

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я MENTAL HEALTH

Міждисциплінарний науково-
практичний журнал

Випуск 1(6) 2005 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 №1 від 19.01.05 р.)

**Літературний редактор,
коректор** - 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 Державного реєстру видавців, виготівників та розповсюджувачів видавничої 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 25.03.05 р.
Формат 60x84/8. Папір крейдований.
Гарнітура Arial. Ум. друк. арк.
12,0. Обл.-вид. арк. 8,93. Тираж 500
Зам. 315

Зміст

Вступне слово головного редактора	3
Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти	
Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения	4
Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения	9
Полудьонна Н.С. Системний підхід у дослідженні суспільства і психології людини	18
Залесский В.Н., Великая Н.В., Дынник О.Б. Психонутриентология: (часть 1) психосоциальные детерминанты и биомаркеры потребления овощных и фруктовых продуктов питания	23
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
Двирский А.А. Течение шизофрении, коморбидной с сахарным диабетом I типа	27
Фармакотерапія психічних розладів	
Дзюб Г.К. Спектр психотропного действия антипсихотиков	32
Психотерапія та медична психологія	
Пострелко В.М. Кореляція деяких патопсихологічних показників з якістю ремісії у осіб, що страждають на залежність від алкоголю	34
Етичні та правові аспекти психічного здоров'я	
Мельник В.И., Мельник А.В. О принудительных мерах медицинского характера	38
Організація і управління психіатричною допомогою	
Юдін Ю.Б., Мішиєв В.Д., Демченко В.А. Оцінка діяльності системи психіатричної допомоги м. Києва за 2004 рік та основні напрямки подальшої діяльності	47
Вієвський А.М. Про діяльність наркологічної служби м. Києва	54
Никифоров Р.І., Барановська Л.М., Івченко С.М. Медико-соціальна допомога в психіатричній лікарні	59
Огляди, дискусії, обмін досвідом	
Свінар'єв В.І., Барановський К.Л., Мешков В.М. Сучасні проблеми кризових станів: методологічні та прикладні аспекти (за даними наукової літератури) ..	62
Петрюк П.Т., Брагин Р.Б. Профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов - крупный ученый-психиатр, один из основателей отечественной социальной психиатрии и верующий человек (К 105-летию со дня рождения) ..	72
Харченко Є.М., Бурса А.І. Про деякі медико-соціальні аспекти суїцидів непсихотичного рівня	77
Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Оседло Г.В. К проблеме диагностики и лечения гепатоцеребральных расстройств у женщин, страдающих алкоголизмом	82
3 архіву	
Поссе В.А. Вырождение и возрождение (продовження) ..	88
До уваги авторів (вимоги до написання статей) ..	94

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. Никифору (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
Mental health: social, biological and psychological aspects	
The European declaration on protection of mental health. Problems and ways of their decision	4
The European plan of actions on protection of mental health. Problems and ways of their decision	9
<i>Poludenna N.S.</i> The system approach in research of society and person's psychology	18
<i>Zalessky V.N., Velikaja N.V., Dynnyk O.B.</i> Psychonutrientology: (part 1) psychosocial determinants and biomarkers of consumption of vegetable and fruit products of a meal	23
Mental and behavioural disorders, psychosomatic	
<i>Dvirsky O.A.</i> Current of schizophrenia comorbid with diabetes mellitus I type	27
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Dzub G.K.</i> Spectrum of psychotropic action antipsychotics	32
Psychotherapy and medical psychology	
<i>Postrelko V.M.</i> Correlation of some patopsychological parameters with quality remission at the persons suffering by alcoholic dependence	34
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Melnik V.I.</i> About compulsory measures of medical character	38
Organization and management of the psychiatric help	
<i>Yudin Y.B., Mishyev V.D., Demchenko V.A.</i> Estimation of Kiev psychiatric help system activity for 2004 year and basic directions of the further activity	47
<i>Vijevskij A.M.</i> About activity of narcjlogical service in Kyiv	54
<i>Nykyforuk R.I., Baranovska L.M., Ivchenko S.M.</i> The medico-social help in psychiatric clinic	59
Reviews, discussions, experience' exchange	
<i>Svinarev V.I., Baranovsky K.L., Meshkov V.M.</i> Modern problems of crisis conditions: methodological and applied aspects (on the data of the scientific literature)	62
<i>Petryuk P.T., Bragin R.B.</i> The professor Dmitrij M. Melehev - large scientist-psychiatrist, one of the founders of domestic social psychiatry and believing man (to 105 years from birthday)	72
<i>Kharchenko Y.N., Bursa A.I.</i> About some medico-social aspects of suicides (non-psychotic level)	77
<i>Syropjatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A., Osedlo G.V.</i> Diagnosing and treating hepatocerebral diseases in alcoholic women	82
Archival files	
<i>Posse V.A.</i> Degeneration and revival (continuation)	88
The notice for our authors (requirements to the articles)	94

Шановні читачі!

7 квітня 2005 року - Всесвітній день здоров'я. На початку 2005 року йому передувала знаменна подія в житті Європейських держав - 12-15 січня відбулася Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, організована ВООЗ, Європейською комісією і Радою Європи. Багато країн зазнають труднощів з розв'язанням питань охорони психічного здоров'я на різних рівнях. У країнах також спостерігається велика розмаїтість підходів і методів, застосовуваних для подолання цих труднощів. Міністри охорони здоров'я, що взяли участь у конференції, змогли не тільки ознайомитися з проблемами, що стоять перед країнами, але й одержати інформацію про найкращі шляхи їх вирішення в різних країнах. Перед Конференцією в Гельсінкі в 2005 р. було проведено серію передконференційних нарад, у більшості з яких брали участь національні координатори в Європейському регіональному бюро ВООЗ програми "Психічне здоров'я". Ці наради виявилися для експертів різного профілю хорошою можливістю для глибокого обговорення відібраних питань і підготовки фрагментів проекту Декларації і Плану дій з охорони психічного здоров'я в Європі. Я, як національний координатор від України, брав участь у робочих групах на передконференційних нарадах із соціального стресу й охорони психічного здоров'я у Москві 3-5 червня 2004 р. (разом із президентом Асоціації психіатрів України В.А. Шумлянським), з охорони психічного здоров'я дітей і підлітків у Люксембурзі 20-21 вересня 2004р., на нараді ВООЗ на тему "Професійне життя і психічне здоров'я" у Талліні 4-5 жовтня 2004р. та інших. Високопоставлені посадові особи з 45 держав - членів Європейського регіону ВООЗ, Європейської комісії і Ради Європи 29-30 листопада 2004 р. зустрілися в Брюсселі на міжурядовій нараді, де обговорювалися проект Декларації і План дій з охорони психічного здоров'я в Європі, остаточний текст яких був представлений на розгляд і затвердження міністрів охорони здоров'я на Європейській конференції ВООЗ у Гельсінкі. У цій нараді взяла участь начальник відділу зовнішніх зв'язків МОЗ України Ж.В. Ценілова. На нараді також був приведений короткий огляд документів, що готуються для Конференції, її програми, а також були обговорені завдання і структура Декларації і Плану дій. Згідно з вимогами організаторів Гельсінської конференції в складі делегації від кожної країни, що складає з чотирьох членів, один з них повинний бути непрофесіоналом. Україну представляла виконавчий директор Всеукраїнської Коаліції захисту прав інвалідів і осіб з інтелектуальною недостатністю Р.І. Кравченко. На жаль, міністр охорони здоров'я України А.Підаєв не зміг узяти участі в роботі Конференції. До складу делегації від України входили також В.В. Домбровська - провідний спеціаліст з психіатрії МЗ України, Ж.В. Ценілова - начальник відділу зовнішніх зв'язків МОЗ України, професор С.І. Табачников - директор НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології МЗ України, професор Б.В. Михайлов - завідувач кафедри психотерапії ХМАПО, головний психотерапевт МОЗ України. Відбулося вісім засідань, присвячених обговоренню окремих пріоритетних аспектів політики охорони політики психічного здоров'я: "Психічне здоров'я і трудове життя", "Профілактика самогубств", "Проблеми маргіналізації і соціальної ізоляції", "Алкоголь, наркотичні засоби і психічне здоров'я", "Проект охорони психічного здоров'я населення в рамках Пакту стабільності для країн Південно-Східної Європи", "Економічні аспекти охорони психічного здоров'я і фінансування служб психічного здоров'я", "Первинна медико-санітарна допомога і психічне здоров'я", "Неурядові організації (НУО) як партнери в розробці політики і її реалізації". Тексти Декларації і Плану дій з охорони психічного здоров'я в Європі, надіслано мені як національному координатору Євро-ВООЗ. Редколегія журналу представляє їх читачам на наступних сторінках журналу.

З повагою В.М. Кузнецов,
головний редактор

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНІ, БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Европейская конференция ВОЗ на
уровне министров по охране
психического здоровья.
Проблемы и пути их решения
Хельсинки, Финляндия, 12-15 января 2005г.

Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения

Преамбула

1. Мы, министры здравоохранения государств - членов Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в присутствии европейского комиссара по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей, вместе с директором Европейского регионального бюро ВОЗ, встретившиеся на конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, состоявшейся в Хельсинки 12-15 января 2005 г., признаем, что психическое здоровье и психическое благополучие - это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, местных сообществ и народов и целом, так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную и значимую и являться активными и созидательными членами общества. Мы полагаем, что важнейшая цель усилий по охране психического здоровья заключается в обеспечении более высокого уровня благополучия и повседневного функционирования людей, уделяя при этом основное внимание их сильным сторонам и имеющимся ресурсам, повышению их устойчивости к внешним негативным воздействиям и усилению защитных внешних факторов.

2. Мы признаем, что укрепление психического здоровья, профилактика психических нарушений, лечение и реабилитация лиц с проблемами психического здоровья и уход за ними являются приоритетными задачами для ВОЗ и ее государств-членов Европейского союза (ЕС) и Совета Европы, что нашло свое отражение в резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета ВОЗ, Европейского регионального комитета ВОЗ и Совета Европейского Союза. Эти резолюции призывают государства-члены, ВОЗ, ЕС и Совет Европы принять меры для уменьшения бремени проблем, связанных с психическим здоровьем, и повышения уровня психического благополучия.

3. Мы напоминаем о нашей приверженности резолюции EUR/RC51/R5 в отношении Афинской декларации по психическому здоровью и антропогенным катастрофам, стигматизации и обслуживанию населения и резолюции EUR/RC53/R4, принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2003 г., в которых высказывается обеспокоенность по поводу того, что в Европейском регионе не уменьшается бремя болезней, связанных с психическими расстройствами, и того, что, несмотря на наличие эффективных методов и подходов, многие люди с психическими проблемами не получают того лечения и помощи, в которых они нуждаются. В частности, Региональный комитет предложил Региональному директору:

" уделять вопросам охраны психического здоровья первочередное внимание при организации и осуществлении мероприятий по обновлению политики достижения здоровья для всех;

" организовать в Хельсинки в январе 2005 г. Европейскую конференцию на уровне министров по охране психического здоровья.

4. Мы напоминаем о ряде резолюций в поддержку программы действий по охране психического здоровья. В частности, резолюция EB109.R8, принятая Исполнительным комитетом ВОЗ в январе 2002 г. и поддержанная в мае 2002 г. резолюцией WHA55.10 Всемирной ассамблеи здравоохранения, прибывает государства - члены ВОЗ:

" принять рекомендации, содержащиеся в "Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.";

" установить политику, программы и законодательство в области психического здоровья, основанные на современных знаниях и уважении прав человека, в консультации со всеми партнерами по охране психического здоровья;

" увеличить объем инвестиций в охрану психического здоровья как на уровне отдельных стран, так и в рамках двустороннего и многостороннего сотрудничества в качестве неотъемлемого компонента обеспечения благополучия населения.

5. В резолюциях Совета Европейского Союза, рекомендациях Совета Европы и резолюциях ВОЗ начиная с 1975 г. признается важное значение деятельности, направленной на укрепление психического здоровья, а также наличие непосредственной взаимосвязи между проблемами психического здоровья, с одной стороны, и социальной маргинализацией, безработицей, бездомностью и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, с другой. Мы признаем важное значение положений Конвенции о защите прав человека и основных

свобод, Конвенции о правах ребенка, Европейской конвенции по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания и Европейской социальной хартии, а также приверженности Совета Европы к обеспечению охраны и укреплению психического здоровья, что нашло свое отражение в Декларации Конференции на уровне министров по проблемам психического здоровья в будущем (Стокгольм, 1985 г.) и в других принятых им рекомендациях в этой области, в частности, в Рекомендации К(90)22 о защите психического здоровья некоторых социально уязвимых групп населения и Рекомендации Rec(2004)10 о защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами.

Сфера применения

6. Мы отмечаем, что многие аспекты политики и деятельности служб охраны психического здоровья подвергаются сейчас существенным изменениям в рамках всего Европейского региона. Целью политики и работы служб является обеспечение социальной интеграции и соблюдения принципа справедливости на основе всестороннего и взвешенного анализа существующих потребностей и положительных результатов деятельности различных служб охраны психического здоровья, предназначенных для всего населения в целом, отдельных групп повышенного риска и лиц с психическими проблемами. В настоящее время услуги по охране психического здоровья предоставляются уже не только в крупных учреждениях закрытого типа, но также различными службами на уровне общины. Мы считаем это правильным и необходимым направлением деятельности. Мы с удовлетворением отмечаем тот факт, что в настоящее время политика и практическая деятельность в области охраны психического здоровья охватывают следующие аспекты:

- " укрепление психического благополучия;
- " борьба со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией;
- " профилактика проблем психического здоровья;
- " оказание помощи людям с проблемами психического здоровья, используя для этой цели эффективные услуги и вмешательства комплексного характера, обеспечивая для потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход (в настоящем документе термин "лица, осуществляющие уход" используется в отношении членов семьи, друзей и других неофициальных лиц), возможности для индивидуального выбора и участия в процессе оказания помощи; восстановление здоровья и интеграция в общество лиц, переживших серьезные психические проблемы.

Первоочередные задачи

7. В нашей работе следует основываться на возможностях, созданных благодаря процессу реформирования и модернизации в Европейском регионе ВОЗ, совместно использовать накопленный опыт и учитывать специфические особенности отдельных стран. Мы считаем, что наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие будут следующие:

- " способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия;
- " осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе;
- " разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья;
- " обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях;
- " признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб.

Действия

8. Мы поддерживаем заявление о том, что психическое здоровье является неотъемлемой частью общего здоровья человека. Мы также полагаем, что психическое здоровье - одна из важнейших составляющих людского, социального и экономического капитала наций и что поэтому охрану психического здоровья следует рассматривать как неотъемлемый и необходимый компонент социальной политики в других областях, таких как защита прав человека, социальное обеспечение, образование и обеспечение трудовой занятости. Поэтому мы, министры, ответственные за вопросы здравоохранения, обязуемся признать необходимость принятия научно обоснованных комплексных стратегий охраны психического здоровья и рассмотреть пути и способы разработки, осуществления и дальнейшего развития таких стратегий в наших странах с учетом существующих в них конституционных структур и обязанностей. Эти стратегии, целью которых является обеспечение психического благополучия и социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья, требуют осуществления действий в следующих областях:

- " укрепление психического благополучия населения в целом с помощью мер, направленных

на повышение уровня знаний о психическом здоровье и способствующих позитивным изменениям на уровне отдельных лиц и семей, местных сообществ и гражданского общества, учебных заведений и трудовых коллективов, правительств и государственных учреждений;

" изучение потенциального воздействия всех направлений социальной политики на психическое здоровье людей, уделяя особое внимание уязвимым группам населения, обеспечивая при этом понимание того, что психическое здоровье играет важнейшую роль в создании здорового, сплоченного и продуктивного общества;

" борьба со стигматизацией и дискриминацией, обеспечение защиты прав человека и человеческого достоинства и внедрение необходимого законодательства для того, чтобы люди, подвергающиеся риску, или лица с психическими проблемами и инвалидностью имели возможности для полноценного и равноправного участия в жизни общества;

" оказание целенаправленной поддержки и принятие мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, подвергающихся риску, особенно в таких областях, как выполнение родительских функций, воспитание и обучение детей и молодежи и оказание медико-социальной помощи лицам преклонного возраста;

" разработка и осуществление мер, направленных на сокращение предотвратимых причин развития психических проблем, сопутствующих заболеваний и самоубийств;

" расширение потенциала и возможностей врачей общей практики и первичных звеньев здравоохранения, работающих во взаимодействии со специализированными медицинскими и немедицинскими учреждениями для обеспечения эффективного доступа и оказания лечебно-диагностической помощи лицам с проблемами психического здоровья;

" предоставление возможности получения лицами с тяжелыми психическими проблемами эффективного комплексного лечения и ухода в различных условиях в такой форме, которая обеспечивает уважительное отношение к их личным предпочтениям и защиту от жестокого и пренебрежительного обращения;

" развитие партнерских отношений, координации и лидерства между всеми регионами, странами, секторами и учреждениями, оказывающими влияние на психическое здоровье и социальную интеграцию отдельных лиц, семей, групп людей и местных сообществ;

" разработка программ набора кадров, их обучения и повышения квалификации с тем, чтобы обеспечить службы достаточным количеством квалифицированного персонала различного профиля;

" проведение оценок состояния психического здоровья и потребностей населения в целом, определенных групп и отдельных лиц таким образом, чтобы это позволяло сравнивать полученные данные на национальном и международном уровнях;

" предоставление на справедливой основе финансовых ресурсов в объемах, достаточных для достижения этих целей;

" инициирование научных исследований и оказание поддержки в проведении опенки и расширении масштабов вышеуказанных действий.

9. Мы признаем важное значение и настоятельную необходимость выявления стоящих перед нами проблем и нахождения научно обоснованных путей их решения. Поэтому мы одобряем Европейский план действий по охране психического здоровья и поддерживаем его осуществление в рамках всего Европейского региона ВОЗ с учетом того, что каждая страна будет адаптировать различные его элементы, исходя из своих конкретных потребностей и ресурсов. Мы также обязуемся демонстрировать солидарность в рамках Региона и обмениваться знаниями, примерами наилучшей практики и передовым опытом.

Обязательства

10. Мы, министры здравоохранения государств - членов Европейского региона ВОЗ, обязуемся поддерживать, с учетом существующих в каждой стране конституционных структур, принципов, общенациональных и региональных потребностей, состояния дел и имеющихся ресурсов, осуществление мер, направленных на:

" обеспечение выполнения политики и соблюдения законодательства по охране психического здоровья, устанавливающего стандарты деятельности в этой области и способствующего защите прав человека;

" координацию в рамках государственного аппарата обязанностей по разработке, распространению и выполнению стратегий и законодательства в области охраны психического здоровья;

" оценку воздействия осуществляемых правительством действий на психическое здоровье населения;

" устранение стигматизации и дискриминации и усиление социальной интеграции путем повышения уровня информированности населения и расширения прав и возможностей лиц, подвергающихся риску;

" предоставление лицам с проблемами психического здоровья возможности выбора и вов-

лечения в процесс собственного лечения, проводимого с учетом их потребностей и культуры;

- " пересмотр и, если необходимо, принятие законодательства, обеспечивающего равенство возможностей и отсутствие дискриминации;

- " содействие укреплению психического здоровья в образовательных учреждениях, на рабочих местах, в местных сообществах и других соответствующих условиях и местах путем усиления сотрудничества между организациями и ведомствами, отвечающими за вопросы здравоохранения, и другими секторами;

- " предупреждение факторов риска, там где они имеют место, например, поддерживая создание производственных условий, способствующих укреплению психического здоровья, а также развивая стимулы для оказания поддержки на работе или для как можно более раннего возвращения на работу лиц после успешного преодоления ими проблем психического здоровья;

- " предупреждение самоубийств и устранение причин вредных стрессовых факторов, насилия, депрессий, тревожных состояний и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ;

- " признание и усиление центральной роли первичной медико-санитарной помощи и врачей общей практики и расширение их возможностей в плане взятия на себя ответственности за охрану психического здоровья людей;

- " развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства, с тем чтобы заменить ими помощь в стационарных учреждениях для лиц с выраженными психическими проблемами;

- " обеспечение выполнения мер, направленных на прекращение использования негуманных и унижающих достоинство методов лечения;

- " усиление партнерского сотрудничества между учреждениями, отвечающими за предоставление медико-социальной помощи и поддержки в таких областях, как здравоохранение, социальное обеспечение, жилье, образование и трудоустройство;

- " включение вопросов охраны психического здоровья в учебные программы для всех работников здравоохранения и разработка программ непрерывного профессионального обучения и подготовки персонала служб охраны психического здоровья;

- " содействие развитию у работников служб охраны психического здоровья специальных навыков и знаний, необходимых для удовлетворения особых потребностей таких групп населения, как дети, молодежь, лица преклонного возраста и лица с хроническими и серьезными психическими проблемами;

- " предоставление достаточных объемов ресурсов для охраны психического здоровья, принимая во внимание бремя болезней, а также обеспечение того, чтобы инвестиции в охрану психического здоровья стали легко идентифицируемой частью общих расходов на нужды здравоохранения в целях достижения их паритета с инвестициями в другие сферы здравоохранения;

- " развитие системы наблюдения за показателями психического благополучия и проблемами в области психического здоровья, включая факторы риска и обращаемость за помощью, а также мониторинг процесса ее внедрения;

- " проведение научных исследований в тех случаях, когда круг имеющихся знаний или технологий представляется недостаточным, и распространение полученных результатов.

11. Мы будем поддерживать неправительственные организации, активно работающие в области охраны психического здоровья, и будем стимулировать создание неправительственных организаций и организаций потребителей услуг. Мы особенно приветствуем организации, ведущие активную деятельность в следующих областях:

- " создание организаций потребителей услуг, развивающих собственные виды деятельности, включая создание и функционирование групп самопомощи и обучение навыкам, способствующим восстановлению здоровья;

- " расширение прав и возможностей уязвимых и маргинальных групп населения и отстаивание их интересов;

- " предоставление услуг на уровне общины с участием лиц, пользующихся такими услугами;

- " выработка у членов семей и лиц, осуществляющих уход, практических навыков оказания помощи и психологической адаптации, а также обеспечение их

- активного участия в программах помощи;

- " создание систем, нацеленных на улучшение способностей людей эффективно выполнять родительские функции и на повышение уровня образованности и терпимости людей, а также на борьбу с такими проблемами, как расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, насилие и преступность;

- " развитие местных служб, ориентированных на удовлетворение потребности маргинальных групп населения;

- " организация работы телефонных линий помощи и консультирование по сети Интернет для лиц, находящихся в кризисных ситуациях, страдающих от насилия или подвергающихся риску совершения самоубийства;

- " обеспечение возможностей трудоустройства для лиц с инвалидностью,

12. Мы призываем Европейскую комиссию и Совет Европы оказывать поддержку выполнению этой Европейской декларации по охране психически! о здоровья в рамках своего круга ведения.

13. Мы предлагаем директору Европейского регионального бюро ВОЗ предпринять действия в следующих областях:

(a) *Партнерства*

" содействие развитию сотрудничества в данной области с

межправительственными организациями, включая Европейскую Комиссию и Совет Европы;

(b) *Медико-санитарная информация*

" оказание поддержки государствам - членам в развитии системы эпиднадзора за состоянием психического здоровья населения;

" подготовка сопоставимых данных о состоянии дел и успехах в области психического здоровья и работы служб охраны психического здоровья в государствах-членах;

(c) *Научные исследования*

" создание сети сотрудничающих центров по вопросам охраны психического здоровья, обеспечивающей возможности для развития международного партнерского сотрудничества, проведения высококачественных исследований и обмена научными работниками;

11. Сбор и распространение наилучших имеющихся примеров передовой практики. учитывая при этом этические аспекты работы в области охраны психического здоровья.

(d) *Разработка политики и развитие служб*

" оказание поддержки правительствам стран путем предоставления экспертных данных в пользу реформирования системы охраны психического здоровья с помощью эффективных стратегий охраны психического здоровья, охватывающих вопросы законодательства, разработки схем предоставления услуг, укрепления психического здоровья и профилактики психических проблем;

" оказание содействия в разработке и внедрении программ повышения квалификации преподавателей;

" инициирование механизмов обмена специалистами для внедрения передового опыта;

" оказание содействия в разработке политики в области научных исследований и в формулировании соответствующих вопросов;

" оказание содействия сторонникам и инициаторам изменений посредством создания сети, объединяющей национальных лидеров в области реформирования и ключевых должностных лиц.

(e) *Отстаивание интересов и пропагандистская*

" информационная и мониторинговая поддержка стратегий и мероприятий, обеспечивающих соблюдение прав человека применительно к людям с психическими проблемами, их интеграцию в жизнь общества, а также уменьшение стигматизации и дискриминации по отношению к ним;

" расширение прав и возможностей пользователей, лиц, осуществляющих за ними уход, и неправительственных организаций посредством предоставления им соответствующей информации и координация деятельности на международном уровне;

" оказание поддержки государствам-членам в создании базы данных, способствующей расширению прав и возможностей пользователей служб охраны психического здоровья;

" оказание содействия в осуществлении международного обмена опытом, накопленным ключевыми региональными и местными неправительственными организациями;

" предоставление средствам массовой информации, неправительственным организациям и другим заинтересованным группам и отдельным лицам объективной и конструктивной информации.

14. Мы просим Европейское региональное бюро ВОЗ предпринять необходимые шаги для обеспечения полной поддержки усилий по разработке и осуществлению политики охраны психического здоровья, а также того, чтобы мероприятиям и программам, направленным на выполнение требований данной Декларации, уделялось надлежащее внимание и чтобы для них выделялись адекватные ресурсы.

15. Мы обязуемся отчитаться перед ВОЗ о ходе выполнения настоящей Декларации в наших странах на межправительственном совещании, которое должно состояться до 2010г.

Министр здравоохранения и социального
обеспечения Финляндии

Директор Европейского регионального
бюро ВОЗ

Европейская конференция ВОЗ
на уровне министров
по охране психического здоровья.
Проблемы и пути их решения
Хельсинки, Финляндия, 12-15 января 2005 г.

Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения

Настоящий План действий одобрен в рамках Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой министрами здравоохранения государств - членов Европейского региона ВОЗ, которые поддерживают его реализацию каждой страной с учетом ее конкретных потребностей и ресурсов.

В течение ближайших пяти-десяти лет необходимо разработать, реализовать и оценить эффективность стратегий и законодательных актов, которые позволят осуществить меры в области охраны психического здоровья, способные повысить уровень благополучия всего населения, обеспечить предупреждение и профилактику проблем психического здоровья, а также расширить возможности социальной интеграции и функционирования лиц с психическими проблемами. Наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие являются:

- " способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия;
- " осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе;

- " разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья;

- " обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях;

- " признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб.

В настоящем Плане действий предлагаются пути и способы разработки, осуществления и усиления комплексных стратегий охраны психического здоровья в странах Европейского региона ВОЗ, требующих действий по 12 направлениям, указанным ниже. Эти стратегии найдут свое отражение в собственных стратегиях и планах стран по охране психического здоровья, которые будут определять цели и задачи их деятельности на ближайшие пять и десять лет.

1. Укрепление психического благополучия всего населения

Задачи

Психическое здоровье и психическое благополучие - это важнейшие составляющие высокого качества жизни, позволяющие людям считать свою жизнь полноценной и значимой и являться активными и созидательными членами общества. Хорошее психическое здоровье является важным фактором, обеспечивающим социальное единство, производительность труда, общественное спокойствие и стабильность среды обитания, что способствует росту социального капитала и экономическому развитию общества. Психическое здоровье общества и образ жизни, обеспечивающие состояние психического благополучия, имеют важнейшее значение для достижения этой цели. Укрепление психического здоровья повышает качество жизни и уровень психического благополучия всего населения, включая людей с психическими проблемами и лиц, осуществляющих за ними уход. Разработка и осуществление эффективных планов укрепления психического здоровья позволит повысить уровень психического благополучия общества в целом.

Предлагаемые действия

- " Разработать комплексные стратегии укрепления психического здоровья в рамках программ в области охраны психического здоровья, общественного здравоохранения и других направлений социальной политики, обеспечивающие осуществление мер по укреплению психического здоровья на протяжении всей жизни.

- " Проводить политику укрепления психического здоровья в качестве объекта долгосрочных инвестиций и разработать "соответствующие образовательные и информационные программы, рассчитанные на длительную перспективу.

- " Разработать и обеспечить наличие доступа к эффективным программам родительской поддержки и просвещения, начиная с периода беременности.

- " Разработать и обеспечить наличие доступа к научно обоснованным программам для детей и молодежи, способствующим развитию навыков и получению информации, в которых основное внимание уделяется таким вопросам, как психическая устойчивость, умение управлять эмоциями и психосоциальное взаимодействие.

- " Расширить возможности доступа пожилых людей к здоровому рациону питания и физической активности.

- " Содействовать развитию на уровне общины многоуровневых видов деятельности, предус-

матриваючих проведение кампаний информирования общественности и участие в этой работе сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи и лиц, работающих с населением, таких как учителя, священнослужители, и работники средств массовой информации.

" Обеспечить интеграцию вопросов укрепления психического здоровья в существующие и общие стратегии и программы укрепления здоровья и общественного здравоохранения, как, например, те, которые поддерживаются сетями ВОЗ по укреплению здоровья.

" Поощрять потребление здоровых продуктов питания и снизить уровень потребления вредных продуктов.

" Создавать здоровые рабочие места с помощью таких мер, как занятия физическими упражнениями, изменение режима или характера работы, переход на более благоприятные для здоровья часы работы и здоровые стили управления.

" Обеспечить наличие доступа к эффективным мерам укрепления психического здоровья для групп повышенного риска, включая лиц, длительное время страдающих проблемами психического или физического здоровья, и тех, кто осуществляет за ними уход.

" Разработать четкие механизмы расширения прав и возможностей населения в отношении укрепления здоровья и достижения целей предупреждения заболеваемости, например, путем повышения уровня информированности населения о важном значении выбора здорового образа жизни.

2. Обеспечение понимания важнейшей роли психического здоровья

Задачи

Психическое здоровье играет важнейшую роль в создании здорового, сплоченного и продуктивного общества. Эффективные и комплексные социальные-стратегии, касающиеся вопросов трудовой деятельности, городского планирования и социально-экономического развития, также оказывают положительное воздействие на психическое здоровье и уменьшают риск развития психических проблем. Таким образом, следует принимать во внимание те последствия, которые любые направления социальной политики оказывают на психическое здоровье людей и, в особенности, их потенциальное воздействие на группы риска. Стратегии в области охраны психического здоровья требуют межсекторального взаимодействия и должны предусматривать действия с участием многих секторов и специалистов различного профиля.

Предлагаемые действия

" Сделать вопросы охраны психического здоровья неотъемлемой частью общественного здравоохранения.

" Предусматривать включение вопросов охраны психического здоровья и принятие соответствующих мер в рамках новых и уже существующих национальных стратегий и законодательных актов.

" Включать вопросы охраны психического здоровья в программы, касающиеся гигиены труда и техники безопасности.

" Проводить оценку потенциального воздействия любой новой стратегии на психическое благополучие населения до начала ее реализации и изучать полученные результаты после ее завершения.

" Уделять особое внимание относительному влиянию стратегий на людей, уже страдающих психическими проблемами, и лиц, подвергающихся риску их развития.

3. Борьба со стигматизацией и дискриминацией

Задачи

Широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами, приводящая к их дискриминации, не должна служить препятствием для разработки и реализации стратегий охраны психического здоровья. Во многих случаях лица с психическими проблемами страдают от отсутствия равных возможностей в результате такой дискриминации. Необходимо обеспечить защиту прав человека в отношении лиц с проблемами психического здоровья и проявлять к ним уважительное отношение. Расширение прав и возможностей является важнейшим шагом на пути к достижению этих целей, поскольку это способствует более полной интеграции и широкому участию этих людей в жизни общества. Такие проблемы, как недостаточно широкие права и возможности организаций, объединяющих потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, а также слабая информационно-пропагандистская работа, затрудняют разработку и реализацию стратегий и услуг, которые учитывают потребности и пожелания тех, кто в них нуждается. Необходимо всячески бороться с социальной изоляцией лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья как в психиатрических клиниках и учреждениях, так и на уровне общины.

Предлагаемые действия

" Активизировать направленные на борьбу со стигматизацией действия, подчеркивая широкую распространенность проблем психического здоровья, их в целом хороший прогноз и излечимость, а также Тот факт, что они редко сопровождаются проявлениями насилия.

" Содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.

" Разработать и реализовать национальные, отраслевые и учрежденческие стратегии борьбы со стигматизацией при трудоустройстве лиц с проблемами психического здоровья.

" Стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счет поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.

" Разработать согласованную программу политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учетом международных и региональных нормативов в отношении прав человека.

" Установить конструктивный диалог со средствами массовой информации и предоставлять им информацию на систематической основе.

" Установить нормативы представительства потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, анализа и проверки деятельности служб охраны психического здоровья.

" Способствовать созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, которые представляют людей с психическими проблемами, лиц, осуществляющих за ними уход, и местные сообщества, в которых они проживают.

" Содействовать социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.

" Обеспечить возможности профессионального обучения лиц, страдающих психическими проблемами, и способствовать адаптации рабочих мест и форм труда с учетом их конкретных потребностей в целях обеспечения возможности их трудоустройства на конкурентной основе.

4. Поддержка мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, связанным с повышенным риском

Задачи

Дети, молодежь и пожилые люди подвергаются повышенному риску воздействия социальных, психологических, биологических и средовых факторов. Принимая во внимание их повышенную уязвимость и потребности, молодым и пожилым людям следует уделять первоочередное внимание в рамках мероприятий по укреплению психического здоровья, а также по предупреждению и лечению психических проблем. В то же время, многие страны располагают недостаточным потенциалом в данной области, а соответствующие службы и персонал нередко плохо подготовлены к решению проблем, связанных с развитием человека и возрастными особенностями. В частности, в развитии психических расстройств у взрослых людей важную роль играют нарушения психического здоровья в детском возрасте. Охрана психического здоровья детей и подростков должна рассматриваться в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения.

Предлагаемые действия

" Обеспечить включение в стратегии по охране психического здоровья в качестве приоритетных задач вопросов охраны психического здоровья и благополучия детей, подростков и лиц пожилого возраста.

" Предусмотреть включение в законодательство в области психического здоровья вопросов соблюдения международных прав детей, подростков и пожилых людей.

" Обеспечить как можно более широкое участие молодых и пожилых людей в процессе принятия решений.

" Уделять особое внимание маргинальным группам населения, включая детей и пожилых людей из семей мигрантов.

" Создать службы охраны психического здоровья, адаптированные к потребностям молодых и пожилых людей, работающие в тесном сотрудничестве с семьями, школами, центрами дневного ухода, соседями, дальними родственниками и друзьями.

" Содействовать развитию центров помощи пожилым людям на уровне общины в целях усиления социальной поддержки и расширения доступа к программам помощи.

" Обеспечить предоставление услуг в области охраны психического здоровья с учетом возрастных и гендерных особенностей службами первичной медико-санитарной помощи и специализированными учреждениями, функционирующими в рамках единой сети.

" Ограничить использование специальных учреждений закрытого типа и подходов, усиливающих риск социальной изоляции и отсутствия : со стороны общества, для оказания помощи детям, а также молодым и пожилым людям.

" Повысить качество работы специализированных служб путем развития или усиления их потенциала в области применения специализированных мер вмешательства для охраны психического здоровья детей, подростков и пожилых людей и оказания им помощи, а также путем обучения и найма на работу адекватного числа специалистов.

" Улучшить координацию деятельности организаций, участвующих в программах борьбы с алкоголизмом и наркоманией, а также укрепления здоровья и охраны психического здоровья детей и подростков на национальном и международном уровне, а также развивать сотрудничество в рамках соответствующих сетей таких учреждений.

" Обеспечить справедливое распределение финансовых средств сопоставимыми службами здравоохранения.

5. Предупреждение проблем психического здоровья и самоубийств

Задачи

Люди во многих странах подвергаются пагубному воздействию стрессовых в, обусловленных изменениями в жизни общества, оказывающих неблагоприятное на обеспечение социального единства, безопасности и возможностей трудоустройства и приводящих к росту числа случаев тревожно-депрессивных состояний, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, насилия и суицидального поведения. Существует множество социальных факторов, способствующих развитию проблем - от причин душевных страданий личного характера до вопросов, затрагивающих всю местную общину или общество в целом. Эти причины могут возникать или усиливаться в различных ситуациях и местах, включая дом, учебные заведения, места работы и различные учреждения. Особому риску подвергаются маргинальные группы населения, такие как беженцы, мигранты, безработные, заключенные или лица, выходящие на свободу, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, а также лица с инвалидностью вследствие физических и сенсорных нарушений, и люди, уже страдающие психическими проблемами.

Предлагаемые действия

" Повысить уровень информированности общественности о распространенности, симптомах и возможностях излечения вредных для здоровья стрессовых и тревожно-депрессивных состояний, а также шизофрении.

" Осуществлять программы предупреждения депрессий, тревожных состояний, вредных для здоровья стрессов, самоубийств и других факторов риска, ориентированные на группы повышенного риска и разработанные с учетом их конкретных потребностей, а также особенностей их среды.

" Способствовать созданию групп самопомощи, телефонных линий помощи и веб-сайтов, помогающих снизить уровень самоубийств и направленных прежде всего на группы высокого риска.

" Разработать стратегии, способствующие ограничению доступности средств совершения самоубийств.

" Обеспечить регулярное проведение оценки состояния психического здоровья недавно родивших женщин силами врачей-акушеров и патронажных медицинских работников и осуществление, при необходимости, мер вмешательства.

" Проводить просветительную работу на дому в семьях повышенного риска для целенаправленного содействия развитию родительских навыков, здоровых форм поведения и взаимодействия между родителями и детьми.

" Разработать в партнерстве с другими министерствами научно обоснованные образовательные программы для молодежи в школах и высших учебных заведениях, касающиеся таких проблем, как самоубийства, депрессия, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, а также привлекать к участию в проведении таких кампаний молодых людей и лиц, являющихся образцом для подражания среди молодежи.

" Поддерживать реализацию программ общественного развития в районах повышенного риска и расширять права и возможности неправительственных организаций, особенно представляющих интересы маргинальных групп населения.

" Обеспечить адекватную профессиональную поддержку и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию, включая войны, стихийные бедствия и террористические акты, в целях предупреждения развития посттравматических стрессовых расстройств.

" Обеспечить более полное понимание сотрудниками служб здравоохранения и других секторов своего отношения к проблеме самоубийств и психических заболеваний и связанных с ними предрассудков и предубеждений.

" Осуществлять мониторинг состояния психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, путем разработки соответствующих показателей и средств контроля.

" Разработать меры охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах путем оценки рисков и управления стрессовыми и психосоциальными факторами, повышения квалификации персонала и уровня информированности населения.

" Привлекать к разработке и реализации программ предупреждения самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за вопросы трудоустройства, образования и жилищные вопросы.

6. Обеспечение доступа лиц с проблемами психического здоровья к высококачественной первичной медико-санитарной помощи

Задачи

Во многих областях Европейского региона врачи общей практики и другие сотрудники служб первичной медико-санитарной помощи являются первым и основным источником оказания помощи при наиболее распространенных проблемах психического здоровья. В то же время многие психические проблемы остаются невыявленными среди лиц, обращающихся к врачам общей практики или в службы первичной медико-санитарной помощи, а в случае их выявления методы лечения не всегда бывают адекватными. Многие лица с психическими проблемами, особенно в уязвимых или маргинальных группах, испытывают трудности с доступом к медицинским службам или с поддержанием с ними постоянного контакта. Врачи общей практики и службы первичной медико-санитарной помощи должны располагать возможностями и соответствующими знаниями и опытом для выявления и лечения лиц с психическими проблемами на уровне общины при поддержке, в случае необходимости, со стороны специализированных служб здравоохранения, функционирующих в рамках единой сети.

Предлагаемые действия

" Обеспечить беспрепятственный доступ всего населения к службам охраны психического здоровья в рамках учреждений первичной медико-санитарной помощи.

" Создавать службы первичной медико-санитарной помощи, способные обеспечить выявление и лечение психических проблем, включая депрессию, тревожные состояния, стрессогенные расстройства, токсикоманию и психотические нарушения, путем увеличения, при необходимости, численности первичного медицинского персонала и повышения его квалификации.

" Обеспечить доступ к психотропным препаратам и простым психотерапевтическим процедурам на уровне первичной медико-санитарной помощи при наиболее распространенных, а также тяжелых психических расстройствах, в особенности в отношении лиц с длительными и стабильными психическими расстройствами, проживающих в данной общине.

" Побуждать сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи к осуществлению мер укрепления психического здоровья и предупреждения его нарушений, в особенности путем целенаправленного воздействия на факторы, способствующие развитию или сохранению нарушений здоровья.

" Разработать и реализовать протоколы лечения и направления в специализированные учреждения службами первичной медико-санитарной помощи, устанавливая принципы надлежащей практики и четко определяя распределение обязанностей в рамках единой сети служб первичной медико-санитарной помощи и специализированной психиатрической помощи.

" Создавать центры передового опыта и способствовать развитию в каждом регионе сетей консультационной помощи для работников здравоохранения, пациентов, членов их семей и средств массовой информации.

" Обеспечить предоставление психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в общедоступных учреждениях, таких как общественные центры и больницы общего профиля.

7. Обеспечение возможности получения эффективной медико-социальной помощи лицами с тяжелыми психическими проблемами по месту жительства.

Задачи

Во всех частях Региона достигнуты определенные успехи в деле реформирования системы охраны психического здоровья. Необходимо признать и поддерживать право людей на получение наиболее эффективных видов лечения и вмешательств, одновременно принимая все меры для минимизации возможного риска и учитывая их личные потребности и желания, культурные и религиозные установки, половую принадлежность, а также надежды и ожидания. Фактические данные и опыт, накопленные во многих странах, свидетельствуют о целесообразности развития сети комплексных служб психического здоровья, включая стационарную помощь на уровне общины. В двадцать первом столетии не должно быть места для негуманных и унижающих человеческое достоинство методов лечения и ухода в крупных учреждениях закрытого типа. Расширяется число стран, где многие психиатрические больницы закрываются и создаются эффективные службы охраны психического здоровья по месту жительства. Особое внимание следует уделять эмоциональным, экономическим и образовательным потребностям семей и друзей, которые часто несут ответственность за оказание интенсивной помощи и поддержки больным и которые сами зачастую нуждаются в поддержке.

Предлагаемые действия

" Расширить права и возможности пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в отношении получения доступа к психиатрическим услугам и общей медицинской помощи, а также взятия на себя ответственности за предоставляемую им помощь, действуя при этом в партнерстве с лицами, предоставляющими такую помощь.

" Планировать и внедрять на уровне местных сообществ специализированные службы, укомплектованные многопрофильными бригадами медработников и работающие круглосуточно семь дней в неделю, для оказания помощи лицам с серьезными проблемами, такими как шизофрения, биполярное расстройство, тяжелая депрессия или слабоумие.

" Создать кризисные службы, оказывающие помощь людям по месту жительства и работы и позволяющие в максимально возможной степени предотвращать ухудшение состояния здоровья и госпитализацию пациентов, за исключением случаев, когда для этого имеются очень серьезные основания или если они представляют опасность для самих себя или других людей.

" Оказывать по месту жительства комплексную и эффективную лечебную помощь (включая психотерапию и медикаментозное лечение) с наименьшими побочными эффектами, особенно когда речь идет о молодых людях с впервые развившейся проблемой психического здоровья.

" Гарантировать доступ к необходимым лекарственным средствам для лиц с психическими проблемами, стоимость которых должна быть приемлема для системы здравоохранения и пациентов, что будет способствовать установлению практики надлежащего назначения лекарственных средств и их применения.

" Развивать такие реабилитационные службы, которые ориентированы на максимально эффективное содействие интеграции людей в общество и в которых тщательно учитываются последствия нетрудоспособности, связанной с психическими проблемами.

" Предоставлять возможность получения психиатрических услуг лицам, нуждающимся в такой помощи и находящимся вне специализированных психиатрических учреждений, например в больницах общего профиля или местах лишения свободы.

" Предоставлять лицам, осуществляющим уход, и семьям возможность оценки их эмоциональных и экономических потребностей, а также участия в программах помощи.

" Разработать программы для выработки у членов семей и лиц, осуществляющих уход, практических навыков оказания помощи и психологической адаптации.

" Проводить анализ того, учитываются ли экономические затраты, связанные с оказанием ухода, в программах социального обеспечения.

" Планировать и финансировать типовые программы, которые могут быть распространены в широких масштабах.

" Выявлять и поддерживать лидеров, пользующихся уважением среди своих коллег, которые могли бы возглавить процесс внедрения инноваций.

" Разработать руководства и рекомендации по надлежащей практике и осуществлять мониторинг их выполнения.

" Предоставить лицам, подлежащим принудительному лечению, юридические права на независимое отстаивание своих интересов.

" Внедрять или усиливать законодательство или положения, обеспечивающие защиту норм медицинской помощи, в частности, предусматривающие отказ от использования негуманных и унижающих достоинство процедур и вмешательств.

" Создать инспекционные службы для более активного внедрения надлежащей практики и борьбы со случаями жестокого и пренебрежительного обращения с пациентами в системе охраны психического здоровья.

8. Развитие партнерского сотрудничества различных отраслей и секторов.

Задачи

Услуги по удовлетворению основных потребностей человека немедицинского характера, которые в прошлом в соответствии с установленной практикой оказывались лицам, находящимся в крупных учреждениях закрытого типа, или которые не рассматривались как имеющие существенное значение для жизни людей с психическими проблемами, в настоящее время часто предоставляются множеством различных ведомств. Недостаточно развитые партнерские связи и отсутствие координации действий различных служб, управляемых или финансируемых различными ведомствами, приводят к низкому уровню медико-социальной помощи, дополнительным страданиям людей и снижению эффективности. Распределение ответственности между различными органами и учреждениями за предоставление такого широкого комплекса услуг требует координации и управления на всех уровнях, включая правительственный. Потребители услуг и лица, осуществляющие за ними уход, нуждаются в поддержке для обеспечения доступа и получения помощи по вопросам, касающимся, например, тех или иных льгот, жилищных условий, питания, трудоустройства и лечения соматических патологий, включая токсикоманию.

Предлагаемые действия

" Организовать комплексные лечебно-профилактические службы, направленные на удовлетворение потребностей пользователей и работающие в тесном сотрудничестве с ними.

" Создавать сети сотрудничающих учреждений по предоставлению услуг в различных областях, имеющих важное значение для качества жизни пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, таких как социальное обеспечение, трудоустройство, образование, правосудие, транспорт и здравоохранение.

" Возложить на персонал служб психического здоровья ответственность за выявление и удовлетворение потребностей обслуживаемого населения в отношении повседневной деятельности посредством принятия прямых мер или путем координации услуг, предоставляемых другими службами.

" Организовать обучение персонала других родственных служб по вопросам, относящимся к специфическим потребностям и правам людей с психическими проблемами, а также людей, подвергающихся риску развития таких проблем.

" Выявлять и устранять финансовые и бюрократические препятствия, мешающие развитию сотрудничества, в том числе на правительственном уровне.

9. Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала.

Задачи

Реформирование системы охраны психического здоровья требует выполнения персоналом новых функций и обязанностей, что, в свою очередь, требует формирования новых ценностей, отношений, знаний и навыков. Формы работы сотрудников многих служб психического здоровья и других отраслей (например, учителей, работодателей, работников, ответственных за выдачу социальных пособий, священнослужителей и добровольцев) должны быть адаптированы к современным требованиям, для того чтобы они могли оказывать более результативную и эффективную помощь. Новые программы подготовки должны позволять удовлетворять потребности в развитии навыков и знаний, необходимых для выполнения всех возлагаемых функций и задач.

Предлагаемые действия

" Обеспечить признание необходимости в новых функциях и обязанностях специалистов и персонала других категорий, работающих в службах здравоохранения и в смежных сферах, таких как просвещение и социальное обеспечение.

" Использовать в программах подготовки всех работников служб психического здоровья имеющийся опыт по предоставлению услуг по месту жительства и организации работы многопрофильных бригад.

" Развертывать программы подготовки всех работников первичной медико-санитарной помо-

щи по вопросам выявления, лечения и профилактики проблем психического здоровья.

" Планировать и финансировать - в партнерстве с образовательными учреждениями - программы обучения и подготовки, обеспечивающие удовлетворение потребностей как имеющегося, так и вновь набираемого персонала.

" Принимать меры, содействующие набору новых работников служб психического здоровья и сохранению имеющегося персонала.

" Обеспечить посредством разработки соответствующих стимулов справедливое распределение работников служб психического здоровья среди населения, уделяя особое внимание удовлетворению потребностей групп населения, подвергающихся особому риску

" Принять меры для устранения существующего дефицита знаний преподавателей о новых технологиях, а также оказывать поддержку усилиям, направленным на разработку и внедрение программ повышения квалификации преподавателей.

" Обеспечить обучение и подготовку работников служб психического здоровья по различным аспектам взаимосвязей между укреплением здоровья, профилактическими мерами и лечебной помощью.

" Обеспечить обучение работников общественного сектора, с тем чтобы они учитывали то воздействие, которое их стратегии и действия оказывают на психическое здоровье населения.

" Обеспечить высокую компетентность персонала, создав для этой цели хорошую систему специализированной подготовки по вопросам психического здоровья для всех работников служб охраны психического здоровья.

" Разработать специальные программы подготовки в тех областях, в которых требуются высокие уровни квалификации, такие как лечение и уход за детьми, пожилыми и людьми, страдающими как от психических проблем, так и от злоупотребления психоактивными веществами (коморбидность).

10. Создание эффективной информационной системы по вопросам психического здоровья.

Задачи

Для того чтобы выработать эффективные стратегии и методы работы в отдельных странах и в масштабах всего Региона, необходима информация о текущем положении дел в области охраны психического здоровья и о предпринимаемых действиях. Необходимо осуществлять мониторинг результатов выполнения любых новых инициатив. Состояние психического здоровья всего населения, отдельных групп и лиц и их обращаемость за медицинской помощью следует измерять таким образом, чтобы полученные результаты можно было сравнивать в рамках всего Европейского региона ВОЗ. Используемые показатели должны быть стандартизированы и сопоставимы на местном, национальном и международном уровнях, что будет способствовать эффективному планированию, реализации, мониторингу и оценке научно обоснованных стратегий и планов действий по охране психического здоровья.

Предлагаемые действия

" Разработать или усилить национальную систему эпиднадзора, основанную на международных стандартизированных, гармонизированных и сопоставимых показателях и системах сбора данных, для того чтобы осуществлять мониторинг хода достижения местных, национальных и международных целей улучшения психического здоровья и повышения уровня психического благополучия населения.

" Разработать новые показатели, а также методы сбора данных для получения новой информации в таких областях, как укрепление психического здоровья, профилактика и лечение психических расстройств и восстановление здоровья.

" Оказывать поддержку проведению в рамках всего Европейского региона ВОЗ периодических популяционных обследований психического здоровья, используя для этой цели согласованную методологию.

" Измерять базовые показатели частоты и распространенности ключевых психических состояний, включая факторы риска, среди населения и в группах риска.

" Осуществлять мониторинг существующих программ, служб и систем охраны психического здоровья.

" Оказывать поддержку разработке интегрированной системы базы данных в масштабах Европейского региона ВОЗ, которая должна включать текущую информацию о политике и стратегиях охраны психического здоровья, их осуществлении, а также предоставлении населению услуг на научно обоснованной основе в таких областях, как укрепление здоровья, профилактика, лечение, организация ухода и реабилитация.

" Оказывать поддержку распространению информации о воздействии надлежащей политики и практики на национальном и международном уровнях.

11. Обеспечение справедливого и адекватного финансирования.

Задачи

Выделение ресурсов на охрану психического здоровья зачастую осуществляется в недостаточном объеме и не обеспечивает их справедливого распределения в сравнении с ресурсами, имеющимися в других частях общественного сектора, результатом чего является ограниченность доступа к соответствующим службам, недостаточное внимание к лицам с проблемами психического здоровья и их дискриминация. В некоторых системах здравоохранения условия страхования в отношении доступа к лечению и прав на него являются очень дискриминационными по отношению к лицам с психическими проблемами. Распределение ресурсов в рамках бюджета на охрану психического здоровья должно носить справедливый и пропорциональный характер, т.е. обеспечивать

выделение наибольшего относительного объема ресурсов и льгот для лиц, наиболее нуждающихся в них.

Предлагаемые действия

" Провести оценку того, соответствует ли доля бюджета здравоохранения, предназначенная для охраны психического здоровья, реальным потребностям и приоритетному статусу лиц с психическими проблемами.

" Принять меры для того, чтобы наибольший относительный объем льгот и помощи предоставлялся людям с наиболее серьезными проблемами и наименее обеспеченным членам общества.

" Провести оценку того, распределяются ли финансовые средства эффективным образом с точки зрения пользы для общества, включая экономический эффект деятельности в области укрепления здоровья, профилактики и оказания медико-социальной помощи.

" Провести оценку того, является ли в рамках социальных и частных систем медицинского страхования охват населения соответствующими услугами всеобъемлющим и справедливым и соответствует ли он таковому для других патологических состояний, не является ли он ограничивающим или дискриминационным по отношению к тем или иным группам, и предусматривает ли он уделение особого внимания защите наиболее уязвимых групп населения.

12. Оценка эффективности и получение новых фактических данных

Задачи

В сфере научных исследований достигнут значительный прогресс, однако некоторые стратегии и меры вмешательства все еще не основываются на убедительных фактических данных, что свидетельствует о необходимости дальнейшего расширения научных исследований. Активизация усилий по распространению знаний необходима также потому, что имеющиеся фактические данные о новых эффективных вмешательствах и национальных и международных примерах передовой практики остаются неизвестными для многих лиц, формирующих политику, менеджеров, практических работников и научных исследователей. Для того чтобы работа по охране психического здоровья была основана на фактических данных, необходимо развивать сотрудничество в рамках европейского научного сообщества. Важнейшие приоритеты в сфере научных исследований включают: анализ политики в области охраны психического здоровья, проведение оценок того воздействия, которое политика и стратегии общего характера оказывают на психическое здоровье населения, проведение оценок программ укрепления психического здоровья, а также расширение базы фактических данных о профилактической работе, новых моделях и видах обслуживания и экономических аспектах охраны психического здоровья.

Предлагаемые действия

" Оказывать поддержку национальным стратегиям научных исследований, направленных на выявление, разработку и внедрение наиболее эффективных методов работы для удовлетворения потребностей населения, включая группы риска.

" Проводить оценку воздействия систем охраны психического здоровья с течением времени, а также использовать накопленный опыт для определения новых приоритетов и организации необходимых научных исследований.

" Поддерживать научные исследования, способствующие разработке программ профилактики, предназначенных для всего населения, включая группы риска. Для создания эффективных стратегий и программ профилактики необходимо провести научные исследования по изучению последствий сочетанного воздействия многих проблем здоровья, имеющих психический, соматический и социальный характер.

" Содействовать проведению научных исследований, посвященных оценке воздействия на здоровье стратегий, осуществляемых не относящимися к здравоохранению отраслями и секторами, так как они могут внести существенный вклад в улучшение психического здоровья населения.

" Принять меры для устранения разрыва между научно-исследовательской и практической деятельностью путем содействия развитию сотрудничества и партнерских связей между научными сотрудниками, лицами, разрабатывающими политику, и практическими работниками в рамках семинаров и с помощью общедоступных публикаций.

" Обеспечить, чтобы программы научных исследований предусматривали проведение долгосрочных оценок воздействия не только на психическое, но и на физическое здоровье, а также на социально-экономические показатели.

" Установить устойчивые партнерства между практическими работниками и научными сотрудниками для внедрения и оценки новых или уже осуществляемых вмешательств.

" Инвестировать в программы подготовки кадров для проведения научных исследований в области психического здоровья, предназначенные для представителей различных академических дисциплин, включая антропологию, социологию, психологию, науку об управлении и экономику, а также создавать стимулы для развития долговременных академических партнерств.

" Расширять в рамках Европейского региона сотрудничество в области научных исследований по вопросам психического здоровья посредством усиления связей между европейскими сотрудничающими центрами ВОЗ и другими центрами, занимающимися научными исследованиями в области профилактики.

" Инвестировать в развитие регионального сотрудничества в области сбора и распространения информации, с тем чтобы не допускать случаев дублирования научных исследований общего характера, а также неосведомленности об успешных результатах соответствующей деятельности, осуществляемой в других местах.

Охрана психического здоровья в Европе: актуальные проблемы

Основные цели

Принимая Европейскую декларацию по охране психического здоровья и настоящий План действий, государства-члены обязуются принять меры по решению стоящих перед ними проблем для достижения следующих целей. В период с 2005 по 2010 гг. они должны:

- 1.** разработать стратегии и предпринять действия, направленные на борьбу со стигматизацией и дискриминацией, а также на повышение уровня психического благополучия населения, в том числе в рамках таких инициатив, как "здоровые" школы и "здоровые" места работы;
- 2.** провести тщательную оценку воздействия социальной политики на здоровье населения;
- 3.** включить в национальные стратегии меры, направленные на предупреждение и профилактику проблем психического здоровья и самоубийств;
- 4.** создать специализированные службы, способные решать особые проблемы молодежи и пожилых людей, а также вопросы тендерного характера;
- 5.** уделять первостепенное внимание службам, деятельность которых направлена на охрану психического здоровья маргинальных и уязвимых групп населения, включая проблемы сочетанной заболеваемости, т.е. наличие проблем психического здоровья в сочетании с другими проблемами, такими как злоупотребление психоактивными веществами или физические заболевания;
- 6.** развивать партнерское сотрудничество между секторами и отраслями и бороться с препятствиями, мешающими совместной работе;
- 7.** принять стратегии развития кадровых ресурсов, с тем чтобы обеспечить достаточное количество квалифицированного персонала в службах охраны психического здоровья;
- 8.** в партнерстве с другими государствами-членами разработать набор показателей по детерминантам и эпидемиологии психического здоровья, а также по организации и предоставлению услуг в этой области;
- 9.** утвердить практику финансирования, регулирования и принятия законодательства в области здравоохранения, которая должна основываться на принципе справедливости и включать вопросы охраны психического здоровья;
- 10.** прекратить использование негуманных и унижающих достоинство способов лечения и ухода и обеспечить принятие таких законов в области прав человека и психического здоровья, которые соответствуют положениям конвенции Организации Объединенных Наций и нормам международного права.
- 11.** Повысить уровень социальной интеграции людей с проблемами психического здоровья.
- 12.** Обеспечить представительство потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, анализа и проверки деятельности служб охраны психического здоровья.

Системний підхід у дослідженні суспільства і психології людини

Н.С. ПОЛУДЬОННА

Навчально-науковий інститут управління
Національної академії внутрішніх справ
України, м.Київ

Резюме. В статье рассматривается возможность использования теории систем, системного подхода и анализа в исследовании психологии человека.

Ключевые слова: системный подход, психология, общество, человек.

The summary. In clause the opportunity of use of the theory of systems, system approach and analysis in research of psychology of the man is considered.

Key words: the system approach, psychology, society, man.

Актуальність теми. Поширення та поглиблення досліджень суспільства, розвиток та удосконалення наукових знань викликало до життя системне уявлення про оточуючий нас світ, привело до виникнення нових напрямків наукової методології. Одним з таких напрямків є системний підхід, який проник в усі галузі наукового знання та людської діяльності.

Ідеї системного підходу застосовуються в екології, фізіології, біології, фізиці, хімії, медицині, а також у психології і суспільних науках. Сьогодні жодна галузь наукових знань не може обійтися без системних уявлень як загального, так і специфічного порядку, а уявлення про систему зазнали складну і тривалу еволюцію в історії пізнання.

Мета: здійснити аналіз теоретичних та практичних аспектів системної проблематики у науковому пізнанні, зокрема в дослідженнях психології людини.

Аналіз останніх досліджень. Виникнення системного підходу в науковій літературі колишнього СРСР не було зовсім "безхмарним" [4]. Західні філософи намагалися довести, що діалектико-матеріалістичний метод, який в СРСР вважався загальним методом пізнання є лише синонімом системного підходу. Представники марксистсько-ленінської науки не погоджувалися з цим, зауважуючи, що за таким твердженням криється класова позиція. Даючи оцінку місцю системного підходу, останні не заперечували його, а вважали, що діалектика і системний підхід перебувають у відносинах субординації, оскільки представляють різні рівні методології: системний підхід виступає лише як конкретизація принципів діалектики. Але з часом ця суперечка була вирішена на користь системного підходу.

Системний підхід - це загальний метод дослідження та пізнання складних об'єктів (систем), який використовується в усіх сферах науки, техніки, управління та ін. [6]. Зазначений підхід дає змогу визначити стратегію наукового дослідження. В його межах розрізняють структурно-функціональний, системно-структурний,

системно-компонентний, системно-комунікаційний, інтегративний, та історичний аспекти.

Пізнання на основі системного підходу передбачає: визначення елементів системи; визначення зв'язків елементів у системі; дослідження функціонування елементів у системі; дослідження функціонування системи в цілому; дослідження історії системи; інтеграцію знань з метою створення теорії функціонування системи та управління нею, а також розробку програм управління системою. Але системний підхід не існує у вигляді чіткої методики з логічною концепцією, а уявляє собою сукупність логічних прийомів, методичних правил та принципів теоретичного дослідження, виконуючи таким чином евристичну функцію в загальній системі наукового пізнання. У кожному конкретному випадку системний підхід повинен реалізовуватися у вигляді деякого конкретного (адаптованого до особливостей системи) системного методу з врахуванням якісної своєрідності об'єкта та суб'єкта.

Теорія систем як наукова методологія використовує визначення терміну "система" як сукупність взаємодіючих компонентів. Головне у цьому визначенні те, що система розглядається як цілісне утворення, що, до речі, дуже близьке до буквального перекладу з грецької - "ціле, що складене із частин".

У найбільш широкому розумінні термін "система" використовується для опису самих різних явищ і трактується як правильність в розміщенні частин, конкретний порядок, форма устрою, організація діяльності та ін. [1]. Майже кожний об'єкт можна назвати системою. Ми розглядаємо системи політичні й філософські, системи обрахунків, зв'язку та зброї, сонячну систему, систему виховання і систему навчання, податкову та фінансову системи, систему органів внутрішніх справ, систему первісних слідчих дій і таке ін.

Вивчення системи об'єктів здійснює систематика (сфера наукового знання про сукупність методів, принципів і теоретичних узагальнень, на основі яких вирішуються задачі упо-

рядкування, позначення та опису всієї сукупності об'єктів, що утворюють закономірно пов'язану з реальністю систему). Ядро систематики, яке вона виділяє в об'єктах будь-якої системи, визначають стійкі критерії ознак, властивості, функції, зв'язки. У відповідності з типом і різновидом системних об'єктів існують різноманітні спеціальні типи систематики (біологічна, соціальна та ін.).

Відомо, що будь-яка система має основні характеристики - в статичній структурі (впорядкованість і організованість системи), в динамічній меті і функції. Сутність системи в статичній розкривається шляхом виявлення та усвідомлення структури, вираженої закономірними зв'язками та відносинами. Компонент - частина системи, що вступає в певні зв'язки і відносини з іншими частинами даної системи.

Сутність системи в динамічній розкривається через аналіз мети, функцій кожного елемента та функціонування і тенденцій розвитку системи в цілому. Отже, мета, структура і функції - це невід'ємні характеристики кожної системи, лише в їх єдності розкривається сутність останньої. Дане положення має особливе значення для теорії і практики досліджень, які мають справу із такими різновидами систем, як соціотехнічна, економічна, адміністративна і т.п.

Разом з тим дослідники вказують на можливість виділення інваріантної ознаки у існуючих визначеннях поняття "система". Таким інваріантним змістом у цьому понятті є ідея взаємодії множини частин, елементів та інтеграція їх у ціле. В.Г.Афанасьєв [3] називає ряд ознак, за яких системи можуть бути описані як цілісні утворення: наявність інтегративних якостей, тобто таких якостей, яких не існує у жодного окремо взятого елемента системи; наявність складових елементів, компонентів, часток, з яких утворена система; наявність структури, тобто певних зв'язків і відношень між частинами і елементами; наявність функціональних характеристик системи у цілому і окремих її компонентів; наявність властивостей системи, що проявляються у двох формах: у формі взаємодії із середовищем і формі взаємодії даної системи із суб- та суперсистемами, тобто системами більш високого чи низького порядку, по відношенню до яких вона виступає як частина (підсистема) або як ціле; історичність, спадковість або зв'язок минулого, сьогодення і майбутнього в системі і у її компонентах. Все це має знайти своє місце в методиці досліджень суспільства і психології людини.

Крім загальних ознак для всіх систем, як специфічну властивість соціальних систем виділяють керованість системи, деякі перераховані ознаки покладені в основу існуючих класифікацій системних об'єктів. Отже, при визначенні змісту поняття системи слід підкреслити такі її основні ознаки:

1) систему не слід розглядати лише як сумарний вираз, конгломерат певних елементів.

Наприклад, купа каміння, натовп не є системою. В системах, на відміну від конгломератів, не можна змінювати розміщення елементів, не порушуючи цим зв'язків між ними;

2) кожна система має певну якість, що не притаманна окремим її частинам, але впливає із їх властивостей. Прикладом набуття нової якості вже на іншому соціальному рівні є елементарна система - сім'я;

3) будь-яка система та її частина не можуть розглядатися ізольовано одна від одної. Найбільш наочним є зв'язок системи з її елементами в живому організмі. При створенні цілісної системи не тільки виникає нова якість, але й змінюються властивості вихідних її компонентів;

4) зв'язки системи з частинами, що її складають, сильніші за зв'язки системи в цілому або її елементів з іншими системами. Таким чином, взаємодіючи із середовищем, система виступає як дещо єдине;

5) кожна система є частиною системи більш високого рівня. Для того щоб підкреслити співвідношення систем та їхню ієрархію, існує навіть спеціальна термінологія - надсистема, система та підсистема;

6) усі системи не є незмінними. Вони не є вічними хоча б тому, що їм притаманні внутрішні суперечності, крім того, системи зазнають зовнішніх впливів. Будь-яка система переживає періоди свого зародження та становлення, розвитку та розквіту, занепаду та загибелі.

Цілісним системам властиві і свої специфічні відношення, найбільш характерними з них є координація (певна узгодженість компонентів цілого один до одного, що забезпечує динамічну рівновагу системи) і субординація (означає підлеглість частин, що вказує на особливе місце та неоднакове значення кожної з них у системі). Між цілим і частинами, а також частинами по відношенню один до одного у цілісній системі має місце два основних типи взаємозв'язку - механічний (властивий механізмам) і органічний (властивий живим та соціальним цілісним системам). Перераховані системоутворюючі ознаки є універсальними, вони характеризують усі види систем.

На основі аналізу ознак можна виділити основні принципи функціонування систем: а) багатокomпонентність об'єкта, що називається системою; б) цілісність системи; в) взаємна залежність кожного елемента від іншого; г) залежність поведінки системи від поведінки її окремих елементів, їх властивостей та структури; д) залежність системи від чинників середовища, під впливом яких система виявляє і може змінювати властивості; е) ієрархія системи; ж) множинність підходів до вивчення кожної системи через принципову складність їх структури і властивостей.

Отже, узагальнюючи викладене, можемо зазначити, що система - це ціле, складене зі

з'єднаних частин, множини компонентів, які знаходяться у співвідношеннях і зв'язках один з одним і утворюють єдність певної структури. Саме такою системою можна визначити сус-

пільство і людину.
Загальний тип систем утворюють абстрактні системи, що являють собою продукт людського мислення (категорії, гіпотези, теорії та їх похідні), психологію людини.

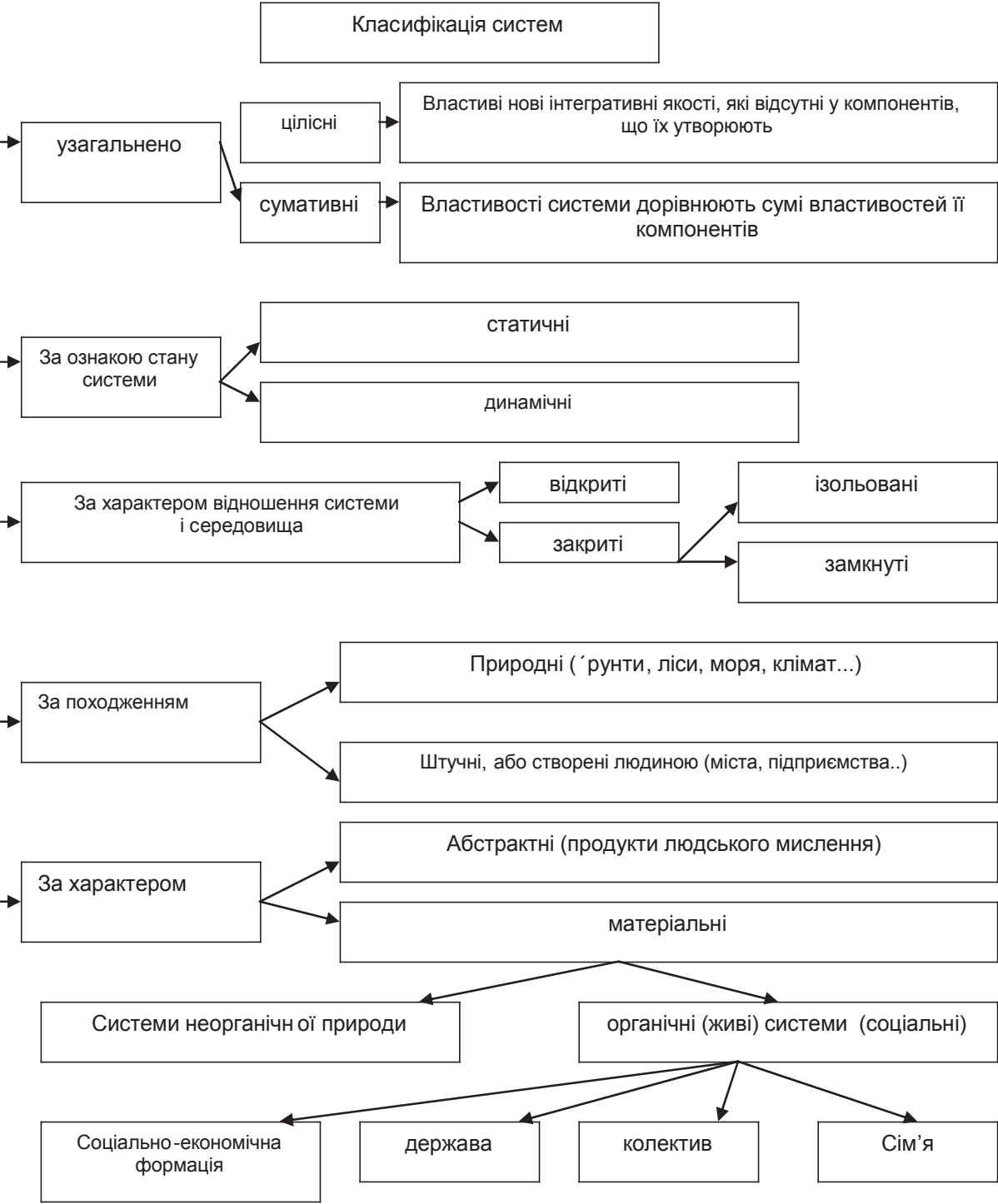


Рис.1 Класифікація систем

Системний підхід і загальна теорія систем є теоретичною і методологічною основою системного аналізу - це сукупність методів, які використовуються для підготовки та обґрунтування рішень щодо складних проблем соціального, політичного, економічного, військового і технічного характеру [6]. На відміну від системного підходу, який є загальною методологією і має досить широкий зміст, системний аналіз має справу з проектуванням та вдосконаленням таких систем, які включають людський фактор, тобто штучних систем, що виникли за участі людини. За думкою В.Г. Афанасьєва, системний аналіз дозволяє розчленувати складну систему на елементи, складне завдання на сукупність простих, виразити їх кількісно, тобто з більшим ступенем точності.

Виступаючи як процес, системний аналіз має ряд етапів, важливішим, вихідним із яких є послідовне розчленування досліджуваної проблеми на складові підпроблеми. Ці дії здійснюються доти, доки можливі рішення не стануть очевидними, наочно демонстрованими та вимірними на основі прийнятого критерію оцінки. Таке членування, аналіз - річ надзвичайно складна, особливо при вивченні соціальних систем. Якщо відносно нескладно розчленувати технічну систему, оскільки її складові частини очевидні, то в організаціях людей поряд із формальними є чимало неформальних утворень та зв'язків, які нелегко чітко виділити та зафіксувати.

Соціальні системи створюють особливий клас систем. З урахуванням цих обставин можна так визначити загальні ознаки (системоутворюючі фактори) будь-якої соціальної системи: конкретна загальна мета всієї сукупності елементів; підпорядкування завдань кожного елемента загальній меті системи; усвідомлення кожним елементом своїх завдань та розуміння загальної мети; виконання кожним елементом своїх функцій, що впливають із поставленого завдання; конкретні відносини між елементами системи; наявність органу управління; обов'язковий зворотний зв'язок.

За сферами суспільного життя суспільство, як система, поділяється на чотири основні сфери: економічну, соціально-політичну, духовну, сімейно-побутову. Кожна з цих сфер є також складною сукупністю систем.

Властивості великих соціальних систем-організацій виразно виявляються в структурі та функціонуванні таких систем, як наприклад, охорона здоров'я населення, МВС України та ін. Останні складаються із неоднорідних компонентів, специфічних у функціональному та організаційному відношеннях. У той же час ці компоненти взаємопов'язані в рамках цілісного утворення. Складність структури системи обумовлена, з одного боку, багатогранністю функцій, які виконуються її підсистемами, а з іншого - розподілом їх із урахуванням адміністративно-територіальної організації.

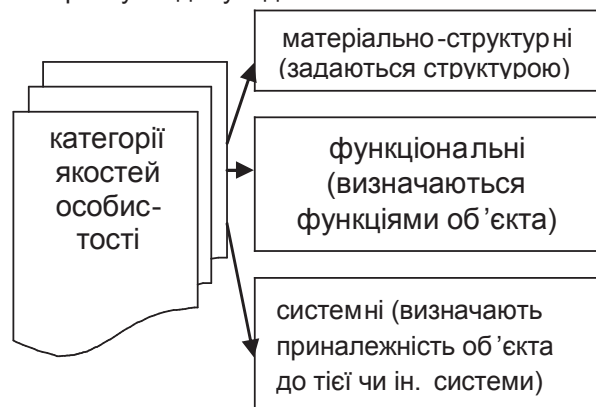
Головним елементом соціальних систем будь-якого ступеня складності та масштабу (від сім'ї до країни чи людства в цілому) є людина з її потребами, інтересами, баченням світу, ціннісними орієнтаціями, яка не просто відображає середовище, а й активно діє в ньому. Поза людиною соціальні системи немислимі.

Вивчення особистості завжди було і залишається однією з найцікавіших тайн і найскладніших проблем. До сьогодні не існує в психології єдиної і закінченої теорії особистості. Існує багато концепцій, теорій, підходів, які швидше показують у якому ракурсі можна розглядати людину, її природу, психологічні особливості, які обумовлюють можливі механізми соціальної діяльності. В якості загальнотеоретичної концепції дослідження психології особистості може слугувати системний підхід - як "принцип, направляющий общей стратегией исследования" [11].

Як об'єкт наукової діяльності людина уявляє собою складну систему, дослідження якої потребує інтеграції багатьох галузей наук. Зв'язки та відношення людини з оточуючим світом досить багатогранні, а тому й багатогранні її властивості (якості). Щодо якостей (суттєвих чи визначальних) існують різні думки. Це можуть бути: становлення, свідомість, установка, позиції та мотиви.

Цілісне розуміння особистості неможливе без вивчення її структури. Саме поняття структури несе в собі ідею схематичності, встановлення певних відношень між елементами, які складають систему, а по суті ідею її модельного уявлення.

Як і будь-яка структура, особистість являє собою стійке, відносно постійне цілісне утворення, складне переплетення психологічних якостей особистості, які певним чином організовані, взаємопов'язані, для яких характерна постійна взаємодія. Властивості структури особистості не зводяться до простого сумування властивостей компонентів, її складових. Структура визначає специфічні способи функціонування і розвитку особистості, особливості взаємозв'язків з навколишнім світом. Нарешті, структура особистості - це те, що обумовлює її індивідуальність, неповторність, це те основне, фундаментальне, специфічне, що відрізняє конкретну людину від інших.



Психологи часто характеризують людей на основі певної сукупності (системи) рис (факторів). В галузі психологічного знання сформувалось уявлення про певну "піраміду якостей" [5,] (рис. 2). Самими складними є системні якості, які можна визначити лише шляхом аналізу системи, до якої належить людина, і закономірностей, яким підпорядковується її життя. В залежності від конкретних проблем на перший план висувається то одна, то інша категорія. Так, коли досліджується будова людського організму, мова йде, перш за все, про матеріально - структурні якості; коли вивчається фізіологія людини - про функціональні якості, а при вивченні властивостей людини звертаються до системних якостей.

Роль біологічного фактору у розвитку особистості підтверджують праці багатьох відомих психофізіологів, які [2] розглядали особистість у сукупності біологічних і соціальних факторів, відзначаючи, що взаємодія біологічного і соціального у формуванні особистості виявляється не лише у перші дні і роки існування людини, але й продовжується все її життя [2].

Висновок. Складність, багатогранність і міждисциплінарний статус будь-якої наукової проблеми приводять до необхідності її вивчення у системі координат, що задається різними рівнями методології науки. Філософська, загальнонаукова і конкретна наукова методологія у формі діалектики, системного підходу, загальної теорії систем, системного аналізу і конкретна наукових теорій, відповідно, виражають сутність численних відомостей, які одержані різними галузями наук.

У системній проблематиці існує принципове об'рунтування методологічних умов і обмежень застосування методів дослідження певних систем.

Системне мислення також відповідну культуру та ефективність будь-якої сфери людської діяльності, зокрема в психологічних дослідженнях під час аналізу персоналу органів внутрішніх справ, що полегшує розуміння складних зв'язків та залежностей різних процесів, які впливають на стан злочинності і організацію боротьби з нею.

Література:

1. Аверьянов А.Н. Система: философская категория и реальность. - М., 1976.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - СПб.: Питер, 2001. - 288 с.
3. Афанасьев В. Г. Общество: системность, познание и управление. - М: Политиздат, 1981.
4. Диалектика познания сложных систем / Под ред. В.С. Тюхина. - М., 1988.
5. Теория управления органами внутренних дел: Учебник / За ред. Ю.Ф. Кравченко. - К.: НАВСУ, 1999. - 702 с.
6. Полудьонна Н.С. Сучасні концепції системи діагностики індивідуально-психологічних якостей персоналу ОВС // Соціальні технології: Актуальні проблеми теорії і практики: Міжнародний міжвузівський збірник наукових праць. - Випуск 23. - Київ - Москва - Одеса - Запоріжжя, 2004. - 376 с.
7. Ковальчук В.В., Моїсєєв Л.М. Основи наукових досліджень: Навчальний посібник. - 2 - є видання, перероб. і доп. - К.: ВД "Професіонал", 2004. - 208 с.
8. Організація та методика науково - дослідницької діяльності: Підручник. - 2-ге вид., перероб. і доп. - К.: Знання - Прес, 2002. - 295 с.
9. Юдин Э.Г. Системный подход и принципы деятельности: Методологические проблемы современной науки. - М.: Наука, 1978. - 391 с.

Психонутриентология: (часть 1) психосоциальные детерминанты и биомаркеры потребления овощных и фруктовых продуктов питания

¹В.Н. ЗАЛЕССКИЙ,
²Н.В. ВЕЛИКАЯ,
³О.Б. ДЫННИК

¹Институт кардиологии
им. Н.Д. Стражеско
АМН Украины, Киев
²Национальный
медицинский
университет им.
А.А. Богомольца, Киев
³Медицинское научно-
практическое
объединение "Медбуд",
Киев

Резюме. Вживання фруктових і овочевих продуктів харчування широко рекомендовано для різних груп населення, зокрема, у малозабезпечених сім'ях. В роботі проаналізовано зв'язок психосоціальних факторів з самоконтрольованим вживанням їжі (фрукти, овочі), а також з біомаркерами (екскреція калію з сечею, вміст вітаміну С в плазмі крові) процесу харчування у людей похилого віку з середнім і низьким доходом, що являють собою потенційні "мішені" для психонутрієнт-асоційованої інтервенції.

Ключові слова: фрукти, овочі, вітамін С, екскреція калію, психонутрієнтологія.

Summary. Fruit and vegetable consumption is widely recommended levels in the population, particularly in low-income groups. This study assessed psychosocial factors associated with self - reported in take (fruit and vegetable) and 2 biomarkers (potassium excretion and plasma vitamin C) in adults living in a low-income neighborhood, may therefore be particularly appropriate targets for psychonutrient - associated intervention.

Key words: fruit, vegetables, vitamin C, potassium excretion, psychonutrientology.

Общеизвестна роль фруктовых и овощных продуктов питания в предупреждении риска развития сердечно-сосудистых и опухолевых заболеваний у человека [1-4]. В то время как потребление овощей и фруктов в различных странах имеет широкое распространение для улучшения здоровья населения, свидетельства, подтверждающие их свойства предупреждать развитие сердечно - сосудистых заболеваний были получены только в последние годы [6,8]. В ряде проспективных исследований представлены данные (с позиций доказательной медицины) о возможности предупреждения риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ишемического инсульта при потреблении овощно-фруктовой диеты [33].

Положительные эффекты потребления повышенных количеств фруктов и овощей с пищей на уровень артериального давления (АД), как самостоятельно так и в сочетании с малокалорийной (сниженное содержание жиров) диетой, были подтверждены консенсусом в многоцентровом исследовании DASH ("Dietary Approaches to Stop Hypertension") [7]. При этом редукция АД (снижение систолического АД на 28 мм.рт.ст.; снижение диастолического АД на 1,1 мм. рт. ст.) отмечена как при раздельном использовании продуктов питания, так и при их сочетанном приёме. Такая редукция АД у испытуемых позволила обосновать возможность контроля риска возникновения сердечно - со-

судистой патологии на популяционном уровне.

В целом, употребление овощей и фруктов способствует улучшению "кардиоваскулярного" здоровья благодаря присутствию фитонутриентов (калия, витамина С, пищевых волокон и других ингредиентов пищи) [5]. При этом, потребление овощей и фруктов в оптимальных количествах (400 - 500 г в сутки) рекомендовано для предупреждения риска развития стресс - ассоциированной артериальной гипертензии, ишемического инсульта и ИБС [2]. В ряде исследований получены свидетельства существенной взаимосвязи между степенью риска развития рака прямой кишки и повышенным потреблением фруктов и овощей, а также - пищевых волокон, содержащихся в продуктах питания [8]; в то же время, результаты проведенных многоцентровых когортных исследований достаточно противоречивы [4,10].

Повышенное потребление фруктов и овощей в сбалансированном рационе является важнейшей составляющей программы здорового питания в системе общественного здравоохранения, а также - психического здоровья в целом [1,11]. Использование сбалансированной фруктовой и овощной составляющей рационов питания находится в обратной зависимости от факторов социально-экономического статуса потребителей как развитых [5,6], так и развивающихся стран мира [7,8]. Это диктует необходимость разработки и адаптации диффе-

ренцированных рекомендаций по потреблению повышенного количества овощей и фруктов в рационах питания отдельными популяционными группами населения с низкими и очень низкими доходами [9,10].

Активно развиваемое в последние годы психонутриентологическое направление исследований, направляет усилия учёных, в частности, на изучение особенностей процессов потребления повышенных количеств фруктово-овощных продуктов питания малообеспеченной категорией населения, зависящего от факторов определяющих индивидуальный стиль поведения при приёме пищи потребителями. Отмечено, что на уровне потребления фруктов и овощей оказывает влияние целый ряд психосоциальных факторов, зависящих от существующих социо - культурных установок общества, семейного статуса, национально-ориентированных способов жизни, самоактуализации в сфере питания; а также - других индивидуальных характеристик человека, включающих его привычки, образ жизни, предпочтения, убеждения, вопросы индивидуального распределения продуктов питания, их доступности и приобретения [11,12].

В процессе оценки роли психологических факторов при потреблении продуктов питания, основное внимание учёных в первую очередь было обращено на уровни потребления жиров с пищей, а в последующем - на вопросах фруктово-овощных диет. Тем не менее, проведённый анализ роли социальных и когнитивных (поведенческих) факторов, в большей степени связанный с потреблением фруктов и овощей, в частности населением пожилого и старческого возрастов; в основном включал рассмотрение вопросов активизации социальных программ поддержки [11], и преодоление барьеров на пути потребления пищи на популяционном уровне и на уровне индивидуального здоровья [9]. Изучение этих вопросов проводилось с помощью методов межсекторальных сравнений и обучающего воздействия [13,14] на "пищевое" поведение у добровольцев; при этом, основное внимание обращалось на выявление корреляционных связей между изменениями в социальной и когнитивной сферах и приверженностью к овощному / фруктовому рационам питания.

Обнаружена прямая зависимость между степенью положительных изменений в психологической сфере и уровнями потребления фруктов/овощей с пищей, а также - степенью влияния некоторых внешнесредовых факторов [15-18]. При этом, соблюдение режима питания, свидетельствующего об оптимальной совместности фруктового и овощного рационов питания, позволило проводить валидную оценку соответствия их энергетической ценности.

Wardle, 1997 [41] показали, что соблюдение правил совместимости фруктового и овощного рационов питания явилось основной

для уточнения социально-экономических различий в потреблении фруктово-овощной диеты на популяционном уровне. Как отмечено в ряде исследований [19,20], значительной частью населения развитых стран мира в недостаточной степени оценивалась полезность овощной и фруктовой диет для общественного (в том числе, психического) здоровья.

В проведённых популяционных исследованиях, накоплено достаточное количество свидетельств относительно связей между потреблением овощных и фруктовых продуктов питания и целым рядом психосоциальных факторов. Однако остаются не выясненными вопросы, и в частности, выступают ли эти факторы в качестве независимых у людей с низкими доходами, а также вопросы взаимодействия психологических факторов с уровнями доступности и степенью пригодности этих продуктов питания. Исследования в данной области, проведённые с использованием ряда теоретических концепций [21], включающих популяционную модель устойчивого здоровья, теорию неустойчивого поведения теорию защитно-регуляторных механизмов поведения, модель многофакторного поведения показали, что отдельные (связанные в приёме пищи) варианты поведенческих реакций включали: восприятие выгоды/пользы, ощущение чувства препятствия реакции социальной поддержки, самооценки и диетического соответствия пищевого поведения.

Stephoe и соавт. [22] выдвинули гипотезу, согласно которой барьеры возводимые на пути использования соответствующего рациона питания у разных слоёв населения, могут быть надёжно преодолены с помощью согласованного его соответствия с процедурой приёма пищи путём нейтрализации у индивидов восприятия фактора "выгода/польза". Авторы считают, что подобные формы поведенческих реакций являются препятствием при осуществлении закупок большого количества овощей и фруктов, так как отсутствие гибкости в принятии решений по закупкам, вопросы стоимости и проблемы хранения могут оказаться более весомыми факторами выбора, особенно в среде городского населения. Авторы прогнозируют, что достаточная степень осведомлённости всего населения о рекомендованных фруктово-овощных рационах может стать решающим фактором сбалансированности питания и что степень самооценки при закупках и в процессе употребления фруктов и овощей, при данных обстоятельствах, может расширить рацион сбалансированного питания.

Следующим вопросом рассматриваемой темы является анализ ассоциативных связей между психологическими факторами и биомаркерами потребления фруктово-овощных продуктов питания. Вопросы самоконтролируемых объёмов потребления фруктово-овощной пищи остаются проблематичными из-за отсутс-

тивия надёжных и удобных количественных методов мониторингирования содержания нутриентов пищевых продуктов в практической работе нутриентолога, определяющих реальные уровни биомаркерных молекул в биологических средах организма человека. Содержание биомаркеров весьма часто используют в целях оценки валидности контроля эффективности применяемых фруктово-овощных диет [23,24]. Польза от потребления фруктов и овощей может быть связана с оптимизацией микронутриентного баланса для улучшения популяционного (в том числе - психического) здоровья.

В серии исследований оценивались два биомаркера потребления фруктово-овощных продуктов питания: экскретируемые с мочой ионы калия и содержащиеся в плазме крови витамин С. Экскреция калия часто используется для мониторингирования потребления данного нутриента с пищей, содержащей фрукты и овощи [25]. Высокие значения содержания калия в моче ассоциируются с редукцией уровней смертности от ишемического инсульта [26], а согласно данным рандомизированных исследований избыток его содержания в организме способствует устойчивому снижению уровня артериального давления [27]. Siani и соавт. [28] отмечено, что использование (на протяжении 1 года) вегетарианской диеты приводило к повышению (на 60 %) уровня содержания калия в организме с последующей (до 45 %) его экскрецией с мочой. Подобные наблюдения сделаны и другими авторами [29].

Снижение уровней содержания витамина С в плазме крови также положительно коррелировало с ограниченным потреблением фруктов и овощей [30]. В проспективных исследованиях [31, 35], проведённый анализ более чем на 19.000 добровольцах показал, что содержание аскорбиновой кислоты в плазме крови находилось в обратной зависимости с уровнем смертности от всех случаев, связанных с сердечно - сосудистой патологией. При этом, обратная зависимость между содержанием витамина С в плазме крови и смертностью от опухолей прямой кишки также была обнаружена у мужчин (но не у женщин). В другой серии экспериментов продемонстрирована ассоциативная связь между повышением содержания витамина С в плазме крови и снижением случаев смертности от ишемических и геморрагических инсультов, злокачественных новообразований внутренних органов и сердечно-сосудистых заболеваний [32,33], обусловленных протекторными влияниями нутриентов (витамин С, калий, бета-каротин) фруктово-овощных диет.

В рандомизированных исследованиях, на протяжении 8 недель наблюдения, отмечено повышение концентрации витамина С (более чем в 2,5 раза) в плазме крови у добровольцев, находящихся на (3-х разовом и выше) порционном потреблении фруктово-овощной

пищи [34]. В популяционном исследовании, проведённом в штате Мериленд (США) установлено, что регулярный приём фруктово-овощной пищи способствовал более выраженной корреляционной зависимости с уровнем содержания в плазме витамина С по сравнению с бета - каротином или бета-криптоксантином [35]. Имеется ограниченное количество публикаций, посвящённых анализу ассоциативных связей между влиянием психосоциальных факторов и содержанием биомаркерных молекул в жидких средах организма, что требует отдельного рассмотрения.

Проведённый мониторинг ограниченных когорт трудоспособного населения в США и Великобритании с низкими уровнями доходов показал, что усреднённый коэффициент количества приёмов потребляемой фруктово-овощной пищи на протяжении суток у британцев составил 3,64, по сравнению с более высоким у жителей США [19,36]. Так пропорции 5-ти разового и выше потребления фруктово-овощных продуктов (у жителей США на протяжении суток) составили 24 % от всего объёма потребляемой популяцией; а - ниже 5 - 32% - 35% [36]. Национальный Комитет Великобритании по контролю за продуктами питания сообщил о достижении в 2000 году среднего коэффициента общего количества приёмов потребления фруктово-овощных продуктов (на протяжении суток) равно 3,85, по сравнению с 3,31 и 3,28, характерных для населения с низкими и очень низкими доходами, собственно [37]. При этом пропорции потребления витаминов с фруктово-овощной пищей для мужчин и женщин составляли 29 % и 33% соответственно. Различия между группами, составленными по межэтническому принципу для оценки уровней содержания биомаркеров при потреблении фруктовых и овощных продуктов питания добровольцами, оказались несущественными [38].

Популяционный анализ (малообеспеченных семей с низкими доходами) высокоурбанизированных регионов выявил характерные особенности, отличающие членов этих семей, и связанные с постоянно сопровождающим их влиянием психосоциальных стрессов (в том числе, хронического стресса, обусловленного воздействием транспорт-ассоциированного шума; сравнительно ограниченного доступа к социальным услугам, по сравнению с "благополучными" регионами проживания) [22]. При этом, существенные различия в уровнях психического здоровья были отмечены у членов семей, составляющих популяции с низким и высоким материальным (финансовым) достатком, имеющих различную степень доступа к продуктам с повышенной энергетической ценностью., эти данные свидетельствуют о том, что различия в "стоимости здоровья" у разных слоёв населения ложатся тяжёлым бременем расходов в значительной степени на "плечи" малоимущего населения стран как с развитой

економікою, так и в государствах с экономикой переходного периода [39,40].

Проанализированные результаты различий ассоциативной связи между психологическим фактором ("индивидуальная позиция добровольцев в отношении веры в благотворность влияния фруктово-овощных продуктов питания и их полезность для здоровья") и особенностями питания, изученные во многих проспективных исследованиях [9,41], оказались малозначительными. По мнению авторов, отсутствие достоверности различий было обусловлено влиянием того факта, что индивидуальная позиция (или "вера в полезность для здоровья потребления фруктов и овощей") "экранировалась" во многих случаях влиянием таких факторов как курение, приём алкогольных напитков, а также - сексуальными различиями индивидов и гендерными различиями [41]. Однако результаты проведённых дополнительных исследований свидетельствовали о том, что существенное повышение уровней по шкале "полезность для здоровья" зависит от адекватного отбора волонтеров в группах, исключаящего дополнительные влияния внешнесредовых

факторов [9]. Оценка влияния психологического фактора "польза/вред" показала, что уровни закупок и потребления фруктово-овощных продуктов питания, а также - содержание биомаркеров (калий, витамин С) существенно возрастали по шкале "польза" до 40% , по сравнению со шкалой "вред" (до 18%) [22]. Изучение психологического фактора "самоконтроль потребления" показало наличие умеренной ассоциативной связи между психологическими особенностями индивидов и степенью выраженности фруктово-овощной нагрузки [12,42], при отсутствии существенных различий по исследуемым биомаркерным (калий, витамин С) молекулам [42].

Таким образом, представленные в обзоре литературы данные формируют представления о необходимости учёта роли психологических детерминант в самоконтролируемых процессах потребления фруктово-овощной пищи, а так же о влиянии психосоциальных факторов на уровни биомаркерных молекул потребления пищи, находящихся в биологических средах организма.

Литература:

1. Ялкут С.Н., Циприян В.Н. Профилактическое питание в онкологии. //М.: Полиграф ТЕХ Сервис. - 2002 - 192 с.
2. Reddy K. S. Cardiovascular diseases in the developing countries : dimension, determinants, dynamics and directions for public health (mental health) action // Publ. Health Nutrition. - 2002 - Vol. 5 - P. 231 - 237.
3. Joshipura K.J., Hu F.B. Manson J.E. et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. // Annals of intern. Med. - 2001.- Vol. 134. - P. 1106 - 1114.
4. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and next decade/. // Nature. -2001. - vol. 411. - P. 390 - 395.
5. Ness A. R., Powles J.W. Fruit and vegetables, and cardiovascular diseases // Intern. J.Epidemiol. -1997. - Vol. 26. - P. 1 - 13.
6. Lin S. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular diseases // Am. J. Clin. Nutr. - 2000. - Vol. 72. -P. 922 - 928.
7. Appel L. J. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. // N. Engl. J. of. Med. - 1998. - Vol. 336. - P. 1117 - 1124
8. Potter J. D., Steinmeter K., Vegetables, fruit and phytoestrogens as preventive agents. In: Stewart B. W., MC Gregor D. (Eds.). Principles of Chemopreventions.-Lyon : // IARC Publ. - 1996. - P. 61 - 90.
9. Anderson E.S., Winnett R.A., Wojcik J.R. Social - cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers // Health Psychology - 2000. - Vol. 19. - P. 479 - 486.
10. Bueno de Mesqueta. Plant foods and the risk of colorectal cancer in Europe. In : Riboli E., Lambert R. (Eds.). Nutrition and Lifestyle.-Lyon : IARC Publ. - 2002. - P. 89 - 95.
11. Lindstrom M., Hanson B.S., Wirfalt E. Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices : The influence of psychosocial factors // Europ. J. Of Publ. Health. - 2001. - Vol. 11. - P. 51 - 59.
12. Havas S., Treiman K., Langenberg P. Et al. Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. // S. Of the Amer. Dietetic Assoc. - 1998. - Vol. 98. - P. 1141 - 1148.
13. Kristal A.R., Glanz K., Tilley B.C., Li S. Mediating factors in dietary change : Understanding the impact of a work-site nutrition intervention // Health Education and Behav. - 2000. - Vol. 27. - P. 112 - 125.
14. Langenberg P., Ballesteros M., Feldman R., et al. Psychosocial factors and intervention - associated changes in those factors as correlates of change in fruit and vegetable consumption in the Maryland WIC 5 A Day Promotion Program. // Annals of Behavioral Med. - 2000. - Vol. 22. - P. 307 - 315.
15. Campbell M.K., Symons M. Stages of change and psychosocial correlates of fruit and vegetables consumption among rural African - American church member. // Amer. of Health Promotion - 1998. - Vol. 12. - p. 185 - 191.
16. Laforge R.G., Green G.W., Prochaska J.O. Psychosocial factors influencing low fruit and vegetable consumption // J. Of Behav. Med. - 1994. - Vol. 17. - P. 361 - 374.
17. Ma J., Betts N.M., Horacek t., et al. The importance of decisional balance and self - efficacy in relation to stages of change for fruit and vegetable intake by young adults. // Amer. J. Of Health promotion. - 2002. - Vol. 16. - P. 157 - 166.
18. Sorensen G., Stoddard A., Mecario E. Social support and readiness to make dietary changes // Health Educ. And Behav. - 1998. - Vol. 25. - P. 586 - 598.
19. Krobs - Smith S.M., Cook A., Subar A.F. et al. Us adults' fruit and vegetables intakes // Amer. J. of Publ. Health - 1995. - Vol. 85. - P. 1623 - 1629
20. Parmenter K., Waller J., Wardle K. Demographic variation in nutrition knowledge in England // Health Educ. Res. - 2000. - Vol. 15. - P. 163 - 174.

21. Fishbein M., Triandis H.C., Kanfer F.H. et al. Factors influencing behavior change. In: Banm A., Revenson T.A. (Eds.). Handbook of Health Psychology. - Mahwah: Erlbaum Press. - 2001. - P. 3 -17.
22. Steptoe A., Feldmann P.J. Neighborhood problems as sources of chronic stress : Development of measure of Neighborhood problems, and associations with socioeconomic status and health. // Annals of Behavioral Med. - 2001. - Vol. 23. - P. 177 - 185.
23. Kaaks R.J. Biochemical markers as additional measurements in studies of the accuracy of dietary questionnaire measurements // Amer. J. Of Clin. Nutr. - 1997. - Vol. 65. - P. 1232 - 1239.
24. Hann C.S., Rock C.L., King I. et al. Validation of the healthy eating index with use of plasma biomarkers in a clinical sample of women // Amer. J. of Clin. Nutr. - 2001. - Vol. 74. - P. 479 - 486.
25. Mc Keon N.M., Day N.E., Welch A.A., et al. Use of biological markers to validate self - reported dietary intake in a random sample of the European Prospective Investigation into Cancer United Kingdom Norfolk cohort // Amer. J. of Clin. Nutr. - 2001. - Vol. 74. - P. 188 - 196.
26. Khaw K.T., Barrett - Connor E. Dietary Potassium and stroke - associated mortality. A 12 - year prospective population study // New England J. of Med. - 1987. - Vol. 316. - P. 235 - 240.
27. Whelton P.K., He J., Culter J.A. et al. Effects of oral potassium on blood pressure. Meta - analysis of randomized controlled clinical trials // J. of the Amer. Med. Assoc. - 1997. - Vol. 277. - P. 1624 - 1632.
28. Siani A., Strazzullo P., Giacca A., et al. Increasing the dietary potassium intake reduces the need for antihypertensive medication // Ann. of Intern. Med. - 1999. - Vol. 115. - P. 753 - 759.
29. Smith - Warner S.A., Elmer P.J., Tharp T.M. et al. Increasing vegetable and fruit intake : Randomized intervention and monitoring in an at - risk population // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prevent. - 2000. - Vol. 9. - P. 307 - 317.
30. Wrieden W.L., Hannah M.K., Bolton - Smith C. et al. Plasma vitamin C and food choice in the third Glasgow MONICA population survey // J. of Epidemiol. & Commun. Health. - 2000. - Vol. 54. - P. 355 - 360.
31. Khaw K.T., Bingham S., Welch A. et al. Relation between plasma ascorbic acid and mortality in men and women in EPIC - Norfolk prospective study : A prospective population study. // Lancet. - 2001. - Vol. 357. - P. 657 - 663.
32. Gaziano J.M., Manson J.E., Branch L.G. et al. A prospective study of consumption of carotenoids in fruits and vegetables and decreased cardiovascular mortality in the elderly // Ann. of Epidemiol. - 1995. - Vol. 5. - P. 255 - 260.
33. Gillmann M.M., Cupples L.A., Gagnon D. et al. Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men. // J. of the Amer. Med. Assoc. - 1995. - Vol. 273. - P. 1113 - 1117.
34. Zino S., Skeaff M., Williams S. et al. Randomised controlled trial of effect of fruit and vegetable consumption on plasma concentration of lipid and antioxidants // Brit. Med. J. - 1997. - Vol. 314. - P. 1787 - 1791.
35. Block G., Norkus E., Hudes M., et al. Which plasma antioxidants are most related to fruit and vegetable consumption. // Amer. J. of Epidemiol. - 2001. - Vol. 154. - P. 1113 - 1118.
36. V. S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. Washington DC : 2000. - 187 P.
37. Ministry of Agriculture, Food and Fisheries. London : National Food Survey. - 1999. - 87 P.
38. Ness A.R., Cappuccio F.P., Atkinson R.W. et al. Plasma vitamin C levels in men and women from different ethnic backgrounds living in England // Intern. J. of Epidemiol. - 1999. - Vol. 28. - P. 450 - 455.
39. Donkin A.J., Dowler E.A. Mapping access to food in a deprived area :// Public Health Nutrition - 2000. - Vol. 3. - P. 31 - 38.
40. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases : report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Publ. : Geneva. - 2003. - 145 p.
41. Wardle J., Steptoe A., Bellisle F. Et al. Healthy dietary practices among European student // Health Psychology. - 1997. - Vol. 16. - P. 443 - 450.
42. Brug J., Lechner L., De Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption // Appetite - 1995. - Vol. 25. - P. 285 - 296.

Течение шизофрении, коморбидной с сахарным диабетом I типа

А.А. ДВИРСКИЙ

Крымский государственный
медицинский университет
им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь

Резюме. Розглянуто випадки захворювання на шизофренію, коморбідну з цукровим діабетом I типу. З'ясовано, що у хворих на шизофренію частота цукрового діабету I типу не відрізняється від його поширеності в загальній популяції. Це ендокринне захворювання не впливає на ступінь прояву шизофренії, але сприяє її більш ранньому початку і несприятливому перебігу.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет I типу.

Summary: The cases of schizophrenia comorbid with diabetes mellitus I type are considered. It is found out, that frequency of diabetes mellitus of the I type does not differ from its prevalence in general population at patients with schizophrenia. This endocrine disease has no influence on the degree of display of schizophrenia, but promotes its more early manifestation and unfavorable flow.

Key words: schizophrenia, diabetes mellitus I type.

В середине XX столетия М. Bleuler [1] указал на перспективность дальнейшего изучения у больных шизофренией эндокринных расстройств и определение их роли в качестве фактора предрасполагающего к этому эндогенному психозу. В первые десятилетия нейролептической эры у больных шизофренией описывались единичные случаи сахарного диабета II типа, проявление которого трактовалось как осложнение психофармакотерапии [2,3]. В последующие годы его возникновение у больных шизофренией объяснялось скрытой наследственной предрасположенностью [4,5].

Основным расстройством при шизофрении, согласно К. Conrad [6], является редукция энергетического потенциала. У многих больных шизофренией уровень сахара в крови снижен либо находится на нижней границе нормы, а основной обмен характеризуется гипознергизмом [7,8]. Основываясь на этих представлениях и полигенной концепции шизофрении [9,10], было установлено [11], что генотипические особенности, характеризующиеся присутствием генокомплекса сахарного диабета II типа, снижают более чем в три раза проявляемость шизофрении и способствуют ее благоприятному течению. Вместе с тем нам не удалось обнаружить подобных работ при шизофрении в сочетании с сахарным диабетом I типа.

Целью исследования явилось изучение частоты сахарного диабета I типа у больных шизофренией и определение его влияния на течение психоза.

Материал и методы исследования

На базе Крымских психиатрических боль-

ниц №1, №3 и №5 обследовано 2386 больных шизофренией, куда входило 1162 мужчин и 1224 женщин в возрасте от 18 до 69 лет. Среди этих больных выявлена одна пациентка с сахарным диабетом I типа. С целью увеличения числа таких случаев проводился их поиск в этих больницах, а также в психиатрической больнице г. Севастополя. В результате этих исследований общая численность больных шизофренией в сочетании с сахарным диабетом I типа составила три случая. В это число входило один мужчина и две женщины. Возраст начала шизофрении у этих больных составлял 17, 21 и 22 лет. У всех трех пациентов было квалифицировано непрерывное течение шизофрении. С учетом синдромальных форм они представлены так: простая форма - 2 больных, параноидная - 1 больной. Сахарный диабет I типа у этих больных шизофренией проявлялся в возрасте 7, 12 и 13 лет. Диагностика шизофрении, ее форм и типов течения проводилась с учетом критериев, представленных в МКБ - 10 [12], а клиническая характеристика сахарного диабета I типа определялась с учетом его современных описаний [13].

Результаты исследования и их обсуждение

В общей численности 2386 больных шизофренией сахарный диабет I типа обнаружен в 0,04% случаев, что приближается к его частоте в крымской популяции, где она составляет 0,05% [14]. Приводим краткое описание трех наблюдений шизофрении в сочетании с сахарным диабетом I типа.

Наблюдение 1. Больной М-ч, 1968 г. рож-

дения. Диагноз: шизофрения, простая форма, непрерывное течение. Сахарный диабет I тип, тяжелая форма.

Наследственность: отец в 46 лет заболел параноидной формой шизофрении с ремиттирующим течением, а в возрасте 50 лет совершил суицид. Мать по характеру общительная, спокойная.

Пробанд выше среднего роста, астенического телосложения, с семи лет страдал тяжелой формой сахарного диабета I типа. В подростковом возрасте отмечались шизоидные черты характера. Школу окончил с хорошими оценками, поступил на вечернее отделение филологического факультета Симферопольского университета и одновременно устроился работать слесарем. В возрасте 21 года после самоубийства отца очень переживал, декомпенсировался сахарный диабет, в связи с чем в декабре 1988 года почти в течение месяца находился на стационарном лечении.

После выписки из больницы около 3,5 месяцев к работе не приступал. С 13.04.1990 года находился на лечении в дневном стационаре КОПБ №1. В отделении был необщительным, неохотно рассказывал о содержании своих переживаний, на вопросы отвечал односложно, фон настроения был снижен. Высказывал жалобы на трудность собраться с мыслями. Проводилось лечение пиразидолом, трифтазином, сонапаксом, ноотропилом. Больной 8 мая 1990 года был выписан, а 9 мая 1990 года совершил суицидальную попытку, перерезав вены на предплечье левой руки.

В связи с этим с 10.05.1990 по 28.05.1990 года находился в КОПБ №1. После выписки из больницы оставался молчаливым, замкнутым, к работе не приступал. Спустя неделю, 4 июня 1990 года вне дома совершил вторую суицидальную попытку (выпил 90 таблеток феназепама), был доставлен в реанимационное отделение, откуда 6 июня 1990 года переведен в КОПБ №1. В отделении отмечалась замкнутость, эмоциональная сглаженность, склонность к рассуждательству о смысле жизни, о религии. В поведении обнаруживались элементы манерности, вычурности. На свидании проявлял безразличие, а временами ненависть к матери. Критика к своим переживаниям и суицидальным попыткам была формальной. Под наблюдением эндокринолога проводилась терапия инсулином сахарного диабета I типа. В процессе лечения (людиомил, галоперидол,

френолон, тизерцин) состояние больного улучшилось. По просьбе матери и больного 25 августа 1990 года был переведен на режим полустационара, а через месяц дома, находясь в ванне, вскрыл вены и скончался.

Резюме. В отличие от отца, у которого в позднем возрасте проявилась депрессивно-параноидная форма шизофрении с ремиттирующим течением, у пробанда эндогенный процесс манифестировал в юношеском возрасте простой формой непрерывнотекущей шизофрении, что обусловлено ее проявлением на фоне тяжелой формы сахарного диабета I типа.

Наблюдение 2. Больная К-на, 1957 г. рождения. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение. Сахарный диабет I типа, тяжелая форма.

Наследственность: отец страдает шизофренией. Родилась первой из двух детей. В детстве перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу, частые простудные заболевания. С 13 лет болеет тяжелой формой сахарного диабета I типа. Училась хорошо, после окончания школы поступила на заочное отделение филологического факультета Симферопольского университета. Учебу совмещала с работой лаборантом в школе.

Психотические расстройства проявились остро в возрасте 17 лет. С 7.01.1975 по 18.03.1975 года находилась в КОПБ №1. Настроение было повышенным, наблюдалась многоречивость, беспричинно то смеялась, то плакала. Временами ощущала прилив энергии, называла себя Богом. Заявляла, что вокруг все изменилось, стало каким-то странным, "лица окружающих меняются". Периодически отмечались явления дурашливости, расторможенности. В последующем утверждала, что на нее по особому смотрят, о ней говорят по телевизору, печатают в газетах, над ней "проводят эксперименты".

Периодически наблюдались гипергликемические состояния. Получала до 90 ЕД инсулина в сутки. В процессе лечения трифтазином, аминазином стала упорядоченной, появилась критика к своему поведению. Выписана в состоянии ремиссии "В" по астеническому типу.

После выписки устроилась работать в регистратуру поликлиники, продолжала заочно учебу в университете. С 6.12.1976 г. по 31.3.1977 г. находилась на лечении в КОПБ №1, где наблюдалось маниакальное состояние

с бредовими ідеями величчя. Проводилось терапія триседилом, тизерцином в середніх дозах, а також інсуліном до 70 ЕД в сутки по воді сахарного діабета I типу. Выписана в стані ремісії "В". Після виписки не работала, утратила інтерес к учебе в університеті.

При третьому стаціонаруванні с 26.12.1978 г. по 9.02.1979 г. в КОПБ №1 отмечалось де-прессивное состояние с бредовими ідеями самообвинення. Дважды предпринимала суїцидальні спроби. Проводилось лікування амітриптиліном, піразидолом, тизерцином. Выписана в стані ремісії "В" по астеническому типу. Спустя год, в четвертый раз поступила в КОПБ №1, где находилась с 23.02.1980 по 29.05.1980 г. В отделении была тревожной, внутри головы слышала голоса, которые угрожали ей, высказывала бредовые идеи преследования. Проводилась терапія трифтазином, триседилом, тизерцином, аминазином, карбонатом літійа. Выписана в стані ремісії "С" по апатическому типу.

В дальнейшем усилилась эмоциональная сглаженность, бездеятельность, нарастала апатичность, стала неопрятной, временами проявляла злобность, агрессивность к матери. На этом фоне обнаруживались галлюцинаторно-бредовые расстройства. В течение последующих 6 лет больная ежегодно по 2- 3 раза находилась в больнице по 2 - 3 месяца. Отмечалось нарастание апато-абулических проявлений.

Резюме. На фоне тяжелой формы сахарного диабета I типа в юношеском возрасте проявилась шизофрения. После трех афективно-бредовых экзacerbаций, заболевание приобрело явные черты непрерывнотекущей шизофрении с последующим формированием апато-абулического варианта исходного состояния.

Наблюдение 3. Больная К-ко, 1965 г. рождения. Диагноз: шизофрения, простая форма, непрерывное течение. Сахарный диабет I типа, легкая форма.

Наследственность: отец злоупотреблял спиртными напитками. Родилась единственным ребенком в семье. До пятилетнего возраста в семье были частые скандалы, драки в связи с пьянством отца. Затем родители разошлись, воспитывалась матерью. В детстве страдала хроническим тонзиллитом, часто болела простудными заболеваниями, перенесла почти

все детские инфекционные заболевания. В 12 лет была выявлена легкая форма сахарного диабета I типа. Училась хорошо, окончила 8 классов и торговое училище. Около года работала продавцом, а потом контролером на заводе.

По характеру была мнительной, впечатлительной, малообщительной. Замужем не была. В июне 1987 года перенесла операцию по поводу разрыва левого яичника. В последующем предъявляла жалобы на упорные головные боли, головокружение, шум в голове, общее недомогание, отсутствие аппетита, тошноту, распирающие и тянущие боли в животе. В апреле 1988 года была произведена лапаротомия по подозрению на спаечную болезнь, которая не подтвердилась. После выписки из хирургического отделения к работе не приступала. Обращалась с многочисленными жалобами к врачам.

С 13.06.1988 г. по 25.08.1988 г. находилась в Севастопольской психиатрической больнице. Предъявляла жалобы на головные боли, "перекачивание в правой половине головы, ...жжение в голове". Заявляла, что "кости лба выпирают, ...в голове что-то теплое переливается", во время головной боли "голова справа увеличивается в размере". Большую часть времени проводила в постели. Настроение было сниженным. Временами становилась грубой, оскорбляла больных и медперсонал. В результате проведенного лечения (модитен-депо, піразидол, эглоніл, феназепам) состояние улучшилось, была переведена в дневной стационар, где находилась с 30 августа 1988 г. по 30 сентября 1988 г. Выписана в стані ремісії "В".

Приступила к работе, но спустя 4 месяца уволилась. Дома оставалась малообщительной, была фиксирована на своих неприятных ощущениях в теле, жаловалась на "распирание костей лба". В возрасте 24 лет переведена на II группу инвалидности. В последующие два года по два раза в год находилась на лечении по 1,5-2 месяца в психиатрической больнице по поводу сенесто-ипохондрических переживаний.

С возраста 26 лет ведет уединенный образ жизни, бездеятельна, ежегодно по 1 - 2 раза стационарируется в психиатрическую больницу, где находится от одного до трех месяцев. В клинической картине прежние сенестопатические расстройства, в значительной мере реду-

цировались, отношение к ним стало более спокойным. Они выявлялись на фоне эмоциональной тусклости, монотонности, нарастающей апатичности.

Резюме. У больной на фоне легкой формы сахарного диабета II типа в возрасте 22 лет проявились вычурные сенесто-ипохондрические расстройства в рамках простой непрерывнотекущей шизофрении.

Полученные данные об отсутствии отличий частоты сахарного I типа у больных шизофренией (0,04%) и в общей популяции (0,05%) свидетельствуют о том, что это эндокринное заболевание не оказывает влияние на степень пенетрантности шизофренического генокомплекса. У больных шизофренией, коморбидной с этим эндокринным заболеванием, манифестные проявления психоза обнаруживаются в подростковом и юношеском возрасте. Для них характерно преимущественно непрерывное течение психоза. Эти клинические особенности шизофрении, коморбидной с сахарным диабе-

том I типа, имеют отличие от клиники шизофрении, сочетающейся с сахарным диабетом II типа, для которой характерно позднее начало и доброкачественное течение [11]. Раннее начало шизофренического процесса и неблагоприятное течение психоза у больных шизофренией, сочетающейся с сахарным диабетом I типа, в значительной мере, обусловлено аутоиммунными механизмами, лежащими в основе патогенеза этого эндокринного заболевания [15]. При этом отдельные исследователи [16] отмечают роль аутоиммунных нарушений в развитии и течении шизофренического процесса.

Таким образом, частота сахарного диабета I типа у больных шизофренией не отличается от его распространенности в общей популяции. Это эндокринное заболевание не оказывает влияние на степень проявляемости шизофрению, но способствует ее более раннему началу и прогрессивному течению.

Литература:

1. Bleuler M. Endocrinologische psychiatrie. - Stuttgart: Fisher, 1954. - 375 S.
2. Thonnard - Neumann E. Phenothiazines and diabetes in hospitalized women //Amer. J. Psychiat. - 1961. - Vol. 117, №1. - P. 124 - 127.
3. Marinov A. Diabetes in chronic schizophrenia //Dis. nerv. syst.- 1971. - Vol. 11, №11. - P. 778 - 779.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. 2-е изд - ние, допол. и переработанное. - М.: Медицина, 1988. - 527 с.
5. Mukherjee S., Schnur D.B., Reddy R. Family history of type 2 diabetes in schizophrenic patients //Lancet. - 1989. - Vol. 1, №8636. - P. 495 - 496.
6. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie (Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns). - Stuttgart: 1958. - 198 S.
7. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии. - Киев: Здоров'я, 1967. - 134 с.
8. Морковкин В.М., Картелишев А.В. Патохимия шизофрении (патогенетические, диагностические и прогностические аспекты). - М.: Медицина, 1988. - 266с.
9. Vogel F., Motulsky A.G. Human genetics. Problems and approaches. - 3-rd ed. - Sprinder. 1996. - 852 p.
10. Kaplan B.J., Sadock V.A. Comprehensive textbook of psychiatry. 8 th edition, 2 Vols.- Baltimore: Williams and Wilkins. 2004 - 4480 p.
11. Двірський А.А. Клініко - генетичні особливості та типологія небезпечних дій при шизофренії, що сполучається з цукровим діабетом Автореф. ...канд. мед. наук. Київ. - 1997. - 18 с.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб. - 1994. - 300 с.
13. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков. - М.: Медицина, 1996. - 240 с.
14. Тимченко О.И., Козачок Г.С., Турос В.И., Омельченко З.М. Распространенность сахарного диабета у детей различных регионов Украины //Цитология и генетика - 1996. - Т. 30, №6. - С. 70 - 73.
15. Дворник І. Л. Особливості метаболічних порушень у хворих на цукровий діабет I та II типу //Пробл. ендокринної патології.- 2002.- №2.- С.47-53.
16. Вартанян М.Е., Орловская Д.Д. Этиология и патогенез. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. /Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - С.510 - 522.

Спектр психотропного действия антипсихотиков

Г.К. ДЗЮБ

Киевский медицинский
университет

Резюме. Представлено таблицю профілів психотропної дії основних типових нейролептиків та атипичних антипсихотиків. Таблиця доповнена еквівалентними дозами препаратів відносно 10 мг галоперидолу.

Ключові слова: антипсихотики, спектр дії.

Summary. The table of structures of psychotropic effects of the basic typical neuroleptics and atypical antipsychotics is submitted. The table is complemented by equivalent doses of preparations in relation to 10 mg of Haloperidolum.

Key words: antipsychotics, spectrum of action.

Проблема. В истории психофармакотерапии концепция "симптом-мишеней" на практике привела к ненаучной полипрагмазии. Последовал примерно 10-летний период, на протяжении которого, в противовес, обоснованно обсуждалась идея равноценности нейролептиков по характеру собственно антипсихотического действия, с отличиями лишь в плане потенцированности и побочных эффектов. В 90-е годы эта гипотеза, однако, не получила подтверждения. В итоге оказалось, что некоторые элементы традиционной концепции сохранили актуальность. В их числе понятие спектра антипсихотической активности, наглядно публикуемого, к примеру, в виде лепестковых диаграмм или таблиц. Новые поколения антипсихотиков в подобной форме представлены пока в редких работах.

Второй аспект проблемы заключается в том, что так называемые аминазиновые эквиваленты для нейролептиков разрабатывались поначалу методом сравнения побочных экстрапирамидных эффектов, после создания атипичных антипсихотиков этот метод стал непригодным. Кроме того, аминазиновые эквиваленты несколько потеряли в практичности, поскольку препарат стал использоваться реже, более популярен хорошо апробированный галоперидол. Диапазон его среднесуточных дозировок для больных с манифестным приступом или обострением шизофрении начинается с 10 мг, что уже обеспечивает достаточную эффективность в 90-95% случаев.

В связи с этим была поставлена цель: дополнить существующие описания профиля психотропной активности нейролептиков характеристиками спектра действия вновь созданных препаратов, прежде всего атипичных антипсихотиков с указанием эквивалентных дозировок.

Методом составления профилей психотропной активности препаратов был анализ результатов как исследований прежних лет [1,2], так и современных, не финансируемых производителями [3,4]. Галоперидоловые эквиваленты пересчитаны из аминазиновых.

Результаты представлены ниже в сводной таблице (Таб.1).

Дозы (мг) некоторых других препаратов, эквивалентные 10 мг галоперидола: пипотиазин (пипортил) - 43, сульпирид (эглонил) - 600, сультоприд (топрал) - 600, тиаприд (тиапридаль) - 300, флупентиксол (флуанксол) - 15, флуфеназин (модитен) - 9.

Обсуждение. Биодоступность таблетированных типичных нейролептиков составляет 30-60%, внутримышечное введение может повышать биодоступность в 4-10 раз, т.е. более чем до 90% (естественно, внутривенное - до 100%). Обсуждая эквивалентные дозы, стоит напомнить, что антипсихотики всех поколений могут иметь весьма отличные собственные характеристики биодоступности в зависимости от пути введения. Второе примечание - по завершении распределения препарата в организме возможно уменьшить его дозировку и, напротив, через несколько недель лечения концентрация некоторых нейролептиков в крови снижается и может потребоваться увеличение дозы. Третье - правовой аспект дозировки антипсихотиков: юридической основой является Закон Украины "Про лікарські засоби" от 30.06.99 г.. Закон имеет прямое действие, предписывая государственную регистрацию с обозначением, в том числе, показаний, средних и высших доз препарата.

Таким образом, законодательно устанавливаются стандарты дозировки, обоснованные лабораторными, клиническими испытаниями препарата и повсеместно принятые в международной практике. Подзаконные документы правомочны регламентировать дозирование только без изменения фиксированных в Госреестре характеристик препарата. Наконец, в организационном плане стоило бы, видимо, обсуждать неоднозначную роль принципа этапности психиатрической помощи, поскольку данный принцип создает объективную ситуацию, нивелирующую личную заинтересованность врача в проведении адекватной психофармакотерапии больных шизофренией.

Таблица 1

Спектр психотропного действия антипсихотиков и дозы, эквивалентные 10 мг галоперидола

Препараты	Доза, эквивалентная 10 мг галоперидола	Седатив- ное действие				Избирательное антипсихотическое действие на синдромы							Общее антипси- хотиче- ское				Стиму- лирую- щее	Побочное										
		затормаживающее	сомнолентное	купирующее возбуждение	антидисфорическое	тревожно-ипохондрический	аффективно - параноидный	аффективно -галлюцинаторный	паранойяльный	параноидный	парафренный	вербальный галлюциноз	гебефренический	кататонический	гипобулические проявления	неврозоподобные нарушения		хронические галлюцинаторно -бредовые	психопатоподобные проявления	активизирующее	растормаживающее	тимоналаптическое	акинето -гипертоническое	гиперкинетическое	пароксизмальное	вегетативные нарушения	эндокринные нарушения	печень
<u>АМИНАЗИН</u> (Хлорпромазин)	300	9	9	8	8	6	8	6	0	3	3	2	3	7	0	3	0	4	0	0	0	6	4	2	7	6	8	5
<u>ГАЛОПЕРИДОЛ</u> (Галдол)	10	8	5	9	4	4	8	9	5	10	4	10	6	5	5	4	0	4	0	0	3	6	4	2	7	6	8	5
<u>ЗИПРЕКСА</u> (Оланзапин)	15	1	0	3	2	2	6	6	5	8	4	8	6	6	9	9	1	5	5	1	4	0	1	0	3	9	3	2
<u>КЛОПИКСОЛ</u> (Зуклопентиксол)	75	7	6	8	1	2	7	7	3	6	4	5	5	4	6	4	1	3	1	0	2	7	9	6	7	6	8	5
<u>ЛЕПОНЕКС</u> (Клозапин)	175	6	8	10	8	6	10	10	4	8	5	7	8	9	8	8	10	8	6	3	4	1	1	1	6	4	2	10
<u>МАЖЕПТИЛ</u> (Тиопроперазин)	20	6	3	8	0	2	6	4	2	6	5	6	8	8	7	6	8	6	6	8	2	8	10	10	10	10	5	6
<u>НЕУЛЕПТИЛ</u> (Перициазин)	200	6	4	6	10	2	3	3	5	4	4	2	5	3	5	8	5	10	3	3	0	2	2	2	1	0	1	1
<u>ПИМОЗИД</u> (Орап)	8	2	4	5	5	2	6	6	4	9	5	8	5	6	9	7	9	7	8	6	2	4	5	4	3	1	3	2
<u>РИСПОЛЕПТ</u> (Рисперидон)	6	3	2	4	9	6	7	8	7	10	4	7	6	4	3	8	2	10	0	0	0	2	1	1	4	10	1	2
<u>СЕРОКВЕЛЬ</u> (Кветиапин)	400	2	1	2	1	2	4	5	3	7	2	6	5	5	5	7	1	3	3	1	1	1	0	0	3	7	2	3
<u>СОЛИАН</u> (Амисульприд)	600	4	2	4	6	4	5	9	7	9	3	8	4	6	8	6	4	6	4	1	1	3	2	0	1	8	1	0
<u>СОНАПАКС</u> (Тиоридазин)	200	2	3	0	0	3	4	4	4	0	0	0	0	4	6	5	3	5	7	4	5	3	2	0	0	2	1	0
<u>ТЕРАЛЕН</u> (Алимемазин)	100	4	5	4	5	7	5	3	4	1	1	0	0	0	0	7	4	6	0	0	0	1	1	1	8	4	1	1
<u>ТИЗЕРЦИН</u> (Левомепромазин)	200	10	10	9	9	7	9	8	0	0	4	0	4	0	0	5	0	8	0	0	0	4	3	1	7	5	7	3
<u>ТРИСЕДИЛ</u> (Трифлуперидол)	5	6	5	9	2	4	8	10	5	8	6	10	9	8	10	6	10	8	6	8	5	6	7	7	3	4	2	3
<u>ТРИФТАЗИН</u> (Трифлуоперазин)	30	6	0	4	0	3	7	7	6	9	4	7	2	5	4	5	6	6	5	6	0	9	8	8	6	5	5	3
<u>ХЛОПРОТИКСЕН</u> (Труксал)	150	7	4	9	8	4	9	8	0	0	4	0	3	0	0	4	0	6	0	0	0	4	2	0	4	3	1	3
<u>ЭТАПЕРАЗИН</u> (Перфеназин)	50	0	0	0	2	5	4	6	3	6	3	7	4	4	7	4	5	4	9	6	5	4	4	4	2	3	1	2

Литература:

1. В.П. Кутин, Г.В. Кутин. Лечение неврозов и психозов. - К., 1979. - 182С.
2. Davis JM: Comparative doses and costs of antipsychotic medication. Archives of General Psychiatry 33:858-861, 1976.
3. Elektronische Forschungsfor-der Informationen. - <http://www.elfi.ruhr-uni-bochum.de/> (1998-2004).
4. Doctor's Guide. [http://www.docguide.com/\(2003-2004\)](http://www.docguide.com/(2003-2004)).

Кореляція деяких патопсихологічних показників з якістю ремісії у осіб, що страждають на залежність від алкоголю

В.М. ПОСТРЕЛКО

Інститут сорбції та проблем
ендоекології НАН України,
м. Київ

Резюме. Проведено катamnестическое исследование параметров ведущих адаптирующих компонентов психической саморегуляции у больных с зависимостью от алкоголя, а именно: структуры значимых мотиваций, самооценки, типа фрустрационных реакций, фрустрационной толерантности, типа и уровня субъективного самоконтроля. Используются методики определения структуры мотиваций и исследования самооценки, модифицированные и адаптированные согласно целям исследования. Показан характер корреляции изученных патопсихологических параметров и качества ремиссий.

Ключевые слова: дезадаптация, фрустрационная толерантность, мотивации, уровень субъективного контроля, самооценки, качество ремиссии.

The summary. Catamnestic research of conducting parameters of adapting components mental self-regulation at the patients with dependence on alcohol is carried out, namely: structures of adept motivations, self-estimation, of frustration reactions, of frustration tolerance, type and level of subjective self-checking. The techniques of definition of structure of motivations and research of a self-estimations modified and adapted according to the purposes of research are used. The character of correlation of investigated psychopathological parameters and quality remissions are shown.

Key words: desadaptation, frustration tolerance, motivations, level of the subjective control, self-estimations, quality of remission.

Вступ. Формування та перебіг залежності від алкоголю може бути як причиною, так і наслідком глибокої психічної дезадаптації, зокрема маргінально-негативної її форми, а саме аутолітично-дезінтегративної.

Складний механізм функціонування компонентів психологічного захисту значною мірою залежить від адаптивно-регулюючих чинників власної поведінки та діяльності, стан яких безпосередньо зумовлює якість ремісії.

До останніх належать структура мотивацій, самооцінка, фрустраційна толерантність, рівень суб'єктивного контролю.

Структура мотивацій визначається співвідношенням у їх значимості різнобічних внутрішніх спонукань до діяльності, суб'єктивних стимулів вчинків, які є вираженням рушійних сил особистості та пов'язані із задоволенням її потреб.

Одним з провідних активних регуляторів поведінки та діяльності є самооцінка як прояв самосвідомості, що включає в себе когнітивний, емоційний та вольовий компоненти.

Під фрустраційною толерантністю розуміють здатність особи протистояти різноманітним життєвим конфліктам, зокрема пов'язаних з реакціями вибору, без втрати психічної адаптації.

Рівень суб'єктивного контролю характеризує систему уявлень та відношень особистості до можливостей керування життєвими ситуаціями та рівнем власної відповідальності за їх розвиток.

Інтегрованим показником зазначених адаптивних чинників є критичність, що розглядається як вершинне утворення особистості, один з найважливіших критеріїв психічної діяльності та основна альтернатива алкогольної анозогнозії.

Мета. Безпосередньою метою роботи стало катamnестичне дослідження кореляції па-

топсихологічних показників стану адаптуючих механізмів, що формують комплекс антиалкогольних установок пацієнта після завершення всіх етапів лікування, зокрема психотерапевтичних та психокорекційних заходів, та якості ремісії. Під якістю ремісії розуміють як її тривалість, так і рівень адаптованості пацієнта до соціального та мікросоціального оточення, стану когнітивних, емоційних та вольових компонентів саморегуляції, що в цілому забезпечують стан внутрішньої рівноваги, адекватність поведінки та загальною комфортністю життєдіяльності.

Кінцевою метою роботи є розробка певних патопсихологічних критеріїв прогнозування якості ремісії з врахуванням реальних індивідуально-психологічних та соціально-психологічних параметрів, розробка цілеспрямованих психокорегуючих заходів у загальному комплексі підтримуючої протирецидивної терапії.

Об'єкт та методи дослідження

Як основний критерій якості ремісії була визначена їх тривалість. За об'єкт досліджень було узяті 3 клінічні групи пацієнтів, умовно монотипних за анамнестичними, патогенетичними та клінічними показниками. Зокрема вік їх складав від 26 до 59 років, для особливостей анамнезу характерна відсутність у минулому черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, цереброваскулярної патології та впливу радіогенних факторів.

При первинному обстеженні у пацієнтів усіх груп спостерігалися помірні прояви стану відміни без психотичних включень, розладів свідомості тощо.

Для більшої статистичної наочності до всіх трьох груп віднесено по 20 чоловіків та 10 жінок, відповідно до ремісії пацієнтів. I група мала тривалість ремісії від 3 до 6 місяців; II група - від 6 місяців до 2 років; III група - більше 5 років.

Усі 90 хворих знаходились під динамічним спостереженням протягом останніх 10 років, що дає змогу достатньою мірою верифікувати катamnестичні дані.

Предметом досліджень були 4 визначальних параметри психічної діяльності, зокрема структура та ієрархія значимих мотивацій, самооцінка (як рівень їх реалізації), фрустраційна толерантність та рівень суб'єктивного контролю.

Структура та динаміка мотивацій, альтернативних спонукальним фактором алкоголізації і які є компенсаторно-адаптивними чинниками та рівень їх реалізації у початковому періоді ремісії досліджувались за допомогою адаптованої до мети роботи методики визначення ієрархії значимих мотивацій [2].

Пропозиція співвіднести конкретні мотивації у вигляді секторів замкненого кола надає можливість умовно-кількісної оцінки їх структури, а виначнення рівня їх реалізації на модифікованих шкалах Дембо-Рубінштейн дозволяє фіксувати ступінь задоволення актуальних потреб, а отже - наявність або адаптивної гармонійності, або внутрішнього конфлікту у певних сферах життєдіяльності.

У даній методиці також закладено динамічно-проективний принцип Б.В. Шелунцова - пацієнтові пропонується оцінити відповідні параметри безпосередньо під час обстеження, у час рецидиву у реальному майбутньому та в

ідеальному варіанті.

Порівняння даних "раніше - зараз" дозволяє визначити ініціальні спонукальні тенденції до тверезого способу життя, співвідношення їх індивідуально-психологічних та соціально-психологічних чинників, їх зміну в часі, рівень критики, а отже - і рівень інтегрованості особистості в цілому.

Аналіз показників "зараз" - "у майбутньому" дозволяє конкретизувати інформацію про настановки на подальший спосіб життя через визначення актуальності алкогольно-провокативних та компенсаторно-альтернативних чинників, а отже і типу фрустраційних реакцій (з фіксацією на перешкоду, на реалізацію потреби, на самозахисті).

Розгляд у взаємному контексті показників "зараз" - "у майбутньому" - "у ідеала" дозволяє дослідити тип та рівень суб'єктивного контролю (інтернальний, екстернальний) стан емоційного та вольового компонентів самосвідомості особи як частини регуляторного механізму її адаптації та рівень критики в цілому.

Результати та їх обговорення

Результати катamnестичного дослідження тривалості ремісій у пацієнтів 3 клінічних груп та кореляція їх з патопсихологічними показниками адаптативно-регулюючих чинників з метою статистичної наочності зведено у відповідні таблиці.

Таблиця 1

Коефіцієнт дезактуалізації провідних алкогольно-провокуючих мотивацій за ретроспективно-статистичними показниками ("раніше" - "зараз")

Коефіцієнт		<1,0	1±0,1	1,2-1,5	1,5-2,0	2,0-3,0	>3,0	Повна дезактуалізація
I група	Чоловіки	2	4	11	2	1	-	-
	Жінки	4	5	1	-	-	-	-
II група	Чоловіки	-	3	6	10	1	-	-
	Жінки	1	4	5	-	-	-	-
III група	Чоловіки	-	-	1	3	6	6	5
	Жінки	-	1	2	4	2	1	-

Таблиця 2

Коефіцієнт дезактуалізації провідних алкогольно-провокуючих мотивацій за статистично-прогностичними показниками ("зараз" - "у майбутньому")

Коефіцієнт		<1,0	1±0,1	1,2-1,5	1,5-2,0	2,0-3,0	>3,0	Повна дезактуалізація
I група	Чоловіки	-	3	6	8	1	2	-
	Жінки	-	1	3	5	1	-	-
II група	Чоловіки	-	-	2	6	6	4	2
	Жінки	-	-	3	5	-	1	1
III група	Чоловіки	-	-	2	4	5	5	4
	Жінки	-	-	2	7	-	1	-

Таблиця 3

Коефіцієнт актуалізації компенсаторно-адаптивних мотивацій за ретроспективно-статистичними показниками ("раніше" - "зараз")

Коефіцієнт		<1,0	1±0,1 відсутність актуалізації	1,2-1,5	1,5-2,0	2,0-3,0	>3,0
I група	Чоловіки	-	4	8	7	1	-
	Жінки	-	6	3	-	1	-
II група	Чоловіки	-	-	7	11	1	1
	Жінки	-	-	-	6	4	-
III група	Чоловіки	-	-	-	8	9	3
	Жінки	-	-	-	6	2	2

