъ противъ нихъ. Меня не профессора сдѣлали абстинентомъ (т.е. совершенно воздерживающимся отъ спиртныхъ напитковъ), а тѣ товарищи, которые приносили горе и стыдъ нашему движенію.

Конечно, пьющихъ не мало, а трезвенники еще рѣдки, но ихъ работа не была напрасна. И я съ гордостью заявляю, что повсюду и на нашихъ съѣздахъ, и на нашихъ собраніяхъ, повсюду уменьшается число тѣхъ, кои не въ состояніи обсуждать дѣла безъ кружки пива или стакана вина передъ собою, а самое главное, мы пошли въ этомъ отношеніи такъ далеко впередъ, что и въ мастерскихъ сильно измѣнилось настроеніе рабочихъ, и теперь уже не пользуется почетомъ тотъ, кто способенъ всѣхъ перепить, какъ это было нѣсколько лѣтъ тому назадъ, и надъ непьющими уже не смѣются. Вода и молоко завоевали себѣ мѣсто въ мастерскихъ".

Борьба за трезвость энергично ведется почти во всѣхъ странахъ.

Въ Голландіи въ 1904 году былъ созванъ специально рабочій съѣздъ по борьбѣ съ пьянствомъ.

Изъ докладовъ рабочихъ делегатовъ съ очевидностью выяснилось, что рабочимъ, привыкшимъ пьянствовать, почти невозможно сорганизоваться въ крепкіе союзы. Съѣздъ призналъ справедливымъ требованіе рабочаго Виллемса; "каждый, принимающій активное участіе въ рабочемъ движеніи, долженъ совершенно воздерживаться отъ спиртныхъ напитковъ".

Слабѣе всего сознана необходимость трезвости русскими рабочими; сильнѣе всего-финляндскими.

Голосами рабочихъ проведенъ черезъ финляндскій сеймъ законопроектъ, по которому въ Финляндіи "производство, ввозъ, продажа, перевозка, храненіе и содержаніе на складѣ алкогольныхъ веществъ (веществъ, содержащихъ при + 15град. Цельсія болѣе двухъ объемныхъ процентовъ этилового алкоголя) допускается лишь для медицинскихъ, техническихъ или научныхъ цѣлей".

Законопроектъ этотъ, принятый сеймомъ 15 ноября 1909 года, пока еще не получилъ Высочайшаго утвержденія.

Разумѣется, запретить производство и продажу спиртныхъ напитковъ можно только въ странѣ, достаточно подготовленной усиленной пропагандой трезвости.

Такова именно Финляндія. 75% ея учащейся молодежи (въ среднихъ и высшихъ



учебныхъ заведеніяхъ) состоятъ членами школьныхъ обществъ трезвости, ни въ одномъ изъ помѣщеній рабочихъ союзовъ не продается ни водки, ни пива, ни вина, большинство финскихъ газетъ не печатаютъ объявленій о спиртныхъ напиткахъ и т.д.

Полстолѣтія тому назадъ Финляндія была страной пьяныхъ; теперь она становится страной трезвыхъ.

### Проституція.

Пьянство стоитъ въ тѣсной связи съ проституціей, этой самой страшной насмѣшкой надъ "человѣческой гордостью".

Проституція это - торговля своимъ тѣломъ въ цѣляхъ разврата. Она связана съ потерей и стыда, и совѣсти; въ ней плотское наслажденіе переплетается съ духовнымъ отвращеніемъ, она несетъ съ собою потерю човѣческаго достоинства и тѣлесное гніеніе въ болѣзняхъ, именуемыхъ венерическими.

Чтобы пастъ до этой купли-продажи, если не всѣмъ, то очень многимъ необходимо одурманить и свой умъ, и свою совѣсть алкоголемъ. Чтобы быть способной распродавать свое тѣло, свои ласки въ розницу сотнямъ отвратительныхъ въ развратѣ мужчинъ, женщинъ надо имѣть развинченную душу, развинченную или наслѣдственно - рожденіемъ отъ пьяницъ или своимъ собственнымъ пьянствомъ.

Торговля совершается обыкновенно женщинами поработченными. Ихъ рабовладѣльцами являются или отдѣльные негодяи (сутенеры, коты и пр.) или владѣльцы домовъ терпимости.

"Жизнь" въ домахъ терпимости безпощадно нарисовалъ Толстой въ своемъ „Воскресеніи".

"Утромъ и днемъ тяжелый сонъ послѣ оргіи ночи. Въ 3-мъ 4-мъ часу усталое вставанье съ грязной постели, сельтерская вода съ перепоя, кофе, лѣгкое шлепанье по комнатамъ въ пенюарахъ, кофтахъ, халатахъ, смотрѣніе въ окна, вялыя перебранки; потомъ обмываніе, обмазыванье, душеніе тѣла, волосъ, примѣриванье платьевъ, споры изъ-за нихъ съ хозяйкой, разсматриванье себя въ зеркало, подкрашиваніе лица, бровей, сладкая жирная пища, потомъ одѣванье въ яркое шелковое обнажающее тѣло платье; потомъ выходъ въ разукрашенную, ярко освѣщенную залу, пріѣздъ гостей всѣхъ возможныхъ характеровъ, возрастовъ, сословій, и крики, и шутки, и драки, и вино, и табакъ, и музыка, и танцы, съ вечера и до разсвѣта, и конфекты, опять вино, вино и табакъ. И только утромъ освобожденіе и тяжелый сонъ. И такъ каждый день, и лѣтомъ, и зимой, и въ будни, и въ праздники".

Вино, вино и опять вино!

Безъ вина Катюша, можетъ быть, и не упала бы до этого страшнаго дома.

"Маслова курила уже давно, но въ послѣднее время связи своей съ приказчикомъ послѣ того какъ онъ бросилъ ее, она все больше и больше приучалась пить. Вино привлекало ее не только потому, что оно казалось ей вкуснымъ, но оно привлекало ее и больше всего потому, что давало ей возможность забывать все то тяжелое, что она пережила, и давало ей развязность и увѣренность въ своемъ достоинствѣ, которыхъ она не имѣла безъ вина. Безъ вина ей всегда было уныло и стыдно".

"Сыщица" улавливаетъ Маслову, предварительно устроивъ угощеніе и напоивъ.

Катюшу, чтобы закаталить въ "домъ терпимости", пришлось напоить. Студентамъ, въ

"Припадкѣ" Чехова, чтобы пойти въ такой домъ, пришлось самимъ напиться. Одного изъ нихъ, еще не потерявшаго стыдъ и совѣсть, водка не спасла отъ "припадка" ужаса.

"Онъ многого не понималъ въ домахъ, души погибающихъ женщинъ остались для него по прежнему тайной, но для него ясно было, что дѣло гораздо хуже, чѣмъ можно было думать. Если та виноватая женщина, которая отравилась, называлась падшею, то для всѣхъ этихъ, которыя плясали теперь подъ звуковую путаницу и говорили длинныя отвратительныя фразы, трудно было подобрать подходящее названіе. Это были не погибающія, а уже погибшія.

"Порокъ есть, - думалъ онъ - но нѣтъ ни сознанія вины, ни надежды на спасеніе. Ихъ продаютъ, покупаютъ, топятъ въ винѣ и мерзостяхъ, а онѣ, какъ овцы, глупы, равнодушны и не понимаютъ. Боже мой, Боже мой!"

"Васильевъ шелъ позади пріятелей, глядя имъ въ спины и думалъ:

Что-нибудь изъ двухъ: или намъ только кажется, что проституція - зло, и мы преувеличиваемъ, или же, если проституція въ самомъ дѣлѣ такое зло, какъ принято думать, то эти мои милые пріятели такіе же рабовладѣльцы, насильники и убійцы, какъ тѣ жители Сиріи и Каира, которыхъ рисуютъ въ "Нивѣ".

Они теперь поютъ, хохочутъ, здраворазсуждаютъ, но развѣ не они сейчасъ эксплуатировали голодь, невѣжество и тупость? Они - я былъ свидетелемъ. При чемъ же тутъ ихъ гуманность, медицина, живопись? Науки, искусство и возвышенныя чувства этихъ душегубовъ напоминаютъ мнѣ сало въ одномъ анекдотѣ.

Два разбойника зарѣзали въ лѣсу нищаго; стали дѣлать между собою его одежду и нашли въ сумкѣ кусокъ свиного сала. "Очень кстати, - сказалъ одинъ изъ нихъ - давай закусимъ". - "Что ты, какъ можно?" - ужаснулся другой. - "Развѣ ты забылъ, что сегодня среда?" И не стали ѣсть. Они, зарѣзавши човѣка, вышли изъ лѣсу съ увѣренностью, что они постники. Такъ и эти, купивши женщину, идутъ и думаютъ теперь, что они художники и ученые.

"Послушайте, вы! - сказалъ онъ сердито и рѣзко. - Зачѣмъ вы сюда ходите? Неужели вы не понимаете, какъ это ужасно? Ваша медицина говоритъ, что каждая изъ этихъ женщинъ умираетъ, преждевременно отъ чахотки, или чего-нибудь другого, искусство говорить, что морально она умираетъ еще раньше. Каждая изъ нихъ умираетъ оттого, что на своемъ вѣку принимаетъ среднимъ числомъ, допустимъ, пятьсотъ човѣкъ. Каждую убиваетъ пятьсотъ човѣкъ. Въ числѣ этихъ пятисотъ - вы! Теперь, если вы оба за всю жизнь побываете здѣсь и въ другихъ подобныхъ мѣстахъ по двѣсти пятидесяти разъ, то значить на обоихъ васъ придется одна убитая женщина. Развѣ это не понятно? Развѣ не ужасно? Убить вдвоемъ, втроемъ, впятеромъ одну глупую, голодную женщину. Ахъ, да развѣ это не ужасно, Боже мой?"

Такихъ "глупыхъ, голодныхъ женщинъ" по официальнымъ даннымъ въ Россіи въ 1910 году было 40.000, но въ дѣйствительности несравненно больше. Въ эти 40.000 вошли лишь подвергшіяся врачебно-санитарному надзору. Но масса женщинъ занимается проституціей тайно и избѣгаетъ врачебно-санитарнаго освидѣтельствованія.

По официальному отчету въ Петербургѣ въ началѣ 1912 года проституціей занималось всего (!) 2.361 женщина; а по вычисленію док-

тора Канкаревича-50.000.

Всё серьёзно занимавшиеся вопросом о проституции признают, что тайная проституция во много раз превышает "явную", зарегистрированную врачебно-полицейскими комитетами. Таким образом, в России проституток, вероятно, не 40.000, а более миллиона.

Поднадзорная проституция-это послышная стадия падения женщины, полная потеря стыда и человеческого достоинства. Преддверием к поднадзорному состоянию служит коммиссионный разряд "бродячих" женщин.

"На основании закона, вменяющего в обязанность врачебно-полицейскому комитету надзор за женщинами,-пишет доктор П. Е. Обознянко в своей диссертации "Поднадзорная проституция С.-Петербурга"-от времени до времени устраивают ночные обходы, облавы по извёстным полиций ночлежным домам, грязным, тёмным угловым квартирам низшего разряда и другим подобным же притонам столицы, где ютится самая крайняя нищета, а вместе с нею порок и преступление. Вс женщины, встреченные при таком обходе (на улицах или в притонах), которые не могут указать свое местожительство и определенных занятий или предъявить бланку В.-П. Комитета, удостоверющую их явки к медицинским осмотрам-считаются бродячими женщинами, забираются обходом и доставляются в участок под именем женщины, взятых по коммиссии (коммиссионных). Этот с каждым годом все увеличивающийся, довольно многочисленный класс коммиссионных женщин стоит на границе между низким, рабочим населением столицы и поднадзорной проституцией. Здесь сходятся и начало, и конец проституции. Сюда, в конец-ковцов, попадают старья, утратившие все свои прелести проститутки, зараженные сифилисом (в гумозном периоде), пропитанные алкоголем, доживающие свою бурную жизнь на жалкие гроши, вырученные продажей своего дряхлого тела; сюда ежегодно прибывают массы крестьянских женщин и двушек, пришедших в столицу искать заработков, истратившие свои скудные запасы, ненашедшие места и впадшие в крайнюю нужду; здесь есть не мало и двочек-подростков, частью сопровождающих своих матерей, частью сбывших от зверского обращения разных мастеров и мастериц, которым были отданы для обучения ремеслу; наконец, изрешка попадают тут и представительницы лучшего общества, некогда богатые и знавшие лучшие дни-на них, именно, чаще всего приходится наблюдать ужасную картину самого крайнего падения, до которого только может дойти человек. Несчастье и порок здесь так похожи друг на друга, так близко сошлись между собою, так тесно смешались, что нет возможности с первого взгляда различить одно от другого. Впрочем, городской не имеет ни времени, ни желания размышлять-он решает дело быстро и... безапелляционно: женщина, взятая им на улице, в угловой квартирке, или в ночлежном доме, считается проституткой, с ней поступают как с развратной женщиной, хотя бы, кроме неимения определенного местожительства и занятий, не было ни единого намека на то, что она промышляет развратом".

Ошибки "городовых" или агентов врачебно-полицейского комитета иногда ведут к страшным испытаниям невинных двушек.

Пишущему эти строки извёстен случай захвата агентами вр.-пол. комитета двушки-провинциалки, учащейся на курсах... Возвращаясь из театра эта, плохо еще освоившаяся с Петербургом, курсистка несколько раз останавливалась, чтобы ориентироваться. Это не ускользнуло от бдительных агентов, и двушке пришлось провести ночь в участке с ночными проститутками. От медицинского осмотра ее спасла счастливая случайность. С другой стороны, по утверждению женщины-врача П. Н. Шишкиной-Явейн (в доклад об обществе сифилидологии и дерматологии), проституткам нередко удается "откупиться" от надзора и медицинского осмотра.

Диссертация П. Е. Обознянко и доклад П. Н. Шишкиной-Явейн одинаково являются обвинительным актом против врачебно-полицейского надзора, который не спасает развратных мужчин от заражения венерическими болезнями, а несчастных проституток, окончательно забивает и заграждает им выход на путь мало-мальски человеческого существования.

Но в то время, как П. Н. Шишкина-Явейн решительно высказывается за уничтожение как "домов терпимости", так и всей системы регламентации и регистрации, П. Е. Обознянко, важный ученик сторонника регламентации, проф. Тарновского, объявляет себя "убиженным сторонником надзора", приводя факты исключительно против надзора.

Как мало помогает врачебно-полицейский надзор в борьбе с венерическими болезнями показывают данные официального "отчета о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1910 г."

Из этих данных видно, что среди 13.595 проституток домов терпимости обнаружено больных сифилисом и другими венерическими болезнями 5.572 или 41% общего числа; среди 13.332 одиночек, находящихся под надзором,- 6100 или 46% и среди 13.362 женщин, надзору не подчиненных, но задержанных по подозрению,- лишь 3.698 или 28%.

Некоторые прогрессивные общественные деятели, признавая существующую систему "надзора" недостаточной, предлагают ее "исправить".

С таким проектом исправленной системы врачебно-полицейского надзора выступил в 1904г. извёстный теоретик немецкой социаль-демократии-П. Кампфмейер.

По проекту Кампфмейера во всех городах, где распространены венерические болезни, должны быть образованы особые "санитарные коммиссии", имеющие право от каждого лица мужского и женского пола требовать докторского свидетельства о состоянии его здоровья. Если кто-нибудь отказывается представить свидетельство или, будучи признан больным, не позволяет себя лечить, то коммиссия должна такого предать суду, который издает распоряжение о насильственном освидетельствовании и в случае болезни о насильственном лечении.

Проект-характерный для всей немецкой социаль-демократии в спасительность полицейских насильственных мер!

Кампфмейер развивал свой проект на конгрессе аболиционистов (сторонников отмены регламентации проституции) и потому встретил заслуженный отпор.

Г-жа Пичинская справедливо указала, что мера, предлагаемая Кампфмейером, дол-

жна въ концѣ концов свестись къ той же регламентации, съ которой борются аболиціонисты. "Комиссія" превратится въ органъ полицейскаго надзора за "поведеніемъ" подозрительныхъ въ "нравственномъ" отношеніи лицъ. Многія дѣвушки и женщины изъ естественнаго чувства стыдливости не стануть добровольно подвергать себя медицинскому освидѣтельствуванію, и тогда комиссія опозоритъ ихъ, предавъ суду, а судъ, позаботившись о томъ, чтобы къ позору присоединилось насиліе, самымъ жестокимъ образомъ оскорбляющее чувство стыдливости.

Нѣтъ, какія бы то ни было врачебно-полицейскіе надзоры только осложняютъ зло проституціи. Надо не "терпѣть" и надзирать за торговлей развратомъ, а бороться съ условіями, порождающими проституцію.

Вся современная жизнь усиленно поощряетъ развратъ и проституцію. Цѣлый рядъ условій съ одной стороны чрезмѣрно ускоряетъ появленіе половой потребности у молодыхъ людей и затѣмъ взвнчивааетъ ее у лицъ всѣхъ возрастовъ до ненормальныхъ предѣловъ, до полной разнузданности, съ другой-ставитъ огромныя препятствія для нормальнаго удовлетворенія этой потребности въ союзѣ взаимной свободной любви, жаждающей, а не боющейся своего завершенія въ рожденіи дѣтей.

Безобразное "воспитаніе" и "обученіе" дѣтей во всѣхъ слояхъ населенія \*), во всѣхъ отношеніяхъ нездоровыя условія фабричнаго и ремесленнаго труда (жаръ и духота въ рабочихъ мастерскихъ, ночной трудъ, монотонность работы, ежедневное многочасовое нахожденіе въ одномъ и томъ же положеніи), алкоголизмъ, праздность обезпеченныхъ слоевъ, промышленная "литература" и промышленное "искусство", спекулирующія, на развратъ-вотъ тѣ причины, которыя слишкомъ рано пробуждаютъ половую потребность и ненормально усиливаютъ ее.

Необезпеченность существованія пролетаріевъ, необезпеченность особенно чувствительная для лицъ семейныхъ, солдатчина, запрещеніе жениться бѣдными офицерамъ, законныя и "обычныя" препятствія внѣбрачному сожителю, страхъ вступать въ бракъ, не могущій быть по желанію расторгнутымъ и пр.-вотъ причины, которыя заставляютъ большинство мужчинъ въ годы молодости "довольствоваться" проституціей и, если вступать въ бракъ, то только ради матеріальныхъ выгодъ, а не "любви".

Самыхъ проститутокъ создаетъ, главнымъ образомъ, трудность для женщины найти въ современномъ обществѣ сколько-нибудь обезпечивающій ея существованіе заработокъ. Но значительную роль играютъ также неразвитость, заботность современной женщины, подлость всевозможныхъ соблазнительей, пользующихся невинностью, неопытностью, слабостью молоденькихъ дѣвушекъ, ловкость представителей преступной спекуляціи, именуемой торговлей живымъ товаромъ, наконецъ, полицейская жестокость государства, толкающего въ ряды проститутокъ каждую дѣвушку, "паденіе" которой замѣчено его агентами.

Гонимыя, Золя, Гюи-де Мопассанъ, Достоевскій, Толстой и многіе другіе дали рядъ правдивыхъ, простыхъ и въ своей правдивости и простотѣ сташныхъ исторій превращенія невинныхъ дѣвушекъ въ проститутокъ, подвергающихся самымъ ужаснымъ надругательствамъ и въ концѣ концовъ неизбѣжно обреченныхъ сгнить въ больницѣ или въ тюрьмѣ.

Путь отъ "паденія" до проституціи проходить иногда черезъ потрясающія душевныя драмы.

Вотъ переданный въ мое распоряженіе "человѣческій документъ" "падшей", но еще не проститутки, вотъ письмо поруганной женщины къ счастливой семейной четѣ.

"Милые мои, родные мои, поздравляю васъ съ новорожденнымъ богатыремъ, шлю вамъ сердечный привѣтъ и желаю всего хорошаго. Крѣпко, крѣпко цѣлую васъ всѣхъ. Какъ я рада, что у васъ такое счастье - ребенокъ. Что мнѣ сдѣлать, чтобы быть съ вами? Какъ я по васъ соскучилась, я часто плачу по васъ; мнѣ жаль васъ. Я знаю, что вамъ трудно жить. За что вы страдаете, мои дорогіе? Я уже думала, что вы меня забыли. Да и лучше было бы, если бы забыли. Я не стою вашей любви; я не прежняя Лиза; я не могу кривить передъ вами. Какъ вы уѣхали, мнѣ было больно тяжело. Тоска. Я нигдѣ не находила покоя. Для меня все умерло...

Чиновникъ надоѣлъ-я прогнала его. Работы было мало; деньги были нужны-я выпросила у довѣреннаго, что жилъ наверху. Онъ былъ добрый для всѣхъ и мнѣ далъ. Я назначила срокъ и не отдала. Работы нѣтъ. Онъ пристаётъ и замѣсто процентовъ бралъ мое тѣло... Потомъ еще три негодяя - ихъ всѣхъ было пять. И всѣ эти люди были культурные, богатые чинами и почестями. И ни одинъ изъ этихъ самцовъ не нашель во мнѣ женщины. Спрашивали; зачѣмъ я такая? Я говорила потому-что я не такая, какъ вы, скоты! Вы видите одно тѣло... Они злились на меня послѣ сдѣланной ими подлости и говорили: "я не знакомъ съ тобой", другіе-"ты швейка, а я баринъ, мнѣ стыдно здороваться съ тобой". Остальные смотрѣли, какъ на проститутку, какъ на продажную и сами же удивлялись-почему я не пью и не бываю тамъ, гдѣ, по ихъ мнѣнію, должно было быть мое мѣсто. Больше всего мучило ихъ, почему я не беру денегъ. Милый N. N., дорогой, неужели вы меня не поймете, неужели вы будете съ ними согласны, что я куртизанка? Нѣтъ, я падшая, вотъ что я! Я отдавала свое тѣло на поруганіе этимъ самцамъ, чтобы познать свѣтъ истинный! Я знаю теперь этихъ людей, прежде я знала только женщинъ, а теперь узнала и мужчинъ. Какіе они смѣшные, а большае несчастные! Когда я бросала имъ въ лицо: "культурный трусъ"-велика была ихъ злость. Да, я сознаю, что я теперь не человѣкъ. Я все потеряла. Только совѣсть свою не могла потерять. Мнѣ стало тяжело смотрѣть на людей. Что въ ихъ богатствѣ, чинахъ и почестяхъ? Въ нихъ нѣтъ того чувства души и совѣсти, какъ у васъ. Какъ бы было хорошо, если бы люди были такіе, какъ вы. Я не могу больше жить среди этихъ людей и что отъ меня хорошаго теперь? Мнѣ можно умереть-я все испытала, голодъ и... Много есть писать, только все не перепишешь, да вамъ, навѣрное, будетъ непріятно читать. Я не смѣю, я не прежняя, я боюсь и стыжусь васъ, но я весь грѣхъ сказала вамъ. Если вы будете такіе добрые, то напишите, что мы тоже съ тобой не знакомы. Да, такъ напишите! Я маленько подожду умирать; подожду отъ васъ письма.

Какъ, я рада, что вы меня не забыли, а я думала, что вы забыли N. B., напишите мнѣ хоть слово, а то я буду думать, что вы сердитесь на меня. Простите меня, мои друзья! Любящая васъ, падшая Лиза".

Отъ "человѣческаго документа", рисующаго душу "падшей", перейдемъ къ статисти-

чекимъ цифрамъ, рисующімъ намъ "быть" проституціи.

Докторъ Обознянко въ своей диссертациі приводитъ собранныя имъ въ врачебно-полицейскомъ комитетѣ свѣдѣнія о 5,189 женщинахъ, представляющихъ собою "весь личный составъ поднадзорной проституціи" Петербурга за 1891-93 годы.

По мѣсту рождения 19,1% приходится на Петербургъ, 16% на Петерб. губ.; 11,2%-на Новгородскую, 8,6% на Тверскую, и т. д.

Нѣтъ почти губерніи, уроженки которой не попали бы въ списки петербургскихъ проституттокъ.

57,1% даетъ деревня; 35,6% города. Остальное-иностранки или тѣ, мѣсторождение которыхъ неизвѣстно.

Изъ иностранокъ больше всего германскихъ подданныхъ, а именно 101 (2%).

По національностямъ больше всего русскихъ (80,2%); затѣмъ идутъ нѣмки (5,1%); польки (3,4%); финляндки (2,8%); латышки (2,8%); евреекъ всего 37(0,7%). По вѣроисповѣданію: православныхъ- 81,1%; лютеранокъ - 12,1%; католичекъ-5,8 %; іудеекъ-0,5%; старообрядокъ-0,3%.

По прежнимъ занятіямъ на первомъ планѣ стоитъ "прислуга"-1584 (37,5%), а если къ прислугѣ причислить кухарокъ, прачекъ, нянь, боннь, мамокъ, которыхъ Обознянко выдѣляетъ, то получится 43,1%. На второмъ мѣстѣ стоятъ портнихи-12,2%. На третьемъ-"фабричныя", составляющія 6,4% общаго числа. Такимъ образомъ "прислуживаніе" въ господскихъ домахъ въ 7 разъ болѣе предрасполагаетъ къ проституціи, чѣмъ работа на фабрикахъ.

На вопросы о причинахъ, побудившихъ заниматься проституціей, 1348 (32%) указали на бѣдность и нужду; 364 (8,6%) на безработицу; 765 (18,1%) на "собственное желаніе", 304 (7,2%) на "примѣръ подругъ"; 88 (2%) на пьянство; 23 (0,5%) принужденіе со стороны близкихъ; 6-" для воспитанія дѣтей"; 5-"стыдъ передъ родными вслѣдствіе лишенія невинности" и т. д.

Наибольшее число дѣвушек, сдѣлавшихся проститутками, лишились невинности еще не достигнувъ 17 лѣтъ. 450 (10,8%) лишены невинности насильно, большею частью еще въ дѣтскомъ возрастѣ (3 не достигнувъ 10 лѣтъ, 3 на десятомъ году, 8 на одиннадцатомъ, 26 на двѣнадцатомъ, 70 на тринадцатомъ и т. д.)

177 (4,2%) лишены невинности въ пьяномъ видѣ; 80 (2%) проданы своимъ соблазителямъ родителями, родственниками или хозяйками мастерскихъ.

О 20 женщинахъ (занимающихся проституціей, но не болѣвшихъ, сифилисомъ) Обознянко приводитъ подробныя свѣдѣнія, своего рода исторіи болѣзни. Изъ нихъ видно, что у 13 отцы были алкоголики, у 4-хъ страдали алкоголизмомъ, т. е. по-просту были пьяницами и отецъ, и мать.

Что касается самихъ проституттокъ, то большинство изъ нихъ пьянствуетъ. Многія допадаютъ до припадковъ (delirium tremens).

Что касается венерическихъ болѣзней, то, по даннымъ докторовъ Шперка, Фивидскаго и Обознянко, и въ Петербургѣ и въ Москвѣ болѣе половины (около 53%) проституттокъ больны или болѣли сифилисомъ. Заболѣваніе перепоемъ установлено, по даннымъ Обознянко, у 32% проституттокъ; но въ дѣйствительности каждая проститутка, въ концѣ концовъ, заболѣваетъ этою скверною болѣзью, если за-

нимается своимъ ужаснымъ ремесломъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Дѣйствительность расходится со статистикой потому, что при спѣшномъ медицинскомъ осмотрѣ полицейскій врачъ очень часто не замѣчаетъ заболѣванія.

Таковы бытъ проститутки. И этотъ бытъ соприкасается съ бытомъ другихъ слоевъ населенія. Все объединяетъ "общественный темпераментъ".

Толстой въ одномъ изъ вариантовъ описанія жизни Катюши Масловой въ домѣ терпимости говоритъ о "прелюбодѣянιάхъ съ молодыми, средними, полудѣтми и разрушающимися стариками, холостыми, женатыми, купцами, приказчиками, армянами, евреями, татарами, богатыми, бѣдными, здоровыми, больными, пьяными, трезвыми, грубыми, нѣжными, военными, штатскими, студентами, гимназистами"...

Всего ближе бытъ проституттокъ соприкасается съ бытомъ учащейся молодежи. Многіе воспитатели и родители считаютъ это соприкосновеніе необходимымъ во имя здоровья (!) своихъ воспитанниковъ и дѣтей.

Очень характерный въ этомъ отношеніи приказъ былъ обнародованъ въ №46 "Русскаго врача" за 1903г.

Приказъ, исходилъ отъ начальника одного изъ юнкерскихъ училищъ.

Озабоченный здоровьемъ ввѣренныхъ ему молодыхъ людей, г. начальникъ въ приказѣ по училищу объявлялъ: "Для посѣщенія мною (начальникомъ училища) избранъ домъ терпимости (такой то)". "Для посѣщеній устанавливается очередь взводная".

Передъ посѣщеніемъ дома юнкерами предписывается производить осмотръ проституттокъ училищнымъ врачомъ и взводнымъ унтеръ-офицеромъ, которые "докладываютъ дежурному офицеру, сколько юнкеровъ могутъ сегодня посѣтить домъ, считая на каждую допущенную женщину по 3 юнкера".

Такса г. начальникомъ устанавливается въ 1 р. 25 коп. съ юнкера.

Приказъ заканчивается такимъ назиданіемъ:

"Каждый юнкеръ, ведя лично расчетъ по этой таксѣ, долженъ помнить правило: "болѣе позорнаго долга, какъ въ домѣ терпимости, не существуетъ".

Директора гимназій, кажется, не проявляютъ такой заботливости о здоровьѣ и чести своихъ воспитанниковъ.

Гимназисты выбираютъ дома терпимости по своему усмотренію.

Изъ половой анкеты, произведенной среди студентовъ, Московскаго университета въ 1904г. подъ руководствомъ приватъ-доцента Членова, видно, что половому разврату до поступленія въ университетъ (т.е. во время пребыванія въ гимназіи) предаются значительное большинство учащихся юношей (67%); изъ нихъ половина начала половыя сношенія между 14 и 17 годами. Первое сношеніе 41% имѣли съ проститутками; 39%-съ прислугой и 10 % съ замужними женщинами.

Во время пребыванія въ университетѣ половыя сношенія совершаются студентами, по б. части, съ проститутками.

Правда, большинство студентовъ къ проституціи относится отрицательно, но это не мѣшаетъ имъ пользоваться ею. Изъ той-же переписи видно, что больныхъ венерическими болѣзнями среди студентовъ болѣе четверти (25,3%).



### ***До уваги авторів:***

1. До журналу "Психічне здоров'я" приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України" на розгляд до журналу "Психічне здоров'я" прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
  - ⇒ постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
  - ⇒ аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
  - ⇒ формулювання цілей статті (постановка завдання);
  - ⇒ виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
  - ⇒ висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу - українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків) резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках, надрукованою через 2 інтервали, на папері формату А4 (інтервал друку - 1,5; шрифт - Times New Roman; розмір шрифта - 14, поля (верхнє і нижнє - 2,5 см, ліве - 3 см, праве - 1,5 см); орієнтація стор. - книжна), та в електронному варіанті (формат тексту - ідентично до паперового, формат файлу - RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом - рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті - не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення - не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі .jpg або .tif на 300dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1 - 84 Бібліографія подається в послідовності відповідно до зустрічання в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Всі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни - згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань - згідно з МКХ - 10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті оформляється трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.

***З повагою,  
редакція журналу "Психічне здоров'я"***