

## ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я MENTAL HEALTH

Міждисциплінарний науково-  
практичний журнал

Випуск 3(8) 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 №7 від 14.09.05 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:

Видавництво "Міленіум".  
Свідоцтво про внесення суб'єкта  
видавничої справи до Державного  
реєстру видавців, виготівників та  
розповсюджувачів видавничої про-  
дукції ДК №535 від 19.07.2001 р.  
м.Київ, вул. Ісаакяна, 18, оф. 101.  
Тел./факс (044) 230-47-78  
E-mail: info@millenium.net.ua  
www.millenium.net.ua

Підп. до друку 20.09.05 р.  
Формат 60x84/8. Папір крейдова-  
ний. Гарнітура Arial. Ум. друк. арк.  
12,0. Обл.-вид. арк. 8,93. Тираж 500  
Зам. 439

© Психічне здоров'я, 2005

## Зміст

Вступне слово головного редактора .....	3
<b>Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти</b>	
Радиш Я.Ф., Кризина Н.П. Проблема наукової парадигми психічного здоров'я в контексті державної політики України в галузі охорони здоров'я .....	4
Іванцова Г.В. Психічне здоров'я військовослужбовців у надзвичайній ситуації .....	8
<b>Розлади психіки та поведінки, психосоматика</b>	
Іванов Д.А., Нестеровська С.В., Лопін Є.Б. Виявлення найбільш значущих факторів ризику дезадаптаційних розладів у військовослужбовців строкової служби .....	13
Дорошенко Н.М. Клінічні прояви органічного ураження головного мозку травматичного генезу, які беруть участь у виникненні агресивної поведінки хворих, котрі спостерігаються амбулаторно .....	21
Первий В.С. Клініко-психопатологічний та біохімічний статус хворих на алієнофобію .....	26
Пушкарєва Т.Н. Послеродова депресія: розпространеність, клініка, динаміка .....	31
Яновский Т.С. Соотношение, генотипические особенности и течение параноидной и непараноидной шизофрении (по материалам эпидемиологических исследований) .....	37
<b>Дитяча та підліткова психіатрія</b>	
Кузнецов И.В. Расстройства сексуальных влечений в подростковом возрасте .....	40
<b>Психотерапія та медична психологія</b>	
Долуда С.М. Применение методики цветопредпочтения Люшера и цветового теста отношений у больных с простой и параноидной формами шизофрении .....	44
<b>Психофармакотерапія</b>	
Кузнецов В.Н., Олейник А.В., Коротоножкин В.Г. Применение солей лития в психиатрической практике .....	49
Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Клинические аспекты применения миртазапина (ремерона) в психиатрической практике .....	54
Никифорок Р.І. Фармакоепідеміологічний аналіз прийнятності лікарських засобів при основних формах психічної патології .....	61
<b>Етичні та правові аспекти психічного здоров'я</b>	
Мельник В.І., Мельник А.В. Медико-правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера к лицам, признанным невменяемыми, в связи с временными расстройствами психической деятельности .....	67
<b>Організація і управління психіатричною допомогою</b>	
Барановська Л.М. Контроль в управлінському циклі: марна трата часу чи необхідність в досягненні цілей? .....	72
Іванцова Г.В., Корсуненко Л.Н. Возникновение и развитие военной психиатрии: основные этапы .....	79
<b>Дискусії, обмін досвідом</b>	
Болтівець С.І. Барвінок чи могилиничка (гроб-трава)? .....	83
Скальний В.В. Реакція "короткого замыкания" у хворого на параноюльну шизофренію .....	85
<b>Ювілеї</b>	
Утков А.Г. Республиканскому психиатрическому консультативному центру - 25 лет .....	91
Знаному лікарю та організатору медичної служби і дослідженого викладача Національної академії внутрішніх справ України Гудзенку А.В. - 70 .....	93
<b>3 архіву</b>	
Файнштейн С.Ф. Психиатрическая помощь населению на Киевщине (Отчет о деятельности больницы за 1927 год) .....	94
<b>До уваги авторів (вимоги до написання статей) .....</b>	<b>96</b>

## 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. Табачніков (Україна)  
 О.С. Чабан (Україна)  
 А.В. Хмелевська (Україна)  
 В.А. Шумлянський (Україна)  
 В.Д. Юрченко (Україна)  
 Л.М. Юр'єва (Україна)  
 В.С. Ястребов (Росія)

## Contents

The opening word of editor-in-chief .....	3
<b>Mental health: social, biological and psychological aspects</b>	
<i>Radysh Y.F., Kryzyna N.P.</i> Problem of scientific paradigm of mental health in a context of state politics of Ukraine in the field of health protection .....	4
<i>Ivantsova G.V.</i> Mental health of servicemen in extraordinary situation .....	8
<b>Mental and behavioural disorders, psychosomatic</b>	
<i>Ivanov D.A., Nesterovska S.V., Lopin Y.B.</i> Revealing of the most significant risk factors of desadaptational disorders in recruits .....	13
<i>Doroshenko N.N.</i> Clinical displays of an organic defeat head brain with traumatic genesis, which take part in occurrence aggressive of behaviour of the patients observed is out-patient .....	21
<i>Pervyi V.S.</i> Clinico-psychopathological and biochemical status of the patients with alienophobia .....	26
<i>Pushkareva T.N.</i> Postpartum depression: prevalence, clinic, dynamics .....	31
<i>Yanovsky T.S.</i> Correlation, genotypic features and flow of schizophrenia paranoid and non paranoid (on material of epidemiological researches) .....	37
<b>Children's and teenage psychiatry</b>	
<i>Kuznetsov I.V.</i> Frustration of sexual inclinations in teenage age .....	40
<b>Psychotherapy and medical psychology</b>	
<i>Doluda S.M.</i> Application of technique Lusher's preferred color and the color test of attitudes at patients about simple time and paranoid forms of schizophrenia .....	44
<b>Pharmacotherapy of mental disorders</b>	
<i>Kuznetsov V.N., Olejnik A.V., Korotonozrin V.G.</i> Use of lithium salts in psychiatric practice .....	49
<i>Petryuk P.T., Petryuk A.P.</i> Clinical aspects of application mirtazapine in psychiatric practice .....	54
<i>Nykyforuk R.I.</i> The pharmacoepidemiological analysis of an acceptability of medicinal means at the basic forms of a mental pathology .....	61
<b>Ethical and legal aspects of mental health</b>	
<i>Melnik V.I., Melnik A.V.</i> Medical-legal aspects of application of compulsory measures of medical character to the persons recognized deranged, in connection with temporary frustration of mental activity .....	67
<b>Organization and management of the psychiatric help</b>	
<i>Baranovska L.M.</i> The control in an administrative cycle: vain expenditure of time or necessity for achievement of the purpose .....	72
<i>Ivantsova G.V., Korsunen L.N.</i> Occurrence and development of military psychiatry: the basic stages .....	79
<b>Discussions, experience' exchange</b>	
<i>Boltivets S.I.</i> Barvinok or coffin - grass? .....	83
<i>Skalny V.V.</i> Reaction of "short circuit" at the patient with paranoid schizophrenia .....	85
<b>Anniversaries</b>	
<i>Utkov A.G.</i> To the republican psychiatric advisory centre - 25 years .....	91
To the known doctor both organizer of a medical service and skilled teacher of National academy of internal businesses Gudzenko A.V. - 70 years .....	93
<b>From archive</b>	
<i>Fainshtein S.F.</i> The psychiatric help to the population in the Kiev region (Report on activity of hospital for 1927) .....	94
<b>The notice for our authors (requirements to the articles)</b>	96

### ***Шановні читачі!***

10 жовтня - Всесвітній день психічного здоров'я . У ході конференції ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, що відбулася в Гельсінкі в січні 2005 року, було підписано Європейську декларацію з охорони психічного здоров'я і затверджено Європейський план дій з охорони психічного здоров'я від імені міністрів охорони здоров'я 52 держав - членів Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Заходи в у галузі охорони психічного здоров'я більше не зводяться суто до питань лікування і інституціоналізації осіб із проблемами психічного здоров'я. Декларація визнає, що політика і послуги в цій галузі спрямовані на те, щоб досягти добробуту і соціальної інтеграції на основі комплексного підходу до задоволення потреб і принесення користі від різноманітної діяльності в галузі охорони психічного здоров'я як для населення в цілому, так і для представників груп ризику й осіб із проблемами психічного здоров'я. Поступово ширший спектр послуг надається за місцем проживання.

Сфера застосування і стратегія, викладена в декларації, полягає в наступному:

1) зміцнення психічного добробуту; 2) боротьба зі стигматизацією, дискримінацією і соціальною ізоляцією; 3) профілактика проблем психічного здоров'я; 4) надання допомоги людям із проблемами психічного здоров'я, використовуючи для цієї мети ефективні послуги і втручання комплексного характеру, забезпечуючи споживачам послуг і осіб, що здійснюють догляд за ними, можливості для індивідуального вибору й участі в процесі надання допомоги; 5) відновлення здоров'я й інтеграції в суспільство осіб, що переживають серйозні психічні проблеми.

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні кожна європейська країна, проблеми в цій галузі виникають практично в кожного четвертого жителя Європи протягом його життя. Відсоток різного роду психічних захворювань, що виникають у певні періоди, дуже високий у Європі. 3 850 мільйонів, що проживають на території Європейського регіону, близько 100 мільйонів, за підрахунками ВООЗ, страждають на тривожні стани і депресії; більше 21 мільйона чоловік страждають від наслідків алкогольної залежності; більше 7 мільйонів уражені хворобою Альцгеймера й інших форм слабоумства; більше 4 мільйонів чоловік - шизофренією; 4 мільйони підвладні маніакально-депресивним станам; 4 мільйони - розладам панічного типу. Нервові і психічні хвороби являють собою другу за величиною загрозу в Європі після серцево-судинних захворювань. Вони є причиною 19,5% випадків непрацездатності. Тільки депресивні стани складають одну третину від загального тягара хвороб і є причиною 6,2% випадків непрацездатності.

Проведення національних оцінок стану психічного здоров'я населення України - один з найбільш ефективних підходів, який сприяє національному плануванню й інвестиції в галузі психічного здоров'я, а також проведенню оцінки впливу змін соціальної політики на психічне здоров'я населення.

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

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

УДК

## **Проблема наукової парадигми психічного здоров'я в контексті державної політики України в галузі охорони здоров'я**



Я.Ф. РАДИШ  
Н.П. КРИЗИНА

Національна академія державного управління при Президентові України

**Резюме.** В статье на основании анализа известных определений понятия "государственная политика", учета методологических подходов к трактованию словосочетания "государственная политика Украины в сфере здравоохранения", а также использования опыта исследования содержания социальной политики государства предложено авторское определение понятия "государственная политика Украины в сфере здравоохранения", определено в ней место и роль психического здоровья.

довання содержания социальной политики государства предложено авторское определение понятия "государственная политика Украины в сфере здравоохранения", определено в ней место и роль психического здоровья.

**Ключевые слова:** государственная политика, государственное управление здравоохранением в Украине, психическое здоровье.

**The summary.** In clause on the basis of the analysis of known definitions of concept "state politics", account of the methodological approaches to interpretation of a word collocation "the state politics of Ukraine in sphere of public health services ", and also use of experience of research of the contents of social politics of the state is offered author's definition of concept" state politics of Ukraine in sphere of public health services", the place and role of mental health is determined in her.

**Key words:** state politics, state management of public health services in Ukraine, mental health.

**Вступ.** Кінець ХХ ст. ще надовго запам'ятається протистоянням двох парадигм, які лежать в основі розуміння людиною світу і себе в ньому, - гуманітарної і технологічної. Опозиція гуманітарного і технологічного підходів проявлялася в усіх сферах людської діяльності. В науці, наприклад, це відбивалося на одночасному співіснуванні двох зразків світу та людини, стилів діяльності та мислення, протилежних основ і засад, принципів і методів пізнання. Характерними проявами цієї світоглядної бінарності стали, зокрема, різне визначення здоров'я, як сутнісної сили людини, двоєке розуміння предмета і основних завдань медицини, медико-валеологічної діяльності та мислення [1], невизначеність державної політики України взагалі та державної політики в галузі охорони здоров'я, зокрема [2].

**Актуальність** дослідження визначається тим, що психічне здоров'я, як важлива складова державної політики України в галузі охорони здоров'я ще не стало предметом детального дослідження фахівцями з державного управління. Таким чином, окреслена проблема сформульована вперше і вперше пропонуються варіанти її вирішення.

**Метою** даної публікації є з'ясування місця і ролі психічного здоров'я в державній політиці України в галузі охорони здоров'я.

Ми повністю поділяємо думку проф. Г.К. Губерної та В.Г. Ільющенко [3] про те, що в науці надзвичайно важлива термінологічна точність. Адже у термінах фіксується зміст явища, а їх точність сприяє результативності дискусій, оскільки робить мову науки зрозумілою і точною.

Системний аналіз опрацьованих нами літературних джерел дає підстави стверджувати, що, на даний час відсутні усталені тлумачення основних ключових слів даного дослідження - "державна політика в галузі охорони здоров'я" та "психічне здоров'я". Якщо ми спробували розкрити семантичний зміст першого із вказаних термінів, то зміст другого подаємо в існуючих на сьогоднішній день кількох варіантах його трактування.

Фахівці в галузі аналізу державної політики проф. В.А. Ребкало і В.В. Тертичка у виданні "Державна політика: аналіз та впровадження в Україні" [4], виходячи з контексту і змістових особливостей словосполучення "державна політика", оптимальним вважають наступне тлумачення досліджуваного терміну. Державна політика - це відносно стабільна, організована й цілеспрямована діяльність/бездіяльність державних інституцій, здійснювана ними безпосередньо чи опосередковано щодо певної проблеми або сукупності проблем, яка впливає на життя суспільства.



Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечливість та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. У сфері державної політики приймаються відповідні державно-політичні рішення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації. Вивчення змісту державної політики передбачає розгляд трьох різних аспектів: проблеми суспільства, варіантів їх розв'язання та оцінювання політики - чи ці варіанти спрацьовують [2, 5].

Теоретичні положення щодо політики держави в галузі охорони здоров'я, наведені в Конституції України [6], затвердженій Указом Президента України "Концепції розвитку охорони здоров'я населення України" (2000) [7], закріплені законодавчо-нормативними актами, зокрема "Основами законодавства України про охорону здоров'я" (1993) [8], Міжгалузевою комплексною програмою "Здоров'я нації" на 2002-2011 рр. (2002) [9] та низкою інших законодавчих актів.

Ми вважаємо, що **державна політика в галузі охорони здоров'я** - це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.

Показниками ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я є стан фізичного і психічного здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я і медичній допомозі.

Ми погоджуємося з думкою авторів навчального посібника "Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні", що на сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я, але разом з тим вона не спроможна фінансово її підтримати в умовах перехідного періоду [11].

Укладачі монографії "Панорама охорони

здоров'я населення України", стверджують, що нині в нашій країні, як і в усьому світі, відбувається процес активного переусвідомлення пріоритетів і цінностей у сфері психічного здоров'я людства. Змінюється сутність психіатрії, на перший план виходить необхідність об'єктивної оцінки таких чинників, як особистість пацієнта, його світоглядні позиції і настанови, релігійні погляди, соціокультурні особливості життєвого укладу, рівень соціальної адаптації [10], а проблема психічного здоров'я населення України визнана одним з провідних пріоритетів соціальної політики [12, 13].

Базуючись на вищенаведеному визначенні поняття "державна політика України в галузі охорони здоров'я", фізичне і психічне здоров'я українського народу - найважливіші складові національного багатства держави. Але якщо про фізичне здоров'я, у тому числі й про правове його забезпечення, написано і сказано дуже багато, то психічне здоров'я залишається поки-що в основному предметом дослідження спеціалістів даного фаху. На наш погляд, це не зовсім правильно. Адже людина - це особистість із притаманними їй своєрідними розумовими, емоційними та вольовими якостями, які в кожного виявляються по-різному. В ієрархії загальнолюдських цінностей психічне здоров'я посідає провідне місце, забезпечуючи потенціал нації і конкретної людини [10]. Саме тому психічне здоров'я обов'язково повинно бути об'єктом підвищеного наукового інтересу і дослідників в галузі державного управління.

Психічне здоров'я визначають як психічний добробут, що характеризується відсутністю прояву психічних захворювань, що забезпечує адекватну регуляцію поведінки і діяльності в певних умовах. Це поняття відображає не лише медичні й психічні критерії, а й суспільні та правові норми, що регламентують духовне життя людини [14, 15]. Психічне здоров'я є різновидом особистого немайнового блага, яке є невіддільним від особи [16]. Психічне здоров'я можна розуміти як динамічний процес психічної діяльності, якому властиві детерміновані психічні явища та адекватність реакцій на соціальні, біологічні та фізичні умови [15].

Ми поділяємо думку тих авторів, які вважають, що найбільш важливим правом є право на розпорядження фізичною особою своїм психічним здоров'ям [17].

До основних критеріїв психічного здоров'я належать [14]:

" відповідність суб'єктивних образів дійсності і характеру реакцій (дій) на зовнішні подразники та значення життєвих ситуацій;

" адекватний відносно віку рівень зрілос-

ті емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості;

" адаптованість щодо макро- і мікросоціальних способів;

" здатність самому керувати поведінкою, свідомо планувати життєві цілі та підтримувати активність щодо їх досягнень.

За період існування України як самостійної держави було прийнято Закон України "Про психіатричну допомогу" [18], постанову Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих" [19] та кілька відомчих наказів Міністерства охорони здоров'я. Але всі зазначені вище документи стосуються в основному вже хворих людей. Ми ж вважаємо, що основою державної політики в галузі психічного здоров'я повинні бути, передусім, заходи, що спрямовані на зміцнення психічного здоров'я та профілактику психічних захворювань (підкреслено нами - авт.). Відсутність в Україні належного нормативно-правового забезпечення охорони психічного здоров'я дає підстави для висновку, що на сьогодні масштабність даної проблеми фахівцями з державного управління охороною здоров'я поки що недооцінюється.

Відомі в Україні учені в галузі соціальної медицини проф. В.Ф. Москаленко та Т.С. Грузева, досліджуючи історичні аспекти становлення та розвитку права на психічне здоров'я стверджують, що "...психосоціальна компонента права на здоров'я була включена до нього дещо пізніше, ніж фізична, оскільки саме значення терміна "здоров'я" формувалося і розширювалося поступово" [20]. Принагідно слід зауважити, що в Україні процес включення до поняття "здоров'я" ще й важливої його складової - "психічне здоров'я" - відбувається тільки останніми роками. Хоча, як підкреслювалося вище, нам не вдалося знайти наукових досліджень в яких би глибоко досліджувався семантичний зміст та межі застосування категорії "психічне здоров'я" з використанням підходів металогіки.

Медична громадськість світу, розуміючи масштабність досліджуваної проблеми, продовжує наполегливо перейматися охороною психічного здоров'я. Так, у січні 2005 р. в Гельсінкі (Фінляндія), як відомо, відбулася Міжнародна конференція ВООЗ, на якій прийнято "Європейську декларацію з охорони психічного здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення" [21] та "Європейський план дій з охорони психічно-

го здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення" [22]. В даних документах, підписаних й Україною, зокрема, зазначається, що європейська спільнота усвідомлює, що психічне здоров'я - одна з найважливіших складових людського, соціального і економічного капіталу націй і тому психічне здоров'я слід розглядати як невід'ємний та необхідний компонент соціальної політики в інших галузях. Конференція закликала державні структури, відповідальні за питання охорони здоров'я, прийняти науково обґрунтовані комплексні стратегії охорони психічного здоров'я і розглянути шляхи і способи розробки, здійснення і подальшого розвитку таких стратегій з врахуванням існуючих в окремих державах конституційних структур та обов'язків. Дієвим механізмом реалізації задекларованих положень щодо охорони і зміцнення психічного здоров'я, профілактики, лікування та соціальної реабілітації хворих на психічні розлади, на думку учасників даної конференції, має стати практична реалізація Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я [22]. Серед організаційно-правових аспектів, які повинні забезпечити практичну реалізацію даного плану, учасники Європейської конференції ВООЗ виділили наступні:

" зробити питання охорони психічного здоров'я невід'ємною частиною громадського здоров'я;

" передбачити включення питань охорони психічного здоров'я і прийняття відповідних заходів у рамках нових і вже існуючих національних стратегій та законодавчих актів;

" включати питання охорони психічного здоров'я до програм, які стосуються гігієни праці й техніки безпеки;

" здійснювати оцінку потенційного впливу будь-якої нової стратегії на технічне благополуччя населення до початку її реалізації та вивчати отримані результати після її завершення.

Виходячи з того, що Україна обрала для себе політичний курс на європейську та євроатлантичну інтеграцію, є підстави сподіватися, що європейські стандарти щодо психічного здоров'я - як важливої складової державної політики, нарешті стануть для нас новою парадигмою психічного здоров'я в контексті державної політики України в галузі охорони здоров'я. Першим кроком у вирішенні даної проблеми можна вважати затвердження Київською "Програмою удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення Києва" [23].

Література:

1. Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: (Филос.-метод. анализ). - К.: Центр практичної філософії, 2001. - 240 с.
2. Радиш Я. Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я, - Вісник УАДУ, - 2001. - № 4. - С. 209 - 214.
3. Губерная Г.К., Ильющенко В.Г. Власть и управление // Менеджер: Вестник ДонДУУ. - Донецк, 2003. - № 2 (24). - С.7 - 17.
4. Державна політика: аналіз та впровадження в Україні: Конспект лекцій до навч. модуля / Уклад. В.А. Ребкало, В.В. Тертичка. - К.: Вид-во УАДУ, 2002. - 80 с.
5. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія). Передмова і загальна редакція - проф. Н.Р. Нижник. - К.: Вид-во УАДУ, 2001. - 360 с.
6. Конституція України: Прийнята на п'ятій сес. Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. - К.: Юрінком, 1996.
7. Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313/2000 / Офіц. вісн. України. - 2000. - № 49. - С. 5.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відом. Верховної Ради України. - 1993. - №4. - С.20.
9. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації": Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 4. - К., 2002.
10. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін.. - К.: Здоров'я, 2003. - 396 с.
11. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І.М. Солоненка, Л.І. Жаліло. - К.: Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.
12. Голубчиков М.В., Петриченко О.О. Ресурсне забезпечення та госпіталізована захворюваність хворих на розлади психіки та поведінки в Україні // Психічне здоров'я / Mental Health. - 2005. - № 2 (7). - С. 28 - 32.
13. Лепський Г.В. Про необхідність та сутність багатоканальної системи фінансування психіатричної лікарні в умовах перехідної економіки // Психічне здоров'я / Mental Health. - 2005 - № 2 (7). - С. 77 - 78.
14. Кризина Н. Право українського народу на фізичне й психічне здоров'я та його охорону: юридичні гарантії реалізації // Вісник НАДУ, 2004. - № 4. - С.276 - 280.
15. Стефанчук Р.О. Право на психічне здоров'я та юридичні гарантії його реалізації і захисту // Вісн. Хмельниц. Ін.-ту регіон. управ. та права. - 2003. - № 3-4 (7-8). - С. 70 - 79.
16. Панда О.О. Поняття та зміст права на здоров'я // Вісн. Хмельниц. Ін.-ту регіон. управ. та права. - 2003. - № 3-4 (7-8). - С. 79 - 84.
17. Стефанчук Р.О., Зелінський А.М. Право на здоров'я як особисте немайнове право фізичних осіб // Вісн. Хмельниц. Ін.-ту регіон. управ. та права. - 2003. - № 2 (6). - С. 44.
18. Закон України "Про психіатричну допомогу" // Офіц. Вісн. України. - 2000. - № 2.
19. Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 вересня 2000 р. № 1465. - К., 2000.
20. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Право на психічне здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та національного рівнів // Психічне здоров'я / Mental Health. - 2004. - № 4 (5). - С.4 - 9.
21. Європейська декларація з охорони психічного здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005) // Психічне здоров'я / Mental Health. - 2005. - № 1 (6). - С.4 - 8.
22. Європейський план дій з охорони психічного здоров'я. Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005) // Психічне здоров'я / Mental Health. - 2005. - № 1 (6). - С. 9 - 17.
23. Програма удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення Києва // Чернівецькі вести, 21 июля 2005 р., с. 5.

## Психічне здоров'я військовослужбовців у надзвичайній ситуації



Г.В. ІВАНЦОВА

Науково-дослідний інститут  
проблем військової медицини  
ЗС України, м.Ірпінь

**Резюме.** Изучалось психическое здоровье травмированных военнослужащих и миротворческого контингента.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, военнослужащие, травма.

**Summary.** Mental health in traumatized servicemen and peacekeeping contingents was studied.

**Key words:** mental health, servicemen, trauma.

**Вступ.** В останнє десятиріччя не тільки в мирний час, але й під час миротворчих операцій в клінічній практиці значне поширення одержали психічні розлади, клінічна структура яких збігається з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР). Протягом життя ПТСР виявляються у близько в 1% населення, а у 15% населення після тяжких травм, пов'язаних з фізичним нападом чи військовими діями, можуть виявлятися окремі симптоми ПТСР. За даними статистики різних воєн і різних армій, психіатричні втрати на театрі воєнних дій складають від 6,6% до 12,7% від чисельності військ і до 30% від загальної кількості санітарних втрат. Крім того, бойові стресові розлади спостерігаються в 20-30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів.

**Метою** дослідження було вивчення стану психічного здоров'я особового складу миротворчого контингенту та військовослужбовців з механічною травмою.

**Об'єктом дослідження** були 98 військовослужбовців, які виконували миротворчу місію в Сьєрра-Леоне та перебували на стаціонарному обстеженні в Миколаївському військовому госпіталі в період з 20 по 30 травня 2004 року (1 група); 101 військовослужбовець з механічною травмою, які перебували на стаціонарному лікуванні в 11 військовому госпіталі у 2004 та 2005 роках (2 група); 50 військових фахівців, які не брали участі в миротворчих місіях та не мали травм, захворювання (3 група, контрольна). Середній вік обстежуваних складав 20-25 років. Обстеження особового складу зазначених груп було одноразовим індивідуальним та проводилося в першій половині дня.

Для вивчення психічного здоров'я військовослужбовців застосовувалися психодіагностичні **методики**: тест Люшера, "Метод портретних виборів" Сонді.

Тест Люшера - проєктивна методика дослідження особистості, основана на наданні суб'єктивної переваги кольоровим стимулам. Інтерпретація отриманого ряду суб'єктивної переваги кольору спирається на: припущення

про те, що кожному кольору притаманне певне символічне значення. Вважається, що ряд кольорової переваги віддзеркалює індивідуальні особливості досліджуваного. Ця методика, крім змістовної характеристики емоційно-вольової сфери військовослужбовця, дає змогу отримувати ще й деякі кількісні показники, наприклад, ступінь стійкості до стресу, що визначається порівнянням кольорового вибору респондента з так званою аутогенною нормою. Відхилення від цієї "норми" в балах набувають значення від 0 (вибір військовослужбовця повністю збігається з "нормою") до 32 балів. Коефіцієнт вважається оптимальним при значеннях від 3 до 13 балів. Менші значення цього коефіцієнта вказують на недостатній рівень мобілізації ресурсів воїна для протидії стресу, а великі - на виснаження адаптаційних резервів. При значенні коефіцієнта, що перевищує 24 бали, психічна стійкість до стресу вважається недостатньою [1,2].

"Метод портретних виборів" Сонді використовувався для виявлення якісних особливостей структури особистості, основних потреб і специфіки їхнього задоволення. Стимульний матеріал був представлений шістьма серіями портретів. У кожній серії - вісім портретів психічно хворих людей, у кожного з яких у найбільш чистому вигляді подано певну патологію: сексуальна недиференційованість, садизм, агресивність, епілептоїдні риси, істеричні, кататонічні прояви, паранояльність, депресія, маніакальний стан [3].

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними досліджень за допомогою тесту Люшера оптимальна стійкість до стресу відмічається у 66,33% військовослужбовців 1-ї групи, у 42,58% - 2-ї групи та у 66% - 3-ї групи. У 28,57% респондентів 1-ї групи, 38,61% - 2-ї групи та 30,0% - 3-ї групи виявлено виснаження адаптаційних резервів. Недостатня психічна стійкість до стресу відмічається у 5,1% особового складу 1-ї групи, у 18,81% - 2-ї групи та у 4,0% - 3-ї групи (табл.1).



Таблиця 1.

## Ступінь стійкості військовослужбовців до стресу

№	Показники	1 група		2 група		3 група	
		Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
1.	Оптимальна стійкість до стресу	65	66,33	43	42,58	33	66,0
2.	Виснаження адаптаційних резервів	28	28,57	39	38,61	15	30,0
3.	Недостатня психічна стійкість до стресу	5	5,10	19	18,81	2	4,0

Вектор сексуальних потреб S складається з двох факторів - h та s. Фактор h декларується Сонді як Ерос-фактор, тобто як включення, яке притягує один до одного живе і утримує разом, породжує любов і ніжність та обумовлює найвищі очікування людини в любові від всього, що існує в світі. Суть фактору s полягає в потребі до краху та самодеструкції, в садизмі та мазохізмі, в активності й пасивності (табл. 2). Показник h+s+ вказує на неможливість реалізації еротичної потреби у зв'язку з розладами структури Я та надмірне напруження деструктивної потреби, що може призвести до суспільно небезпечних дій. Такі розлади спостерігаються у 21,78% військовослужбовців 2-ї групи та 1,02% - 1 групи. Значення h+s- вказує на неможливість реалізації еротичної потреби осо-

бистістю та нахил до самодеструкції. Такі реакції наводять на підозру про хворобливу форму мазохізму та про придушення або витіснення виразних руйнівних тенденцій. Відмічаються зазначені розлади у 23,76% респондентів 2-ї групи, у 15,31% - 1-ї групи та 6,0% - 3-ї групи. Згідно з даними показника h+s0 - лібідо - застійні прояви спостерігаються у 23,47 % особового складу 1-ї групи, 18,81 % - 2-ї групи та 24,0% - 3-ї групи. У таких осіб спостерігаються прояви безрозсудливої агресії або мазохистських тенденцій. Витіснення або придушення Ерос-тенденцій та нахил до самодеструкції (показник h-s-) спостерігається тільки у 7,93% військовослужбовців 2-ї групи, у осіб інших груп він взагалі відсутній.

Таблиця 2.

## Сполучення h та s- факторів у векторі S, що діагностовано серед учасників досліджень

Показники	1 група		2 група		3 група	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
h+ s+	1	1,02	22	21,78	0	0
h+ s-	15	15,31	24	23,76	3	6
h+ s0	23	23,47	19	18,81	12	24
h- s+	1	1,02	2	1,98	0	0
h- s-	0	0	8	7,93	0	0
h- s0	5	5,10	7	6,93	5	10
h0 s+	6	6,12	5	4,95	4	8
h0 s-	7	7,14	7	6,93	4	8
h0 s0	40	40,82	7	6,93	22	44

Перманентне задоволення Ерос - потреби у професійній та духовній діяльності індивіду, тобто соціалізація потягу, сублімації (показник h0s-) спостерігається у 8,0% осіб 3-ї групи, 7,14% - 1-ї групи та 6,93% - 2-ї групи. У таких осіб садизм відносно переважає, тому що Ерос - фактор - симультанно знижений. Перед нами чарівна особистість з нахилом до агресії, "кат с серцем голуба". Зниження активності та агресивності при вираженій потребі реалізуватися в обох напрямках, але при відсутності реальної можливості проявити активність (показ-

ник h0s0) спостерігається у 44,0% військовослужбовців 3 групи, 40,82% - 1 групи та у 6,93% - 2 групи.

Отже, згідно з даними вектору S у 21,78% військовослужбовців з механічною травмою спостерігається надмірне напруження деструктивної потреби, 23,76% - неможливість реалізації еротичної потреби особистістю та нахил до самодеструкції, у 18,81% - лібідо - застійні прояви. У 40,82% особового складу миротворчого контингенту помічено зниження активності та агресивності, у 23,47% - лібідо - застійні про-

яви та у 15,31% - нахил до самодеструкції. У 44,0% респондентів контрольної групи спостерігається зниження активності та агресивності та у 24,0% - лібідо - застійні прояви.

Вектор пароксизмального потягу Р - основа етико-моральної поведінки. Вектор Р складається з е та hy - факторів (табл. 3). Прояви емоційної екзальтованості, "афективної поведінки", пов'язані з демонструванням своєї совісті та справедливості; прилив афектів при істероїдному характері або істерії (е+ hy+) спостерігаються у 9,90% травмованих та 1,02% миротворців. Добродушність та лагідність Авеля; совісність, боязка сором'язливості та висока моральність (е+ hy-) спостерігаються у 19,8% особового складу 2-ї групи та 1,02% - 1-ї групи. Совісність, що проявляється фобіями (е+hy0) виявлено у 21,43% військовослужбовців 1 групи, у 16,83% - 2 групи та у 20,0% - 3 групи. Прояв надмірного накопичення грубого афекту, що може призвести до невідворотних вчинків або спалахів емоцій; демонстрування каїнових злобних тенденцій (е-hy+) спостерігається у 4,95% травмованих та 1,02% миротворців. Без-

перервно зростає паніка; афективна реакція паніки (е- hy-) у 6,0% особового складу 3-ї групи, у 5,95% - 2-ї групи та 4,08%- 1-ї групи. Надмірне накопичення грубого афекту, що може призвести до невідворотних вчинків або спалахів емоцій (е-hy0) спостерігається у 10,0% військовослужбовців 3-ї групи, у 6,12% - 1-ї групи та у 4,95% - 2-ї групи. Накопичені лють та гнів не регулюються фактором сором'язливості, стриманості. Ослаблення етичної орієнтації при домінуючому марнославстві, тенденція до демонстрування без контролю з боку етичної цензури (е0hy+) виявлено у 11,88 % травмованих, у 7,14 % миротворців та у 4,0% особового складу контрольної групи. Сенситивний страх відносин, сумніви совісті призводять до розрядження грубих афектів та ознака сенситивного страху відносин, в тяжких випадках параноїчна афективна реакція (е0hy-) спостерігаються у 14,0% респондентів 3-ї групи, у 11,88% - 2-ї групи та в 11,23% - 1-ї групи. Тотальна афективна розрядка, стан після бурі або гніву (е0hy0), виявлена у 46,94 % миротворців, у 46,0% - контрольної групи та 13,86% -травмованих.

Таблиця 3.

Сполучення е та hy- факторів у векторі Р, що діагностовано в учасників досліджень

Показники	1 група		2 група		3 група	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
е+ hy+	1	1,02	10	9,90	0	0
е+ hy-	1	1,02	20	19,80	0	0
е+ hy0	21	21,43	17	16,83	10	20
е- hy+	1	1,02	5	4,95	0	0
е- hy-	4	4,08	6	5,95	3	6
е- hy0	6	6,12	5	4,95	5	10
е0 hy+	7	7,14	12	11,88	2	4
е0 hy-	11	11,23	12	11,88	7	14
е0 hy0	46	46,94	14	13,86	23	46

Згідно з даними вектора Р (табл. 3), у 21,43% особового складу 1-ї групи відзначалися прояви совісності, що проявляються фобіями, у 11,23% - ознаки сенситивного страху відносин, в тяжких випадках параноїчної афективної реакції, у 46,94% - тотальна афективна розрядка. У 19,80% військовослужбовців 2-ї групи спостерігається боязка сором'язливості та висока моральність, у 16,83% - совісність, що проявляється фобіями, в 13,86% - тотальна афективна розрядка, у 11,88% - ознаки сенситивного страху відносин, у тяжких випадках параноїчної афективної реакції, в 11,88% - тенденція до демонстрування без контролю зі сторони етичної цензури. У 46,0% респондентів 3-ї групи спостерігається тотальна афективна розрядка, у 20,0% - прояви совісності, що проявляються фобіями та у 14,0% - ознаки сенситивного страху відносин, в тяжких випадках парано-

їчної афективної реакції.

Вектор Sch - Я -потягу. Він складається з к та р - факторів (табл. 4). Відповідно до сполучення к+р+ особистість не тільки відчуває потребу бути всім, але й мати все, тобто прагнути до всемогутності. Такі ознаки зустрічаються у 0,99% респондентів 2-ї групи, у 2,04% - 1-ї групи та у 2,0% - 3-ї групи. Показник к+р- виділяє аутистично імпульсивне дитяче незріле Я з егоїстичними, егоцентричними, нарцистичними нахилами у 6,93% травмованих. к+р0 - ознака латентного домінування інтроєкції в структурі Я, що характерно для пубертатного віку, коли в цю структуру включаються знання про зовнішній світ і особливо - мова. Влада буття переходить в владу володіння, як це буває при фетишизмі, садизмі, мазохізмі, ексгібіціонізмі. Зазначені ознаки спостерігаються у 5,95% травмованих військовослужбовців.

Таблиця 4.

## Сполучення k та p- факторів у векторі Sch, що діагностовано в учасників досліджень

Показники	1 група		2 група		3 група	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
k+ p+	2	2,04	1	0,99	1	2
k+ p-	0	0	7	6,93	0	0
k+ p 0	0	0	6	5,95	0	0
k- p+	11	11,23	22	21,78	3	6
k- p-	3	3,06	14	13,86	0	0
k- p0	30	30,61	28	27,72	18	36
k0 p+	18	18,37	5	4,95	10	20
k0 p-	5	5,10	9	8,91	1	2
k0 p0	29	29,59	9	8,91	17	34

Прояви гальмування Я потягів (к- р+) спостерігаються у 21,78% респондентів 2-ї групи, у 11,23% - 1 групи та у 6,0% - 3-ї групи. Тенденція до пристосування, проєкція є одною з ознак муштрованого Я, реакції пристосування (к-р-) відмічається у 13,86% травмованих та у 3,06% миротворців. Невроз витіснення (к-р0) спостерігається у 36,0% військовослужбовців 3-ї групи, у 30,61% -1-ї групи та у 27,72 % - 2-ї групи. Сила гальмівного контролю реальності відносно слабка (к0р+) у 20,0% особового складу контрольної групи, у 18,37% миротворців та у 4,95 % травмованих. Показник к0р- характерний для емоційно незрілих невротиків. Найбільший показник спостерігається у військовослужбовців з механічною травмою (8,91%). Усунення реакції потягу з усвідомлених потреб, що сполучено зі слабкістю Я (к0р0) спостерігається у 34,0% особового складу 3 -ї групи, у 29,59% - 1-ї групи та у 8,91% - 2-ї групи.

Згідно з даними вектора Sch у 30,61% респондентів 1-ї групи виявлено прояви неврозу витіснення, у 29,59 % - прояви усунення реакції потягу з усвідомлених потреб сполученого

зі слабкістю Я, у 18,37 % - відносно слабку силу гальмівного контролю реальності, у 11,23% - прояви гальмування Я-потягів. У 27,72% військовослужбовців 2-ї групи спостерігаються прояви неврозу витіснення, у 21,78 % - прояви гальмування Я потягів, а у 13,86% - тенденція до пристосування. У 36,0% особового складу 3-ї групи виявлено ознаки неврозу витіснення, у 34,0 % -слабкість Я та у 20,0% - відносно слабку силу гальмівного контролю реальності.

Вектор С - контактний потяг. Включає в себе фактори d та m (табл. 5). Тенденція до пошуку при одночасному чіплянні до старого об'єкту (d+m+) характерна для 2,97% травмованих респондентів та 1,2% миротворців. Для таких осіб характерна надмірна готовність до різних напрямків в сексуальних тенденціях та ознака поганої концентрації уваги в службовій діяльності; надмірна відкритість у прагненні до контактів з оточенням у плані достатку об'єктів. Приділяють велику увагу та цікавляться новими об'єктами (d+m) 5,94% травмованих та 2,0% військовослужбовців контрольної групи.

Таблиця 5.

## Сполучення d та m- факторів у векторі С, діагностовані в учасників досліджень

Показники	1 група		2 група		3 група	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
d+ m+	1	1,02	3	2,97	0	0
d+ m-	0	0	6	5,94	1	2
d+ m 0	3	3,06	8	7,92	1	2
d- m+	9	9,18	53	52,48	4	8
d- m-	0	0	5	4,95	1	2
d- m0	14	14,29	11	10,89	8	16
d0 m+	15	15,31	6	5,94	9	18
d0 m-	10	10,20	5	4,95	6	12
d0 m0	46	46,94	4	3,96	20	40

Потреба пошуку в контактному просторі стає домінуючою, так як "прив'язування" мінімальне або відсутнє ( $d+m0$ ) спостерігається у 7,92% респондентів 2-ї групи, у 3,06% - 1-ї групи та у 2,0% - 3-ї групи. У таких осіб виявлено зниження продуктивності в виконанні службових обов'язків. Пролонгований зв'язок з матір'ю, що проявляється інцестуозною любов'ю або інцестуозною ненавистю ( $d-m+$ ), виявлено у 52,48% військовослужбовців 2-ї групи, у 9,18% - 1-ї групи та у 8,0% - 3-ї групи. Для зазначених осіб характерна нездатність перелаштуватися на інший тип діяльності та інфантилізм в сфері міжособистісних контактів. Блокада контактів стає небезпечною тому, що індивід липне до об'єкту, від якого він реально вже віддалений ( $d-m-$ ), спостерігається у 4,95% особового складу 2-ї групи та у 2,0% - 3-ї групи. Цей ірреальний зв'язок унеможлиблює нові зв'язки, заперечення радощів буття. Так буває у хворих з проявами марення, при тяжких страхах, у маніакальних хворих, коли контакт з оточуючим світом порушений. Можуть бути суїцидальні тенденції. Інерція старого сильніша ( $d-m0$ ) спостерігається у 14,29% миротворців, у 10,89% травмованих та у 16,0% - контрольної групи. Індивід нездатний перелаштуватися і готовність до змін відсутня. Нормальна комунікативність ( $d0m+$ ) спостерігається у 5,94% респондентів 2-ї групи, у 15,31% - 1-ї групи та у 18,0% - 3-ї групи. Пошук нового об'єкту не є настійним та невід'ємним, оскільки індивід відчуває себе прийнятим, не відстороненим. Відчуття самотності не підлягає контролю і призводить до нестійкості, клоунським реакціям ( $d0m-$ ), відмічено у 12,0% респондентів 3-ї групи, у 10,20% - 1-ї групи та у 4,95% - 2-ї групи. Після "відв'язування" від попереднього об'єкту прив'язаності індивід не проявляє тенденції до диференційного вибору нового об'єкту, а нерозбірливо активний. Тенденція до зміни повністю відсутня ( $d0m0$ ) у 46,94% миротворців, у 3,96% травмованих та у 40,0% військовослужбовців контрольної групи. Такий стан співзвучний настрою дитини, для якої стало в подальшому неможливим "прив'язування" до матері.

Згідно з даними вектору С у 46,94% респондентів 1-ї групи тенденція до комунікатив-

них змін повністю відсутня, 14,29% - не здатні перестроїтися і тільки у 15,31% мають нормальну комунікативність. У 52,48% військовослужбовців 2-ї групи спостерігає пролонгований зв'язок з матір'ю, що проявляється інцестуозною любов'ю або інцестуозною ненавистю, 10,89% - не здатні перебудуватися, тільки 5,94% респондентів мають нормальну комунікативність. У 40,0% особового складу 3-ї групи тенденція до зміни повністю відсутня, 16,0% - не здатні перелаштуватися і у них готовність до змін відсутня, у 12,0% - відчуття самотності не підлягає контролю і призводить до нестійкості, лише у 18,0% респондентів виявлено нормальну комунікативність.

#### Висновки:

1. Найбільше виснаження адаптаційних резервів та недостатня психічна стійкість до стресу спостерігаються у військовослужбовців з механічною травмою (38,61% та 18,81% відповідно). Для травмованих характерні прояви емоційної екзальтованості, "афективної поведінки", тенденція до демонстрування без контролю зі сторони етичної цензури, ознаки сенситивного страху відносин, тенденція до пристосування за рахунок гальмування Я-потягу, пролонгований зв'язок з матір'ю.

2. Для особового складу миротворчого контингенту характерні ознаки тотальної афективної розрядки, відносно слабка сила гальмівного контролю реальності, усвідомлене придушення Я-потягу, небажання йти на компроміс у комунікативній сфері.

3. Для особового складу 1 та 2 досліджуваних груп характерні: неможливість реалізації еротичної потреби у зв'язку з розладами структури Я, надмірне напруження деструктивної потреби, прояви гальмування, нездатність пристосуватися в сфері міжособистісних контактів.

4. Для особового складу всіх груп дослідження характерні зниження активності, агресивності та лібідо-застійні прояви, совісність з фобіями, невроз витіснення.

5. Військовим лікарям слід більше уваги приділяти ранній діагностиці, лікуванню та профілактиці психічних розладів у військовослужбовців у надзвичайних ситуаціях.

#### Література:

1. Драгунський В.В. Цветовой личностный тест: Практическое пособие. - Минск: Харвест, 1999. - 444 с.
2. Ягупов В. Військова психологія.-К.: ВК ТОВ "Тандем", 2004. - 648 с.
3. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности.-М.ИПП-ИСП, 2000.-С. 126-191.



## РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ, ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.895:335

### **Виявлення найбільш значущих факторів ризику дезадаптаційних розладів у військовослужбовців строкової служби**



Д.А. ІВАНОВ,  
С.В. НЕСТЕРОВСЬКА,  
Є.Б. ЛОПІН  
Науково-дослідний  
інститут проблем  
військової медицини  
Збройних Сил України,  
м. Ірпінь

**Резюме.** Рассмотрены вопросы дезадаптационных срывов у военнослужащих срочной службы. Показана градация факторов риска, связанных с условиями военной службы, через взгляд на проблему врачей-психиатров, командиров подразделений военных частей, самих военнослужащих срочной службы.

**Ключевые слова:** военнослужащие срочной службы, дезадаптационные срывы, факторы риска.

**Summary.** The questions of desadaptational failures at the military men of an urgent service are considered. The gradation of risk factors connected to conditions of a military service, through a sight on a problem of the doctors - psychiatrists, commanders of divisions of military parts, military men of a urgent service is shown.

**Key words:** the military men of an urgent service, desadaptational failures, risk factors.

**Вступ.** Як відомо, феномени збудливості, страху, соматогенна та ситуаційна динаміка знаходяться в безпосередньому зв'язку як з вродженими психофізіологічними особливостями особистості, так і з психотравмуючими ситуаціями, до яких вони чутливі.

На психічний стан здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України впливає багато факторів, як особистісних, так і зовнішніх (пов'язаних з умовами військової служби); деякі з них непритаманні для цивільного суспільства.

Для аналізу цих факторів ми застосували метод експертних оцінок, а саме - ранжирування, коли кожному експерту пропонується присвоїти усім факторам, що впливають на стан здоров'я, відповідні ранги в залежності від ступеня впливу. Способом проведення експертних оцінок було обрано анкетування, в якому взяли участь різні експерти. В анкетах були відокремлено в залежності від різниці в фінансовому забезпеченні та особливостей впливу соціальних факторів військовослужбовці строкової служби, офіцери та лікарі-психіатри.

Вагові коефіцієнти дають уявлення про ступінь впливу окремого фактору на процес, показник або явище, в порівнянні з іншими факторами. Тому результати відповідей експертів нами були за відповідною методикою [1,2] математично оброблені, в результаті чого ми розраховували вагові та нормовані вагові коефіцієнти для кожного фактора, які визначались окремо для військовослужбовців строкової служби, офіцерів і лікарів-психіатрів.

Для визначення найбільш значущих фак-

торів ризику дезадаптації, які обумовлені умовами військової служби, було виділено п'ятнадцять факторів ризику, пов'язаних з умовами військової служби:

" обмеження свободи дій (статутний розклад дня, нічні чергування);

" нові умови життя - замкнений простір (казарма);

" незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею);

" очікування брутальності, образи, припинення людської гідності з боку солдатів старших призовів (нестатутні стосунки);

" можливі конфлікти з начальниками-сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних стосунків);

" страх відповідальності за невиконання наказів;

" необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі;

" обов'язкове носіння військової форми;

" відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями;

" віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних);

" розлука з дівчиною, жінкою;

" зрада коханої;

" обмеження сексуальних стосунків;

" страх перед зброєю;

" страх погіршення стану здоров'я.

Таблиця 1.

**Значущість факторів ризику формування у військовослужбовців строкової служби дезадаптаційних розладів, пов'язаних з умовами військової служби: погляд на проблему лікарів-психіатрів та військовослужбовців строкової служби**

№	Фактори ризику, пов'язані з умовами військової служби	Лікарі-психіатри, n=32			Військовослужбовці строкової служби, n=251		
		Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці
		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості	
1	обмеження свободи дій (уставний розклад дня, нічні чергування)	5,2344	10	0,4885	10,8685	1	1,0000
2	нові умови життя - замкнений простір (казарма, т. ін.)	5,6380	9	0,5261	6,2651	8	0,5764
3	незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею)	2,2786	15	0,2126	9,3334	3	0,8383
4	очікування брутальності, образи, приниження людської гідності з боку солдатів старших призовів (нестатутні стосунки)	9,0495	5	0,8445	1,6717	15	0,1538
5	можливі конфлікти з начальниками -сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних взаємин)	9,5313	3	0,8494	5,9086	10	0,5436
6	страх відповідальності за невиконання наказів	8,5417	6	0,7971	5,3564	11	0,4928
7	необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі	8,9844	6	0,8384	5,2861	12	0,4864
8	обов'язкове носіння військової форми	2,5781	13	0,2406	4,9498	13	0,4554
9	відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями	6,1719	8	0,5759	7,3946	6	0,6804
10	віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних)	10,2474	2	0,9563	10,6727	2	0,9820
11	розлука з дівчиною, жінкою	9,2839	4	0,8663	7,9066	5	0,7275
12	зрада коханої	10,7161	1	1,0000	5,9237	9	0,6450
13	обмеження сексуальних стосунків	4,8958	11	0,4569	7,3645	7	0,6776
14	страх перед зброєю	4,3229	12	0,4034	3,1175	14	0,2868
15	страх погіршення стану здоров'я	2,5260	14	0,2357	8,2028	4	0,7547

Таблиця 2.

**Значущість факторів ризику формування дезадаптаційних розладів, пов'язаних з умовами військової служби (термін служби до півроку) у військовослужбовців строкової служби: погляд на проблему командирів підрозділів військових частин та військовослужбовців строкової служби**

№	Фактори ризику, пов'язані з умовами військової служби	Думка офіцерів про солдат з вислугою до півріччя), n= 30			Військовослужбовці строкової служби (термін служби до півріччя), n= 83		
		Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці
		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості	
1	обмеження свободи дій (установний розклад дня, нічні чергування)	9,1898	2	0,9452	9,0833	4	0,9160
2	нові умови життя - замкнений простір (казарма, т. ін.)	4,9769	12	0,5119	6,6250	8	0,6681
3	незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею)	6,8981	8	0,7095	6,3333	9	0,6387
4	очікування брутальності, образи, приниження людської гідності з боку солдатів старших призовів (нестатутні стосунки )	3,2407	14	0,3333	6,2500	10	0,6303
5	можливі конфлікти з начальниками -сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних взаємин)	8,8194	4	0,9071	7,7708	6	0,7836
6	страх відповідальності за невиконання наказів	8,2639	6	0,8500	6,7080	7	0,6765
7	необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі	5,6019	10	0,5762	4,5833	13	0,4622
8	обов'язкове носіння військової форми	3,2870	13	0,3381	2,2708	15	0,2290
9	відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями	5,9259	9	0,6095	4,7917	12	0,4832
10	віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних)	8,3109	5	0,8548	9,1250	3	0,9202
11	розлука з дівчиною, жінкою	9,7222	1	1,0000	8,8750	5	0,8950
12	зрада коханої	9,1435	3	0,9405	9,3542	2	0,9433
13	обмеження сексуальних стосунків	8,2407	7	0,8476	5,8333	11	0,5882
14	страх перед зброєю	3,2407	15	0,3333	2,4792	14	0,2500
15	страх погіршення стану здоров'я	5,1389	11	0,5286	9,9167	1	1,0000

**Значущість факторів ризику формування дезадаптаційних розладів, пов'язаних з умовами військової служби (термін служби більше півроку у військовослужбовців строкової служби): погляд на проблему командирів підрозділів військових частин та військовослужбовців строкової служби**

№	Фактори ризику, пов'язані з умовами військової служби	Думка офіцерів про солдат з вислугою більше півроку, n=30			Військовослужбовці строкової служби (термін служби більше півроку), n=168		
		Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці
		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості	
1	обмеження свободи дій (уставний розклад дня, нічні чергування)	7,6250	6	0,7224	10,9788	1	1,0000
2	нові умови життя - замкнений простір (казарма, т. ін.)	6,2361	9	0,5908	6,2103	8	0,5657
3	незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею)	3,7361	13	0,3539	9,4378	3	0,8596
4	очікування брутальності, образи, приниження людської гідності з боку солдатів старших призовів (нестатутні стосунки)	9,7778	3	0,9263	1,6733	15	0,1524
5	можливі конфлікти з начальниками -сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних взаємин)	8,5278	5	0,8079	6,0516	9	0,5512
6	страх відповідальності за невиконання наказів	6,3472	8	0,6013	5,4299	11	0,4946
7	необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі	5,2083	12	0,4934	5,4034	12	0,4922
8	обов'язкове носіння військової форми	1,7361	15	0,1645	5,1257	13	0,4669
9	відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями	5,3333	11	0,5053	7,7315	5	0,7042
10	віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних)	10,5556	1	1,0000	10,7738	2	0,9813
11	розлука з дівчиною, жінкою	9,0556	4	0,8579	7,7249	6	0,7036
12	зрада коханої	10,2500	2	0,9711	5,6217	10	0,5120
13	обмеження сексуальних стосунків	7,6250	7	0,7224	7,3082	7	0,6657
14	страх перед зброєю	2,4583	14	0,2329	2,7381	14	0,2494
15	страх погіршення стану здоров'я	5,5278	10	0,5237	7,7910	4	0,7096



Таблиця 4.

**Значущість факторів ризику формування дезадаптаційних розладів у військовослужбовців строкової служби, пов'язаних з умовами військової служби: погляд на проблему військовослужбовців строкової служби: здорових та з пограничною психопатологією (без грубих розумових порушень)**

№	Фактори ризику, які пов'язані з умовами військової служби	Військовослужбовці строкової служби (здорові), n=251			Військовослужбовці строкової служби (хворі), n=13		
		Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці	Вагові коефіцієнти		Нормовані вагові коефіцієнти в долях одиниці
		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості		Вага фактору, %	Місце за ступенем вагомості	
1	обмеження свободи дій (установний розклад дня, нічні чергування)	10,8685	1	1,0000	6,5064	9	0,6344
2	нові умови життя - замкнений простір (казарма, т. ін.)	6,2651	8	0,5764	7,5325	5	0,7344
3	незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею)	9,3334	3	0,8383	3,5256	14	0,3438
4	очікування брутальності, образи, приниження людської гідності зі сторони солдатів старших призо вів (нестатутні стосунки)	1,6717	15	0,1538	9,6474	3	0,9406
5	можливі конфлікти з начальниками -сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних взаємин)	5,9086	10	0,5436	10,1923	2	0,9938
6	страх відповідальності за невиконання наказів	5,3564	11	0,4928	6,5064	10	0,6181
7	необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі	5,2861	12	0,4864	6,6346	8	0,6469
8	обов'язкове носіння військової форми	4,9498	13	0,4554	6,5064	11	0,5969
9	відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями	7,3946	6	0,6804	3,5256	15	0,3281
10	віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних)	10,6727	2	0,9820	10,2564	1	1,0000
11	розлука з дівчиною, жінкою	7,9066	5	0,7275	6,6667	7	0,6500
12	зрада коханої	5,9237	9	0,6450	6,7628	6	0,6594
13	обмеження сексуальних стосунків	7,3645	7	0,6776	4,0705	12	0,3969
14	страх перед зброєю	3,1175	14	0,2868	3,6538	13	0,3563
15	страх погіршення стану здоров'я	8,2028	4	0,7547	8,7179	4	0,8500

Таблиця 5.

## Показники варіації відповідей експертів

Фактори ризику, пов'язані з умовами військової служби	Показники варіації відповідей					
	Військовослужбовці строкової служби, n =251		Командири підрозділів, n =30		Лікарі-психіатри, n=32	
	$\mu$	$\Delta$	$\mu$	$\Delta$	$\mu$	$\Delta$
обмеження свободи дій (уставний розклад дня, нічні чергування)	0,90844618	2,226858	0,94250000	2,298850	0,90087891	1,354838
нові умови життя -замкнений простір (казарма, т.ін.)	0,98140849	4,485454	0,97283951	2,217241	0,84309896	1,659274
незвичне харчування (в порівнянні з домашньою їжею)	0,95452058	3,439905	0,96444444	2,011494	0,83496094	0,991935
очікування брутальності, образи, приниження людської гідності зі сторони солдатів старших призовів (нестатутні стосунки)	0,72450444	1,838965	0,98400000	1,988505	0,7690497	1,683467
можливі конфлікти з начальниками -сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання (особливості субординаційних взаємовідносин)	0,98137818	4,231560	0,93460317	1,967816	0,41015625	0,471774
страх відповідальності за невиконання наказів	0,97844390	3,473405	0,96790123	2,788505	0,73535156	1,030241
необхідність спілкування з новими (часом неприємними) людьми в обмеженому середовищі	0,96264949	3,505905	0,94476190	2,406896	0,76562500	0,881048
обов'язкове носіння військової форми	0,96520333	3,664413	0,94984127	1,988505	0,89843750	3,048387
відчуття безглуздості та безперспективності військової служби, необхідність оволодіння військовими спеціальностями	0,98328439	3,726711	0,98285714	2,896551	0,64453125	0,963709
віддалення від сім'ї, особливо в період побутових проблем (важке матеріальне становище, хвороби рідних)	0,90256609	2,580664	0,93866667	1,809195	0,73958333	1,040922
розлука з дівчиною, жінкою	0,96202419	3,913605	0,91604938	2,703448	0,88616071	3,237903
зрада коханої	0,98766149	4,120481	0,82539683	2,662068	0,70312500	1,669354
обмеження сексуальних стосунків	0,96644755	3,875404	0,95308642	3,209195	0,84843750	2,008064
страх перед зброєю	0,95611361	2,876873	0,96507937	2,188505	0,72421875	3,030241
страх погіршення стану здоров'я	0,97140369	4,567146	0,95061728	2,885057	0,77343750	1,405241

РОЗКЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ, ПСИХОСОМАТИКА

Градацію зазначених факторів ризику (ранг від найбільш значущого до найменш значущого) визначали: лікарі-психіатри зі стажем роботи не менше 10 років - 32 чол., командири підрозділів і офіцери з вислугою більше ніж 10 років (для виключення або зменшення впливу суб'єктивізму в оцінці факторів) - 30 чол. (які давали оцінку двічі - факторам, котрі можуть дезадаптувати "молодого" солдата, і факторам відносно "старослужащих" солдат) оцінювали себе (будучи респондентами соціологічного дослідження) і самі військовослужбовці строкової служби: здорові особи з терміном служби до півроку - 83 чол. і з терміном служби більш ніж півроку - 168 чол. та особи з пограничними психічними розладами з провідним астеничним синдромом - 13 чол. **Результати обстеження** відображено в таблицях 1-5.

З таблиці 1 видно, що на думку лікарів-психіатрів, найбільш значущим фактором ризику дезадаптації, який пов'язаний з умовами військової служби, є "зрада коханої", а у солдат таким фактором на перший план виступав "страх погіршення стану здоров'я".

При цьому достовірна більшість командирів підрозділів вважає, що домінуючим фактором, що визначає дезадаптацію в перші півроку служби, є "віддалення від сім'ї" (табл. 2), а в другий період (наступні півроку) - "зрада коханої" (табл. 3), що може бути пов'язано з ломкою на тлі особливостей юнацького віку.

Військовослужбовців строкової служби було розподілено на дві групи респондентів соціологічного опитування: здорові та хворі на пограничну психопатологію з астеничним синдромом (без грубих розумових порушень).

Здоровими військовослужбовцями в залежності від терміну служби було виділено різноманітні переважаючі зовнішні фактори ризику дезадаптаційних зривів. При цьому "молоді" солдати з терміном служби до півроку підкреслювали фактор "страх погіршення стану здоров'я" (див. табл. 2), в той час як у солдат в з терміном служби більше ніж півроку акцент зміщувався в бік фактору "обмеження свободи дій (статутний розклад дня, чергування)" (див. табл. 3), що може пояснюватися відносною адаптованістю до оточуючих умов.

Військові, хворі на пограничну психопатологію, як основні причини свого стану відмічали "віддалення від сім'ї" та "конфлікти з начальниками-сержантами і офіцерами" та "нестатутні відносини" (див. табл. 4). Вони частіше пред'являли скарги на тривогу за мамою, сум за улюбленою собакою, неспроможність справлятися зі своїми обов'язками, просили відпустити їх додому, тобто проявляли психоінфантильні ознаки.

Таким чином, в цілому серед всіх провокуючих обставин найбільш значущими видається можливим виділити такі фактори ризику дезадаптації: "віддалення від сім'ї", "зрада коханої", "страх погіршення стану здоров'я" та "кон-

флікти з начальниками-сержантами, офіцерами, несправедливі вимоги, покарання з їхнього боку".

Слід зазначити, що фактор "нестатутних стосунків" (або так звана "дідівщина") в оцінці військовослужбовців строкової служби займав одне з останніх місць, начебто як найменш значущий в їх свідомості стосовно дезадаптаційних розладів. Це може бути пов'язано, на наш погляд, або з дійсним зменшенням цього явища, або, якщо так можна сказати, з "нездійсненими очікуваннями" солдат (тобто про "дідівщину" так багато говорять в засобах масових інформацій, що багато призовників у цьому відношенні сприймають майбутню службу досить насторожено, а коли не знаходять підтвердження в тій же мірі, то вона, "дідівщина" як би де-що дезактуалізується в їх свідомості - може бути так), або "незначущість" цього фактору могла бути результатом побоювань солдатів перед можливими покараннями зі сторони командування (анкетування не анонімне). При цьому треба сказати, що у військовослужбовців з пограничною психопатологією (дезадаптаційними зривами) фактор "нестатутні відносини" займав третє місце. В будь-якому випадку це викликає інтерес та потребує подальшого дослідження.

$\chi^2$  для експертних оцінок зовнішніх факторів ризику дезадаптації стосовно військовослужбовців строкової служби склав 539,05, що відповідає рівню довірчої імовірності 0,99.

$\chi^2$  для експертних оцінок стосовно командирів підрозділів (офіцерів) виявився 228,99, що також відповідає рівню довірчої імовірності 0,99.

$\chi^2$  для експертних оцінок стосовно лікарів-психіатрів був ще вищим - 138,69 (рівень довірчої імовірності 0,99).

Значення  $\mu$ ,  $i$ ,  $\Delta$  наведено в таблиці 5.

Згідно з цими даними найбільшій довірі у військовослужбовців строкової служби заслуговують їх оцінка факторів 4, 10, 15; серед офіцерів - розбіжність відповідей була найменшою в оцінці факторів 4, 5, 8, 10, а з боку лікарів психіатрів найбільш спільною виявилася оцінка факторів 3, 5, 7, 9.

До вагових коефіцієнтів факторів, стосовно яких показники варіації відповідей експертів (особливо показник найменші, слід ставитися з більшою "довірою",  $\Delta$  ніж до інших. Фактори, стосовно яких оцінки експертів значно коливалися, бажано вивчити в майбутньому більш ретельно.

Аналіз варіації дозволяє зробити припущення, що розбіжності у відповідях експертів обумовлені різним накопиченим інформаційним фондом у кожного, різними зайнятими під час служби в збройних силах службовими посадами, різним рівнем підготовки за фахом, особливостями службової та професійної географії, наявністю досвіду бойових дій та ін.

Виходячи з результатів проведених досліджень, доцільно визначати напрямки загальних та індивідуальних підходів до психопрофілактичних заходів у військах.

Слід підкреслити, що у межах психопрофілактичних шляхів у військах на підставі оцінки рядового складу офіцерами доцільно оцінювати і самих офіцерів на предмет адекватності їх уявлень про вплив тих чи інших психотравмуючих обставин на солдат, а також рівня їх знання своїх підлеглих.

В цілому аналіз варіації та узгодженості відповідей експертів дозволяє вважати результати анкетування задовільними, внаслідок чого отримані вагові коефіцієнти можуть використовуватися для:

- визначення пріоритетності профілактичних та інших заходів, спрямованих на підтримання та зміцнення стану психічного здоров'я особового складу Збройних Сил України;
- прогнозування ефекту від спрямованих на покращення стану психічного здоров'я заходів;

- організаторської діяльності медичних начальників усіх рівнів з метою прийняття більш адекватних управлінських рішень.

Через конкретні заходи на випадок можливого домінування будь-якого із перерахованих факторів ризику результати в цьому напрямку можуть знайти своє місце в майбутній системі психопрофілактики пограничних психічних розладів в умовах військової служби.

#### Література:

1. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок (Издание второе, переработанное и дополненное). -Москва: Статистика, 1980. - 263с.
2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - 2-е изд., перераб. и доп. - К.:Морион, 2001. - 408 с.



УДК

## Клінічні прояви органічного ураження головного мозку травматичного генезу, які беруть участь у виникненні агресивної поведінки хворих, котрі спостерігаються амбулаторно



Н.М. ДОРОШЕНКО

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

**Резюме.** С целью определения клинических проявлений агрессии приведены результаты клинко-психопатологического обследования 47 амбулаторных больных, страдающих органическим поражением головного мозга. Клиническая картина заболевания была полиморфной и характеризовалась наличием вербальной, физической агрессии и агрессивными намерениями. В генезе агрессивного поведения принимала участие продуктивная и негативно-личностная симптоматика.

**Ключевые слова:** агрессия, органическое поражение головного мозга, клинические проявления, общественно опасное поведение, психопатологические механизмы, формирование агрессивного поведения.

**Summary.** With the purpose of definition of clinical displays of aggression the results of clinico-pathological inspection of 47 out-patient patients suffering by an organic defeat of a head brain are given. The clinical picture of disease was polymorphic and was characterized by presence of verbal, physical aggression and aggressive intentions. In genesis of aggressive behaviour took part productive and negatively-personal symptomatology.

**Key words:** aggression, organic brain lesion, clinical presentations, legally-dangerous behaviour, psychological and pathological mechanisms, aggressive behaviour formation.

**Вступ.** Наукові праці останніх часів доводять, що агресивність як феномен поведінки є складним біосоціальним явищем, при вивченні якого предметом окремого дослідження є агресія [1, 2, 3, 4]. Сучасні науковці вивчають різні теоретичні та клінічні аспекти, які в той чи інший спосіб пояснюють агресивну поведінку осіб з психічними розладами [5-12]. Зокрема, відзначається кореляція між певними клінічними, соціально-психологічними чинниками та механізмами формування агресивної поведінки й способами її реалізації. На підставі цих даних сформовано концепцію системного підходу до вивчення причин та умов виникнення і реалізації агресивної поведінки психічно хворих [8], а також, на підставі аналізу клінічних та соціальних компонентів агресивної поведінки, вивчається її типологія [12].

На підставі міждисциплінарної класифікації агресії А.В. Морозова нами досліджено її прояви у вигляді: вербальної агресії, агресивних дій та агресивних намірів [10]. Через визначення клінічних детермінант агресивності ми намагалися з'ясувати характер та ступінь небезпечності окремих форм поведінки психічно хворих.

**Метою** даної роботи є вивчення клінічних проявів органічного ураження головного мозку травматичного генезу, наявність яких призводить до виникнення агресії у хворих, котрі знаходяться на амбулаторному спостереженні для подальшого визначення критеріїв призначення їм амбулаторної психіатричної допомоги у примусовому порядку.

### Об'єкт та методи дослідження

Обстежені нами 47 (31-66,0% чоловіків та 16-34,0% жінок) хворих, які перебувають під наглядом психоневрологічних диспансерів м. Києва, страждають на органічне захворювання головного мозку й характеризуються клінічними проявами, що включають агресивність. Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Додатково вивчалися дані ЕЕГ-дослідження, результати неврологічного та психологічного обстеження й, у окремих хворих, дані МРТ.

Вік хворих на період обстеження становив: до 18 р.- 4 (8,5%) хворих; 19-29 р.-21 (44,7%) хворий; 30-39 р.-18 (38,3%) хворих; 40-49 р.- 2 (4,3%) хворих; 50-59 р.-1 (2,1%) хворий; більше 60-ти р.-1 (2,1%) хворий.

**Результати дослідження.** Дані ЕЕГ дослідження виявили у більшості хворих - 34 (72,3%) - дезорганізацію основних коркових ритмів.

Дані патопсихологічного обстеження виявили високий рівень агресивності обстежених хворих.

Дані МРТ вказують на порушення ліквородинаміки, резидуальні явища органічного ураження головного мозку у 5(10,6%) хворих, розширення шлуночків, збільшення субарахноїдальних просторів, вогнищеве витончення мозкової кори та згладженість мозкових звини

- в 4-х (8,5%) з 9-ти (19,1%) обстежених за методом магнітно-резонансної томографії хворих.

Неврологічне обстеження виявило неврологічну симптоматику різного ступеня в усіх досліджуваних хворих: від проявів резидуально-органічного ураження - 17 (36,2%) хворих, що характеризувалися нестійкістю вегетативних реакцій, слабкістю конвергенції, пригніченістю сухожилкових рефлексів, до проявів грубої вогнищевої симптоматики - 30 (63,8%) хворих - з виразною анізорефлексією, підвищенням фізіологічних рефлексів, виявленням патологічних рефлексів, нестійкістю у позі Ромберга, виразними вегетативними розладами (гіпергідрозом, стійким поширеним дермографізмом, порушенням чутливості на окремих ділянках шкіри, гіперсалівацією та інш.)

Клінічна картина травматичного ураження головного мозку була представлена різними психопатологічними феноменами. На період обстеження провідними проявами були наступні синдроми: психопатоподібний (F07.0) - 24 (51,1%) хворих, церебрастенічний (F06.6) - 11 (23,4%) хворих, депресивний (F06.3) - 8 (17,0%) хворих, хронічний психоорганічний (F06.7) - 4 (8,5%) хворих.

Окрім них для виникнення агресії суттєвими були також наступні: дисфоричні стани (F06.5) - 5 (10,6%) хворих, гострі органічні психози (F06.0) - 8 (17,0%) хворих; хронічні органічні психози (F06.2) - 2 (4,3%) хворих.

Тривалість захворювання становила: до 10 р. - 5(10,6%) хворих; 11-20 р. - 11(23,4%) хворих; 21-30 р. - 21(44,7%) хворих; 31-40 р. - 10(21,3%) хворих.

**Психопатоподібний синдром** виникав у 24-х (51,1%) хворих: 20-ти чоловіків (42,5%) й 4-х жінок (8,5%). Вікові межі: 19 - 29р.-10 (21,3%) хворих, 30 - 39р.-14 (29,7%) хворих.

У 8 (17,0%) осіб (7-14,9% чоловіків та 1-2,1% жінок, віком 19-29р.- 2 (4,3%) хворих та 30-39р.- 6 (12,8%) хворих) з проявами експлозивного варіанту психопатоподібного синдрому зміни настрою були маломотивованими й частими протягом доби, хворі ставали розлюченими через дріб'язкові приводи побутового змісту. Характерними проявами захворювання були порушення емоційної сфери у вигляді нетримання, напруження афекту; дратівливості; швидкої розрядки через сварку чи бійку. Тобто характерною рисою цього психопатологічного стану було психомоторне збудження хворих. Їхні родичі скаржилися на складність взаємин пацієнтів із членами родини, відсутність взаємопорозуміння. Звичайним явищем для таких хворих були бійки, погрози на адресу членів родини. На роботі в них виникали конфліктні ситуації, дехто часто змінював місце роботи через постійні сварки із керівництвом. Тривалість захворювання дорівнювала 10-30 років. Ці хворі були зайняті переважно некваліфікованою роботою, мали інвалідність II-III гр. У них переважали прояви фізичної агресії - 6 (12,7%) хво-

рих, але зустрічалися і випадки вербальної агресії - 2 (4,3%) хворих.

Характерним для зазначеної групи хворих був алкоголізм II-III ступенів або побутове пияцтво. Прояви алкоголізму у них призводили до загострення клінічних проявів захворювання, частих декомпенсацій. Крім того, виникали алкогольні зміни особистості у вигляді карикатурності та примітивності особистості, а також зниження інтелекту, що проявлялося у поверхневості суджень, плоскому гуморі, збідненні особистості, втраті професійних навичок у 5-х (10,6%) хворих. Особливого значення набували прояви емоційної невірноваженості, схильності до обурення та виразної збудливості й нестриманості.

У 3-х (6,4%) хворих спостерігалися прояви алкогольної енцефалопатії переважно з інтелектуальним дефектом, коли на тлі емоційно-вольових розладів виступали порушення пам'яті, уваги, страждала здатність до абстрагування, переважали явища загальмованості та уповільненості психічної діяльності.

Прояви захворювання 7 (14,9%) хворих (4 - 8,5% чоловіки та 3 - 6,4% жінки, віком 19 - 29р. - 5 (10,6%) хворих, 30 - 39р.- 2 (4,3%) хворих) ми відносили до поліморфного варіанту психопатоподібного синдрому. Вони дещо м'якше реагували на сторонні подразники, але теж характеризувалися підвищеною дратівливістю, нестійкістю емоційного забарвлення, легко переходили від ейфорично-безглузлого у загальмований або нестримно-ажитований стан. Їхня агресивна поведінка була маломотивованою й непередбаченою. Вони також характеризувалися дитячістю, нестійкістю захоплення, легкою навіюваністю, підлабузництвом, схильністю до залежної поведінки, вживанню наркотичних речовин та сурогатів. Родичі хворих скаржилися на нецілеспрямованість їх поведінки, нездатність до постійної систематичної праці, часту зміну місця роботи, відсутність зацікавленості у результатах праці. Швидка мінливість настрою часто не дозволяла їм отримати освіту, тому вони займалися переважно некваліфікованою роботою, мали інвалідність II-III гр. Найбільш притаманною їм була вербальна агресія - 4 (8,5%) випадки, прояви фізичної агресії та агресивні наміри були поодинокими - 2 (4,3%) випадки та 1 (2,1%) випадок відповідно.

Вони були помічені у шахрайстві та дрібних крадіжках, у них відзначалася схильність до скоєння імпульсивних вчинків, безглуздих погрозливих висловів на адресу оточуючих, вони легко піддавалися сторонньому впливу, вживали алкогольні напої епізодично або систематично і у стані алкогольного сп'яніння скоювали крадіжки, завдавали фізичної шкоди стороннім особам. Ці хворі являли собою потенційну небезпеку у місцях загально громадського користування: у транспорті, на вулиці, а також на робочих місцях - у колективі. Тривалість органічного ураження головного мозку в них також

була значною - 10-20 років.

Хворі з проявами епілептоїдного варіанту психопатоподібного синдрому (9 - 19,1% осіб чоловічої статі, віком: 19 - 29 р.-3 (6,4%) хворих, 30 - 39 р.-6 (12,8%) хворих) характеризувалися виразними змінами емоційності, вони мали переважно пригнічений настрій. Їхні уподобання, як і стосунки з іншими особами, часто були полярними або характеризувалися як недоброзичливі. Найбільш притаманними їм були риси прискіпливого невдоволення оточенням, які, під час, мали свої прояви у обурливості та злобливості у стосунках. Емоційно холодний тон настрою, що притаманний їм, викликав труднощі у подружніх та службових відносинах. Через постійне невдоволення такі хворі були схильні до критичних зауважень та погроз на адресу об'єктів агресії. Епілептичні напади мали рідку та середню частоту, переважали малі та парціальні пароксизми, які виникали вдень, тривалість захворювання дорівнювала 20-25 років. У хворих цієї групи значно переважали прояви фізичної агресії - 7 (14,9%) хворих, порівняно з проявами вербальної агресії - 2 (4,3%) хворих.

Алкогольні напої справляли на них розгальмовуючий ефект, що призводило до невірноваженості, збудливості, нестриманості, ініціації конфліктів та хуліганських дій. Вживання ж наркотичних речовин призводило до виникнення своєрідних змін особистості, які характеризувалися емоційною нестійкістю, огрубінням особистості, а також ускладненням клінічних проявів основного захворювання, загостренням психопатоподібних проявів, виникненням дисфоричних станів та істеричних реакцій.

Хворі з проявами **церебрастенічного синдрому** - 11 (23,4%) (5-10,6% чоловіків та 6-12,8% жінок, віком: до 19 р.-4 (8,5%) хворих, 20 - 29р. - 5 (10,6%) хворих, 30-39р.-2 (4,3%) хворих) - відрізнялися переважанням у клінічній картині захворювання млявості, виснажливості психічних процесів, швидкої втомлюваності, але на рівні з цим, набували звучання й інші психопатологічні прояви у вигляді дратівливості, упередженості відносно чужих вчинків, що й призводило до непорозуміння з оточуючими. Такі хворі були схильні до імпульсивних вчинків, нетривалих, швидкоплинних (через виснажливості, швидку втому) конфліктів. Характерним, для більшості з них, був напружений афект, який додавав відтінку тривожності, вразливості, образливості. Найчастіше, подружні стосунки складалися у них добре, але члени родини скаржилися на раптове виникнення так званої "запальної злости", яка так само раптом й згасала. В цілому, такі особи були доброзичливими, критично ставилися до власної поведінки й тяжко переживали факт заподіяння моральної шкоди рідним, переймалися ним протягом тривалого часу. На роботі вони втримувалися завдяки доброму володінню практичними навичками, але не завжди виконували зав-

дання у повному обсязі й належному темпі через підвищену виснажливості. Дехто з них працював неповний робочий день і мав інвалідність III гр. Тривалість захворювання у них дорівнювала 5-10 років. Ці хворі переважно виявляли вербальну агресію - 8 (17,0%) хворих, а також фізичну агресію - 2 (4,3%) хворих та агресивні наміри - 1 (2,1%) хворий.

**Депресивний синдром** серед досліджуваного контингенту хворих зустрічався не часто - 8 (17,0%) випадків (4-8,5% чоловіків, 4-8,5% жінок). Вікові межі: 19-29р.- 6 (12,8%) хворих, 50-59р.-1 (2,1%) хворий, більше 60р.-1 (2,1%) хворий. Ці особи теж характеризувалися проявами астенії, на тлі якої виникали специфічні розлади настрою. Вони часто були пригніченими, працювали в уповільненому темпі, або й взагалі відмовлялися від виконання домашніх та трудових обов'язків.

В 5-х (10,6%) хворих (3-6,4% жінки, 2-4,3% чоловіки) віком від 19 до 29р., до загальмованості та млявості приєднувалися фобії, як-то страх перед черговим епілептичним нападом, страх за власне життя, агорафобія, коли хворі майже не виходили на вулицю протягом тривалого часу (кілька місяців). Насамперед, картина захворювання характеризувалася униканням спілкування, відмежованістю від оточення, найбільш постійною характеристикою настрою був тривожно-гнівний афект (тривожно-депресивний синдром). Агресія мала переважно вербальний характер й виникала зрідка - 4 (8,5%) випадків, коли хворих зачіпали окремими зверненнями, або намагалися вступити в бесіду. Серед інших клінічних проявів переважали зміни настрою з відтінком нестримної туги, пригніченості, хворі страждали через наявність в них тяжкого захворювання, нездатність до самообслуговування у повній мірі.

Хворі - 3 (6,4%) (1-2,1% жінка та 2-4,3% чоловіки, віком 19-29р.-1 (2,1%) хворий, 50-59р.-1-н (2,1%) хворий, більше 60р. - 1 (2,1%) хворий) з депресивно-іпохондричним синдромом переймалися через неприємні тілесні відчуття, головний біль, запаморочення, інколи нудоту, млосність, загальне нездужання, виразні вегетативні реакції (гіпергідроз, гіперсалівацію, нестійкість артеріального тиску, серцебиття, відчуття слабкості в ногах). Вони боялися лишатися на самоті, користуватися побутовою електричною технікою, їздити у транспорті, ліфті та ін. Агресивні вчинки проявлялися зрідка, то були окремі різкі вислови -2 (4,3%) та безпідставні обвинувачення близьких людей, а також завдання фізичної шкоди - 1 (2,1%). Тривалість їхнього захворювання становила до 10 років.

Агресивність у вигляді немотивованих імпульсивних дій, висловлювань із забарвленням злости, а під час і погроз у фізичній розправі по відношенню до родичів були характерними для 4-х (8,5%) осіб із **психоорганічним синдромом**: 2(4,2%) чоловіки та 2(4,2%) жінки, ві-



ком 30-39р.- 2(4,2%) хворих та 40-49р.-2(4,2%) хворих. Вони мали виразні зміни психічної діяльності у вигляді недостатності у інтелектуально-мнестичній сфері, що проявлялося у поверховості суджень, недосконалої критичної складової мислення. Родичі таких хворих уникали контакту й відмежувалися від них у побуті та жили окремо, або вели окреме господарство. Частим ускладненням їхнього соціального статусу було зловживання алкоголем - 3 (6,4%) хворих, а також систематичне й тривале вживання наркотичних засобів - 1-н (2,1%) хворий.

У стані алкогольного сп'яніння хворі виявляли схильність до тяжких тривалих конфліктів із заподіянням фізичної шкоди, переважно особам з найближчого оточення, а іноді й стороннім громадянам. Втрачаючи можливість керувати власною поведінкою, у запалі, вони висловлювали погрози, наносили тілесні ушкодження, влаштовували бійки та здійснювали напади з використанням зброї.

Систематичне вживання наркотичних речовин призводило до нашарування проявів токсичної енцефалопатії та специфічних змін особистості, що притаманні наркоманії, тоді насамперед, у клінічній картині переважали стани розгальмованості, неадекватності емоційного реагування, викривленості потягів, духовного руйнування. Тому 1 (2,1%) хворий характеризувався спустошенням особистості, відсутністю природнього емоційного реагування, переважанням апатико-абулічних проявів. Але, на їхньому тлі часто виникали тривалі дистимічні стани, які характеризувалися, вибуховістю, нетерпимістю, спалахами дисфорій.

Ці хворі були інвалідами I гр., вони займалися дрібними крадіжками, існували за рахунок співмешканців. Тривалість хвороби в них була значною (понад 30 р.).

**Хронічні органічні (шизофреноподібні) психози** - 2(4,3%) хворих чоловічої статі - формувалися у віддаленому періоді хвороби (понад 20-30 років). В таких хворих тематика маячних переживань була постійною й часто, за змістом, відтворювала попередні психотичні епізоди. Так, звучали ідеї ревнощів, релігійного змісту, але часто приєднувалося маячіння переслідування, отруєння й стороннього впливу. Вони були не виразними, рудиментованими, безбарвними, перебігали переважно на тлі депресивного або анкіозно-депресивного афекту, часто супроводжувалися неприємними тілесними відчуттями. Досить характерними були тілесні галюцинації або виразний сенестопатичний компонент в 1 (2,1%) хворого. Він скаржився на наявність у внутрішніх органах та під шкірою сторонніх предметів, зміну, спотвореність органів та порушення їхньої функції, він маячно інтерпретував власні відчуття й обвинувачував оточуючих у заподіянні йому фізичної шкоди, переслідуванні, отруєнні, бажанні йому смерті. У побуті хворі з маячними переживаннями відмежовувалися від співмешканців, інко-

ли планували вбивство (готували знаряддя вбивства, здійснювали агресивні наміри, висловлювали погрози). Вони мали інвалідність I-II гр., не працювали, страждали на алкоголізм II-III ступеня. Тому у психотичних переживаннях хворих інколи виникали патопластичні нашарування, коли фабула маячіння змінювалася, у ній виникали ідеї подружньої зради, маячіння ревнощів. Хворі були переконані у невірності дружини та часто безпідставно погрожували помститися фізичною розправою. Істотно переважали у клінічній картині вербальні галюцинації відповідного до маячних переживань змісту. На підставі хворобливих міркувань хворі планували помсту, винаходили різні способи, у тому числі з використанням знарядь вбивства, що робило їх одними з найнебезпечніших серед усіх досліджуваних хворих. Їхня агресивність вичерпувалася проявами агресивних намірів.

**Гострі органічні психози** кваліфікувалися нами, як галюцинаторно-параноїдні - 8 (17,0%) хворих (5 - 10,6% чоловічої та 3-6,4% жіночої статі віком 19 - 29р.-3 (6,4%) хворих, 30 - 39р.-5 (10,6%) хворих) - й були швидкоплинними. Характерним для цих хворих - 5 (10,6%) випадків, було зловживання алкоголем. Зміст психотичних переживань мав переважно побутово-дріб'язковий характер, часто до маячних переживань залучалися особи з найближчого оточення, звучали ідеї ревнощів, релігійного змісту. Маячні ідеї формувалися вторинно, на під'рунті галюцинаторних переживань, були уривчастими, стереотипними, одноманітними й конкретними, особливого значення набували зміни настрою, в них переважав напружений афект із забарвленням нестерпної туги, страху, ненависті. Під впливом психотичних переживань хворі часто обвинувачували членів родини у заподіянні їм шкоди та у невірності, використовували сторонні предмети, здійснюючи наміри помститися, часто брутально висловлювалися, вчиняли бійки - 6 (12,8%) випадків й сварки - 2 (4,3%) випадки. Серед них переважали інваліди II-III груп. Тривалість їхнього захворювання становила близько 20р.

Небезпечними для оточуючих були дисфоричні стани, що виникали психогенно й спонтанно в 5-х (10,6%) хворих (3-6,4% чоловіки та 2-4,3% жінки віком 30-39р.) з психопатоподібних синдромом. Під час дисфоричного стану хворі були розлючені, метушливі, дозволяли собі різкі, а іноді й брутальні вислови на адресу сторонніх осіб, проявляли фізичну агресію у вигляді стусанів та інших агресивних вчинків. У окремих випадках, після закінчення дисфорії, хворі не пам'ятали подробиць власної поведінки, або пам'ять на період дисфорії виявлялася зовсім втраченою. Тривалість таких станів була різною - від 1 години до 1 доби.

Інколи дисфоричні стани тривали понад 1 добу й навіть протягом тижня. Тоді хворі пам'ятали власний хворобливий стан, для яко-



го характерним був афект нестерпної туги, жалю до власної особи, пригнічений настрій, відчуття недосконалості, а то й потворності власної особистості. Такі переживання призводили до відмежування від оточення, ізоляції й окремі стосунки несли на собі відтінок злобливості, образи, викликали у сторонніх осіб негативні емоції, що часто призводило до конфліктів у сім'ї та на роботі. Після закінчення хворобливого епізоду хворі змінювалися на краще, їхня поведінка знову була привітною, праця й спілкування приносили задоволення. У таких випадках перехід до стану здоров'я був поступовим, тривав кілька днів або тижднів. Гострий перебіг дисфорії характеризувався безглуздою, метушливою поведінкою, гучними висловами, інколи нанесенням тілесних ушкоджень. Закінчення було раптовим, часто супроводжувалося сном або станом загальмованості, що дозволяло розглядати такі розлади, як еквіваленти епілептичних пароксизмів. Фізична агресія виявлялася 3 (6,4%) хворими, а прояви вербальної агресії виникали у 2 (4,3%) хворих.

### Висновки

Таким чином, хворі на травматичне ураження головного мозку характеризувалися поліморфною клінічною картиною, характерною ознакою якої була агресивність. Клінічні прояви захворювання були представлені: експлозивним, поліморфним та епілептоїдним варіантами психопатоподібного синдрому, церебрастеничним, психоорганічним синдромами та іпохондричними й тривожно-депресивними проявами афективного (депресивного) синдрому, а також гострими і хронічними органічними психозами та дисфоріями. Вони були складовою агресивної поведінки, яка проявлялася агресивними висловами, намірами та діями. Виступаючи у тісному зв'язку із зловживанням алкоголем та алкоголізмом II-III ступенів, а також наркоманією, прояви органічного процесу загострювалися, набували хронічного перебігу й призводили до вторинної соціальної дезадаптації хворих.

### Література:

1. Лоренц К.// Вопросы философии.-1992.-№3.
2. Франкл В. Человек в поисках смысла. - М., 1990.
3. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности.-М.,1994.
4. Barrat E. // Impulsiveness and aggression // In violence and Mental Disorder: Development in Risch Assessment (eds. J Monahan & M. Steadman), 1994-pp. 61-79 Chicago, IL: University of Chicago Press.
5. Дмитриева Т.Б., Антоян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминалистические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Рос. психiatr. журн. - 1999.№4.-С. 4-9.
6. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщины с психическими расстройствами // М.-РиО ГНЦ соц. и судебн. психиатрии им. В.П. Сербского.-М.,1998.-С.272.
7. Кондратьев Ф.В. Структура причин опасного поведения психически больных// Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы междунар. конф. - Киев-Харьков-Днепропетровск, 1994.-Т.II.-С.146-148.
8. Кондратьев Ф.В. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров, наркологов. - М.,1988.- Т.III.-С.348-352.
9. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. - М.: Медицина, 1995. - С.255.
10. Морозов А.М. Междисциплинарная классификация агрессии - С-Пб., 1997. - С.36.
11. Холличер В. Человек и агрессия. - М., 1975.
12. Шостакович Б.В., Горинов В.В., Горшкова И.В., Пережогин Л.О.// Агрессивное и антисоциальное поведение психопатов.: ГНЦСиСП им. В.П.Сербского. - М.,2002.
13. Шостакович Б.В.// Международная конференция психиатров: Материалы. - М.,1998.С.126-127.

## Клініко-психопатологічний та біохімічний статус хворих на алієнофобію



В.С. ПЕРВИЙ

ТОВ НДЦ "Клініка Медикор",  
м. Дніпропетровськ

**Резюме.** Приводяться результати обстеження 38 больних алиенофобией, а также комплексный анализ психопатологических проявлений фобической симптоматики с определением клинические и биохимические соотношения.

**Ключевые слова:** клинические и биохимические соотношения, алиенофобия.

**Summary.** The article contains the clinico-psychopathological analysis of 38 cases of alienophobia. The analysis is aimed at identifying personal factors and clinical parities in structures of obsessive fear of mindedness and biochemical functioning among the individuals of the above category.

**Key words:** clinical biochemical parities, alienophobia.

**Вступ.** Соціокультуральні зміни, політичні та економічні катаклізми, які відбулися у суспільстві, викликали сплеск невротичних і соматоформних розладів, делінквентності, наркотизації, алкоголізації, гетеро- і автоагресивності. Безробіття і загроза втратити роботу, в розрізі сучасної класифікації МКХ-10, виділяються як соціально-економічні і психосоціальні обставини, які являють потенційну небезпеку для здоров'я. Вищевикладене пояснює домінування клінічних випадків декомпенсацій розладів особистості, психопатоподібних, невротичних і соматоформних розладів, серед яких тривожні та фобічні стани посідають одне з провідних місць.

Структурна композиція фобічного синдрому неоднорідна, що клінічно проявляється у різній представленості афективних, сенсорних, вегетативних, ідеаторних та інших компонентів [1, 2, 3, 4]. Складність та багатофакторність етіопатогенетичних механізмів фобій підтверджує думка про те, що успіх у їх вивченні може бути досягнуто тільки при мультидисциплінарному підході. Підстава такого мультидисциплінарного підходу бачиться передусім у зближенні позицій їх психопатологічного, нейрохімічного, нейрофізіологічного і соціально-психологічного вивчення.

Внаслідок того, що класифікації фобій, що існують [5, 6, 7], орієнтовані головним чином на зміст нав'язливих страхів, а не на механізми їх виникнення та особливості психопатологічної структури, необґрунтовано розширено рамки фобій за рахунок схожих розладів з тією ж фабулою [8, 9]. В МКХ-10 дано формалізований синдромологічний принцип діагностики, у результаті більшість фобій та інші obsесивно-фобічні розлади фактично підпадають під діагностичні критерії агорафобії. На сьогодні термін "фобії" у значній мірі втратив психопатологічну конкретність, а самі ці надзвичайно важливі і розповсюджені порушення втратили в

більшості свою диференціально-діагностичну значимість. Крім того, дефініції тривоги, яка входить у структуру фобічного синдрому, залишаються значно невизначеними: вона розглядається і як емоційна реакція, і як риса особистості, і як визначаючий компонент ряду розладів особистості, і як симптом у структурі невротичних або психотичних синдромів [10].

Певні складності при кодуванні діагнозу у хворих, які страждають від нав'язливого страху божевілля обумовлені рядом причин. По-перше, існує декілька різновидів страху, що розглядається: агатеофобія (нав'язливий страх несамовитості, безумства), алієнофобія (нав'язливий страх втратити розум), дементофобія (нав'язливий страх недоумкуватості), лісофобія (нав'язливий страх захворіти на сказ, а також збожеволіти), а ще маніофобія (нав'язливий страх захворіти на психічне захворювання). Деякі з перелічених фобій можуть розглядатися як підтипи нозофобії, що кодуються за МКХ-10 як іпохондричний стан і можливе їх віднесення до кластеру не невротичних, а соматоформних розладів. По-друге, страх втрати контролю над собою чи нав'язливий страх збожеволіти може спостерігатися у структурі різних тривожно-фобічних розладів, таких, як агорафобія, панічний розлад або генералізований тривожний розлад. Слід підкреслити, що в перерахованих станах алієнофобія виступає як вторинне явище, що супроводжує основну психопатологічну симптоматику. У зв'язку з вищесказаним осіб, які страждають на алієнофобію, слід розглядати як представників групи хворих на інші фобічні тривожні розлади.

**Актуальність** нинішнього дослідження обумовлена великою поширеністю фобій, недостатністю свідчень про клінічні прояви алієнофобії, розрізненістю і суперечливістю результатів лабораторних досліджень фобічної симптоматики, відсутністю даних про зв'язок клініко-психопатологічних проявів і особливостей

перебігу біохімічних процесів у хворих з даним видом патології.

**Мета дослідження:** комплексно вивчення психопатологічних і біохімічних зв'язків у хворих на алієнофобію.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 133 хворих віком від 17 до 65 років, яких було розділено на 2 групи відповідно до верифікованого діагнозу. До складу 1-ї групи увійшло 38 пацієнтів з діагнозом "Інші фобічні тривожні розлади" (код за МКХ-10 - F 40.8). Контрольну (2-у) групу (95 чоловік) склали особи, у яких не було знайдено ознак психічних розладів.

Верифікація діагнозу проводилась за критеріями МКХ-10 у період амбулаторного або стаціонарного обстеження на основі детального аналізу скарг, які мали психопатологічні прояви, преморбідних особливостей особистості, даних анамнезу захворювання з урахуванням наявності та ступеню виразності психоемоційного перенапруження (у констеляції з особистісними особливостями пацієнта); результатів напівстандартизованого інтерв'ю, клініко-лабораторних методів дослідження, які дозволили додатково підтвердити нозологічну належність наявного розладу або виключити психопатологічні порушення у рамках інших нозологічних форм.

Із лабораторних методів дослідження були застосовані: 1) імуноферментний для визначення вмісту: тиреотропного гормону (ТТГ), фолікулостимулювального гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину (Прл), адренотропного гормону (АКТГ), вазопресину (ВГП), мелатоніну, інсуліну, тестостерону, кортизолу, альдостерону, адреналіну, норадреналіну, дофаміну, серотоніну, гістаміну, бета-ендорфіну та ангіотензину-II; 2) біохімічний для визначення концентрацій: глюкози, холестерину, молочної кислоти (лактату), калію, натрію, кальцію, ТБК-активних речовин (малонового діальдегіду), супероксиддисмутази (СОД), каталази та перекисної резистентності еритроцитарних мембран (ПРЕМ). Перелічені дослідження проводились з використанням фотометра BTS-330 фірми "BioSystems" (Іспанія) за допомогою наборів фірм: "Ольвекс Диагностикум" (Росія), "Алкор-Био" (Росія), "IBL" (Німеччина), "DRG" (Німеччина), "PLIVA-Lachema a.s." (Чехія), "RANDOX" (Великобританія), "DSL" (США) і "BioSystems" (Іспанія). Біологічним матеріалом для лабораторних досліджень була сироватка/плазма крові, забір якої проводився у першу добу після надходження пацієнтів до стаціонару з метою виключення можливих змін метаболізму вказаних аналітів під впливом психотропних препаратів.

**Результати дослідження.** Психопатологічний аналіз стану обстежених показав, що клінічні прояви алієнофобії досить поліморфні та

динамічні. До складу 1-ї групи увійшли 38 хворих, які страждали від нав'язливих страхів втратити розум.

У преморбідному періоді у хворих на інші фобічні тривожні розлади відмічалися різноманітні страхи, серед яких переважав страх темряви (42,11% випадків). Більше чверті хворих (28,95% спостережень) повідомляли про відсутність страхів до моменту маніфестації фобічного розладу.

При проведенні клініко-психопатологічного аналізу було виявлено декілька варіантів дебюту фобічного розладу. В першому варіанті (68,42% спостережень) панічний пароксизм з виразною вегетативною симптоматикою та яскравим вітальним страхом виникав раптово на тлі повного фізичного і психологічного добробуту, при цьому він міг бути спонтанним чи спровокованим якими-небудь факторами (стресовими подіями, надмірним фізичним навантаженням, інтелектуальним або емоційним перенапруженням, алкогольними ексцесами, малими оперативними втручаннями з застосуванням наркозу і т.і.). Як правило, в цих випадках хворі точно вказували дату початку фобічного розладу. Спонтанні кризи у дебюті зустрічались у 5 разів частіше, ніж спровоковані. Розподіл кризів на спонтанні та спровоковані в достатній мірі умовно, оскільки при детальному клінічному аналізі анамнестичних даних у хворих з спонтанними кризами, як правило, вдавалось виявити наявність події або ситуації, які детермінували виникнення кризи. В даному випадку тимчасова детермінанта відносно причини першого епізоду фобії хворими не пов'язувалась з якими-небудь конкретними етіологічними факторами. При другому варіанті (31,58% випадків) перший розгорнутий панічний напад також виникав гостро, але на тлі коротко- чи довготривалих станів, які передували йому і які викликають астенізацію та/або тривогу, часто в поєднанні з рудиментарними клінічними проявами депресії. Незалежно від типу дебюту фобічного синдрому перший панічний епізод включав до себе різноманітні симптоми, ступінь виразності яких була різною: збільшення частоти серцевих скорочень, підвищене потовиділення, легка чи інтенсивне тремтіння, почуття нестачі повітря або задишка, біль чи відчуття стиснення в грудях, нудота або біль в епігастральній області, несистемне запаморочення, почуття невпевненості, приглушення чи відчуття, близьке до млості, дереалізація (зміна сприйняття оточуючого світу, відчуття нереальності та умовності оточуючого, відчуження віддалення звуків і т.і.) або деперсоналізація (почуття зміни, втрати, відчуження або роздвоєння власного "Я"), страх втратити контроль над собою чи збожеволіти, відчуття оніміння або гіперестезії (ознаки зміни температурної чутливості). Перелічені симптоми розвивались блискавично, ка-

лейдоскопічно змінюючи один одного, або по черзі приєднуючись до симптому, що виник початково. Протягом 10-15 хвилин панічна атака досягала максимальної виразності і, як правило, через 20-30 хвилин відмічалася її повна редукція.

У всіх випадках спостережень перший розгорнутий вегетативно-судинний криз сприймався як "катастрофічний" життєвий епізод, який визначав формування фобічної симптоматики у пацієнтів, оскільки під час його прояву чи по мірі послаблення миттєво розвивалась фабула фобії. Частота наступних нападів відрізнялась широкою варіабельністю за часом (від декількох на день або на тиждень до одного чи менше на місяць). В той же час відмічались випадки, коли розгорнуті (великі) кризи зустрічались рідко, а абортівні (малі) практично щоденно, що залежало від інтенсивності фобічної симптоматики та рівня критики пацієнта до ступені редукції розладу, який виник.

Протягом декількох місяців (71,05% випадків,  $p < 0,001$ ), рідше - тижнів (23,69% спостережень) пацієнти дослідної групи, пильно приховували від оточуючих наявність у себе фобічної симптоматики, намагаючись самотійно (18,42% обстежених) позбавитися нав'язливих феноменів.

У міжкризовому періоді відмічались прояви вегетативних розладів: у кардіоваскулярній (кардіоаритмічні, кардіалгічні синдроми, а також коливання артеріального тиску), респіраторній (задишка, почуття ядухи, утруднене дихання, відчуття нестачі повітря і т.д.), гастроінтестинальній (диспепсичні розлади (сухість у роті, нудота, блювота, відрижка і т.д.)), абдомінальний біль, дискінетичні феномени (метеоризм, бурчання, запори, діарея і т.д.), м'язовий (апоневротичні цефалгії, м'язово-тонічні феномени на шийному, грудному та поперековому рівнях, які проявляються алгіями й артралгіями), вестибулярній (запаморочення, почуття нестійкості при стоянні та/або ходінні), а також у терморегуляційній та потовидільній системах (неінфекційний субфебрилітет, почуття ознобу, що періодично виникає, дифузний або локальний гіпергідроз і т.д.).

У моменти фобічних нападів або в міжнападних періодах у 92% випадків відмічались прояви деперсоналізації та/або дереалізації різного ступеню виразності. Хворі скаржилися на те, що оточуюче стало "тьманим", "безбарвним", сприймалось як "через плівку" або "мутне скло". Вони заявляли, що розрізняють кольори, але не усвідомлюють різницю між ними, оскільки усе здається однаково безбарвним й однотонним. Зі слів пацієнтів, у них з'являлось почуття "пустоти в голові", повної відсутності думок та спогадів, але без відчуття їх позбавлення. Почуття знайомості втрачалось, звичні умови сприймалися як чужі. Обстежені були не в

змозі подумки відтворити образ близької людини. Сприйняття "Я" порушувалось: "ніби зникла душа", "став роботом, автоматом", але відчуття стороннього впливу зовні, а також його аморфність, при цьому завжди було відсутнім. Реальний час протікав для хворих нестерпно довго і "навіть зупинявся", через те, що образи й думки не супроводжувались емоційним забарвленням. Минулий час ніби не залишав слідів і тому сприймався як коротка мить. Хворі часто скаржилися на відсутність почуття адекватного контакту з оточуючими, яке проявлялось почуттям, що їх думки були зрозумілі співбесідником неправильно або розцінені як "нісенітниця", "безглуздя" або "маячня". Для змальовування своїх переживань вони використовували незвичні порівняння і метафори, які нагадували прояви резонерства, що виключалось при подальшому обстеженні.

Важливим фактором для подальшого клінічного оформлення і перебігу розладу була оцінка хворим першого фобічного епізоду. Тільки 12,08% пацієнтів перший криз розцінили як прояв тривоги або "нервозності", в той час як решта розцінили його як "початок божевілля", "маніфестацію психічного захворювання" або можливість його виникнення в близькому майбутньому. Для усіх пацієнтів було характерним тривалі прояви тривоги у періодах між кризами, які підтримувались неможливістю раціонального пояснення того, що трапилось і відсутністю належних знань про клінічні прояви психічної патології, а також постійним очікуванням повтору нападів, один з яких, на думку пацієнта, повинен "обов'язково повернутися повною психічною катастрофою та екстреною госпіталізацією до психіатричної лікарні".

Слід особливо підкреслити, що при наявності алієнофобічної симптоматики хворого лякало не стільки саме "божевілля", скільки можливість виникнення стану, яким він не зможе керувати, а також почуття сорому перед оточуючими за свою поведінку в ситуації, що склалася. Страх супроводжували почуття напруження, поганий настрій, порушення сну, швидка стомлюваність і зниження працездатності. Страх посилювався за певних умов, які, на думку хворого, могли шкідливо вплинути на хворобу: при великому скупченні людей, на самоті. Характерною для пацієнтів даної групи була постійна боротьба мотивів: знаходитися наодинці, щоб оточуючі "не помітили ознак божевілля", "не вказали на безглуздя вчинків", чи перебувати серед людей, щоб пересвідчитися у "власному психічному добробуті", утвердитися в тому, що "божевілля ще не проявилось", а "перспектива потрапити до психіатричної лікарні в найближчий час поки що відсутня".

У всіх обстежених хворих в якості вторинної психопатологічної симптоматики виступали нав'язливі сумніви, при яких їх переслідували



невідв'язні думки про правильність завершених дій або про прийняті ними рішення. Зміст сумнівів був різним: нав'язливі побутові побоювання (чи зачинені двері, чи достатньо щільно закриті вікна, чи закрили водопровідні крани, чи вимкнули газ, чи вимкнули електричні прилади), сумніви, пов'язані з службовою діяльністю (чи не переплутали адреси на ділових паперах, чи не вказано неточні цифри, чи правильно сформульовано або виконано розпорядження). Хворі використовували різні стратегії для скорочення часу перепереверівок власних дій. У зв'язку з цим часто розвивались ритуали лічби, формувалась система символічності певних цифрових комбінацій.

Алієнофобія у всіх спостереженнях приводила до формування обмежувальних форм поведінки і розвитку вторинних страхів, тематично близьких до фабули основного фобічного синдрому. Через страх втратити контроль над собою та можливого здійснення небезпечних або безглузвих вчинків, прояву аутоагресивних актів, покалічити власних дітей або близьких виникали: гамартофобія (нав'язливий страх здійснення недостойного вчинку), айхмофобія (нав'язливий страх перед гострими предметами), балістофобія (нав'язливий страх вогнепальної зброї), гоміцидофобія (нав'язливий страх скоїти вбивство) та ін. В ряді випадків (9,34%) спостерігались фобії сексуального характеру: коїтофобія (нав'язливий страх статевого акту), гінефобія (нав'язливий страх жінок), віргінітифобія (нав'язливий страх з'валтування), сексофобія (іраціональний страх сексуальної активності або думок про неї).

У всіх обстежених даної групи відмічався надзвичайно посилений самоконтроль як за власною мовою та вчинками, так і за зовнішнім виглядом. Як ритуальні дії найбільш часто відмічались: постійне контролювання власного погляду перед дзеркалом, тренування мімічних м'язів, інтенсивними дихальними вправами, інтенсивний пошук інформації про фобії в наукових виданнях та мережі Інтернет, спілкування в комп'ютерних чатах, уникання від перегляду відеопродукції, в якій фігурують психічно хворі або психіатри, ретельна підготовка до бесід з оточуючими, постійне спостереження за реакціями останніх на висловлювання пацієнта, прагнення до зміни іміджу (віддання переваги одягу класичного фасону, неспішна ходьба, спроби створити зовнішню видимість спокою і т.п.). Крім того, пацієнти кардинально змінювали свої літературні та естетичні смаки: починали тяжіти до філософської та високоінтелектуальної класичної літератури, уникали сприймання творів образотворчого й музичного мистецтва імпресіоністського або постімпресіоністського стилів, які відзначаються химерністю і нереальністю відображення дійсності, які асоціюються з творчістю психічно хворих. з метою перевірки правильності розуміння прочитаного

або почутого пацієнти активно починали бесіди з друзями, використовуючи при розмові складні речення, перевантажені дієприслівниковими або прислівниковими зворотами. В розмовах з близькими хворі алієнофобією постійно повертались до теми божевільня, вимагаючи різних доказів того, що психічне захворювання у того хто відчуває фобію відсутнє, а також запевнень того, що, якщо раптом воно виникне, то "його не віддадуть до рук психіатрів", "не відвезуть в лікарню для божевільних" і т.д. На перших етапах заспокоєння з боку родичів допомагали хворим на якийсь час знайти спокій, але в подальшому усе повторювалось за тим же сценарієм, викликаючи у родичів почуття жалю і злості, а також підводячи їх до думки про те, що необхідно використовувати директивні дії стосовно хворого и врешті-решт (за допомогою умовлянь або силових методів впливу) звернутися по кваліфіковану психіатричну або психотерапевтичну допомогу.

**Результати** клініко-лабораторного обстеження представників 1-ї та 2-ї груп відображено у таблиці 1.

По ходу проведення нинішнього дослідження було виявлено вірогідну різницю ( $p < 0,05$  -  $p < 0,001$ ) між біохімічними показниками у 1-й та 2-й групах, за винятком ВП, ангіотензину II і глюкози.

**Висновки.** Таким чином, ми з'ясували, що у хворих на алієнофобію функціонування тиреоїдної вісі знаходиться у режимі, недостатньому для пригнічення тривожно-фобічної симптоматики. Гіпофізарно-гіпоталамо-надниркова вісь функціонує в режимі ослабленої антианксіогенної відповіді. Гіпоталамо-гіпофізарно-гонадна вісь не проявляє зацікавленості в компенсаторному реагуванні на порушення в емоційно-когнитивній сфері. Послаблення діяльності пролактинової вісі детермінує прояви обсесивно-компульсивної симптоматики. Недостатність синтезу компонентів бета-ендорфінової вісі призводить до послаблення процесів нівелювання больових феноменів у структурі специфічних фобій. Аргінін-вазопресинаова вісь функціонує у режимі біохімічної рівноваги. Розбалансування вісі АПУД-системи посилює клінічні прояви фобічної симптоматики. Ренін-ангіотензинова вісь, підтримуючи оптимальний електролітний баланс, втрачає ефект пригнічення страху. Катехоламінова вісь функціонує у режимі посиленого синтезу складових адреналової ланки. Сталістю обмінних процесів характеризується функціонування інсулінової вісі. Посилення процесів ПОЛ на тлі послабленого функціонування АОС детермінує ступінь виразності проявів фобічного синдрому.

## Усереднені нейрохімічні показники в групах обстежених (n=133)

Назва аналізу	Одиниці вимірювання	Референтні межі	Аліснофобія	Контрольна група
ТТГ	мкО/л	0,3 – 4,0	1,26 ± 0,10	2,48 ± 0,08
АКТГ	пмоль/л	1,83 – 12,72	3,66 ± 0,25	7,63 ± 0,24
Кортизол	нмоль/л	138,0 – 665,0	345,02 ± 12,92	300,30 ± 10,05
Холестерин	ммоль/л	3,64 – 5,20	3,24 ± 0,07	4,41 ± 0,03
ФСГ	мМО/мл	0,8 – 13,0	2,66 ± 0,12	5,72 ± 0,20
ЛГ	мО/мл	1,5 – 9,0	2,93 ± 0,14	5,80 ± 0,18
Тестостерон	нмоль/л	9,0 – 38,0	40,74 ± 0,70	19,53 ± 0,45
Прл	мМО/л	27,6 – 552,0	215,05 ± 20,20	351,99 ± 11,81
бета-ендорфін	пмоль/л	0 – 3,0	0,78 ± 0,08	2,81 ± 0,03
ВП	пмоль/л	0 – 13,0	5,48 ± 0,26	5,97 ± 0,15
Серотонін	нмоль/л	285,77 – 718,95	1174,83 ± 18,67	425,53 ± 10,36
Мелатонін	пмоль/л	22,78 – 333,25	65,79 ± 3,03	98,57 ± 1,58
Ангиотензин II	пг/мл	0 – 5,0	1,36 ± 0,09	3,99 ± 0,06
Альдостерон	нмоль/л	1,11 – 8,59	3,60 ± 0,14	6,42 ± 0,09
Кальцій	ммоль/л	2,25 – 2,68	2,20 ± 0,02	2,41 ± 0,01
Натрій	ммоль/л	135,0 – 145,0	130,62 ± 0,43	140,14 ± 0,22
Калій	ммоль/л	3,5 – 5,0	4,81 ± 0,05	4,34 ± 0,03
Дофамін	нмоль/л	0 – 0,65	1,10 ± 0,05	0,26 ± 0,01
Норадреналін	нмоль/л	0 – 3,55	3,85 ± 0,10	1,52 ± 0,08
Адреналін	нмоль/л	0 – 0,69	1,53 ± 0,06	0,29 ± 0,01
Інсулін	мкМЕ/мл	2,0 – 25,0	9,44 ± 0,82	7,47 ± 0,30
Глюкоза	ммоль/л	3,33 – 5,55	4,90 ± 0,08	5,05 ± 0,04
Лактат	ммоль/л	0,5 – 22,0	12,52 ± 1,16	13,30 ± 0,44
Гістамін	нг/мл	0,3 – 1,0	1,67 ± 0,06	0,52 ± 0,01
СОД	О/г Нб	1092,00 – 1817,00	1238,00 ± 39,95	1562,66 ± 15,33
Каталаза	мкО/ер-т	18,4 – 25,0	18,06 ± 0,12	22,10 ± 0,13
ТБК	мкмоль/л	2,5 – 6,0	6,16 ± 0,11	3,69 ± 0,07
ПРЕМ	%	25,0 – 40,0	31,05 ± 0,92	28,61 ± 0,25

## Література:

1. Александровский Ю.А., Табачников С.И. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии //Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, №2.- С.4-6.
2. Ковалев Ю.В. О некоторых клиничко-биохимических соотношениях при невротических расстройствах //Рос. психиатрич. журнал.- 2003.- №4.- С.4-7.
3. Antony M.M., Swinson R.P. Phobic disorders and panic in adults: a guide to assessment and treatment. - Washigton: American Psychological Association, 2000. - P.38-57.
4. Mohlman J., de Jesus M., Gorenstein E., et al. Distinguishing generalized anxiety disorder, panic disorder, and mixed anxiety states in older treatment-seeking adults //Journal of Anxiety Disorders.- 2004.- Vol.18, No.3.- P.275-290.
5. Гушанский И.Е. Типология затяжных тревожно-фобических расстройств с явления агорафобии //Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1997.- Т.97, №12.- С.20-23.
6. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза //Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, №4.- С.35-40.
7. Kahn A.P., Doctor R.M. Facing fears: the sourcebook for phobias, fears, and anxieties. - New York: Checkmark Books, 2000. - P.14-82.
8. Собенников В.С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Сообщение 1. Распространенность, закономерности начала, течения и исходов коморбидных состояний //Рос. психиатрич. журнал.- 2000.- №6.- С.27-33.
9. (Perrez M., Baumann U.) Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.- СПб.: Питер, 2002.- 1312 с.
10. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы патохимии.- СПб: ЕЛБИ, 2000.- 688 с.

УДК 616.1

**Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика**

Т.Н. ПУШКАРОВА

Украинский институт социальной и  
судебной психиатрии и наркологии,  
г. Киев

**Резюме.** У статі надаються дані про поширеність післяпологової депресії у світі та аналізуються результати дослідження, проведеного у групі з 153 жінок у післяпологовому періоді. Післяпологову депресію діагностовано у 18,95% жінок, 36,6% жінок мали підвищені бали за ЄШПД.

**Ключові слова:** післяпологова депресія, Единбурзька шкала післяпологової депресії, клініка, динаміка.

**Summary.** Data about epidemiology of postpartum depression in the world and results of original study performed in the representative group of 153 mothers are discussed in the paper. Postpartum depression was diagnosed in 18,95% and 36,6% had high scores on EPDS.

**Key words:** postpartum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale, clinics, dynamics.

**Вступление.** В конце прошлого века охрана психического здоровья женщин была выделена ВОЗ как приоритетная задача. Послеродовая депрессия (ПД) стоит в ряду важнейших проблем социальной психиатрии ввиду неблагоприятного влияния на здоровье, социальное функционирование и качество жизни матери, семьи в целом и особенно ее детей, в первую очередь, новорожденного.

Для послеродового периода характерно сочетание специфических потенциально патогенных социально-психологических и биологических воздействий, которые, при определенных условиях, могут привести к развитию ПД. Отмечается, что женщины особенно чувствительны к действию микросредовых, личных и семейных факторов. В послеродовом периоде социально-бытовое неблагополучие и психотравмирующие факторы могут играть дестабилизирующую роль на фоне биологически обусловленной уязвимости женщины и оказывать патогенное влияние на ее психику. Нарушению механизмов адаптации и развитию психопатологии в послеродовом периоде способствует кумуляция хронических либо серийных психотравмирующих воздействий.

В отличие от материнской меланхолии (maternity blue), которая проявляется у 50-70% женщин с 3-4 по 10-12 день после родов и проходит самопроизвольно, ПД обычно развивается после 15 дней и может продолжаться от нескольких недель или месяцев до нескольких лет. Приводятся данные о том, что у 15-20% женщин, переживающих материнскую меланхолию, развивается ПД. В американско-англоязычной литературе распространены заключения о развитии послеродовой депрессии, в среднем, у 10% рожениц (Cooper & Murray, 1998). Так, по данным J.L. Cox с соавт. (1987), 13 из 101 обследованных женщин имели выраженную послеродовую депрессию. Harris с соавторами (1989) обнаружили депрессию у 15% женщин в конце второго меся-

ца после родов. Reinghard & Evans (1995) выявили ПД у 19,9% рожениц в конце второго месяца после родов. В то же время Lee с соавторами (1998) обнаружили ПД только у 5,5% рожениц. В обзоре литературы, посвященном данной проблематике, Reicher-Rossler (1997) сообщает о 10-15% случаях ПД среди рожениц [1-8].

В послеродовом периоде депрессия развивается чаще, чем в другие периоды жизни женщины (O'Hara, 1997), в ряде исследований выявлены корреляции между возникновением ПД и гормональными изменениями, характерными для послеродового периода (Nisipel, 1997). В зарубежных научных изданиях приводятся данные о негативном влиянии ПД на развитие ребенка, (Lee, C. M., & Gotlib 1989, Murray. L. 1992, Sharp 1995, Gotlib I.H. & Goodman 1999, O'Connor 2002) [2,4,6-10]

Клиническая картина ПД сходна с таковой при любой другой депрессии, однако, для скрининга широко применяется специально созданная для первичной диагностики ПД Единбургская шкала послеродовой депрессии (ЭПШД или EPDS в английской транскрипции). Специфичность и чувствительность этого инструмента патопсихологической диагностики в случае ПД значительно превосходят другие шкалы депрессии, как, например, шкалу Бека (Harris, 1989). Единбургская шкала была переведена и внедрена в отечественную практику в 2001 году после проведения анализа валидности и надежности методики [2,11].

**Актуальность** темы и отсутствие в отечественной психиатрической литературе работ, посвященных изучению послеродовой депрессии, определили выбор именно этого направления.

**Целью исследования** было изучение распространенности, клиники, динамики ПД в группе матерей, рожавших в акушерских клиниках ИПАГ (г.Киев)

**Матеріали і методи.** Исследование проводилось поэтапно с 2001 по 2005 год на базе Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины (ИПАГ). На начальном этапе была проведена стандартизация и валидизация Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (ЭШПД), после чего было реализовано скрининговое исследование 153 родильниц, которые рожали в акушерских клиниках ИПАГ в октябре - декабре 2002 года. Методология исследования описана в предыдущей публикации (Пушкарева с соавт., 2003). В последующем проводился компаративный анализ полученных результатов и данных эпидемиологических исследований ПД в Центре психотерапевтических исследований (ЦПИ) в г. Штутгарт, Германия, результаты которого будут представлены в отдельной публикации.

Группа респонденток была сформирована

методом сплошной выборки и первоначально составила 182 женщины, в процессе проведения исследования часть родильниц выбыла ввиду отказа принимать участие в исследовании при получении информированного согласия - 7 женщин (4,57%), 10 (5,5%) женщин неполно заполнили протоколы исследования и 12 (7,8%) сменили место жительства после родов. Первое скрининговое исследование с помощью ЭШПД проводилось через 8-12 недель после родов, повторное исследование проводилось у женщин с показателями выше 9 баллов через 5-6 месяцев после первого опроса.

Возраст женщин в киевской выборке колебался от 17 до 52 лет, средний возраст - 27,6 лет. Социодемографические данные описываемой группы отражены в таблице 1.

Таблица 1.

**Социодемографические показатели**

Социодемографический показатель	Киев, ИПАГ	
	Количество респонденток	Показатель в процентах
Высшее образование	116	75,81
Студенты высших и средних учебных заведений	32	20,9
Работают	75	49,32
Замужем	135	88,23
В гражданском браке	14	9,15
Матери-одиночки	3	1,96
Разведены	1	0,65
Первые роды	105	68,6

Как показано в таблице, почти 76% обследованных в Киеве женщин имеют высшее образование, 20,9% - продолжают учиться. Подавляющее большинство на момент обследования были за мужем, 9,5% состояли в гражданском браке и только около 2% были матерями одиночками. Следует отметить, что только 49% имели работу на момент обследования, остальные находились на иждивении мужей или родителей, что, в некоторых случаях, может указывать на социально-экономическое неблагополучие семей.

Зарубежные исследования доказывают, что низкий образовательный уровень, неблагополучный семейный статус, бедность и отсутствие работы служат дополнительными факторами риска развития ПД.

Возникновению ПД способствует сложный комплекс факторов, среди которых наибо-

лее значимыми являются социально-психологические, в частности, отсутствие или недостаточность поддержки в семье, прежде всего со стороны партнера, безработица или неблагополучное финансово-экономическое состояние семьи, личностно-конституциональные и наследственные, однако их влияние неоднозначно и требует дальнейшего изучения.

Контрольную группу составили 54 женщины фертильного возраста от 19 до 48 лет, средний возраст - 26,48 лет, среди которых были представлены студентки, медицинский персонал, а также торговый персонал. Обе группы сопоставимы по основным социодемографическим параметрам.

При проведении стандартизации в контрольной группе были получены результаты, представленные в таблице 2.

Таблица 2.

**Показатели среднего и стандартного отклонения в контрольной группе**

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение
Количество респонденток	54	0.00	26.00	8.57	5.65



Показатель надежности-согласованности шкалы альфа-Кронбаха составил 0.79 ( $p < 0,05$ ).

В результате первого скринингового обследования респонденток основной группы было выявлено, что у 56 (36,6%) женщин основ-

ной группы показатель по ЭШПД колебался от 9 до 19 баллов. При этом у 26 (16,99%) женщин показатель превышал пороговую норму в 12 баллов. Полученные данные представлены на рисунке 1.

**Рис. 1. Распределение значений показателя послеродовой депрессии по ЭШПД в основной группе (n-153)**

Данные, представленные на рисунке, демонстрируют что 12 -19 баллов по ЭШПД были зафиксированы у 16,99 % (26) респонденток против 14,4 % полученных в пилотном исследовании в группе из 35 респонденток [2]. Респондентки с высокими баллами по ЭШПД получили информацию о результатах по телефону, им было предложено обсуждение результатов скрининга и диагностическое клинико-психопатологическое исследование.

Следующим этапом было повторное телефонное интервьюирование 54 женщин (две женщины сменили место жительства) через 5 - 6 месяцев после первого опроса, с целью изучения динамики развития ПД у пациенток основной группы и исследование уровня ситуационной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина.

При клиническом психопатологическом исследовании было установлено, что показатель по ЭШПД выше 12 баллов с высокой степенью достоверности указывал на наличие у респонденток послеродовой депрессии. ПД была диагностирована у 19 респонденток из 26, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. У 7 женщин были выявлены: адаптационные расстройства- в 2 случаях, обсессивно-компульсивное расстройство у 1 женщины, генерализованное тревожное расстройство у 2 женщин и у 2 -соматорформное расстройство.

Как было показано ранее, показатель по ЭШПД от 9 до 12 баллов так же может служить признаком наличия депрессивной симптоматики. Если в пилотном исследовании было выяв-

лено, что 16,6 % респонденток имели от 9 до 12 баллов, то в описываемой группе этот показатель составил - 19,6%.

Таким образом, результаты исследования показали, что в группе 153 родильниц, обследованных с помощью ЭШПД, у 16,99 % ( $n=26$ ) женщин были зарегистрированы 13-19 баллов по шкале ЭШПД, которым в 17 случаях соответствовали клинически выраженные признаки послеродовой депрессии. Среди 30 (19,6%) респонденток с показателями по ЭШПД от 9 до 12 баллов, ПД была выявлена у 12 женщин. В результате повторного скрининга и последующего клинико-психопатологического обследования 56 женщин с показателями по ЭШПД выше 9 баллов у 29 (18,95%) клинически была выявлена ПД. Полученные данные находятся в диапазоне, представленном международными показателями распространенности послеродовой депрессии, которые по данным разных авторов колеблются от 5,5% до 19,9%.

В результате повторного скрининга по ЭШПД было выявлено, что у 12 женщин (23% от общего числа респонденток с высокими баллами по ЭШПД) уровень показателя послеродовой депрессии по ЭШПД вырос до среднего уровня 14,7 баллов. У 8 респонденток (15%) показатель практически не изменился и остался в диапазоне 8,5 - 12 баллов (средний балл 10,3), у 17 респонденток (31%) показатель снизился, но остался выше среднего (9,5 баллов), и лишь у 17 женщин (31%) показатель оказался значительно меньшим, чем был (5,2 баллов). Полученные результаты указывают на то, что у 38%

матерей с ПД наблюдается устойчивость или усугубление депрессивной симптоматики.

При повторном исследовании родильниц у 53% был выявлен высокий уровень личностной тревоги, а у 7% и высокий уровень ситуа-

ционной тревоги.

Распределение результатов изучения уровней ситуационной и личностной тревожности у женщин с ПД по шкале Спилбергера-Ханина представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение значений показателей ситуационной и личностной тревожности

Показатели	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение
Ситуационная тревожность	47	10	55	31,89	8,481
Личностная тревожность	47	30	78	48,11	8,215

Полученные результаты были сгруппированы в зависимости от уровня и типа тревоги и представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Показатели уровней ситуационной и личностной тревожности у женщин с ПД

Уровень тревожности	Высокий (46<)	Средний (31-45)	Низкий (<30)
Тип тревоги			
ситуационная	7,7%	23,1%	69,2%
личностная	53,8%	38,5%	7,7%

Таким образом, более, чем у половины женщин с клинически верифицированной ПД, подтвержденной высокими показателями по ЭШПД и HDRS, отмечался высокий уровень личностной тревожности при преимущественно среднем или даже низком уровне ситуационной тревожности.

Корреляционный анализ выявил достоверные связи между показателями патопсихологической диагностики: по шкале HDRS и ЭПШД - коэффициент корреляции - 0,755, по HDRS и показателями по шкале личностной тревожности - коэффициент корреляции - 0,764. Коэффициент корреляции между показателями личностной и ситуационной тревожности - 0,695, а между показателями по ЭПШД при первом скрининге и при повторном

исследовании у респонденток с повышенными баллами - коэффициент корреляции составил 0,667.

Из 56 женщин, которым была предложена возможность дальнейшего обследования и лечения, 36 прошли клинико-психопатологическое обследование и исследование депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона. Как показано на рисунке 2, при колебаниях от 12-до 34 по шкале Гамильтона, средний балл в указанной подгруппе составил 17,25, а в подгруппе с ПД (n=29) -18,31 баллов, что соответствует депрессии средней тяжести (17-27 баллов). Распределение результатов исследования по шкале Гамильтона представлено на рисунке 2.

Рис. 2. Распределение значений показателя по HDRS в группе с показателями ЭШПД от 9 до 23 баллов (n=36)

В результате клинко-психопатологического исследования было выявлено, что у 12 из 29 женщин с ПД были депрессивные эпизоды во время беременности, у 4 - до беременности; в 5 случаях - семейный анамнез был отягощен депрессивными, соматоформными расстройствами и алкоголизмом.

Клинически можно было дифференцировать легкую, умеренную и тяжелую форму послеродовой депрессии в зависимости от вида, объема и тяжести симптоматики, степени дезадаптации. Выраженные соматовегетативные проявления чаще встречались при умеренной и тяжелой депрессии. В наблюдаемой группе 15 женщин имели умеренную, 5 - тяжелую и 9 легкую форму ПД.

Страх за здоровье ребенка, беспокойство по поводу финансово-экономического и социального статуса семьи, озабоченность вопросами выращивания и воспитания новорожденного часто встречаются в тематике переживаний женщин в послеродовом периоде, как в норме, так и при послеродовой депрессии, однако, в последнем случае отмечается сочетание этих переживаний с рядом характерных для депрессии психопатологических симптомов. Женщины с ПД чаще жаловались на недостаточность поддержки и понимания со стороны партнера и собственной матери, что коррелирует с данными других авторов, указывавших на недостаток социальной поддержки у больных с ПД. На основании клинко-психопатологического анализа определялись преимущественно четыре типа ПД в зависимости от особенностей клинической картины - астенический тип характеризовался преобладанием утомляемости, истощаемости, раздражительной слабости, гиподинамии, сопровождался симптомами нейровегетативной дисфункции - головными болями, сенесталгиями, респираторным дискомфортом, артериальной гипотонией, снижением или отсутствием аппетита, нарушениями сна, при незначительно пониженном настроении и признаках ангедонии.

При тревожном типе наряду с подавленным настроением и ангедонией отмечалось чувство тревоги, немотивированного страха, в частности, за ребенка, неуверенности в себе и своих действиях, внутреннее напряжение в сочетании с раздражительностью и недовольством на фоне умеренно выраженной депрессии, нарушения сна и вегето-соматические симптомы преимущественно кардиоваскулярного типа.

Астено-тревожный тип проявлялся астенией с преобладанием вялости, усталости, истощаемости, нарушениями сна, в сочетании с тревогой, напряженностью, волнением, тревожными опасениями, связанными с ребенком и семьей. В случае тревожно-дистимического варианта ПД, наряду с относительно выраженной тревогой, отмечались проявления выраженной тоски, грусти, недовольства, реже

встречался депрессивно-дистимический тип.

В отдельных случаях определенное место в клинической картине занимали рудиментарные истерические и ипохондрические включения. Обычно на начальных этапах развития депрессивных состояний женщины хотя и с трудом, но выполняли обычную работу, справлялись с ежедневными обязанностями, но по мере углубления депрессивного состояния у женщин резко снижалась самооценка, присоединялась неуверенность, идеи виновности и уничижения.

Женщины, страдающие послеродовой депрессией испытывают неуверенность в способности быть достаточно хорошей матерью (отсутствие чувства компетентности в роли матери), им свойственны навязчивые размышления о своей несостоятельности, мучительное чувство вины по поводу периодически возникающей раздражительности или безразличия по отношению к ребенку.

На фоне депрессии формируются тенденции к уклонению от материнских обязанностей, передачи функций ухода за ребенком матери или няне. Параллельно с усугублением депрессивной симптоматики ухудшались взаимоотношения с партнером и другими членами семьи. Таким образом, наряду со сходством клинической картины ПД с депрессивными и тревожными расстройствами, возникающими в другие периоды жизни женщин, ПД имеет характерные отличия, которые в первую очередь затрагивают наиболее важные материнские и партнерские стороны социального функционирования женщины. На примере нашей выборки было выявлено, что наиболее тяжелый случай ПД развился у женщины, которая оказалась в особенно травматичной ситуации, так как была обманута и оставлена отцом ребенка, осталась без работы и средств к существованию, отличаясь личностной незрелостью и высокой личностной тревожностью. Анализ этого клинического случая будет представлен в следующей публикации.

Полученные результаты подтверждают высокий уровень распространенности ПД в нашей популяции, что и определяет актуальность этой проблемы для нашей страны.

### Выводы

1. Результаты скринингового обследования репрезентативной выборки по ЭПШД (153 женщины, средний возраст 27,6 лет) свидетельствуют о высокой распространенности депрессивной симптоматики у - 36,6% показатели были выше 9 баллов, что указывает на высокую вероятность ПД

2. При клинко-психопатологическом обследовании ПД была выявлена у 29 женщин (18,95%). У 7 женщин были выявлены: адаптационные расстройства депрессивного круга у 2 женщин, обсессивно-компульсивное расстройство у 1 женщины, генерализованное тревожное расстройство - 2 женщины и соматор

формное расстройство у 2.

3. Клинически ПД можно было подразделить на астенический, тревожный, астено-тревожный и тревожно-тоскливый типы, которые различны по глубине депрессии, психологическим, структурно-синдромальным особенностям и степени нарушения социальной адаптации.

4. Возникновению ПД способствует сложный комплекс факторов, среди которых, наряду с личностно-конституциональными и наследственными, весьма значимыми являются социально-психологические, в частности, отсутствие или недостаточность социальной поддержки в семье, прежде всего со стороны брачного партнера, безработица или неблагоприятное финансово-экономическое состояние семьи.

5. Учитывая высокую распространенность ПД, необходимо создание системы раннего выявления депрессий у женщин в период, непосредственно предшествующий беременности, во время беременности, в постнатальном периоде и на протяжении первых лет жизни ребенка.

6. Задачу раннего выявления может решить проведение скрининга депрессивных

расстройств с использованием ЭПШД среди группы риска женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник, территориальных медицинских объединений и последующая клиническая диагностика и терапия и психосоциальную реабилитацию.

7. Для обеспечения адекватной медико-психологической помощи женщинам с ПД необходимо объединение усилий специалистов разного профиля и создание мультидисциплинарных команд, деятельность которых должна базироваться на современных подходах к диагностике, лечению и реабилитации ПД.

Направлениями дальнейшего исследования должны стать вопросы лечения, реабилитации и профилактики ПД, так же необходимы лонгитудные исследования влияния ПД матери на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка. Представляется обоснованной необходимость дальнейшего изучения роли социально-демографических факторов, патогенных и саногенных механизмов в развитии и преодолении ПД с целью разработки эффективных лечебно-профилактических стратегий в отношении ПД и её негативных последствий для ребенка и семьи.

#### Литература:

1. Маляров С.А., Демченко В.А., Витебская Т.В. К вопросу о послеродовых аффективных нарушениях //Здоровье женщины.-2002.№3 (11).-С.92-94.
2. Пушкарева Т.Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка // Архив психиатрии.-2002.-№3 (30).-С.132-140.
3. Beck CT A meta-analysis of predictors of postpartum depression // Nursery Research.-1996.-45.- 297-303.
4. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression// British Medical Journal.-1998.-316.-P-1884-1886.
5. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression // British Journal of Psychiatry.-1987. - №150.-P.782-786.
6. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development// Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.-1992.-Vol. 33, №3.-P. 543-561.
7. O'Connor T. G., Heron J. Golding J. et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years//British Journal of Psychiatry.-2002.-180.-P- 502-508.
8. Zlotnick C., Johnson S., Miller J. et al. Postpartum depression in Women receiving public assistance: Pilot study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention //American Journal of Psychiatry.-2001.-№4.-P- 638-640.
9. Gotlib I.H. & Goodman S.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission//Psychological Review.-1999. - Vol. 106.-№3.-P. 458-490.
10. Lee, C. M., & Gotlib, I. H. Clinical status and emotional adjustment of children of depressed mothers//American Journal of Psychiatry.-1989. - Vol. 146, №2.-P. 478-483.
11. Cox JL, Murray D, Chapman G.A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression// British Journal of Psychiatry. - 1993.-163.-P- 27-31.
12. Ballestrem C.-L., Straub M, Kachele H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany - implications for the utilization of treatment // Archives of Women's Mental Health.-2005.-№1.- 7p.



УДК 616.895.8:612.6.05

## Соотношение, генотипические особенности и течение параноидной и непараноидной шизофрении (по материалам эпидемиологических исследований)



Т.С. ЯНОВСКИЙ

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

**Резюме.** Проведені епідеміологічні обстеження 637 хворих на шизофренію. Статевий диморфізм впливає на співвідношення параноїдної і непараноїдної шизофренії. При параноїдній шизофренії частіше виявляється нападopodobний і ремітуючий перебіг, а при непараноїдній - безперервний перебіг.

**Ключові слова:** параноїдна, непараноїдна шизофренія.

**Summary:** The epidemiological inspections are conducted 637 patients with schizophrenia. Sex dimorphism has influence on correlation schizophrenia paranoid and non paranoid. At paranoid schizophrenia more frequent is revealed shift - like progressive and recurrent flow, and not at paranoid continuous flow.

**Key words:** paranoid, non paranoid schizophrenia.

Вопросы истории учения о шизофрении и ее единстве тесно взаимосвязаны. Значительный вклад в выделение этого заболевания внес основоположник психиатрии славянских стран, профессор харьковского университета П.А. Бутковский [1], который в 1834 году опубликовал первое руководство по психиатрии "Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании". С учетом предложенной систематики психозов П.А. Бутковский выделял и подробно описал в качестве отдельных заболеваний "бешенство", соответствующее параноидной форме шизофрении, а "глупость" и "бездейственное равнодушие" - простой и кататонической формам шизофрении [2]. В 1896 году Е. Краепелин [3] выделил раннее слабоумие, которое включало параноидные психозы, кататонию и гебефрению, а в последующем и его простую форму. Е. Bleuler [4] в 1911 году не только предложил раннее слабоумие называть шизофренией, но и выразил сомнение в его единстве. В последующем А.Н. Молохов [5] и А.Н. Корнетов [6] в рамках форм шизофрении выделяли типы течения. Отдельные исследователи [6,7,8] проводили на выборочных группах больных сопоставление типов течения при параноидной и непараноидной шизофрении. Перспективность подобных исследований обусловлена тем, что среди больных с параноидной и непараноидной шизофренией соответственно доминирует позитивная и негативная симптоматика [6-11], а и их патогенетические механизмы существенно отличаются [9,11].

**Целью** исследования явилось изучение влияния таких генотипических факторов, как идентичная наследственная отягощенность и

половой диморфизм, на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении, а также сопоставление типов течения при этих вариантах заболевания по данным эпидемиологических исследований.

### Материал и методы исследования.

Среди больных шизофренией, проживающих в центральном и железнодорожном районах г. Симферополя и находящихся на диспансерном и консультативном учете в Крымском республиканском психиатрическом диспансере, обследовано 637 больных шизофренией украинцев и русских. Среди них было 314 мужчин и 323 женщин в возрасте от 18 до 80 лет. В их число включались пациенты отмеченных национальностей, так как у представителей различных национальностей, рас и этносов имеются генетические различия [12]. Кроме того, выявлены клинические отличия шизофрении у представителей этносов Крыма [13].

В общей численности больных шизофренией идентичная наследственная отягощенность у родственников I - III степени родства обнаружена в 121 (19%) случаев. Сведения о наличии этого заболевания у родственников больных шизофренией были получены у пациентов, их родственников, а также из историй болезни и амбулаторных карт.

Распределение пациентов с учетом форм шизофрении в общей численности 637 больных шизофренией представлено следующим образом: простая форма - 60 (9,4%) больных, параноидная - 561 (88,1%) больных, кататоническая - 16 (2,5%) больных. В группах 121 больных шизофренией с идентичной наследственной отягощенностью и 516 больных шизофренией без выявленной наследственной отягощенности по формам шизофрении паци-

енты распределены соответственно так: простая форма - 15 (12,4%) и 45 (8,7%) больных, параноидная - 104 (85,9%) и 457 (88,6%) больных, кататоническая - 2 (1,7%) и 14 (2,7%) больных.

Формы шизофрении у 314 мужчин и 323 женщин представлены соответственно следующим образом: простая форма - 38 (12,1%) и 22 (6,8%) больных, параноидная - 264 (84,1%) и 297 (92,0%) больных, кататоническая - 12 (3,8%) и 4 (1,2%) больных. При анализе простая и кататоническая формы объединены в рамках непараноидной шизофрении.

В общем контингенте 637 больных шизофренией подразделение их по типам течения представлено так: непрерывное - 275 (43,2%) больных, приступообразное - 281 (44,1%) больных, ремиттирующее - 81 (12,7%) больных. В группах 561 больных параноидной шизофренией и 76 больных непараноидной шизофренией потипам течения пациенты соответственно распределены следующим образом: непрерывное - 211 (37,6%) и 64 (84,2%) больных, приступообразное - 272 (48,5%) и 9 (11,9%) больных, ремиттирующее - 78 (13,9%) и 3 (3,9%) больных.

Диагностика шизофрении, её форм и типов течения осуществлялась в соответствии с критериями, установленными МКБ - 10 [14]. Результаты проведенных исследований обрабатывались с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows - 98 с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel [15].

**Результаты исследований и их обсуждение.** У 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя, наследственная отягощенность этим заболеванием среди родственников I - III степени родства выявлена у 19,0 % случаев. Параноидная форма шизофрении является наиболее распространенной формой заболевания. Её частота составляет 88,1% случаев, что в 7,4 раза больше частоты непараноидной шизофрении (11,9%), куда входили простая (9,4%) и кататоническая (2,5%) формы заболевания ( $p<0,001$ ). Соотношение параноидной и непараноидной

шизофрении не отличалось в группах 121 больных шизофренией с идентичной наследственной отягощенностью (6,1:1) и 516 больных шизофренией без выявленной наследственной отягощенности (7,7:1) ( $p>0,3$ ). Не выявлено также отличий и в соотношении отмеченных вариантов заболевания в этих группах пациентов при сравнении их с общим контингентом 637 больных шизофренией (7,4:1) ( $p>0,3$ ). Эти данные показали, что фактор наследственной отягощенности не оказывает существенного влияния на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении.

При проведении подобного анализа с учетом полового диморфизма выявлены существенные отличия. Соотношение параноидной и непараноидной шизофрении в группе 314 мужчин составляло 5,3:1 и отличалось от аналогичной величины в группе 323 женщин, где оно было представлено как 11,4:1 ( $\chi^2=26,22$  при  $k=1$ ,  $p<0,001$ ). Отмеченные различия обусловлены тем, что частота параноидной шизофрении у женщин (92,0%) наблюдалась в 1,1 раза чаще, чем у мужчин (84,1%), у которых почти в два раза увеличена частота непараноидной шизофрении (15,9%) ( $p<0,01$ ). Распределение анализируемых клинических характеристик в группах 314 мужчин (5,3:1) ( $\chi^2=4,81$  при  $k=1$ ,  $p<0,05$ ) и 323 женщин (11,4:1) ( $\chi^2=4,81$  при  $k=1$ ,  $p<0,05$ ), страдающих этим заболеванием, отличалось от общего контингента 637 больных шизофренией (7,4:1). Полученные результаты, свидетельствуют о модифицирующем влиянии полового диморфизма на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении.

У 561 больных параноидной шизофренией частота типов течения заболевания (табл.) не отличалась от общего контингента 637 больных шизофренией ( $p>0,05$ ). Непрерывный тип течения болезни у 76 больных непараноидной формой шизофрении (84,2%) обнаруживался в 1,9 раза больше по отношению к общей численности больных (43,2%) ( $p<0,001$ ), у которых наблюдалось соответственно в 3,7 и 3,3 раза чаще приступообразное (44,1%) и ремиттирующее (12,7%) течение заболевания ( $p<0,01$ ).

Таблица 1.

Соотношение типов течения у больных параноидной и непараноидной шизофренией

Типы течения шизофрении	Параноидная		Непараноидная		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Непрерывное	211	37,6±2,0	64	84,2±4,2	275	43,2±2,0
Приступообразное	272	48,5±2,1	9	11,9±3,7	281	44,1±2,0
Ремиттирующее	78	13,9±1,5	3	3,9±2,2	81	12,7±1,3
Итого	561	100,0	76	100,0	637	100,0

В группе 561 больных параноидной шизофренией, в сравнении с группой 76 больных непараноидной шизофренией (табл.), частота приступообразного типа течения заболевания (48,5%) превышала в 4,1 раза, а ремиттирующего (13,9%) - в 3,6 раза ( $p < 0,01$ ). Непрерывное течение болезни у больных непараноидной шизофренией выявлялось в 84,2% случаев и превышало в 2,2 раза аналогичную величину у пациентов параноидной шизофренией (37,6%) ( $p < 0,001$ ).

Проведенные исследования основывались на данных о больных шизофренией, находящихся на диспансерном и консультативном учете в Крымском психиатрическом диспансере г. Симферополя, в котором в течение более четырех десятилетий существует хорошо организованная внебольничная психиатрическая помощь. Сопоставляя результаты эпидемиологических исследований эндогенных заболеваний с учетными данными в Крыму, П.Г. Мецов [16] показал, что в этих случаях они не отличаются. Следует отметить, что нам не встретились работы, посвященные изучению влияния генотипических факторов на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении, а также сопоставлению типов течения при этих вариантах заболевания по материалам эпидемиологических исследований, проводимых в период патоморфоза.

Полученные результаты продемонстри-

ровали значительное преобладание в населении параноидной шизофрении, что происходит преимущественно за счет сравнительно невысокой частоты непараноидной шизофрении. Эти данные находятся в согласии с исследованиями [17] о клинических проявлениях шизофрении в период её патоморфоза. Наследственная отягощенность шизофренией не оказывает влияния на соотношение анализируемых вариантов заболевания. Это ранее отмечалось в выборочных исследованиях А.Н. Корнетова [6]. Модифицирующее влияние полового диморфизма на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении выражается в доминировании у женщин параноидной формы заболевания, а у мужчин суммарного увеличения простой и кататонической форм. Более благоприятное течение шизофренического процесса наблюдается при параноидной шизофрении, в сравнении с непараноидным её вариантом. Отмеченные факты, в определенной мере, согласуются с результатами выборочных исследований отдельных авторов [6,8,9,11,18,19].

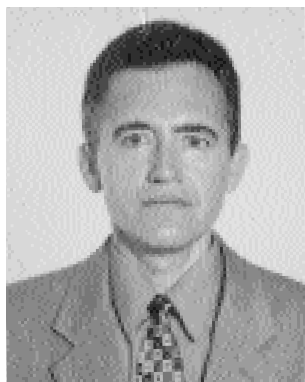
Таким образом, половой диморфизм оказывает влияние на соотношение параноидной и непараноидной шизофрении. При параноидной шизофрении чаще обнаруживается приступообразное и ремиттирующее течение, а при непараноидном варианте заболевания преобладает непрерывное течение.

#### Литература:

1. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.). - СПб. 1834. - Ч.1. - 168с. Ч.2. - 160 с.
2. Двирский А.Е., Яновский С.С. П.А. Бутковский - основоположник психиатрии славянских стран и его "Душевные болезни". - Симферополь: Таврия. - 2001. - 208 с.
3. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie, 5 Aufl. 1896.
4. Bleuler E. Dementia praecox der Gruppe der Schizophrenien. - //Handbuch der Psychiatrie /Ed. G. Auschaffenburg. - Leipzig - Wien, 1911. - 420 s.
5. Молохов А.Н. О систематике форм и типов течения шизофрении /Клиника шизофрении. Труды Кишиневского мед ин - та и психиатр больницы №1. Вып. 2. Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1967.- С.5 -18.
6. Корнетов А.Н. Клиника и систематика шизофрении у больных с наследственным отягощением и без выявленного отягощения: Автореф. дис... д - ра мед. наук: -М. - 1969. - 34 с.
7. Корнетов А.Н. Генетические исследования шизофрении /Шизофрения. Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др. /Под ред. И.А. Полищука. - К.: Здоров'я. - 1976. - С. 134 - 147.
8. Двирский А.А. Типы течения параноидной и непараноидной шизофрении в сочетании с алкоголизмом и у больных, перенесших алкогольный делирий //Таврический журнал психиатрии. - 2002. - Т. 6, №1(18). - С. 12 - 15.
9. Andreasen N., Flaum M., Arndt S., Alliger R., Miller D., O'Leary D. Positive and negative symptoms and syndroms: assessment and biological correlates //Schizophrenia and affective psychoses. 1992. - P. 89 - 96.
10. Andreasen N., Nopoulos P., Miller D., Gupta S., Swayze V., Flaum M. Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present and future //Acta Psychiat. Scand. - 1994. - Vol. 90, Suppl. 384. - P. 51 - 59.
11. Kaplan B.J., Sadock V.A. Comprehensive textbook of psychiatry. 8 th edition, 2 Vols.- Baltimore: Williams and Wilkins, 2004. - 4480 p.
12. Vogel F., Motulsky A.G. Human genetics. Problems and approaches. - 3-rd ed. - Sprinder, 1996. - 852 p.
13. Вербенко Н.В. Сравнительный анализ клиники шизофрении в этносах Крыма //Таврический журнал психиатрии. - 2002. - Т. 6, №1 (18). - С. 26 - 27.
14. 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.
15. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Морион. - 2000. - 319 с.
16. Мецов П.Г. Некоторые вопросы эпидемиологии, социальных и клинко-биологических предпосылок реадатпации и реабилитации больных эпилепсией: Автореф. дис. ... д - ра. мед. наук. М., 1975. - 31 с.
17. Двирский А.Е. Эволюция, патоморфоз и прогноз течения шизофрении в будущем //Архів психіатрії - 2002. - №3(30). - С. 73 - 78.
18. Двирский А.Е., Назаров К.Н. О возможных механизмах модифицирующего влияния пола на клинические проявления шизофрении /Нейроиммунология в клинике и эксперименте. - М., 1975. - С.71 - 74.
19. Пейтерс Е., де Хаан Л. Женщины с шизофренией. Результаты научных исследований и их значение для терапии //Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - №2. - С. 159 - 162.

УДК

### Расстройства сексуальных влечений в подростковом возрасте



И.В. КУЗНЕЦОВ

Киевская медицинская академия  
последипломного образования  
имени П.Л. Шупика

**Резюме.** У статті розглянуто варіанти порушення психосексуального розвитку, порушень сексуального потягу і сексуальні злочини у підлітків.

**Ключові слова:** підлітки, порушення потягу, сексуальні злочини.

**Summary.** In clause the variants of infringement of psychosexual development, frustration of a sexual inclination and sexual crimes at the teenagers are considered.

**Key words:** the teenagers, frustration of inclinations, sexual crimes.

**Вступление.** Нарушения психосексуального развития и расстройства сексуального влечения в подростковом возрасте часто обуславливают мотивацию сексуальных правонарушений. Как правило, именно в этих случаях и преступления носят стереотипный, как бы "клише", характер и являются множественными, а не единичными. По нашим наблюдениям они могут продолжаться на протяжении всего пубертата, в некоторых случаях могут начинаться в детском возрасте и оставаться после окончания пубертатного периода. С другой стороны, сам по себе бурно протекающий пубертат может также обуславливать сексуальные правонарушения.

Наиболее **актуальным** и целесообразным является изучение нарушений психосексуального созревания и расстройств сексуального влечения при органических заболеваниях головного мозга и психопатиях, поскольку именно при этих нозологических формах нарушения в сфере влечений встречаются чаще всего и выражены более отчетливо [1-5].

Сказанным определяется **цель** исследования, состоящая в описании и группировке вариантов нарушенного психосексуального созревания при резидуально-органических состояниях и формирующихся психопатиях, а также в выделении критериев дифференциальной диагностики, прогноза и судебно-психиатрической оценки.

#### **Задачи исследования:**

1. Описание и группировка вариантов нарушенного психосексуального созревания у подростков с ранними резидуально-органическими состояниями.

2. Описание и группировка нарушенного психосексуального созревания у подростков с психопатиями.

3. Выявление факторов, участвующих в формировании патологических форм сексуального влечения.

4. Судебно-психиатрическая оценка: разграничение патологических и непатологических форм нарушенного сексуального влечения

при резидуально-органических состояниях и психопатиях; выделение клинических критериев невменяемости и прогноза.

**Объектом** исследования явились подростки, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

**Результаты исследования.** Всего проанализировано 70 клинических наблюдений, из них с органическим поражением головного мозга 46 испытуемых (66%); с психопатией - 24 испытуемых (34%). Возраст обследуемых от 14 до 24 лет, средний возраст составил в двух нозологических группах соответственно 16,9 лет и 17,3 года. С учетом темы и задач исследования клинический материал собирался по трем группам: 1) подростки с нарушенным сексуальным развитием и половыми правонарушениями (45 наблюдений); 2) подростки с нарушенным сексуальным развитием, но без сексуальных правонарушений (11 наблюдений); 3) подростки, совершившие половые правонарушения, но без признаков нарушенного сексуального созревания (14 наблюдений).

Наряду с общепринятым клиническим обследованием (в том числе неврологическое, эндокринологическое, психологические и некоторые другие) использовался сексологический опросник (составленный на основании работ Васильченко Г.В. [6]; Исаева Д.Н., Кагана В.Е. [7]; Имелинского К. [8] и антропометрическое и гениометрическое исследование (Карандашенко В.Н., 1983; Скородок Л.М., Савченко О.М., 1985). Кроме того проводилось биохимическое определение содержания тропных гормонов гипофиза и половых гормонов в сыворотке крови.

Значительный интерес представляет оценка роли социокультуральных факторов в формировании нарушений психосексуального созревания. Не приводя здесь подробного статистического анализа, отметим только, что во всех группах отрицательные микросредовые факторы и в семье, и в непосредственном окружении были достоверно массивны. Вместе с тем наибольшее социальное неблагополучие отмечено в группе 3, в которой сексуальные



преступления не были сопряжены с нарушением психосексуального созревания. В этой же группе достоверно чаще преобладали лица, злоупотребляющие алкоголем (86%) и токсико-наркотическими веществами. Преобладание в этой группе неправильного воспитания с безнадзорностью определило характерность явлений педагогической запущенности. В отличие от этого в группе 1 микросреда была несколько благополучнее, а преобладание воспитания по типу гиперопеки определило достоверно более редкую встречаемость запущенности.

Наиболее важным для нашего исследования является уточнение типов и вариантов асинхроний сексуального созревания в целом и нозологических группах. Известно, что в работах ряда авторов [2, 6, 10 - 12] выделяется преждевременное, дисгармоническое, ретардированное половое созревание в период пубертата, которые рассматриваются как асинхронии. С учетом сказанного, нами была проведена и соответствующая обработка изучаемого материала. При этом выделялось три типа нарушенного сексуального созревания: преждевременное (как раннее начало психосексуального и соматосексуального созревания); ретардированное (задержка психосексуального и соматосексуального созревания); дисгармоническое (сложные асинхронии - совмещение ускоренного соматосексуального созревания с задержкой психосексуального созревания и некоторые другие варианты).

Оказалось, что асинхронии сексуального созревания имели место в большинстве наблюдений (80%). Подобное соотношение (8:2) вырисовывается и в нозологических группах с тенденцией к большей частоте асинхроний созревания в органической группе.

Самым характерным типом асинхроний было дисгармоническое сексуальное созревание (46%), затем ретардированное (30%) и наиболее редко преждевременное (4%).

В органической группе чаще всего встречалось ретардированное (42%), затем дисгармоническое (39%) и преждевременное (2%) созревание. В то время как в группе психопатий преобладало дисгармоническое сексуальное созревание (58%), а ретардированное и преждевременное встречалось редко и в небольшом числе наблюдений (по 8% каждый вариант). Различия между нозологическими группами по таким показателям как дисгармоническое созревание приближаются к достоверным, а ретардированному - достоверны. Нормальное сексуальное созревание встречалось несколько чаще при психопатиях, чем при органических поражениях головного мозга (26% против 17%).

Сравнительный анализ содержания тропных гормонов гипофиза и половых гормонов в сыворотке крови показал различия. Ретардация полового созревания характеризова-

лась: снижением гонадотропного лютеинизирующего гормона, повышением коэффициента ЛГ/ФСГ, а также уменьшением половых ферических гормонов (тестостерона и эстрадиола) в сыворотке крови. При преждевременном созревании - пониженный базальный уровень соматотропного гормона и тестостерона в сыворотке крови. А при дисгармоническом типе полового созревания - понижение уровня тестостерона и эстрадиола и их соотношения.

Полученные данные свидетельствуют о клинико-биологических корреляциях асинхроний сексуального созревания.

Особый интерес представляет оценка соотношения частоты и разных вариантов расстройств влечений по всему контингенту.

Следует отметить, что в судебной и клинической психиатрии разные авторы ставили разные акценты в определении понятий нарушения влечения [13 - 19].

По В.А. Гурьевой [20], Т.Б. Дмитриевой [21] истинное влечение - это сопряженное с инстинктами, недостаточно контролируемое сознанием, глубокое чувственное побуждение, направленное на определенную цель, сопровождающееся напряженной витализированной потребностью реагирования и завершающееся действием с соматопсихическим гедонистическим эффектом.

В общем виде на основании изучения нашего материала схема сформированных расстройств влечений у подростков может быть представлена следующим образом:

1. Первичные, или истинные, преимущественно биологически обусловленные: а) одолимые; б) неодолимые (насильственные и навязчивые - последние очень редки); в) импульсивные.

2. Вторичные, при которых включение биологических механизмов происходит последовательно на фоне социально сформированных расстройств влечений. При этом в генезе сохраняется большой удельный вес социально-психологических влияний: а) рефлексивно зафиксированных, нестойких; б) стойких.

3. Расстройства влечения, спаянные с личностью: а) приближающиеся по своему происхождению к первичным; б) стоящие ближе к вторичным.

При неодолимых влечениях чувство насильственности (компульсивности) сочетается с настойчивым стремлением совершить то или иное действие (дромо-, пиромании, сексуальные парафилии), сопряженным с мучительной борьбой мотивов. Импульсивные влечения характеризуются чрезвычайной силой побуждения и императивностью реализации, совершаются раньше их обдумывания и потому не сопровождаются борьбой мотивов или овладевающими представлениями, могут быть сопряжены с нарушенным сознанием, чаще всего наблюдаются при органических поражениях головного мозга. Истинные расстройства влечений

возникают в большинстве случаев приступообразно на фоне дисфорических состояний.

Биологическая основа (патологическая почва) является обязательной, что находит подтверждение и при клинических исследованиях. Однако существует целый ряд вариантов, в генезе которых соотношение биологических и социальных факторов может быть самым разным, вплоть до значительного преобладания социальных факторов. Крайние варианты встречаются реже, чем промежуточные.

В период выявления нарушений влечения они значительно отличаются от расстройств влечений в завершённом виде. Анализ первого в жизни отчетливого нарушения влечения позволяет выявить следующие варианты:

1) первичное влечение может сразу отвечать понятию "истинного" (самый редкий вариант);

2) смутное эмоционально-тягостное напряжение (спонтанное или возникающее на фоне стресса, утяжеление симптоматики криза), сопровождающееся потребностью разрядки, но не направленное на определенную цель; нарушенное влечение вначале случайно, но в дальнейшем быстро закрепляется;

3) начало расстройств влечений с патологического аффекта по типу дисфории с агрессивно-садистскими фантазиями, часто однообразного содержания, иногда с сексуальным компонентом и потребностью разрядки; механизм закрепления - псевдокомпенсаторный, первые аффективные проявления являются эквивалентом будущих расстройств влечений;

4) пассивное, малопродуманное подражание действиям лиц из непосредственного окружения с конкретным представлением, о том, что надо делать, но без понимания "зачем"; это - механизм псевдоадаптации у конформных неустойчивых лиц с задержками развития; механизм закрепления - условно-рефлекторный;

5) инфантильная попытка из любопытства проверить на себе все, что увидено, услышано о действиях, связанных с влечениями, с конкретным представлением о самих действиях, но не о цели; в дальнейшем возможно закрепление с появлением признаков нарушенных влечений.

Полнота осознания влечения зависит от многих факторов (уровень интеллектуального созревания, сила и вид влечения, способность к самоанализу, знакомство с опытом других, столкновения с законом, понимание недопустимости). Когда речь идет только о возрастной расторможенности влечений или легких нарушениях, большое значение для их осознания и подавления имеют культурный уровень семьи и воспитание волевого контроля поведения. Таким образом, наши данные вполне соответствуют представлениям В.А. Гурьевой [20]

Особый интерес представляют для нас оценка соотношения частоты и разных вариан-

тов расстройств влечения по всему изученному контингенту. Установлено, что расстройства влечений отсутствовали крайне редко (4% набл.). В подавляющем числе наблюдений (96%) имело место сочетание разных расстройств влечения, которое проявлялось по-разному в нозологических группах и группах 1, 2, 3. В целом, у всех испытуемых наряду с сексуальными расстройствами (58%) отмечались склонность к алкоголизации (49%), токсикомании (16%), уходы и бродяжничество (29%). Реже всего отмечались употребление наркотических препаратов (1%), склонность к поджогам (1%). Та же тенденция прослеживалась и в нозологических группах.

Наиболее часто (70%) расстройство сексуального влечения сочеталось с бродяжничеством, склонностью к употреблению алкоголя, приемом токсических веществ, употреблением наркотиков, с пироманией. В изолированном виде они имели место в 32% наблюдений.

Комбинация "других расстройств влечений" чаще встречалась в I нозологической группе (39,3%), чем во II-й (33%). Сексуальные расстройства также были более частыми в I группе (32%). В то же время для группы психопатий оказалось более характерным сочетание сексуальных расстройств с другими (преимущественно с так называемыми "социализированными" расстройствами) 33% против 24% в органической группе.

Анализ сексуальных расстройств с другими видами нарушенного влечения в группах 1, 2, 3 показал следующее. Для группы 1 наиболее типичными были сексуальные расстройства. Для группы 2 более характерно сочетание сексуальных с другими видами расстройств и влечений. В этой группе резко увеличивается число лиц с другими нарушениями влечения. Тенденция к нарастанию "социализированных" нарушенных влечений увеличивается в группе 3, где они приобретают наибольшую выраженность.

Оценка возраста появления отдельных видов расстройств влечения и их распространенности по возрастным периодам показывает, что уходы и бродяжничество раньше всего возникали в органической группе в препубертатном возрасте и были в ней наиболее распространенными. В группе психопатий в этом возрасте они отсутствовали и впервые появлялись в негативной фазе пубертата. Эта тенденция сохранялась и в позитивной фазе пубертата в обеих нозологических группах.

Важным являются сведения, касающиеся начала алкоголизации. Установлено, что наиболее рано склонность к употреблению алкоголя наблюдалась в препубертатном периоде, в обеих нозологических группах была примерно одинаковой и отмечалась в небольшом числе наблюдений. В негативной фазе пубертата частота начала алкоголизации резко возросла и

была характерна для групп психопатий. Эта тенденция оставалась и в позитивной фазе.

Начало употребления токсических веществ встречалось в небольшом проценте наблюдений и приходилось примерно в одинаковых отношениях во все возрастные периоды с отражением большей распространенности среди психопатий (в негативной фазе чаще, чем в позитивной).

Особый интерес представляет оценка сексуальных расстройств и их частоты в изученном контингенте испытуемых (сексуальная расторможенность, сексуальные девиации и перверзии). При этом выяснилось, что в целом сексуальные перверзии и девиации встречались в одинаковом проценте наблюдений (24%). Сексуальная расторможенность отмечалась несколько реже (в 10%) случаев. Указанная закономерность прослеживается и по нозологическим группам. Вместе с тем следует отметить, что в группе психопатий сексуальные перверзии наблюдались несколько чаще (29%), чем в "органической" группе (22%). В связи с этим необходимо пояснить, что поскольку в генезе психопатии принимают участие органи-

ческие факторы, то основное значение для выявления перверзий (наряду с социальными факторами) имеют не столько личностная патология, сколько легкая органическая стигматизация не на уровне дефекта, а на уровне аномалий развития.

При анализе вида сексуальных расстройств по группам с нарушенным сексуальным созреванием в группах 1 и 2 оказалось, что дело ограничилось сексуальной расторможенностью реже всего в 1 группе (11%). Более часто здесь отмечались перверзии (37%) и сексуальные девиации (3%). Подобные соотношения по распределению сексуальной расторможенности и девиаций прослеживались и во 2 группе, однако сексуальные перверзии во 2 группе отсутствовали. Следует напомнить, что 3 группа без нарушений сексуального развития использовалась как контрольная.

**Выводы.** Таким образом, предварительно можно говорить о тесной связи асинхроний психосексуального развития, расстройств влечений с сексуальными правонарушениями в подростковом возрасте.

#### Литература:

1. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М., 1955. - Т. 1; 1959. - Т. 2.
2. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М., 1974.
3. Мохов В.В. Сексуальные перверзии в клинике психопатий: Автореф. дис. канд. мед наук. - М., 1971.
4. Чуприков А.П., Цупрык Б.М. Общая и криминальная сексология. - Киев, 2002.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л., 1985
6. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. - М., 1983. - Т. 1-2.
7. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. - Л., 1979.
8. Имелинский К. Сексология и сексопатология. - М., 1986.
9. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. - М., 1969.
10. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М., 1973.
11. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979.
12. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985.
13. Архангельский В.Г. Вопросы социальной и клинической психоневрологии. - М., 1936. - т.3 - с.179-187.
14. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. - М., 1933. - с.113-118.
15. Гиляровский В.А. Психиатрия. - М., 1954. - с.84.
16. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. - Берлин. - 1923, с. 255-275, 328-365.
17. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - М. 1901. - т.1. - с. 240-278.
18. Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии: пер. с нем. - СПб., 1881.
19. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов: пер. с нем. - М., 1910. - с.252-282.
20. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. - М., 2001. - 478 с.
21. Руководство по судебной психиатрии (под ред. Т.Б. Дмитриевой). - М.: Медицина, 2004. - С.591.

Применение методики цветопредпочтения Люшера и цветового теста отношений у больных с простой и параноидной формами шизофрении



С.М. ДОЛУДА  
Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

**Резюме.** У статті наводяться дані вивчення методики кольорової переваги Люшера та кольорового тесту відносин у хворих при простій та параноїдній формах. Показано, що в залежності від форми захворювання змінюється система асоціацій, які відображають емоційну значимість стимульних понять. Сумісне використання тестів Люшера і КТВ дало можливість об'єктивізувати стан емоційно-ціннісної сфери хворих, що має важливе значення в правильному діагностуванні захворювання.

**Ключові слова:** шизофренія, проста та параноїдна форми, тести

Люшера і КТВ.

**The summary.** In clause the given study of a technique of colour preferences Lusher's and colour test of the attitudes at the patients about simple time and paranoid forms of schizophrenia. are resulted. Is shown, that depending on the form of disease the system of associations' changes which display the emotional importance of stimulat concepts. The sharing of Lusher's tests and CTA has enabled to state an objective a condition emotionally-valuable spheres of the patients, that is very important for correct diagnosing of disease.

**Key words:** schizophrenia, simple and paranoid forms, Lusher's tests, CTA.

**Вступление.** В психопатологической структуре дефицитарных расстройств, характерных для шизофрении, значительное место занимают нарушения эмоций, которые отличаются значительным разнообразием проявлений. В литературе имеется большое количество работ, в которых описываются особенности изменений эмоциональной сферы у больных с данной патологией [1, 6, 7]. Вместе с тем, происходящий эпохальный патоморфоз проявлений шизофрении заметно изменил характер проявлений данного заболевания, что значительно затрудняет решение диагностических задач [11].

Патопсихологические исследования, обращенные к изучению эмоциональной сферы больных, значительно углубляют представления о сущности возникающих нарушений, уточняют характер проявлений, что существенно улучшает возможности диагностики заболевания [3, 4, 5].

Вышеотмеченные предпосылки обусловили необходимость проведения исследова-

ния, посвященного изучению состояния эмоциональной сферы у больных шизофренией с целью улучшения диагностики данного заболевания.

**Материал и методы исследования**

Под наблюдением было 112 больных молодого возраста - 19-35 лет.

С применением теста цветопредпочтения Люшера и цветового теста отношений (ЦТО) были обследованы две группы пациентов. Первую группу составили больные с параноидной шизофренией (78 человек); вторую - пациенты с простой формой заболевания (34 человека).

**Результаты и их обсуждение**

Анализ полученных данных дал возможность выделить основные тенденции и параметры цветопредпочтения у больных с параноидной и простой формами шизофрении. Усредненные данные, полученные при обработке результатов теста цветопредпочтения у обследованных, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Основные тенденции и параметры цветопредпочтения у больных при различных формах шизофрении (М ±σ

Группы	Усредненный ряд цветопредпочтения	Средний уровень тревоги (А)	Средний коэффициент Шипоша (КВБ)	Коэффициент конкордантности (W)
Больные с параноидной формой	2 1 5 3 4 0 6 7	3,935 ± 2,395	0,973 ± 0,617	0,034 (p < 0,05)
Больные с простой формой	1 5 2 0 4 3 6 7	1,800 ± 1,483	1,384 ± 0,907	0,054 (p > 0,05)



Как свидетельствуют представленные данные, у больных с параноидной формой шизофрении выявлено предпочтение 2 и 1 цветов на первых позициях, что интерпретировалось как доминирование черт субъективизма, потребности в упорном отстаивании собственных, в т.ч. иррациональных, идей и установок. Ведущая позиция по отношению к внешнему миру - защитная, активно-оборонительная, соперничающая, скептическая. Пара 5 и 3, отражающая особенности "актуального состояния", свидетельствует об иррациональности, нестандартности, дезадаптивном реагировании и в то же время - болезненно обостренной сензитивности к внешним воздействиям [2].

Средний уровень тревоги у больных параноидной шизофренией составил  $3,9 \pm 2,4$ . Следует отметить, что этот показатель оказался выше, чем в группе сравнения. Коэффициент Шипоша, отражающий энергетический баланс вегетативной нервной системы был близок к нормативному уровню. Коэффициент конкордации W, характеризующий степень согласованности, однотипности, "одинаковости" цветопредпочтения в группе, у пациентов с параноидной формой шизофрении оказался более низким, чем у больных второй группы ( $W=0,034$ ;  $p<0,05$ ). Полученное значение коэффициента конкордации было гораздо ниже среднестатистического уровня W у здоровых обследуемых (около 0,2), что свидетельствует о неоднородности, неустойчивости, очень большом диапазоне эмоционально-аффективных состояний, в которых пребывали испытуемые на момент обследования. Полученные данные подтверждаются также более высоким, по сравнению со второй группой, значением среднеквадратического отклонения - показателя разброса, вариативности уровня тревоги (табл.1).

У больных с простой формой шизофрении наиболее предпочитаемым цветом являлся темно-синий (1), что в большей степени согласуется с клинко-психопатологическими данными. Так, согласно Л.Н. Собчик, "синий цвет в цветовом ряду, устойчиво занимающий первую позицию, свидетельствует о том, что обследуемый соответствует слабому типу ВНД с преобладанием трофотропных тенденций... Этому сопутствует интровертированность и пассивность в сочетании с повышенной тревожностью и склонностью к пессимистичности; крайняя чувствительность к средовым воздействиям". У здоровых лиц предпочтение синего цвета связывается с доминированием аффилиативных тенденций (потребность в теплой эмоциональной привязанности, близости, сочувствии и сопереживании), однако клинко-психопатологически у больных с простой формой шизофрении указанных тенденций практически не наблюдалось. В данной группе боль-

ных доминировала иная тенденция, также связанная с предпочтением синего цвета, а именно выраженная потребность в покое, "избегающий" тип реагирования, "страх нестабильности", что согласуется с литературными данными [9, 10].

Особо следует отметить, что предпочитаемый цвет 1 чаще всего находился в паре с 5, который является наиболее "иррациональным" цветом. Позиции "актуального состояния" отражает цветовая пара 2 0, которая свидетельствует не только об акцентировании защитных тенденций, но и выявляет их эскапический характер (от англ. to escape - уходить, убежать). У больных с простой формой 0 цвет (серый), интерпретируемый как проективный символ отгороженности и "ухода", находился ближе к началу ряда ( $p<0,01$ ), что подтверждено совместным использованием критериев ? Колмогорова-Смирнова и \* Фишера [8]. Уровень тревоги у больных с простой формой шизофрении был повышен незначительно ( $A=1,8$ ), однако коэффициент Шипоша оказался выше, чем в группе сравнения и отражал постоянное присутствие внутреннего напряжения, потребности в релаксации и покое. Степень конкордации цветовых выборов оказалась столь же низкой, как в группе больных с параноидной формой ( $p>0,05$ ).

В целом, структура цветопредпочтения у больных с параноидной формой шизофрении является активно-иррациональной, а у испытуемых с простой формой - пассивно-иррациональной. Выраженная иррациональность, дезадаптирующие тенденции в реагировании, потребностях и установках выявлены в обеих группах, однако указанные цветопредпочтения больных с параноидной и простой формами шизофрении четко отражают специфику негативных изменений в эмоционально-мотивационной и потребностной сферах обследованных пациентов.

Анализ полученных данных показал, что уровень тревоги в группе пациентов с параноидной формой шизофрении был выше, чем в группе сравнения ( $p<0,01$ ). Также выраженные различия имели усредненные коэффициенты Шипоша ( $p<0,05$ ). В тоже время согласованность и однотипность цветопредпочтений встречались чаще у больных с простой формой, однако, коэффициент конкордантности в данной группе не достигал статистической значимости. В проведенном исследовании проводился анализ различий в эмоциональной значимости стимульных объектов для пациентов с параноидной и простой формами шизофрении. Результаты цветоассоциативной пробы ЦТО в исследуемых группах представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2.

Цвета Люшера, наиболее часто ассоциированные в ЦТО со стимульными понятиями

Группы	Я	Мама	Папа	Друг	Настроение в целом	Настроение сейчас	Поведение в целом	Поведение сейчас	Прошрое	Настоящее	Будущее	Будущее (желаемое)	Здоровье	Болезнь
Больные с параноидной формой	0,7	3	7	2,5	0	1,0	2	2	7	1,0,7	2	3	0	7
Больные с простой формой	1	3	0	-	1	0	4	4	6	7	2	4	0	6,7

Таблица 3.

Усредненные ранги стимульных объектов в ЦТО для больных с различными формами шизофрении

Группы	Я	Мама	Папа	Друг	Настроение в целом	Настроение сейчас	Поведение в целом	Поведение сейчас	Прошрое	Настоящее	Будущее	Будущее (желаемое)	Здоровье	Болезнь
Больные с параноидной формой шизофрении	2,767 ± 1,960	3,343 ± 2,397	4,947 ± 2,438	3,143 ± 1,682	4,103 ± 2,540	3,414 ± 1,937	4,143 ± 2,206	4,172 ± 2,620	4,802 ± 2,427	4,430 ± 2,657	3,889 ± 2,455	3,480 ± 2,347	3,517 ± 2,324	6,214 ± 1,988
Больные с простой формой шизофрении	2,403 ± 1,673	5,320 ± 2,915	5,251 ± 2,986	3,232 ± 1,155	4,412 ± 2,702	4,399 ± 2,510	3,271 ± 2,683	5,404 ± 2,702	5,615 ± 2,702	6,203 ± 2,049	4,127 ± 2,828	1,892 ± 1,732	4,889 ± 2,168	7,236 ± 1,095
Достоверность различий по критерию Стьюдента t	p>0,05	p<0,01	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p>0,05	p<0,01	p>0,05	p<0,01	p<0,01	p<0,01

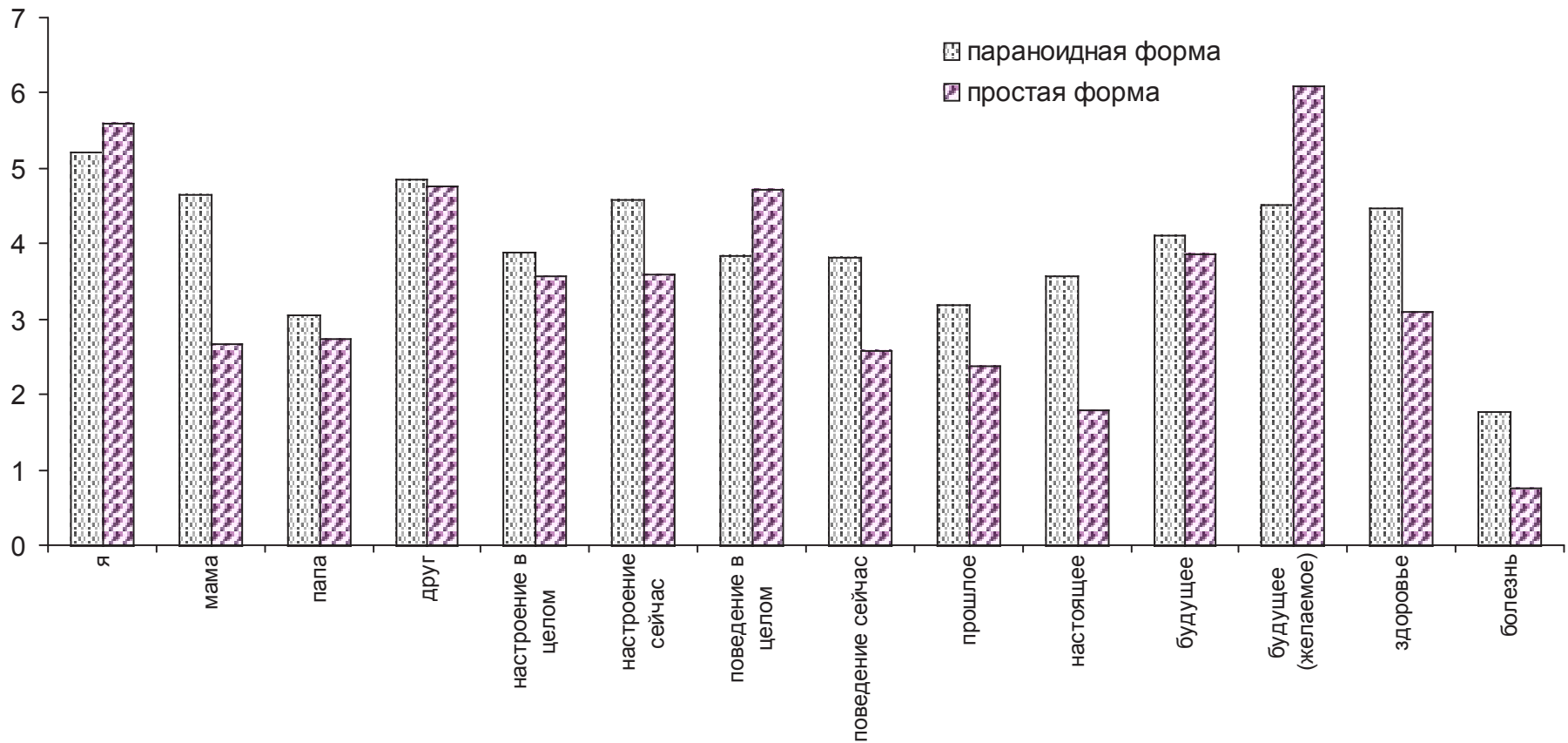


Рис.1. Эмоциональные рейтинги (значимость) стимульных понятий для испытуемых с различными формами шизофрении

Как видно из представленных в таблице 3 данных, основные различия в эмоциональной значимости стимульных понятий выявлены по пяти позициям ( $p < 0,01$ ). Так, для больных с простой формой был менее значим образ матери, и практически одинаковы, нивелированы оценки образов отца и матери, тогда как в группе сравнения понятие "отец" оценивалось как менее эмоционально значимое.

Реальное (вероятное) будущее пациенты с простой формой шизофрении также оценивали более пессимистично, чем обследуемые группы сравнения. Напротив, желаемое (идеализированное) будущее для больных с простой формой являлось настолько эмоционально-значимым, что ранжировалось даже выше собственного "я".

Такие понятия, как "здоровье" и "болезнь", пациенты с простой формой шизофрении ассоциировали, как правило, с цветами из второй половины ряда цветопредпочтения, тогда как оценки этих же понятий больными с параноидной формой были более оптимистичны и разнообразны.

В целом, у больных с простой формой шизофрении наблюдалась явная тенденция к более низким, чем в группе сравнения, ранговым оценкам практически всех стимульных понятий, за исключением "поведение сейчас", "желаемое будущее", что свидетельствует о меньшей эмоциональной насыщенности и значимости стимульных понятий для испытуемых, страдающих простой формой шизофрении.

Эмоциональные "рейтинги" каждого из стимульных понятий, полученные по формуле  $8 - r_{\text{ср}}$  (где  $r_{\text{ср}}$  - усредненный ранг понятия, табл.2), для групп обследованных отражены на рис.1.

Кроме того, "поведение в целом" и "поведение сейчас" больные с параноидной формой четко связывали с зеленым, "волевым, самостоятельным" цветом, тогда как больные с простой формой столь же согласованно ассоциировали собственное "поведение" с желтым цветом. Согласно принятой интерпретации, желтый цвет символизирует "разговорчивость, открытость, общительность, энергичность", т.е.

черты, диаметрально противоположные личностным характеристикам больных с простой формой шизофрении. Поэтому очевидно, что для последних символика желтого цвета была принципиально иной, чем для здоровых лиц.

Важно отметить также, что понятие "друг" у больных с простой формой вызывало наибольшее число отказных реакций ("друга нет", "друзей вообще не бывает" и т.п.), количество отказов в данной группе превысило число продуктивных цветовых ассоциаций. При этом те больные, которые все-таки выполнили пробу по данному стимулу, оценивали его как чрезвычайно значимый. Наряду с этим, следует также отметить, что стимул "настоящее" больными связывался чаще с серым, черным или синим цветами.

**Выводы.** Таким образом, выявлены существенные изменения в системе цветовых ассоциаций, отражающих иерархию эмоциональной значимости и отношений обследованных больных к стимульным понятиям с тенденцией к занижению оценок пациентами, при этом "осью" достоверных различий выступали преимущественно ситуативные факторы.

Кроме того, выявлены существенные отличия между группами сравнения. Так, при простой форме шизофрении отмечается "сдвиг" эмоциональной значимости образов на более близких людей: нивелировка отношений к понятиям "мать" и "отец" одновременно с резким возрастанием рейтинга понятия "друг", причем в действительности близкие друзья у обследованных больных с данной формой заболевания являлись скорее исключением, чем правилом.

Проведенное исследование показало целесообразность совместного использования "цветопроективных" проб (тест Люшера и ЦТО) для оценки состояния эмоционально-ценностной сферы обследованных больных. Полученные результаты согласуются, дополняют и уточняют клинко-психопатологические данные, выявляют особенности, характерные для изученных форм заболевания, и, таким образом, могут служить надежным психодиагностическим инструментом в клинике шизофрении.

#### Литература:

1. Александровский ЮА. Энциклопедия психиатрии. - М.: "РЛС-2004". - 2003. - 544 с.
2. Базыма Б. А. Цвет и психика. - Харьков: ХДАК, 2001. - 172 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. - СПб.: Питер, 2003. - 351 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб: Питер, 2002. - 960с.
5. Корсини Р., Ауэрбах А. Психологическая энциклопедия, 2-е изд. (пер. с англ. Алексеева А.А.)-СПб.:Питер, 2003. - 1096 с.
6. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения. - СПб.: "Гиппократ+". - 2004. - 336 с.
7. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб.: ООО Издательство "Речь", 2000. - 402 с.
8. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. - СПб.: ООО "Речь", 2001. - 350 с.
9. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. - М.: ИПП-ИСП, 2001. - 512 с.
10. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. - СПб.: Издательство "Речь", 2003. - 624 с.
11. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Том I. - М.: Медицина, 1999. - 712 с.



УДК 616.89-07-08

### Применение солей лития в психиатрической практике



В.Н. КУЗНЕЦОВ,  
А.В. ОЛЕЙНИК,  
В.Г. КОРОТНОЖКИН

Киевская медицинская  
академия  
последипломного  
образования  
им. П.Л. Шупика

**Резюме.** В історичному аспекті розглядається застосування солей літію при афективній патології. Аналізуються результати довготривалого застосування карбонату літію у 386 хворих з різними варіантами афективних розладів, об'рунтовується застосування нового вітчизняного препарату - літій-у-гідроглутамат (ГЛЮТАЛІТ).

**Ключові слова:** солі літію, афективні розлади, лікування, профілактика, літій-у-глутамат.

**Summary.** In the paper using of lithium salts in treatment of affective disorders is considered in historical perspective. The long-term treatment outcome of using of lithium carbonate in patients with different forms of affective disorders was been analyzed, the evidence of use of new ukrainian medicine lithium-y-hydroglutamate (GLUTALITH) is proved.

**Keywords:** lithium salts, affective disorders, treatment, prevention, lithium-y-hydroglutamate.

За последние 50 лет во всех странах мира успешно применяются соли лития для лечения и профилактики психических расстройств. Впервые литий в психиатрической практике применил австралийский психиатр Кейд [1] в 1949 году для купирования возбуждения у психически больных. Полученный положительный терапевтический эффект у маниакальных больных послужил основанием для применения лития с терапевтической целью как антиманиакального средства. Среди солей лития (сульфат, цитрат, хлорид, ацетат и др.) наилучшим препаратом признан карбонат лития (углекислый литий), хотя и другие соли применялись с лечебной целью. В мировой медицинской практике используется большая группа препаратов лития: Camcolit 250; Camcolit 400; Carbolit; Duralit; Eskalit; Licarbium; Liskonum; Litarex; Lithicarb; Lithizine; Lithobid; Lithotabs; Manilith; Phasal; Priasal; Priadel; Quilonorm; Quilonum.

После сообщения Кейда литий стал широко применяться для лечения состояний возбуждения, особенно в Австралии и Франции. В работах этого периода содержатся положительные оценки действия лития на маниакальные и гипоманиакальные состояния, приводятся данные об интоксикации этим препаратом. Однако в этот период литий не получил широкого распространения, поскольку его терапевтическая эффективность оказалась ниже эффективности созданных немного позднее психотропных препаратов. По мере накопления клинического материала в 60-е годы было обнаружено новое, существенное свойство солей

лития - предупреждать аффективные приступы (Ску, 2). Это вновь привлекло к литию внимание психиатров, так как проблема профилактики психических расстройств, и аффективных приступов в частности, является в настоящее время одной из актуальнейших в психиатрии.

Широкое применение лития дало возможность расширить показания к его применению. Возросло количество содержащих литий препаратов, в том числе и отечественных (микалит, оксibuтират лития, литий-у-гидроглутамат и др.)

Теперь уже литий используется не только для лечения и профилактики аффективных расстройств, но и при терапии иных форм психической патологии различной нозологической принадлежности, а также для преодоления терапевтической резистентности к другим видам терапии. Появляются работы, посвященные комбинированному лечению литием с нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами. Описываются осложнения и побочные явления, а также тактика их купирования.

Предпринимались попытки лечения солями лития самых различных состояний - бредовых, навязчивых и фобических синдромов, кататонического возбуждения, состояний с преобладанием дефицитарных расстройств, наблюдавшихся в рамках шизофрении, дипсомании, эндокринных психосиндромов и др. Однако, судя по большинству публикаций и нашим собственным наблюдениям, препарат оказывается эффективным лишь в случаях периодического течения заболевания, когда в картине приступа преобладают аффективные нарушения.

Литий является веществом, близким по своим характеристикам к калию и натрию, и так же как и они, широко распространен в природе в составе солей в горных породах, в минеральных водах и в жидкой среде растений и животных. В человеческом организме есть следы лития (около 1/1000 терапевтической концентрации); ионы лития довольно равномерно распределяются во всех жидкостях организма - внутриклеточной и внеклеточной. Натрия, наоборот больше всего содержится во внеклеточной, а калия - во внутриклеточной жидкости. Литий обладает широким спектром воздействия на растения и животных: у одних видов модифицирует их развитие, у других изменяет эндокринные функции, влияет на активность энзимов в разных системах, при этом степень выраженности этих воздействий зависит от конкретной концентрации ионов лития. Литий, который выявляется у здорового нелеченного человека, или литий, который выявляется от употребления минеральной воды, может не иметь клинического значения. Ионы лития быстро диффундируют, вследствие чего, он быстро проникает в кровь из желудка и проникает в большинство тканей, через некоторое время он начинает появляться в моче. Литий выделяется также с потом. Литий не скапливается где-либо в организме в значительных количествах, и поэтому его концентрация в крови в любое время зависит от равновесия между величиной дозы, принятой внутрь и его содержанием в выделенной моче. Диета с низким содержанием натрия, обильное потоотделение в жаркую погоду или при высокой температуре тела, гипотензия любого происхождения - все эти факторы снижают содержание лития в моче и повышают его концентрацию в крови при условии приема внутрь постоянной дозы препарата.

Механизм действия солей лития изучен не полностью. Наиболее распространена гипотеза об увеличении литием реаптейка свободного норадреналина пресинаптическими адренергическими окончаниями ЦНС. Тем самым уменьшается количество активного норадреналина, действующего на постсинаптические адренергические рецепторы, и снижается возбуждение нервной системы. В формировании фармакологического эффекта участвует также антисеротонинергическое влияние лития. На клеточном уровне литий действует как антагонист натрия и способен вытеснять его из клетки. Аккумуляция лития в клетке приводит к изменению переноса моновалентных катионов через клеточную мембрану.

Основным показанием к назначению солей лития маниакальные и гипоманиакальные эпизоды в рамках биполярного аффективного расстройства. При выраженном маниакальном возбуждении со склонностью к агрессии, разрушительным действиям, эффективность солей лития ограничена. В таких случаях рекомендуется короткодействующий нейролептик клопиксол-акуфаза в дозе 50-100 мг в/м с дальнейшим введением клопиксол-депо 200-500 мг

в/м и включением лития 900-1500 мг. Как альтернативный метод для купирования маниакального возбуждения можно рекомендовать разработанную нами (Крыжановский Г.Н., Олейник А.В. и др., 3) комплексную патогенетическую терапию, включающую триаду препаратов - соли лития, сибазон и галоперидол в терапевтических дозах.

Другие атипичные варианты маниакальных состояний - "непродуктивная мания", "экзальтированная" мания, "дурашливая" мания - также требуют применения нейролептической терапии в комплексе с литием.

На депрессивные фазы литий не оказывает прямого воздействия и полезен только незначительной подгруппе депрессивных больных с биполярным течением аффективных расстройств и отягощённой наследственностью и в комплексе с антидепрессантами при резистентных к терапии депрессиях. Эффект лития при этом развивается ещё медленнее, чем при мании. Успешно применяется литий в комплексе с нейролептиками и при шизоаффективном расстройстве (маниакальный тип). Благоприятное действие лития отмечается при лечении синдрома предменструального напряжения, некоторых форм алкоголизма, олигофрении, психопатии, в структуре которых наблюдаются лёгкие аффективные нарушения. Особого внимания заслуживает применение лития при аффективных расстройствах на экзогенно-органической основе.

Одним из наиболее важных свойств лития является его способность предотвращать аффективные приступы при аффективных расстройствах. Он может применяться как вспомогательное средство для предотвращения приступов и при других психозах с аффективными нарушениями (шизофрении, периодических психозах, психопатиях).

Методика профилактического применения лития довольно проста. Начальная суточная доза в зависимости от тяжести состояния больного колеблется от 600 до 1200 мг, в дальнейшем она может быть увеличена при необходимости до 1800 мг (в 2-3 приёма после еды). Терапия литием должна проводиться не только под контролем клинического состояния, но и концентрации лития в сыворотке крови. Профилактическое действие лития выявляется лишь тогда, когда концентрация колеблется от 0,6 до 1,2 мэкв/л. Определение концентрации лития в сыворотке крови при профилактическом лечении должно проводиться 1 раз в неделю в первый месяц, в дальнейшем 1 раз в 2-3 месяца. Наибольшая концентрация карбоната лития в крови наблюдается через 2-4 часа после приёма внутрь. Определяют концентрацию лития через 12 часов после последнего приёма.

Вопрос о том, при каком типе течения аффективного расстройства - биполярном или монополярном - профилактика литием даёт лучшие результаты, решается не всеми авторами однозначно. Основоположники профилак-

тического применения лития Ску и Боструп (5) указывают на приблизительно одинаковую эффективность лития при монополярном и биполярном типах течения психоза. Это подтверждается и нашими наблюдениями.

Наш опыт применения лития в психиатрической практике с лечебной и профилактической целью начинается с 1970 года. В психиатрической клинике кафедры психиатрии КМАПО под руководством проф. Полищука И.А. впервые в Киеве был применён с терапевтической целью углекислый литий (карбонат лития) у больных аффективными расстройствами. Были разработаны методические рекомендации по применению солей лития для лечения и профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза (Бирюкович П.В., Олейник А.В., 4). Под нашим наблюдением на протяжении длительного времени (больше 10 лет) находилось 220 больных (170 женщин и 50 мужчин) с аффективными расстройствами, принимавших с лечебной и профилактической целью карбонат лития. Возраст больных к началу лечения от 17 до 60 лет, длительность заболевания от 2 до 24 лет. Частота психотических эпизодов не менее одного в год, продолжительность их от 2-3 недель до 5-8 месяцев. У 150 больных наблюдалось биполярное аффективное расстройство, у остальных монополярное. У 120 больных наблюдались тяжёлые психотические эпизоды, и они от одного до 12 раз лечились в психиатрических стационарах, остальные - амбулаторно.

В 1973 году под руководством профессора И.А. Полищука на кафедре детской психоневрологии КИУВ началось исследование больных с церебральной резидуально-органической недостаточностью, которые в возрасте 9-16 лет перенесли психозы с преимущественной патологией в аффективной сфере. Была проведена комплексная сравнительная оценка клинических проявлений и параклинических показателей у 166 пациентов и их ретроспективный двадцатилетний катамнестический анализ, завершившийся на кафедре психиатрии КМАПО в 1993 году. У 60 пациентов аффективные психотические расстройства рассматривались в рамках экзогенно-органических психозов; у 15 в рамках биполярного психоза и циклотимии на фоне ЦРОН, у 8 - шизоаффективное расстройство, у 16 - эндореактивная пубертатная депрессия у 46 пациентов - депрессивно-дистимическое неврозоподобное состояние резидуально-органического генеза. В комплексной дифференцированной терапии значительные удельный вес занимали препараты лития с особым положительным лечебном и профилактическом лечении в группе экзогенно-органических, биполярных психозах и циклотимии, шизоаффективных расстройствах, депрессивно-дистимических неврозоподобных состояниях [6,7].

Пациенты как в группе детско-подросткового так и в группе взрослого возраста постоянно принимали литий в суточной дозе от 0,6

до 1,2 грамма. При необходимости проводилась коррекция доз с учётом данных контроля за концентрацией лития в сыворотке крови.

В результате профилактического применения лития у большей части больных (88%) получен положительный терапевтический эффект - полное прекращение аффективных эпизодов или значительное смягчение течения психоза, что выражалось в сокращении продолжительности психотических эпизодов, их количества в году, числа госпитализаций и ослаблении тяжести аффективных нарушений по сравнению с периодом до лечения у тех же больных.

Длительная профилактическая терапия литием создавала благоприятные условия для реабилитационных мероприятий. Большинство наблюдавшихся нами больных (70%) после выписки из стационара приступали к трудовой деятельности по специальности. Только небольшая часть больных (14 человек) реадаптировались на новом месте работы с облегчёнными условиями труда и по иной квалификации, близкой к прежней специальности. Снижение интенсивности клинических проявлений психоза до субклинического уровня дало возможность 22 больным с рецидивами депрессии и мании продолжать работу или учёбу, в то время как до приёма лития они ежегодно на 1-4 месяца утрачивали трудоспособность.

На нашем материале не наблюдалось ни одного случая острого отравления литием. Ранние побочные эффекты (в первые дни, после приёма лития) наблюдались у 15 больных в виде желудочно-кишечных расстройств - тошноты, рвоты, сухости во рту, поноса, а также нервной системы - в виде общей слабости, сонливости, иногда лёгкого тремора рук. Они устранялись коррекцией дозы лития.

Поздние побочные эффекты со стороны центральной нервной системы наблюдались у 4 больных в пожилом возрасте в виде вялости, сонливости, головокружения, шума в ушах, тремора. Концентрация лития в сыворотке крови достигала 1,5 мэкв/л. Отмена лития, симптоматическое лечение (физраствор поваренной соли, диуретики) постепенно нормализовало состояние больных.

В Львовском государственном медицинском университете был синтезирован новый препарат - литий-у-гидроглутаминат (ГЛЮТА-ЛИТ). Экспериментальными исследованиями на животных было установлено, что препарат вызывает ряд эффектов, сходных с действием антидепрессантов. Кроме того, экспериментально было показано, что механизм действия препарата аналогичен действию лития оксидтирата, но эффективность была значительно выше.

Исходя из этого, постановлением фармакологического комитета Украины была проведена вторая фаза клинических испытаний препарата литий-у-гидроглутаминат на базе клиники кафедры психиатрии КМАПО им. П.Л. Шупика.

**Целью исследования было:**



1. подтвердить терапевтическую эффективность нового фармакологического средства при аффективных расстройствах различного генеза;

2. изучить переносимость и токсичность;

3. сопоставить эффективность и токсичность лития-у-гидроглутамината с карбонатом лития;

4. уточнить показания и терапевтические дозы, суточный режим приёма препарата;

5. выявить и оценить возможные побочные явления и осложнения, методы их коррекции;

6. установить показания для применения, длительность лечения, спектр терапевтической активности препарата, возможные комбинации с другими лечебными средствами.

**Объект исследования.** Исследование проводилось в сравнении с контрольной группой из 30 больных, репрезентативных по возрасту, полу, структуре синдрома, нозологическому диагнозу, получавших карбонат лития по стандартным схемам.

В группу исследования были включены больные с аффективными расстройствами в рамках биполярного расстройства, циклотимии, шизоаффективного расстройства, при сосудистых заболеваниях, инволюционной меланхолии и органических поражениях ЦНС.

Литий-у-гидроглутаминат назначался в суточной дозе 0,3-0,6 г в первые дни лечения с последующим повышением до 0,9 г. Препарат принимался 3 раза в день, через каждые 2 недели определялась концентрация лития в плазме крови методом пламенной фотометрии.

Эффективность оценивалась традиционным клиническим **методом**. Двойной слепой метод не применялся. В некоторых случаях препарат назначался в комбинации с транквилизаторами, антидепрессантами, а в отдельных случаях и с нейролептиками.

Всего было обследовано 59 больных (14 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет. Обследованные больные были разделены по нозологическому и синдромальному принципам. Были выделены следующие группы:

Биполярное расстройство - 20 больных (из них с депрессивным синдромом - 6, маниакальным - 14) В рамках шизоаффективного расстройства терапевтическая эффективность препарата изучалась на 12 больных (с депрессивными состояниями - 5, маниоформными - 7) При органических заболеваниях головного мозга литий-у-гидроглутаминат применялся у 15 больных (с маниоформным синдромом - 9, с депрессивным синдромом - 6). При циклотимии - 12 больных с гипоманиакальным синдромом.

Эффективность препарата оценивалась по 4-х бальной шкале: улучшение, незначительное улучшение, отсутствие эффекта, ухудшение. Анализировалось влияние препарата на аффективное расстройство при различных нозологических формах. Демографические показатели не изучались. Динамика психического состояния больных изучалась на 7, 14, 21 и 28

сутки.

**Результаты.** На основании проведённых исследований установлено, что литий-у-гидроглутаминат оказывает значительную эффективность при различных синдромах в рамках биполярного аффективного расстройства - 70%, при аффективных расстройствах у шизоаффективных больных - 66,6%. Эффективность при экзогенно-органических состояниях - улучшение в 73,3%. Эффективность при циклотимии составляла 75%. Ухудшений в процессе лечения не наблюдалось.

В действии лития-у-гидроглутамината преобладал седативный эффект и, как во всей группе лития, нормотимическое действие. Антипсихотический эффект наблюдался в группе больных с эндогенными аффективными расстройствами (биполярное расстройство, циклотимия, шизоаффективное расстройство). В группе больных со смешанными аффективными состояниями отмечено значительное действие на состояние тревоги и ажитации. Терапевтический эффект наблюдался на 12-16 день от начала лечения. После устранения основных проявлений мании, как правило, на 3 неделе дозу у-гидроглутамината лития уменьшали.

у-гидроглутаминат лития эффективно сочетается с нейролептиками для редукции выраженного маниакального возбуждения, а также с антидепрессантами при терапии депрессивных и субдепрессивных состояний и профилактической терапии эндогенных аффективных психозов. Следует отметить, что для профилактического применения лития в сочетании с антидепрессантами и нейролептиками следует назначать минимальные дозы лития-у-гидроглутамината. у-гидроглутаминат лития без побочных эффектов сочетается с нейролептиками, антидепрессантами и транквилизаторами. Других побочных эффектов при изучении препарата не наблюдалось.

При маниакальных состояниях наблюдалось смягчение аффективной симптоматики, раздражительности и гневливости. При депрессивных состояниях уменьшалось витальное ощущение тоски, чувство безысходности, ослаблялась выраженность идей самообвинения и самоуничтожения.

У больных с депрессивными состояниями наряду с редукцией депрессивной симптоматики возникали жалобы на вялость, утомляемость, но они проходили после уменьшения дозы у-гидроглутамината лития.

У больных с шизоаффективными расстройствами заметно редуцировались острые аффективные симптомы. Клинические испытания показали хорошую переносимость препарата пациентами.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии мягкого седативного и антидепрессивного действия препарата, которые сочетаются с тонизирующим эффектом. Установлено значительное нормотимическое действие лития-у-гидроглутамината. Наибо-



лее выраженный терапевтический эффект наблюдался при суточной дозе препарата 0,6-0,9 г при концентрации лития в плазме крови 0,5-0,9 ммоль/л.

Препарат совместим с другими психотропными препаратами.

Таким образом, литий-у-гидроглютаминат обладает оригинальным спектром действия, высокой эффективностью при аффективных расстройствах различного генеза и совместим с другими психотропными препаратами.

Серьезных побочных эффектов и реакций в процессе терапии при указанных дозах и концентрации лития в плазме крови не наблюдалось. У некоторых больных [2] отмечались незначительные побочные эффекты в виде транзиторной головной боли и легкой тошноты, которые проходили спонтанно и не требовали медикаментозной коррекции. Влияния на общие и биохимические показатели крови и мочи в процессе терапии не выявлено. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о безопасности применения препарата и полностью подтверждают заключение экспертизы материалов доклинического исследования препарата лития-у-гидроглютамината №65 от 12 июля 1991 года.

Клиническое испытание лития-у-гидроглютамината практически полностью подтверждает экспериментальные данные. В результате клинического исследования установлен оригинальный спектр действия препарата: наличие нормотимического эффекта, наличие своеобразного седативного влияния с некоторым тонизирующим компонентом, мягкое антиманиакальное действие препарата и значительная антидепрессивная активность, особенно при астено-депрессивных состояниях различного генеза. При этом практически отсутствуют побочные явления, что свидетельствует о безопасности применения лития-у-гидроглютамината.

В процессе клинического исследования были установлены оптимальные терапевтические дозы и оптимальные концентрации лития в плазме крови. На основании анализа эффек-

тивности препарата с учётом оригинального спектра действия можно установить **показания для применения** этого лекарственного средства:

1. депрессивные состояния различной степени выраженности и генеза;
2. маниакальные состояния в рамках биполярного расстройства;
3. аффективные расстройства различного генеза.

Противопоказаний для применения препарата, кроме соматической патологии не выявлено.

На втором этапе клинического испытания проводилось сравнение клинического эффекта лития-у-гидроглютамината с широко применяемым в психиатрической практике карбонатом лития. Установлено, что литий-у-гидроглютаминат по сравнению с карбонатом лития обладает более выраженным антидепрессивным действием ( $p < 0,05$ ). Во-вторых, седативное действие нового препарата выгодно отличает его от карбоната лития. В-третьих, литий-у-гидроглютаминат обладает некоторым тонизирующим действием, что очень полезно при гиподинамических депрессиях различного генеза. Кроме того, препарат оказался более эффективным и лучше переносится при аффективных расстройствах разного происхождения. В целом отмечается лучшая переносимость и безопасность нового препарата лития. Учитывая, что в химической структуре лития-у-гидроглютамината содержатся ионы лития, можно предположить и о достаточном профилактическом действии.

**Вывод.** Терапевтическая активность у-гидроглютамината лития не уступает другим препаратам данной группы. Практически не были зафиксированы побочные явления при изучении препарата.

В аптечную сеть Украины в апреле 2004 года поступил у-гидроглютаминат лития (ГЛЮТАЛИТ) Борщаговского химфармзавода г.Киева для применения в медицинской практике.

#### Литература:

1. Cade Y., Med.Y.Aust., 1949, v. 36, p. 349.
2. Schon M., Psychopharmacologia, 1959, p.581.
3. Комплексное применение бутирофенонов, бензодиазепинов и солей лития в психиатрической практике (методические рекомендации). Сост. Г.Н. Крыжановский, К.В. Москети, А.В. Олейник и др.
4. Применение солей лития для лечения и профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза (методические рекомендации). Сост. Бирюкович П.В., Олейник А.В., Киев, 1978.
5. Schou M., Beastrup P., J.A.M.A., 1967, v. 201, p. 696.
6. Джон Крамер, Бернард Гейне Использование лекарств в психиатрии.-Ассоциация психиатров Украины.-Амстердам - Киев 1996.- 256 с.
7. Кузнецов В.Н. Клиника терапия и профилактика некоторых психотических расстройств у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - в10 - М- 1977 с 1563-1567
8. Кузнецов В.Н. Особенности клиники и диагностики аффективных психозов резидуально-органического генеза у детей и подростков //Український медичний часопис -1998 -№1(3)- С.18-23.

УДК 616.89-07-08

## Клинические аспекты применения миртазапина (ремерона) в психиатрической практике\*



<sup>1</sup>П.Т. ПЕТРЮК, <sup>2</sup>А.П. ПЕТРЮК

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>2</sup>Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

<sup>1,2</sup>Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3 (Сабурова дача), г. Харьков

**Резюме.** Розглядаються класифікація і соціальне значення афективних розладів. Вивчено ефективність міртазапіну при лікуванні 27 хворих на депресивну фазу маніакально-депресивного

психозу (тужний і тривожний варіанти), що супроводжується симпатикотонічним синдромом. Показано високу ефективність препарату при терапії згаданих варіантів депресивної фази психозу і підтверджена добра переносимість і безпечність препарату, а також відсутність побічних ефектів при дозі 30-60 мг на добу.

**Ключові слова:** міртазапін, депресивні розлади, терапія, ефективність.

**Summary.** The classification and social significance of the depressive disorders are examined. The efficiency of mirtazapine in treatment of the 27 patients with depressive phase of the bipolar psychosis, accompanied by sympathocotonic syndrome (anxiety and melancholy types) is investigated. The high efficiency of this medication is demonstrated for treatment mentioned types of the depressive phase of the bipolar psychosis such well as confirmed the safety and absence the side effects of the mirtazapine in dosage 30-60 mg for day.

**Key words:** mirtazapine, depressive disorders, efficiency of therapy.

**Вступление.** Понятие "аффективные психозы" возникло в связи с установлением генетической гетерогенности маниакально-депрессивного психоза (МДП) и выделения И.А. Полищуком клинически и генетически обоснованных следующих психозов: 1) МДП - классические биполярные формы; 2) МДП - атипичные, смешанные состояния; 3) ДП - депрессивный психоз (периодическая витальная депрессия); 4) циклоидный психоз с монополярной (фазофренией) и биполярной формами; 5) периодические психозы, возникающие под влиянием экзогенных факторов на основе резидуально-органических поражений мозга дизэнцефальной локализации [1]. В соответствии с МКБ-10 аффективные расстройства настроения диагностическим модулем F30-F39 разделены на следующие нозологические группы: F-30 - маниакальный эпизод; F-31 - биполярное аффективное расстройство; F-32 - депрессивный эпизод; F-33 - рекуррентное депрессивное расстройство; F-34 - хроническое (аффективное) расстройство настроения; F-38 - другие (аффективные) расстройства настроения;

F-39 - неутонченные (аффективные) расстройства настроения.

Каждая нозологическая группа в зависимости от формы и течения заболевания имеет свои подгруппы [2].

Одной из основных проблем современной мировой психиатрии является проблема депрессивных состояний, что обусловлено неуклонным повышением удельного веса депрессивных расстройств среди психических нарушений и утяжелением их психопатологической картины [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает 3-5% населения земного шара, т.е. примерно до 200 млн. человек. При этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15-20% [4, 5].

Исследования показывают, что 1 из 7 взрослых в США страдает нарушениями настроения в течение одного года, 7% населения - в Бразилии, почти 10% - в Германии и 4,2% - в Турции [6]. Существуют свидетельства, что при определенном характере семейного наследования женщины страдают депрессивными сос-

\*Авторы выражают благодарность Представительству фармацевтической компании "Органон" в Киеве и её менеджеру по препаратам группы ЦНС С.А. Паламарчуку за получение части препарата и содействие в проведении данного исследования, коллегам - А.В. Канищеву и Н.П. Юрченко - за помощь в изучении специальной литературы и материалов для статьи.

тояниями в 3-4 раза чаще, а у мужчин чаще развивается алкоголизм [7].

Наиболее тяжёлым последствием депрессии является проблема самоубийств. Депрессивные расстройства являются одной из серьёзнейших проблем охраны здоровья, поскольку являются причиной 70% всех совершаемых самоубийств (вследствие самоубийств уровень смертности среди больных депрессивными расстройствами составляет 15%). Суициды занимают девятое место среди основных причин смертности в США, а среди подросткового и юношеского населения - третье место. Приблизительно до 40,0 - 50,0 тыс. американцев ежегодно кончают жизнь самоубийством. Таким образом, самоубийства в США забирают больше жизней, чем лейкемия и болезни почек, а также тяжело отражаются на состоянии родственников, друзей и коллег жертвы самоубийства [8].

Подобная ситуация наблюдается и в Украине. В настоящее время Украина вошла в группу стран с высоким уровнем суицидальной активности (свыше 20 самоубийств на 100 тыс. населения). При этом данный показатель повысился с 19,0 самоубийств на 100 тыс. населения в 1988 году до 28,7 в 2000 году (в юго-восточных регионах уровень самоубийств в 2001 году достигал 45,1 на 100 тыс. населения). Характерно, что суицидальные попытки чаще всего совершают молодые люди в возрасте от 18 до 29 лет, что повышает риск рецидивирования суицидальных действий. За последние годы резко увеличилось количество самоубийств среди детей 5-14 лет [9].

K.B. Wells, A. Stewart, R.D. Hays с соавт. (1989) доказали, что степень нетрудоспособности в результате депрессии была одинаковой или тяжелее, чем при таких хронических соматических заболеваниях, как гипертоническая болезнь, диабет, артрит [10]. Другие авторы отмечали, что 3000 больных депрессивным расстройством были отнесены к категории больных с очень плохим состоянием здоровья и высокой обращаемостью в учреждения охраны здоровья, они имели в пять раз больше дней нетрудоспособности, чем в общей популяции за аналогичный период [11].

Экономические потери общества, подсчитанные на основании этих данных, составили только в 1997 году в США 45 млрд. долларов [12]. Даже эти цифры не в полной мере отражают экономические потери общества, следует учитывать ещё утрату рабочих мест, прекращение профессионального роста и получения образования, снижение семейного функционирования. Данные пятнадцатилетнего катамнестического наблюдения свидетельствуют, что у 80% нелеченных депрессивных больных длительное время сохраняется низкий уровень социального функционирования [13].

С.Н. Мосолов [5] утверждает, что прямые затраты на лечение депрессии в США в 1998

году уже составили 5,8 млрд. долларов, а непрямые затраты обошлись в 39,8 млрд. долларов (из них потеря от трудоспособности - 28,0 млрд., от смертности вследствие суицидов - 11,8 млрд.).

Таким образом, общая сумма затрат в упомянутом году достигла 45,6 млрд. долларов, при этом стоимость медикаментов составила не более 3%. Понятно, что правильно проведенная терапия позволила бы не только сохранить жизни людей [6].

Несмотря на наличие путей для решения этой проблемы, большинство людей, страдающих депрессией, не получают адекватного лечения. Это значит, что в мире живут миллионы людей, страдающих в настоящее время от болезней, и их страдания и нетрудоспособность продолжаются, потому что их состояние остаётся незамеченным или часто пациент не получает правильного лечения. Причиной этого может быть нежелание говорить о своих чувствах или низкий уровень подготовки медицинского персонала и, следовательно, незнание новых технологий антидепрессивной терапии. К счастью, сегодня существует чёткое руководство по лечению расстройств настроения, которое включает как применение антидепрессантов, в том числе нового поколения, так и психологические вмешательства, такие как эмоциональная психотерапия и общественная помощь [6].

За последние 40 лет появилось много препаратов для лечения депрессивных расстройств. К самым старым препаратам первого поколения относятся трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы (МАО), более новое, второе поколение, включает в себя селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), обратимые ингибиторы МАО и миансерин (леривон). К третьему поколению антидепрессантов относятся препараты, воздействующие как на серотониновую, так и на норадренергическую нейротрансмиттерные системы, например, мirtазапин (ремерон) [14].

**Целью** настоящего исследования, проведённого в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 (Сабуровой даче), явилась оценка эффективности, переносимости и безопасности при лечении депрессивной фазы МДП (тоскливый и тревожный варианты), сопровождающейся симпатикотоническим синдромом.

Миртазапин (ремерон) является новым антидепрессантом, который появился в Голландии в 1994 году, в США одобрен FDA в 1996 году и сегодня практически используется во всех развитых странах мира как высокоэффективное средство для лечения депрессий. Миртазапин занимает в настоящее время 182 место из 199 в рейтинге наиболее назначаемых препаратов в США. В Украину мirtазапин поступает в таблетированной форме по 0,03 №10

и №30 под торговым названием ремерон, который выпускается голландской фармацевтической компанией "Органон".

**Миртазапин** относится к новому классу психотропных препаратов - норадренергическим и специфическим серотонинергическим антидепрессантам (NaSSA) с оригинальным профилем фармакологической активности [15]. По химическому строению он относится к четырёхциклическим субстанциям. Его механизм действия заключается в улучшении проведения нервного импульса, как уже отмечалось, в двух нейротрансмиссивных системах: норадренергической (Na) и серотонинергической (5-HT), без ингибиции обратного захвата, как норадреналина, так и серотонина. При этом мirtазапин является антагонистом пресинаптических  $\alpha_2$ -рецепторов и усиливает центральную норадренергическую и серотонинергическую передачу нервных импульсов. Усиление серотонинергической передачи реализуется только через HT1-рецепторы, поскольку мirtазапин блокирует HT2- и HT3-рецепторы. В проявлении антидепрессивной активности участвуют оба пространственных энантиомера мirtазапина, причём S(+)-энантиомер блокирует  $\alpha_2$ - и HT2-рецепторы, а R(-)-энантиомер блокирует HT3-рецепторы. Кроме этого, мirtазапин блокирует H1-рецепторы, что обуславливает его некоторое седативное действие [16-19]. Являясь антагонистом HT2- и HT3-рецепторов, препарат обладает анксиолитическим эффектом, улучшает сон, предотвращает типичные побочные эффекты, присущие СИОЗС, такие как ажитация, беспокойство, сексуальные дисфункции, тошнота, рвота и головная боль [20]. В терапевтических дозах мirtазапин практически не оказывает антихолинергического действия и не влияет на функцию сердечно-сосудистой системы, вследствие чего препарат, как правило, хорошо переносится больными. Мirtазапин относится к антидепрессантам с седативным действием.

После перорального приёма мirtазапин быстро всасывается (биодоступность составляет примерно 50%), достигая максимальной концентрации в плазме крови примерно через 2 часа. Около 85% мirtазапина связывается с белками плазмы. Средний период полувыведения препарата колеблется между 20-40 часами; иногда отмечается и более длительный период полувыведения (до 65 часов), а у молодых - более краткое, чем у лиц пожилого возраста. Длительный период полувыведения мirtазапина позволяет принимать препарат один раз (лучше на ночь) в день. При использовании 15,0-45,0 мг мirtазапина в сутки стабильная концентрация вещества в плазме достигается примерно к пятому дню. В терапевтических дозах фармакокинетические показатели мirtазапина имеют линейную зависимость от введенной дозы препарата. Препарат активно метаболизируется и выводится с мочой и ка-

лом в течение нескольких дней. Основными путями его метаболизма в организме являются деметилирование и окисление с последующей конъюгацией. Деметил-мirtазапин также фармакологически активен и, вероятно, оказывает такое же фармакологическое действие, как и исходное вещество. Клиренс мirtазапина может уменьшаться при почечной или печёночной недостаточности, в связи этим больным с тяжёлыми заболеваниями печени и почек следует избегать применения высоких доз препарата.

Исследованиями *in vitro* и *in vivo* доказано, что мirtазапин имеет низкий потенциал лекарственного взаимодействия с ТЦА, антипсихотиками и некоторыми СИОЗС, что позволяет с успехом использовать препарат в сочетанной и комбинированной терапии пациентов с резистентной депрессией. Благодаря уникальному механизму действия мirtазапин может идеально потенцировать клинический эффект при сочетании с другими антидепрессантами. Препарат способен снимать экстрапирамидальные побочные эффекты антипсихотиков в опытах на животных, что позволяет использовать мirtазапин у пациентов, требующих одновременной антидепрессивной и антипсихотической терапии.

#### Материал и методы исследования.

Исследование проведено у 27 больных депрессивной фазой МДП (тоскливый и тревожный варианты), сопровождающийся симпатикотоническим синдромом, в возрасте от 18 до 50 лет в психиатрических отделениях Сабуровой дачи, состояние которых соответствовало критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода умеренного (F32.1) и тяжёлого депрессивного эпизода без психотической симптоматики (F32.2). В рамках открытого неконтролируемого исследования всех изученных больных мы распределили в соответствии с характером преобладающего типа аффекта на две группы: тоскливая и тревожная депрессия, выделяемых О.П. Вертоградовой, Н.Ф. Дементьевой, В.Ф. Войцех с соавт. [21]. Больные с другими формами депрессивной фазы психоза в группу обследованных не были включены в связи с тем, что они не сопровождались симпатикотоническим синдромом.

В определении тоскливой депрессии мы исходили из понимания её как состояния, характеризующегося подавленным настроением с ощущением душевной боли, снижением витального тонуса и концентрацией переживаний на собственном "Я". Тревожная депрессия определялась как состояние внутреннего напряжения и беспокойства с предчувствием надвигающейся опасности, направленной на больного и его близких [21].

Больные обследованной группы относились к классическим биполярным формам МДП, представляющих собой самостоятельную конституционную болезнь (болезнь предрасположения) с поражением всей соматовегетативной сферы и нарушением метаболизма



в направлении изменения энергетического (углеводно-фосфорного) обмена [1]. Аффективные расстройства у всех обследованных больных сочетались с симпатикотоническим синдромом, который характеризовался сухостью слизистых, мидриазом, тахикардией, запорами, задержкой менструаций, понижением либидо, симпатикотонической направленностью пробы Даньини-Ашнера и положительным вегетативным индексом Кердо.

Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 27 лет. Биполярное течение психоза отмечено у всех больных. У 48,2% случаев депрессивные расстройства были диагностированы впервые. Все больные и здоровые лица контрольной группы (20 человек) были правшами.

В работе применены следующие **методы исследования**: углублённое клинико-пси-

хопатологическое исследование с применением разработанной нами специальной шкалы для оценки упомянутой депрессивной фазы психоза с использованием клинических проб (вегетативного индекса Кердо и глазо-сердечного рефлекса Даньини-Ашера) [22], определение самооценки с помощью семантического дифференциала (СДФ) С.Д. Оsgood (1952) в модификации D. Feldes (1976) [23], определение показателя относительной редукции психопатологической симптоматики (РС), который использовался ранее в других исследованиях С.Г. Зайцевым, И.С. Прохоровой, Н.Г. Микешин и соавт. [24], определение критерия Стюдента и использование цепей Маркова [25, 26].

В соответствии с клинической картиной, полом и возрастом все больные были разделены на следующие группы:

Таблица 1.

#### Распределение больных по возрасту

Возраст	Тоскливая депрессия n=7	Тревожная депрессия n=20	Итого n=27
18 - 35 лет	3	6	9
36 - 50 лет	4	14	18

Таблица 2.

#### Распределение больных по полу

Пол	Тоскливая депрессия	Тревожная депрессия	Итого n=27
мужской	2	3	5
женский	5	17	22

Преобладание среди обследованной группы женщин объясняется тем, что изучение больных проводилось преимущественно в женских психиатрических стационарах.

#### Результаты и их обсуждение

Исследование больных проведено до лечения на фоне депрессивной фазы, степень выраженности которой по модифицированной нами шкале была не менее 222 баллов (психотический вариант депрессии по Е.А. Григорьевой), и в конце курса лечения, когда степень выраженности фазы не превышала 63 баллов (гипопсихотический вариант депрессии по Е.А. Григорьевой) [27].

Углублённое клиническое исследование показало, что у больных тоскливой депрессией до лечения чаще, чем у больных тревожной депрессией, встречались такие психопатологические феномены модифицированной шкалы, как тоска (100,0 5,6% против 24,0 6,0%), моторная (83,8 4,5% против 38,0 6,9%) и идеаторная

заторможенность (80,9 4,8% против 46,0 7,1%), явления депрессивной деперсонализации (73,5 5,4% против 72,0 6,4%), сексуальные нарушения (35,6 5,8% против 32,0 6,6%) и нарушения аппетита (91,2 3,4% против 78,0 5,9%). При тревожной депрессии чаще, чем у больных тоскливой депрессией, наблюдались тревога (100,0<sup>+</sup>-7,4% против 25,0 5,3%), суицидальные тенденции (8,0<sup>+</sup>-3,8% против 7,4<sup>+</sup>-3,2%), ипохондрические расстройства (64,0 6,8% против 13,2 4,1%), идеи виновности (88,0 4,6% против 72,0 5,5%), нарушения сна (90,0 4,2% против 79,4 4,9%), сухость слизистых (64,0 6,8% против 41,2 6,0%), запоры (66,0 6,7% против 57,4 6,0%), симпатикотоническая направленность пробы Даньини-Ашнера (92,0 3,8% против 60,2 5,9%), вегетативного индекса Кердо (88,0 4,6% против 68,0 5,7%) и нарушения осознания своего болезненного состояния (54,0 7,1% против 47,1 6,1%). Такие признаки, как понижение настроения и снижение интере-

сов встречались приблизительно с одинаковой частотой у больных тоскливой и тревожной депрессиями. При этом необходимо отметить, что при тоскливой депрессии в 25,0 5,3% случаев встречалась тревога наряду с тоской, а при тревожной депрессии - в 24,0 6,0% случаев тоска наряду с тревогой. Кроме этого у больных преимущественно тревожной депрессией (14,0 4,9% из 50 больных) наблюдался симптом проекции депрессии, выделенный В.М. Блейхером, И.В. Крук [28], при различных степенях её выраженности. В случаях умеренной (222 1,9 баллов) и глубокой (297 1,7 баллов) депрессии такая проекция являлась одним из психологических факторов, способствующих появлению суицидальных тенденций.

При патопсихологическом исследовании с помощью СДФ изучено отношение больного самого к себе и социально-психологические аспекты личности. Для больных тоскливой и тревожной депрессиями до лечения характерно выраженное занижение представления о себе по всем трём факторам - "активность", "важность" и "потентность" (А, В и П). При этом наблюдалось большее занижение значений у больных тоскливой депрессией. Значения указанных факторов отличались от идеального образа-Я - эталона, к которому стремится человек. Особенно наблюдалось большое расхождение в обеих группах больных идеального и реального образа-Я по фактору "потентность". Больных, в первую очередь, не удовлетворяло понижение уверенности в себе, они подчёркивали свою зависимость, нерешительность, подчиняемость, апатичность в социальном смысле. Наибольшее расхождение по всем факторам наблюдалось в группе больных тоскливой депрессией и меньшее - в группе больных тревожной депрессией.

Показатель Аи-Ар (сопоставление идеального и реального образа-Я по фактору А) у больных тревожной депрессией имел отрицательное значение, что свидетельствовало о стремлении больных к более спокойному, уравновешенному состоянию, т.е. уменьшению беспрестанных нецеленаправленных движений,

обусловленных тревогой, внутренним беспокойством.

Наряду с этим, при анализе степени расхождения подструктур в структуре самооценки тоскливой и тревожной депрессиями по показателю (В-А)+(В-П) выявлена следующая особенность: у больных тоскливой депрессией "дистанция" между подструктурами реальной самооценки выражена наиболее - (14,8 0,3), а между подструктурами идеальной самооценки - наименее (4,6 0,7), в то время как у больных тревожной депрессией, наоборот, - "дистанция" между подструктурами реальной самооценки выражена менее (7,7 0,6), а идеальной самооценки - более (10,8 0,8). Эти данные дали нам право ранее выделить патопсихологический симптом ножниц в структуре самооценки больных тоскливой и тревожной депрессиями [29].

Самооценка больных оставалась, как правило, внутренне согласованной: "низкая оценка себя как ценности сочеталась с низкой степенью удовлетворённости своими возможностями". Это отражало спаянность и слабую дифференцированность подструктур в самооценке данного контингента больных. Подобные патопсихологические изменения, по мнению О.П. Росина [30], всегда предшествуют психопатологическим образованиям в патогенезе болезни.

Лечение мirtазапином проводилось в виде монотерапии у 13 (48,2%) свежезаболевших больных и 14 (51,8%) больных, госпитализированных повторно (Рис.1). У последней группы больных началу активной терапии предшествовал период отмены лекарств не менее 7 дней. Длительность активной терапии составила 7 недель. Начальная суточная доза равнялась 30 мг/сут, на второй неделе при отсутствии или недостаточности эффекта доза мirtазапина увеличивалась до 60 мг/сут у больных, резистентных к терапии. В двух случаях в связи с наличием идей виновности, греховности больным наряду с мirtазапином 60 мг/сут назначался перорально галоперидол 4,5 мг/сут. Полный курс лечения мirtазапином прошли все 27 пациентов.

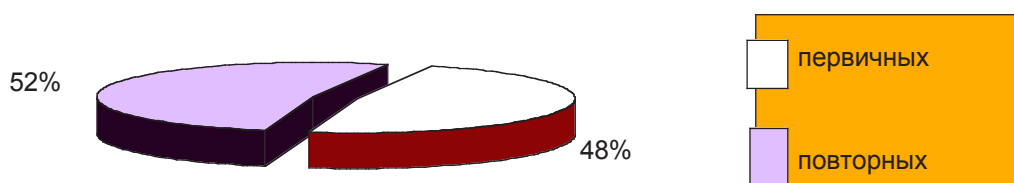


Рис. 1 Состав пролеченных больных (%)

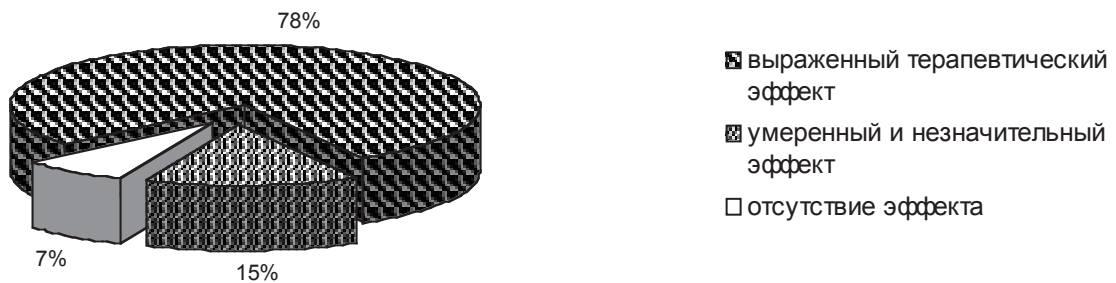


Рис. 2 Эффективность лечения миртазапином (ремероном)

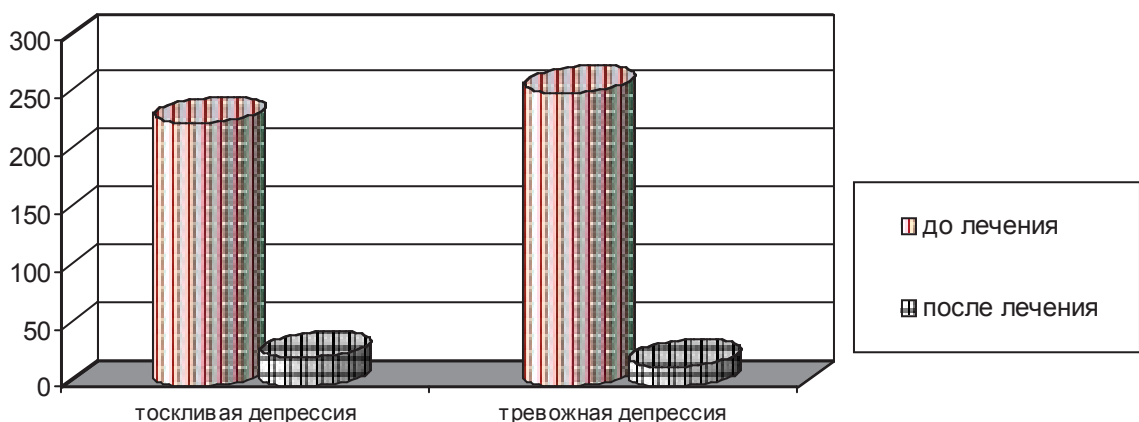


Рис. 3 Динамика проявления симптомов по специальной шкале до и после лечения

Выраженный терапевтический эффект отмечен у 21 (77,8%) больного, умеренный эффект и незначительное улучшение - у 4 (14,8%) больных и отсутствие эффекта у 2 (7,4%) больных (Рис. 2). При этом отмечался более выраженный терапевтический эффект у больных с тревожным вариантом депрессивной фазы МДП, чем у больных с тоскливым вариантом данной нозологии, что подтверждалось как на клиничко-психопатологическом уровне с применением углубленного клинического исследования с использованием специально разработанной нами шкалы и показателей РС, так и на па-

топсихологическом уровне с использованием СДФ, что подтверждалось критериями Стьюдента и исследованием целей Маркова.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные указывают на высокую эффективность лечения при терапии миртазапином депрессивной фазы МДП (тоскливый и тревожный варианты), сопровождающейся симпатикотоническим синдромом. Во время лечения не наблюдалось серьезных побочных реакций и осложнений, что указывает на хорошую переносимость препарата и безопасность при лечении указанного контингента больных.

#### Литература:

1. Полищук И.А. Маниакально-депрессивный психоз и аффективные психозы // VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тезисы докладов. - Х.: Б.и., 1978. - С. 339-340.
2. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике / Под общ. ред. проф. В.А. Абрамова. - Донецк: КИТИС, 2000. - 346 с.
3. Петрюк П.Т. Клиничко-патогенетические особенности депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза (тоскливый и тревожный варианты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1988. - 17 с.
4. Kielholz P. Depressionbehandlung in der ärztlichen Praxis: - In: Bulletin № 1. - Basel, 1976, S. 1.
5. Мосолов С.Н. Применение современных антидепрессантов в терапии депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - Т. 1. - № 1. - Приложение № 1 (file://A:\Remeron\Remeron\Rus\2000-1.htm).
6. Bosonet T., Bizet M. Депрессивные расстройства // Охрана психического здоровья в мире: Откажитесь от изоляции, окажите помощь. - Женева: ВОЗ, 2000. - С. 11 - 12.
7. Davis J.M., Janicak P.G., Wang Z., Gibbons R., Sharma R. The efficacy of psychotropic drugs. - Psychopharmacol. Bull. - 1992. - № 28. - P. 151-155.

8. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прэскорн, Ф.Дж. Айл мл. - К.: Ника-Центр, 1999. - 728 с.
9. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Український вісник психоневрології. - 2002. - Т. 10. - Вип. 2 (31). - С. 154-157.
10. Wells K.B., Stewart A., Hays R.D. et al. The functioning and well-being of depressed patients. - JAMA. - 1989. - № 262. - P. 914-919.
11. Broadhead W.E., Blazer D.G., George L.K., Tse C.K. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. - JAMA. - 1990. - № 264. - P. 2524-2528.
12. Hirschfield R.M.A., Keller M.D., Panico S. et al. The National Depressive and Manic Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. - JAMA. - 1997. - № 277. - P. 333-340.
13. Kiloh L.G., Andrews G., Neilson M. The long-term outcome of depressive illness. - Br. J. Psychiatry. - 1988. - № 153. - P. 752-757.
14. Паламарчук С.А. Ремерон (миртазипин) - антидепрессант нового поколения. Использование при тяжёлой депрессии (обзор литературы) // Таврический журнал психиатрии. - 2000. - Т. 4. - № 1 (12). - С. 51 - 54.
15. Sitsen J.M.A., Zivkov M. Mirtazapine: clinical profile. - CNS Drugs. -1995. - № 4. - Suppl. 1. - P. 39-48.
16. De Boer T.H., Nefkens F., van Helvoirt A. et al. Differences in modulation of noradrenergic and serotonergic transmission by the alpha-2 adrenoreceptor antagonists mirtazapine, mianserin and idazoxan // J. Pharmacol. Exp. Ther. - 1996. - May, № 277. - P. 852 - 860.
17. Davis R., Wild M.I. Mirtazapine: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of major depression // CNS Drugs. - 1996. - May, № 5. - P. 389-402.
18. Winokur G. The development and validity of familial subtypes in primary unipolar depression. // Pharmacopsychiatry. - 1982. - № 15. - P. 142-145.
19. Maris F.A., Dingler E., Niehues S. High-performance liquid chromatographic assay with fluorescence detection for the routine monitoring of the antidepressant mirtazapine and its demethyl metabolite in human plasma // Journal of Chromatography B. - 1999. - № 721. - P. 309-316.
20. Pinder R.M. The pharmacologic rationale for the clinical use of antidepressants // J. Clin. Psychiatry. - 1997. - Nov., № 58. - P. 501-508.
21. Вертоградова О.П., Дементьева Н.Ф., Войцех В.Ф., Краснов В.Н., Синицын В.Н., Волошин В.Н. Психопатологическая структура затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1978. - Т. 78. - № 12. - С. 1830-1835.
22. Петрюк П.Т. Способ оценки депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза, сопровождающейся симпатикотоническим синдромом, с помощью специальной шкалы // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 1. - С. 25-30.
23. Osgood C.E. The nature and measurement of meaning. - Psychol. Bull. - 1952. - № 48. - P. 197-237.
24. Зайцев С.Г., Прохорова И.С., Микешина Н.Г., Громова В.В. Симптоматика циркулярной депрессии и предсказание эффективности лечения трициклическими антидепрессантами // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1983. - Т. 83. - № 8. - С. 1198-1205.
25. Вентцель Е.С. Теория вероятностей. - М.: Наука, 1969. - 576 с.
26. Кемени Дж., Снелл Дж. Конечные цепи Маркова. - М.: Наука, 1970. - 271 с.
27. Григорьева Е.А. К вопросу о тяжести депрессии (клинико-статистическое исследование). - Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1979. - Т. 79. - № 4. - С. 444-449.
28. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. - К.: Здоров'я, 1986. - 280 с.
29. Петрюк П.Т. О выделении патопсихологического симптома ножниц в самооценке больных циркулярной депрессией // Актуальные вопросы невропатологии, психиатрии и нейрохирургии: Тезисы обл. научн.-практ. конф. (Харьков, 20-21 октября 1987 г.). - Х.: Б.и., 1987. - С. 108-109.
30. Росин О.П. К предмету патопсихологии. // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1976. - Т. 76. - № 4. - С. 615-616.



УДК

## Фармакоепідеміологічний аналіз прийнятності лікарських засобів при основних формах психічної патології

Р.І. НИКИФОРУК

Київська міська клінічна  
психоневрологічна лікарня №1

**Резюме.** Обнаружено, что более 90% больных самостоятельно изменяют схему лечения психотропными препаратами. Поэтому постулируется, что формирование позиций больного как активного субъекта психотерапии способно значительно повысить ее эффективность. С помощью факторного анализа пилотной версии специального опросника создана шкала для оценки причин и степени приемлемости или неприемлемости лекарственных средств у больных с основными формами психической патологии.

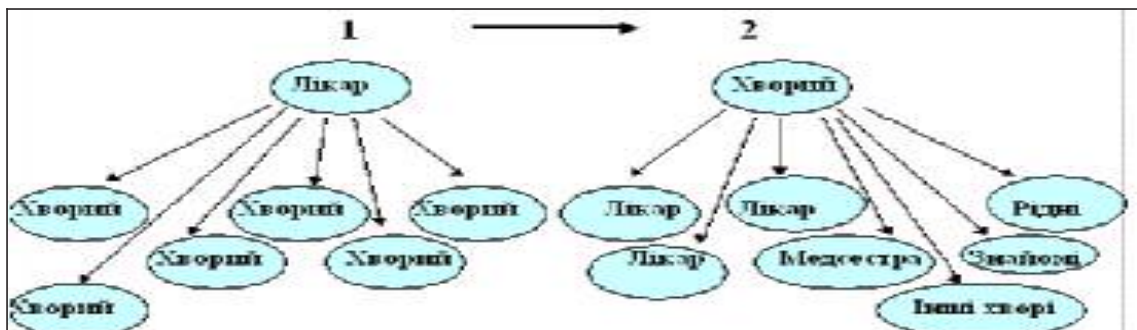
**Ключевые слова:** фармакоэпидемиология, психотропные препараты, больной как субъект психофармакотерапии.

**Summary.** It is revealed, that more than 90% of the patients independently changes the circuit of treatment by psychotropic drugs. There fore, formation of positions of the patient, as active subject of a psychopharmacotherapy is capable considerably to increase its efficiency. With the help of the factor analysis the scale for an estimation of the reasons and degree of an acceptability or unacceptability of psychotropic agents at the patients with the basic forms of a mental pathology is created.

**Key words:** pharmacoepidemiology, psychotropic drugs, patient, as active subject of a psychopharmacotherapy.

**Проблема.** Паралельно з успіхами біологічної терапії психозів, насамперед фармакотерапії, відбуваються зміни акцентів щодо форм роботи лікаря з пацієнтом. З 50-60-х років - це утвердження уяви про перехід від директивного до партнерського типу взаємостосунків з хворим у процесі усвідомлення останнім проявів свого психічного захворювання. На сьогодні потреба у партнерських стосунках є традиційною складовою правил проведення психофармакотерапії. Правило вимагає досягнення узгодженості ("комплаєнсу") між діями лікаря та хворого. Можна висловити думку про неповноту цього правила, тобто про необхідність розглядати не діаду "лікар-хворий", а тріаду "лікар-хворий-родичі", так як саме близькі пацієнта часто диктують порядок ведення лікувального процесу. Можна пропонувати і подальше розширення до квадріїди, пентіади і т.д., включаючи таких учасників лікувального процесу, як друзі хворого, інші пацієнти, з якими він спілку-

ється, середній медичний персонал, тощо, бо перераховані особи також нерідко стають вагомою ланкою в не директивному фармакотерапевтичному процесі. У медичній психології існує підрозділ "хворий-лікувальне середовище" і потребам практики цілком відповідало б зарахування до лікувального середовища не лише суто медичного оточення, а й фахових чи масмедійних джерел, доступних пацієнту, економічних чинників медичної допомоги та й взагалі всіх чинників, які сприяють чи заважають реалізації оптимального науково обґрунтованого біологічного лікувального алгоритму. Ми вважаємо доречним констатувати ситуацію через наступне формулювання: ефективна сучасна психофармакотерапія потребує переходу від об'єктно-орієнтованої моделі стосунків з хворим до суб'єктно-орієнтованої. Ілюстрацією цього висловлювання може бути наступна схема (мал.1):



Мал 1. Хворий, як активний суб'єкт психофармакотерапії (об'єктно-орієнтована та суб'єктно-орієнтована моделі)

Означена модель не просто констатує ситуацію, що склалася, коли хворий, образно кажучи, не є суто об'єктом лікувальної практики, але й навпаки - він користується лікарями, частіше кількома, та іншими особами, джерелами інформації як інструментами для свого лікування. Це не просто теоретичне усвідомлення сучасних вимог для реалізації лікувального алгоритму, але й об'рунтування способів вирішення актуального практичного завдання. Отже, успішність фармакотерапії психічного захворювання залежить, по-перше, від адекватного вибору лікарського засобу та схеми його застосування, по-друге - від прийнятності чи неприйнятності лікарського засобу з позицій хворого як активного суб'єкту терапевтичного процесу. Пріоритети можна було б розставити навіть у зворотному порядку, з огляду на статистичні дані про частоту повної чи часткової відмови хворих від призначеної фармакотерапії - від 60 до 95% [1,2,3]. До 95 % відмов - це невикористаний потенціал у практиці для підвищення ефективності біологічної терапії! Наведена модель придатна для відповіді на питання: як систематично вивчити та практично врахувати всі чинники, начебто безкінечно чисельні, різноманітні та випадкові, котрі визначають таку невід'ємну умову успішної психофармакотерапії, як прийнятність лікарського засобу для пацієнта.

Прийнятність психотропного засобу формується з багатьох чинників, як то, критичність

до хвороби, поінформованість хворого, опіка рідних, переносність препарату, його вартість, тощо. Відповідно, ступінь прийнятності може бути оцінено за допомогою систематизованого переліку та кількісної оцінки усіх індивідуально значимих чинників прийнятності лікарського засобу.

**Метою дослідження** було розробити клінічну шкалу для оцінки прийнятності/неприйнятності психотропних лікарських засобів.

**Матеріал дослідження** склали 112 хворих - випадкова вибірка з числа психічно хворих, які отримували стаціонарне чи амбулаторне лікування у Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні №1 протягом 2004-2005 рр. З них 60 чоловіків та 52 жінки, віком від 23 до 76 років, переважна більшість (96 хворих) - з діагнозами "шизофренія" чи "афективні психози" за критеріями рубрик F20-29 і F30-39 МКХ-10. Тривалість хвороби складала від 2 до 15 років.

**Методологія дослідження** будувалася з урахуванням відомостей про недостатню валідність показників прийнятності/неприйнятності препарату, якщо ці показники отримано у процесі клінічних випробувань за визнаними критеріями GCP. Підставою для такого твердження є відмінності між контингентом хворих у загальній популяції населення та контингентом залучених до клінічних випробувань лікарського засобу. Вельми наочною є така порівняльна таблиця [4, 5] з усередненими даними (табл.1):

Таблиця 1.

**Відмінності між психічно хворими у загальній популяції та клінічних випробуваннях**

	Загальна популяція	Клінічні випробування
Поінформованість про препарат	~ 20 %	100 %
Фактична добровільність	~ 30 %	100 %
Соматична обтяженість	~ 60 %	0 %
Критичність до хвороби	~ 30 %	100 %
Відмови від препарату	~ 90 %	~ 5 %
Фінансові втрати хворих	100 %	0 %

Доповнити наведену таблицю можна цитатою тих самих авторів: типовим пацієнтом серед включених до клінічних випробувань має вважатись особа, яка

- " є відносно молодою;
- " абсолютно здорова фізично;
- " вважає себе психічно хворою;
- " згодна тривало вживати медикаменти;
- " отримує гроші за своє лікування.

Йдеться про те, що клінічні випробування забезпечують науково об'рунтовану, об'єктивну, доказову оцінку біологічного ефекту психотропних препаратів, проте стосовно прийнятності медикаментів для хворих екстраполяція даних клінічного випробування на загальну популяцію не може бути коректною.

Керуючись наведеними аргументами,

дослідження проводилось методом фармакоепідеміологічного аналізу, головним принципом якого є оцінка ефективності препаратів не в умовах стандартних клінічних випробувань, а в умовах реальної лікувальної практики. Було використано прийняту методологію поетапної розробки клінічних оціночних шкал [6]. Шкала в даному випадку належить до типу самооціночних, тобто не заповнюється лікарем, а її показники вираховуються на основі заповненого самим хворим опитувальника. Можна задля аналогії згадати, наприклад, самооціночну шкалу тривоги Спілбергера. На початковому етапі розробки шкали прийнятності психотропних препаратів прямим аналогом була опублікована гіпотетична (пілотна) версія опитувальника для хворих, запропонована згаданими вище авторами [4,5].

Інформація про першу пілотну версію, зрозуміло, не є поширеною, тому наведемо більш детальну характеристику. Проект опитувальника складався із 131 питання, свідомо з запасом, щоб не пропустити інформативних питань і потім вже за результатами обробки виключити незначимі пункти. Опитувальник базувався на гіпотезі про наявність таких основних груп причин (чинників) відмови хворих від лікарської терапії: тип ставлення хворого до хвороби; інформованість хворого про дію препарату на організм; переносимість, тобто суб'єктивні ефекти психофармакотерапії; характер взаємин лікар-хворий; інші (позаморбідні) чинники. Відповідно автори складали кілька груп питань з переважно прихованим значенням, розташованих в певному порядку. Наведемо приклади. Критичність (інсайт), тип відношення хворого до хвороби оцінювались за допомогою питань, зразки яких представлено в наступному фрагменті опитувальника:

"Перше звернення до лікаря-психіатра було зумовлене:

- Вашою особистою ініціативою;
- бажанням рідних;
- порадою знайомих;
- іншими причинами?"

"Чи існували об'єктивні причини звернення до психіатра?

- так;
- ні"

"Чи вважаєте правильним з встановлений Вам діагноз?"

У випадках, коли головною причиною відмов від препарату був чинник ставлення до хвороби, як правило, виявлялася анозогнозія, тобто нездатність усвідомлювати факт захворювання, але зустрічались і паранозогнозія, депресивний і тривожний типи ставлення до хвороби.

Інша група питань була спрямована на оцінку поінформованості пацієнтів про дію рекомендованих лікарем препаратів, наприклад:

"Чи цікавилися Ви механізмом дії рекомендованих препаратів?

- так;
- ні"

"Звідки Ви отримували інформацію про дію препаратів?

- від лікаря, який лікує;
- з інструкцій (анотацій) до препарату;
- від інших пацієнтів'
- від рідних;
- з інших джерел"

Серія питань, які стосуються інформованості, показує, що в більшості випадків пацієнти отримували інформацію з анотацій або довідкової літератури. Лише 20% хворих, як вони відзначили у своїх відповідях, - від лікаря або середнього медичного персоналу. Деякі хворі взагалі не могли назвати вживані засоби. Поширеними були уявлення про шкідливий вплив препаратів.

Наступна група питань призначалася для оцінки ролі суб'єктивних ефектів, що виникають при використанні психотропних препаратів, нап-

риклад (далі без прикладів відповідей):

"Призначені Вам препарати покращували (погіршували) Ваше самопочуття?"

"Який з раніше призначених препаратів Ви ніколи не хотіли б приймати? Чому?"

"Дозу препарату Вам необхідно знизити?"

Із відповідей на такі питання було видно, що одною з причин відмов хворих від рекомендованого лікування ставали "неприємні відчуття", тобто суб'єктивно-негативна дія препаратів.

Велику роль в дотриманні режиму психофармакотерапії впевнено відіграють міжособистісні стосунки "лікар-хворий", у зв'язку з чим складено ще одну групу питань, наприклад: "Чи обговорює лікар, який лікує, призначення з Вами, з Вашими рідними?"

"Які питання Ви зачіпаєте під час бесіди з лікарем?"

"З ким би Ви могли обговорювати проблеми свого здоров'я? Чому?"

Типові погіршеності у взаємодії суб'єктів лікувального процесу можна було узагальнити як ставлення лікаря до хворого виключно як до об'єкту лікування, тоді як пацієнт із свого боку сприймає лікаря, як одного з об'єктів, використовуваних для власного лікування.

Серед причин відмови від лікування пацієнти називали також відносини у сім'ї, фінансові аспекти, негативне ставлення колег на роботі і т.д. Всі подібні причини об'єднано в групу "позаморбідних", наприклад:

"Чи впливає на відмову від лікування вартість препарату?"

"Чи обговорюєте Ви з родичами необхідність лікування?"

"Чи приховуєте Ви факт спостереження (лікування) у психіатрів?"

Мету опитування пояснювали хворому як потребу уточнити його індивідуальну реакцію і переносимість медикаментів.

Для подальшої математичної обробки кожний пункт опитувальника нами було квантифіковано у балах за принципом, чи свідчить абсолютно достовірно дана відповідь на питання опитувальника про прийнятність або неприйнятність препарату для досліджуваного хворого (оцінка  $\pm 2$ ), чи свідчить радше на користь або проти прийнятності ( $\pm 1$ ), або ж неможливо достовірно визначати значення даної відповіді (оцінка 0). Більш диференційоване оцінювання у балах на етапі розробки шкали ми не вважали можливим, бо це могло б призвести до довільних тлумачень.

Після обстеження хворих та заповнення ними опитувальника показники останнього ми обробляли методом факторного аналізу (див. детальніше у "Результатах дослідження"). Пункти, які не мали суттєвої ваги, виключались, після чого проводилась повторна математична обробка. В результаті отримували коефіцієнти - кількісні показники прийнятності/неприйнятності психотропних препаратів для хворого за кожним пунктом опитувальника (який у такому вигляді вже точніше було б називати самооціночною шкалою).

**Результати дослідження.** За отримани-

ми даними частота самовільних відмін хворими призначеного препарату склала 39,4 % - в умовах стаціонарних відділень, 92,0 % - протягом всього анамнестичного періоду. Тобто обстежена вибірка дає всі підстави для аналізу причин неприйнятності препаратів для хворого, а також дає підтвердження високої автономності хворих у прийнятті рішення про застосування медикаментів. При цьому репрезентативність вибірки сумнівів не викликає, обмеження була тільки та обставина, що вибірка є представницькою

для контингентів хворих, які перебувають або перебували раніше в умовах стаціонару. Для пацієнтів з ендogenous патологією це обмеження незначне.

У результаті обробки методом факторного аналізу коваріаційної матриці, складеної із бальних показників заповнених хворими опитувальників було отримано дуже багато факторів - 24, кількість яких після обертання методом Varimax було обмежено до 11 (табл. 2).

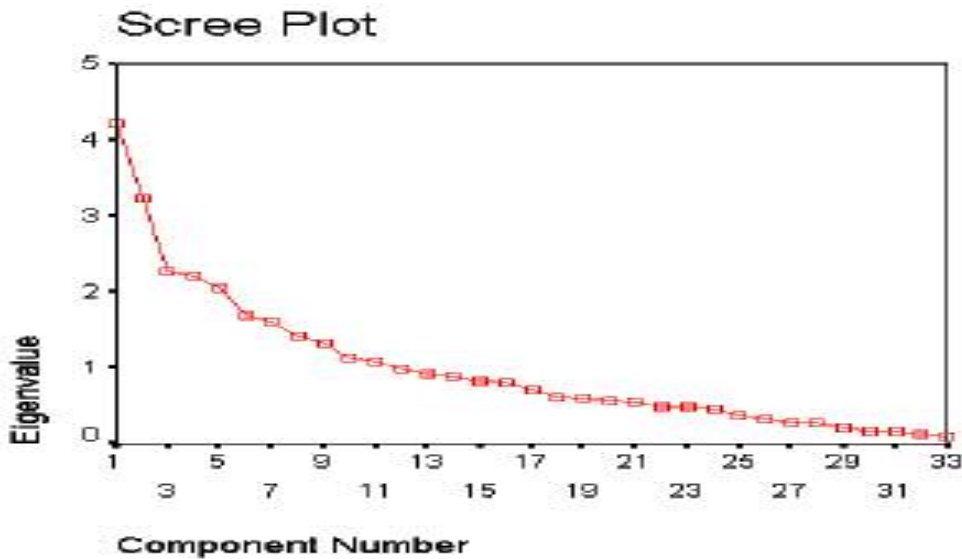
Таблиця 2.

Частки дисперсії, пояснюваної виділеними факторами

Total Variance Explained			
Extraction Sums of Squared Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,217	12,778	12,778
2	3,235	9,802	22,581
3	2,264	6,860	29,441
4	2,196	6,654	36,095
5	2,036	6,171	42,266
6	1,685	5,106	47,372
7	1,605	4,863	52,235
8	1,421	4,307	56,542
9	1,313	3,980	60,522
10	1,123	3,404	63,925
11	1,079	3,269	67,195
Extraction Method: Principal Component Analysis.			

Результат можна вважати цілком очікуваним, виходячи з уявлень про численність та різноманітність чинників, що впливають на прий-

нятність чи неприйнятність препаратів для пацієнта. Було проведено відбір найвагоміших факторів за критерієм Кеттеля (мал. 2).



Малюнок 2. Графік власних значень виявлених факторів



Із малюнку видно, що за принципом Кеттеля варто залишити мінімум 3, максимум 5 суттєвих факторів. Отриманий результат засвідчив, що вагомі фактори формування прийнятності препаратів є дещо іншими, ніж це вбачалось на етапі планування дослідження. Іншими не стільки за змістом, скільки за тією оцінкою, в якій мірі, наскільки значно вони впливають на прийняття медикаментів пацієнтом. Серед найвагоміших першим був фактор, що відображає насамперед налагодженість взаємовідносин "лікар-хворий" та поінформованість

хворого ("фактор лікаря"), другий - фактор критичності хворого до хвороби, третій - фактор рівня життєвої забезпеченості, четвертий - стороннього опікування, п'ятий - автономної активності хворого. При цьому перший у сумі набирає такої ж ваги (відсоток дисперсії), як третій-п'ятий фактори разом узяті. Результат цікавий високою значимістю "фактору лікаря" безвідносно до власне біологічної дії медикаментозного засобу. Кінцевий результат представлено матрицею факторного відображення (табл. 3).

Таблиця 3.

Rotated Component Matrix(a)

Component	1	2	3	4	5
3. Давність першого звернення до психіатра (міс.)	-,143	-,458		,150	-,139
4. За чією ініціативою Ви вперше звернулися до лікаря -психіатра?		-,263	,150	-,124	,388
6. Якщо раніше Ви одержували один або декілька курсів лікування у психіатра, вкажіть у якому віці			-,499		
8. Вам доводилося самостійно (без обговорення з лікарем) змінювати дозу або частоту, або тривалість прийому хоч би одного з рекомендованих препаратів?		,550	,379	-,124	-,204
9. У Вас виникали ситуації, коли різні лікарі -психіатри одночасно пропонували неоднакові лікарські призначення?	-,163	,252	,407	-,143	
10. Чи супроводжувалися Ваші хворобливі стани суїцидальними прагненнями?	,223	,666		,210	-,146
11. Чи цікавилися Ви відомостями про свою хворобу в якій -небудь літературі?	,128			,268	,667
12. Чи є у Вас проблеми із здоров'ям тепер?	,153	-,656			,277
13. Об'єктивні причини звернення до психіатра	,364	-,394	,320	,211	
14. Чи є у Вас упевненість в правильності встановленого Вам час діагнозу?	,390	-,269	,381	-,125	
16. Ваш стан за період цього курсу лікування змінився?		-,120		-,255	-,312
16.1. Ваш стан за період цього курсу лікування покращився?	,157	-,169	,545		-,166
17. Як Ви оцінюєте свій стан здоров'я в майбутньому?			,240	-,208	,316
18.1. Ви обговорювали з лікарем, який лікує, схему минулого медикаментозного лікування?	,575	,263	-,207	-,105	
18.2. Ви обговорювали з лікарем, який лікує, схему теперішнього медикаментозного лікування?	,636	,308	-,220	-,136	
19.1. Чи цікавилися Ви за власною ініціативою, як діють призначені препарати (попередній курс)?	,550	,168	-,159		,476
19.2. Чи цікавилися Ви за власною ініціативою, як діють призначені препарати (теперішній курс)?	,522	,287	-,201		,506
20.1. Звідки Ви одержали основну інформацію по призначених ліках (попередній курс)?	,607			-,531	-,109
20.2 Звідки Ви одержали основну інформацію по призначених ліках (теперішній курс)?	,593	,124		-,396	
21. Чи обговорює лікар призначення лікарських препаратів з Вашими близькими, рідними?	,405	,216	,203	,176	
22. Як Ви оцінюєте свою нинішню здатність одержувати задоволення від життя			,315	-,136	,356
23. Чи доводиться Вам відмовлятися від ліків через їх дорожнечу?		,130	,417	-,244	,235
24.1. Яку позитивну дію надавав призначений Вам лікарський препарат (попередній курс)?	,161	-,606	-,163		
24.2. Яку позитивну дію надавав призначений Вам лікарський препарат (теперішній курс)?	,482		-,198	,115	-,399
25.1. Яку негативну дію мав призначений препарат (попередній курс) ?	-,129	,681	,245		
25.2. Яку негативну дію мав призначений препарат (теперішній курс) ?	-,449		,216		,353
26. Чи обговорюєте Ви своє самопочуття з своїми близькими, рідними?	,178		,514	-,151	-,111
28. Чия думка про продовження лікування після поліпшення стану буде для Вас вирішальною?	,433		,155	,162	
29. Як довго, за Вашим уявленням, знадобиться продовжувати прийом препарату?	,425	-,151		-,326	
30. Чи плануєте Ви продовжити прийом препаратів з профілактичною метою?	,520	-,387	,316		
31. Хто, окрім Вас, турбується про регулярність прийому Вами ліки?	,239	,171	,175	,506	-,183
33. Яку позитивну дію Ви чекали (чекаєте) перед початком лікування рекомендованим Вам в даний час препаратом	,499	-,163		,590	
34. Що Вам насамперед необхідно знати про призначений препарат?	,327		,106	,658	

У таблиці зліва представлено пункти опитувальника (варіанти пропонувані хворому відповіді не наводяться з огляду на великий обсяг тексту), справа - стовпчики з показниками кореляції перемінних з факторами, тобто факторні навантаження. Розглянемо коротко склад кожного з провідних факторів, що формують прийнятність медикаментів для хворого.

Самооціночна шкала прийнятності психотропних засобів складається, таким чином, із двох частин. Перша частина - стандартний опитувальник для хворих, друга - ключ. Ключ для оціночної шкали - це отримані в даному дослідженні коефіцієнти, числові показники, проставлені біля кожного з пунктів опитувальника. Тобто, якщо певний пункт відмічено пацієнтом, то зараховується відповідний коефіцієнт, чи зі знаком "плюс", як показник ступеню прийнятності, чи "мінус" - міри неприйнятності медикаментів. В результаті можна оцінити вагомість кожного з критеріїв прийнятності даного засобу для даного хворого, а також підрахувати сумарний показник прийнятності/неприйнятності препарату. Сумарний показник зі знаком "-" означає об'єктивізований прогноз відмови хворого від застосування даного медикаменту. Показники оціночної шкали, зрозуміло, можна використати не тільки для вибору препаратів, але й для здійснення заходів з корекції тих чинників, котрі є найбільш вагомою перешкодою для прийнятності лікарського засобу у конкретному випадку.

**Обговорення результатів.** З огляду на вражаючу частоту самовільних відмін пацієнтами призначеного їм медикаментозного лікування можна стверджувати: діагностика та корекція факторів прийнятності препарату являє собою найбільш перспективний напрямок для підвищення ефективності біологічної терапії шизофренії та афективних психозів (можливо й інших психічних захворювань, не включених до даного дослідження).

Отримані результати підтвердили емпіричне уявлення про те, що прийняття медикаментозної терапії хворими чи самостійна відмова від неї детермінуються дуже багатьма різнорідними факторами. Тому об'єктивізація цих чинників є певною мірою сальєрівською спробою "перевірити музику алгеброю", себто передбачає грубі спрощення. В той же час систематизація поліморфних чинників прийнятності медикаменту є вкрай необхідною для практики, а отримані результати факторного аналізу свідчать, що формалізація цих чинників можлива і ефективна. Отримана "Шкала..." може достатньо об'єктивно вказувати, які чинники слід насамперед ліквідувати (а краще попередити) для подолання відмови хворого від показаного йому медикаментозного лікування, бо

для так званих ендогенних захворювань саме це й стратегічно визначить долю пацієнта - стан його здоров'я і становище у суспільстві.

Планується публікація решти отриманих результатів за окремими формами захворювань чи за окремими препаратами, зокрема доволі цікавим є рейтинги прийнятності зареєстрованих в Україні нейролептиків (антипсихотиків) та антидепресантів, окремо для хворих на шизофренію та афективні розлади.

#### Висновки:

1. Висока поширеність самостійних відмов психічно хворих від призначеного їм медикаментозного лікування (у даному дослідженні - 92,0%) свідчить про те, що попередження чи подолання таких відмов може являти собою найвагоміший потенціал для підвищення ефективності сучасної біологічної терапії психозів.

2. Чинники, які формують прийнятність чи неприйнятність психотропного препарату для хворих є численними, різнорідними і не піддаються спрощеному об'єднанню у групи. Проте метод факторного аналізу дозволяє не лише систематизувати ці чинники, а й оцінити їх значимість у формуванні прийнятності лікування.

3. Згідно з отриманими даними, найбільш значний вплив на прийнятність препаратів для хворого має фактор стосунків з лікарем. Найбільш суттєвими складовими цього фактору є: обговорення хворим з лікарем схеми лікування (0,636), інформованість про препарат з вуст лікуючого лікаря (0,607), знання про необхідність майбутньої протирецидивної терапії (0,520), інформування лікарем родичів хворого (0,405).

4. На другому за впливовістю місці знаходиться фактор ставлення хворого до хвороби - провідна причина відмов від терапії. Найвагомішими складовими фактору стали: повне невизнання себе хворим (-0,656), заперечення наявності об'єктивних причин звернення до психіатра (-0,394), а також давність захворювання (-0,458), хоча при іншому ставленні до хвороби її давність не є впливовим показником.

5. В індивідуальному випадку можуть бути вирішальними інші чинники. Водночас деякі з них, котрі при описовому дослідженні видаються такими ж очевидними, як і перелічені вище, насправді мали в цілому другорядне чи несуттєве значення (стороння опіка, вартість ліків, побічні ефекти препаратів тощо). Власне біологічний ефект фармакотерапії вкрай незначно відображався у свідомості хворих при прийнятті ними рішення про необхідність медикаментозного лікування.

6. Побудована за результатами дослідження "Шкала ..." придатна для практичного застосування.

#### Література:

1. Adams J., Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders.- Acta Psychiatrica Scandinavica. - 2000. - Vol. 101(2). - P. 119-124.
2. Smigan L. Long-term Treatment: Some Clinical, Psychological and Biological Aspects // Acta Psychiat. scand. - 1985. Vol. 71. - № 2. - P. 160-170.
3. Mindham R.H.S. Confirmation Therapy with Tricyclic Antidepressants Relapsing Depressive Illness // Aspects of Preventive Psychiatry. - 1979. - P. 49-55.
4. Дзюб Г.К., Лоскутова І.В. Автономные планы больных в психофармакотерапии. - Український вісник психоневрології. - Харків, 2002. - Т. 10, вип.1(30). - С. 176.
5. Лоскутова І.В. Клинические, личностные и средовые предикторы отказа больных от психофармакотерапии - Архив психиатрии. - Київ, 2002.
6. Стивене С.С. Экспериментальная психология. - М, 1963. - Т. 2. - 1038с.
7. Харман. Г. Современный факторный анализ. - М.: Статистика, 1972. - 485с.

## ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

УДК 616.89-008.12-083.98+61:340.63

### Медико-правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера к лицам, признанным невменяемыми, в связи с временными расстройствами психической деятельности

В.И. МЕЛЬНИК, А.В. МЕЛЬНИК

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии (г. Киев)



**Резюме.** Проведено аналіз медико-правового об'рунтування призначення примусових заходів медичного характеру особам, яких визнано неосудними у зв'язку з тимчасовими розладами психічної діяльності. Установлено, що ця проблема потребує спеціального наукового дослідження та можливого доповнення в чинне криміналь-

не законодавство України.

**Ключові слова:** примусові заходи медичного характеру, медико-правове об'рунтування.

**Summary.** The analysis of a medical-legal substantiation of prescribe of compulsory measures of medical character to the persons is investigated which are recognized deranged in connection with temporary frustration of mental activity. Is established, that this problem requires special scientific research and possible addition in the current legislation of Ukraine

**Key words:** compulsory measures of medical character, medical-legal substantiation.

Согласно статье 19 УК Украины не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного действия (ООД) находилось в состоянии невменяемости, то есть, не могло осознавать свои действия (бездействие) или руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния психики [1].

Уголовное законодательство Украины рассматривает правонарушения, совершаемые в состоянии невменяемости, как ООД психически больных. В этих случаях лицо не несет уголовного наказания, а к нему применяются принудительные меры медицинского характера (ПММХ) (ст. ст. 19, 92-95 УК Украины, 416-424 УПК Украины) [1, 2]. ПММХ по своим задачам преследуют двоякую цель. С одной стороны - это чисто медицинские мероприятия, направленные на лечение, психологическую коррекцию личности, реабилитацию, а следовательно, снижение и устранение общественной опасности больного, а с другой стороны - ПММХ имеют цель защитить общество от ООД, совершаемых по болезненным мотивам психически больными. Поэтому ПММХ являются одним из звеньев в системе профилактики ООД психически больных, и их следует относить к мерам общественной защиты.

ПММХ применяются к психически больным, совершившим ООД и представляющим общественную опасность вследствие психического заболевания и характера совершенного ООД (п. 2 комментария ст. 92 УК Украины) [1]. Основанием применения к лицу ПММХ яв-

ляется установление судом следующей совокупности условий:

- доказательство в процессуальном порядке факт совершения лицом ООД, которое имеет признаки конкретного преступления;
- установление, что лицо в момент совершения ООД находилось в состоянии невменяемости (ограниченной вменяемости) или после совершения преступления заболело психическим заболеванием, которое исключает возможность назначения или исполнения наказания;

- признание, что лицо находится в таком психическом состоянии, при котором оно представляет опасность для себя или других лиц; (п. 3 комментария ст. 92 УК Украины, п.п. 1, 2 комментария ст. 416 УПК Украины) [1, 2].

Уголовное законодательство Украины также гласит, что не могут применяться ПММХ к лицу, которое совершило ООД в состоянии невменяемости или заболело психическим заболеванием после совершения преступления, но до вынесения приговора выздоровело или его психическое состояние изменилось настолько, что оно перестало быть общественно опасным (п. 3 комментария ст. 92 УК Украины, п. 3 Постановления Пленума Верховного Суда Украины от 04.06.93 г.) [1, 3].

Анализ научных публикаций показал, что многочисленные работы как судебных, так и общих психиатров посвящены в основном различным вопросам применения ПММХ психически больным, которые страдают хроническим психическим заболеванием или слабоумием [4-7]. По-видимому, то, что среди лиц, направляемых на принудительное лечение, пре-

обладают больные с хроническими психическими заболеваниями и слабоумием, организация проведения ПММХ в психиатрических стационарах ориентирована на эти две категории больных. В отношении них освещаются, по сути, и вопросы продолжительности ПММХ. Лишь в отдельных работах рассматриваются некоторые аспекты применения ПММХ больным с временными расстройствами психической деятельности [8-11]. Те медико-правовые проблемы, с которыми сталкиваются на практике как судебные психиатры-эксперты, так и общие психиатры при рассмотрении вопросов назначения, проведения и отмены ПММХ лицам, признанным невменяемыми в связи с временными расстройствами психической деятельности, дают основание говорить, что этот аспект судебной психиатрии остается до настоящего времени мало разработанным.

**Целью** настоящей работы является проведение анализа медико-правовых оснований на современном этапе назначения ПММХ лицам, совершившим ООД в период временных расстройств психической деятельности и признанным невменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний.

К временным расстройствам психической деятельности законодатель относит широкий спектр психических расстройств и их разную длительность, которые заканчиваются полным выходом из психотического состояния (например, алкогольный делирий) или выздоровлением (например, реактивный психоз).

Такой самостоятельной нозологической формы как "временное расстройство психической деятельности" в общей психиатрии нет. Не было её также ни в МКБ-8, ни в МКБ-9 и нет её в МКБ-10 [12]. Вместе с тем понятие "временное расстройство психической деятельности" уголовным законодательством отнесено к одной из частных характеристик медицинского критерия формулы невменяемости (ст. 19 УК Украины) [1]. Определение "временное расстройство психической деятельности" является скорее юридическим, чем медицинским. В отличие от таких общемедицинских характеристик течения болезни как "хроническое, подострое, острое", в данном случае параметром хронологии является временной фактор, что, безусловно, имеет юридическое значение при оценке актуальной конкретной юридически значимой ситуации. Поэтому законодатель его специально и сформулировал как одну из характеристик медицинского критерия формулы невменяемости [1].

Клиническое содержание, структура временных расстройств психической деятельности неоднократно обсуждались судебными психиатрами и их взгляды по этому вопросу излагались в научных работах. В настоящее время, с учетом уголовного законодательства Украины, к временным расстройствам психической деятельности относят:

- исключительные состояния (патологическое опьянение, патологический аффект, патологическое просоночное состояние, реакция

- "короткого замыкания", сумеречные состояния);

- интоксикационные и симптоматические психозы (делирий, острый галлюциноз, острый параноид и проч.);

- посттравматические, психогенно обусловленные временные расстройства психической деятельности (реактивные психозы - F 43);

- декомпенсация, эскалация основного заболевания с включением кратковременных психотических состояний (органическое поражение головного мозга, эпилепсия и проч.);

- самостоятельные временные расстройства психической деятельности, возникшие в рамках других нозологических форм (реактивные психозы у больных шизофренией и проч.).

Продолжительность временных расстройств психической деятельности может быть различной: от кратковременной (минуты, часы) до затяжной (месяцы, годы).

Трудности психической квалификации кратковременных расстройств психической деятельности обусловлены тем, что они, как правило, не наблюдаются непосредственно психиатрами (или даже врачами других специальностей), а порой и даже очевидцами. Пояснения подэкспертных не всегда являются достоверными, а материалы уголовных дел не всегда достаточно информативными. Показания свидетелей нередко содержат не только радикал субъективного восприятия на фоне личного эмоционального напряжения, но и различные описания состояния больного, обусловленные как стремительной динамикой полиморфного психотического эпизода, так и деформацией воспринятого к периоду свидетельских показаний. Поэтому ретроспективная оценка поведения подэкспертного в момент совершения ООД нередко основывается на свидетельских показаниях, порой противоречивых, отрывочных, из которых нужно выделить опорные признаки, воссоздающие общую картину болезненного состояния. Только анализ психопатологической структуры в целом, уточнение динамики состояния во времени, последовательность появления тех или иных признаков, кажущихся болезненными, может позволить точнее судить о характере психотического состояния.

При диагностике временных расстройств психической деятельности необходимо учитывать почву, на которой они возникают, отчего зависит прогноз, выбор (или не выбор) вида ПММХ и последующие медико-реабилитационные мероприятия.

После разрешения временного расстройства психической деятельности наблюдается либо практическое выздоровление (например, реактивные психозы, исключительные состояния, возникшие у практически здоровых людей) или возврат к той почве, на которой развилось временное расстройство психической деятельности (например, сумеречное помрачение сознания, возникшее на органической поч-



ве или у больных эпилепсией с той или иной степенью психических изменений).

Ясно, что определение общественной опасности подэкспертного есть не только оценка характера ООД и психического состояния в момент совершения ООД, но и оценка психического состояния подэкспертного в период проведения судебно-психиатрической экспертизы. Более того, к критериям потенциальной общественной опасности подэкспертного могут быть отнесены личностные и социальные факторы, которые принимали участие в генезе совершенного ООД. Как уже отмечалось выше, одним из условий назначения ПММХ является признание судом того, что лицо, совершившее ООД, находится в таком психическом состоянии, при котором оно представляет опасность для себя или других лиц. Иными словами, психиатрам-экспертам для рекомендации суду применения к подэкспертному ПММХ необходимо обосновать, по крайней мере, клинический фактор, который имеет место в период проведения судебно-психиатрической экспертизы и который содержит в себе общественную опасность для подэкспертного или окружающих лиц.

Теперь обратимся к вышеприведенной структурной группе временных расстройств психической деятельности. Так, у подэкспертных, перенесших такие кратковременные расстройства психической деятельности как исключительные состояния, симптоматические психозы (например, случайные отравления), психотическая симптоматика полностью отсутствует уже ко времени поступления их в экспертное учреждение. На период судебно-психиатрической экспертизы, независимо от характера совершенного в период психоза ООД, по своему психическому состоянию (отсутствие психических нарушений) они не представляют общественной опасности ни для себя, ни для окружающих. Тем более, как показывает практика и данные литературы, у этой категории лиц практически отсутствует склонность к повторению психотических состояний, которые явились причиной совершенного ООД. А поэтому нет юридических оснований рекомендовать суду назначение ПММХ этой категории лиц. Если же психиатры-эксперты обосновывают в этих случаях необходимость назначения ПММХ органической почвой, на которой развилось исключительное состояние и в связи с этим возможностью его повторения, то нозологическая квалификация при этом будет неубедительной. Имеющиеся на практике случаи применения ПММХ к этим лицам противозаконны. В таких случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с органическим поражением головного мозга с кратковременными психотическими эпизодами.

Практика проведения ПММХ свидетельствует о том, что к лицам, перенесшим такие интоксикационные скоропреходящие психозы как алкогольные, применяются в основном ПММХ в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением. В работах судебных

психиатров говорится, что одним из показаний для назначения ПММХ больным, перенесшим алкогольные психозы, являются остаточные явления перенесенного психоза, а также психопатоподобные нарушения, характерные при хронической алкогольной интоксикации.

Известно, что между совершением ООД и поступлением лица в экспертное учреждение, как правило, проходит достаточно много времени (по меньшей мере, не менее месяца). Признаки (в том числе и остаточные) психоза у этих лиц исчезают ещё в период их нахождения в следственном изоляторе. Поэтому, при поступлении через относительно продолжительный период времени этих лиц на судебно-психиатрическую экспертизу, говорить об остаточных явлениях перенесенного острого алкогольного психоза, конечно же, не приходится. Имеющиеся у многих из этих лиц психопатоподобные нарушения, как у страдающих хроническим алкоголизмом, не являются в этих случаях признаком психического заболевания, подпадающего под действие статьи 19 УК Украины [1]. Поэтому, если исходить из психического состояния таких подэкспертных на период проведения судебно-психиатрической экспертизы, то, руководствуясь уголовным законодательством Украины (ст. ст. 19, 92-95 УК, ст. ст. 416-424 УПК, п. 3 комментария ст. 92 УК, п. п. 1, 2 комментария ст. 416 УПК) [1,2], назначение таким лицам ПММХ является противозаконным, не имеющим юридического обоснования. В последние годы на это указывают и юристы судебным психиатрам-экспертам, которые рекомендуют суду назначение ПММХ таким лицам. Подобные рекомендации психиатров-экспертов судам, вопреки действующему уголовному законодательству, понятны с медицинской точки зрения. Дело в том, что в отличие от таких нозологически самостоятельных временных расстройств психической деятельности как, например, патологический аффект, кратковременное делириозное расстройство сознания вследствие воздействия однократного экзогенного фактора (случайное отравление), вероятность повторения которых чрезвычайно мала, возникновение, повторение алкогольных психозов находится в прямой зависимости от хронической алкогольной интоксикации. То есть, алкогольные психозы по длительности течения психотического эпизода, хотя и отнесены к временным расстройствам психической деятельности, по своей природе, возникновению непосредственно зависят от хронической алкогольной интоксикации. При дальнейшем злоупотреблении алкогольными напитками данным лицом нет никакой гарантии того, что алкогольный психоз не повторится и в этот период не будет совершено новое и, как правило, тяжкое ООД. Понятно, что такое лицо, совершив ООД в состоянии алкогольного психоза (невменяемости), с одной стороны не может нести уголовное наказание, с другой, согласно уголовному законодательству, - ему не могут быть назначены ПММХ, а с третьей, согласно закономерностям течения хро-

нического алкоголизма и развивающихся, повторяющихся на его почве алко-гольных психозов, - оно продолжает представлять потенциальную (риск совершения повторного ООД) общественную опасность. Это и побуждает психиатров-экспертов рекомендовать судам назначение таким лицам ПММХ.

По нашему мнению, хронические заболевания, являющиеся источником возникновения и рецидивирования острых кратковременных, скоропреходящих психотических состояний, вероятность повторения которых высока, следует квалифицировать как находящиеся в состоянии декомпенсации, что и обуславливает потенциальную опасность подэкспертного на период проведения судебно-психиатрической экспертизы. К признакам потенциальной опасности у лиц, перенесших алкогольные психозы, следует относить и патологическое влечение к алкоголю, так как именно продолжение алкоголизации может явиться непосредственной причиной рецидива психотического состояния, а, следовательно, и повторного ООД. Это касается и подэкспертных с органическим поражением головного мозга, эпилепсией, совершивших ООД в период кратковременных расстройств психической деятельности. Так, например, сумеречное помрачение сознания, во время которого больной эпилепсией совершил тяжкое ООД и из которого он к периоду судебно-психиатрической экспертизы полностью вышел, есть лишь одним из клинических, повторяющихся проявлений текущего болезненного процесса и на этапе его судебно-психиатрической оценки в нозологическом плане отнесено (не с медицинской, а с юридической точки зрения) к временным расстройствам психической деятельности. А поэтому, во-первых, выход из сумеречного помрачения сознания ещё не означает выздоровления от болезни (эпилепсии или органического поражения головного мозга с периодическими психотическими состояниями), клиническим, повторяющимся проявлением которого оно есть, и, во-вторых, не исключает его повторения (в том числе и в ближайшее время) без применения необходимого лечения, а потому и не устраняет общественной опасности этого больного. Из этого вытекает, что без применения необходимого лечения рассмотренная категория больных остается потенциально общественно опасной как для себя, так и окружающих лиц.

Все это, на наш взгляд, должно быть основанием для рекомендаций психиатрами-экспертами суду применения к данной категории лиц ПММХ. Понятно, что необходимость применения ПММХ должна быть в каждом конкретном случае клинически аргументирована и доказана. При этом при решении вопроса назначения ПММХ и выбора их вида, наряду с тяжестью совершенного, психическим состоянием подэкспертного на момент судебно-психиатрической экспертизы, обязательно необходимо учитывать все клинические параметры заболевания, а также социальные факторы, социально-личностные установки подэкспертно-

го (особенности личности, криминальное прошлое, отношение к лечению, психоактивным веществам, морально-нравственные ценности и проч.). Все это кажется логичным и понятным с медицинской точки зрения - врача, психиатра-эксперта. Однако на сегодня, без внесения соответствующих дополнений и коррекций в действующее уголовное законодательство Украины, назначение ПММХ рассмотренному контингенту лиц будет являться противозаконным.

Особое место в судебно-психиатрической практике занимают больные с такими временными расстройствами психической деятельности как реактивные психозы (F 43). В основном они развиваются после совершения криминального деяния в период судебно-следственной ситуации, хотя они могут иметь место и в период совершения ООД. Это требует установления временных границ их возникновения, тщательной дифференциации с клинически сходными другими психическими заболеваниями, клинической квалификации психических нарушений и оценки их глубины в момент совершения ООД. При судебно-психиатрической оценке этих состояний могут быть следующие варианты: 1) реактивный психоз развился после совершенного ООД, из которого на период проведения судебно-психиатрической экспертизы подэкспертный полностью вышел. Он признан вменяемым и направлен в ведение судебно-следственных органов; 2) подэкспертный признан вменяемым, однако после совершенного преступления у него развился реактивный психоз, из которого на период проведения судебно-психиатрической экспертизы он не вышел. Психиатры-эксперты, руководствуясь ч.3 ст. 19 УК Украины и п. 3 ст. 93 УК Украины, рекомендуют суду назначить этому лицу ПММХ до выхода его из болезненного состояния с последующим направлением в суд; 3) после привлечения к уголовной ответственности, развившийся у подэкспертного реактивный психоз, во время судебно-психиатрической экспертизы создает трудности оценки его психического состояния в период совершения им ООД. При этом реактивные наслоения могут маскировать истинную природу психического заболевания, например, шизофрению. Заключение о вменяемости в этих случаях вынести затруднительно. В таких случаях подэкспертные нуждаются в проведении комплекса терапевтических мероприятий в условиях психиатрического стационара. Только после выхода из реактивного психоза возможно квалифицированное экспертное решение. В этих случаях важное место занимает правовой аспект назначения и применения ПММХ к данной категории лиц. Так, во-первых, уголовное законодательство Украины предусматривает, что одним из условий назначения ПММХ является доказательство в процессуальном порядке факта совершения данным лицом ООД, которое имеет признаки конкретного преступления. Однако когда решение о вменяемости психиатрами-экспертами переносится на будущее,

до выхода подэкспертного из болезненного состояния, такого доказывания не происходит (подэкспертному не может быть предъявлено обвинение и он не может стать подсудимым). Во-вторых, согласно уголовному законодательству (ст. ст.19, 93 УК Украины, ст.416 УПК Украины) ПММХ могут применяться либо к невменяемым (ограниченно вменяемым), либо к вменяемым лицам, но заболевшим психическим заболеванием после совершения ООД [1, 2]. Иными словами, ПММХ могут применяться к лицам, психическому состоянию которых в момент совершения ООД, экспертами-психиатрами дана оценка (вменяем, ограниченно вменяем, невменяем). Что касается рассматриваемого случая (с неустановленным психическим состоянием в момент совершения ООД), то судебно-психиатрические экспертные комиссии, ранее руководствуясь Постановлением Президиума Верховного Совета СССР от 13.06.85 г. (далее Постановление), рекомендовали судам назначение таким лицам ПММХ [13]. В Постановлении, в частности разъясняется, что ПММХ могут быть применены по назначению суда также к совершившему ООД лицу, у которого в процессе предварительного следствия либо рассмотрения дела в суде установлено временное расстройство психической деятельности, препятствующее определению его психического состояния во время совершения ООД, если по характеру совершенного деяния и своему психическому состоянию это лицо представляет опасность для общества и нуждается в лечении в принудительном

порядке. На основании этого Постановления такому лицу назначались судом ПММХ в психиатрической больнице с одним из видов наблюдения (в зависимости от степени его общественной опасности). ПММХ продолжались до выхода больного из временного расстройства психической деятельности (реактивного психоза) с последующим направлением на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о его психическом состоянии в момент совершения ООД.

К настоящему времени указанное Постановление потеряло юридическую силу на территории Украины, а заменяющего его нового законодательно-нормативного акта не разработано. Данное состояние этого вопроса можно расценивать как пробел в уголовном законодательстве.

### Выводы

1. Временные расстройства психической деятельности требуют дальнейшего исследования для уточнения их клинической структуры и определения нозологического места.
2. Действующее уголовное законодательство Украины требует совершенствования в вопросах назначения ПММХ лицам, признанным невменяемыми, в связи с временными расстройствами психической деятельности.
3. Для усовершенствования медико-правового обоснования назначения ПММХ лицам, совершившим ООД в период временных расстройств психической деятельности, требуется проведение судебными психиатрами специального научного исследования.

### Литература:

1. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України. Загальна частина. /За заг. ред. Ген. прокурора України Потебенька М.О., рект. Інстит. Ген. прокур. України Гончаренка В.Г. - Київ: Форум, 2001.-393 с.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Украины. Научно-практический комментарий /Под общ. ред. Председателя Верх. Суда Украины В.Т. Маляренко, проф. д. юр. н. Ю.П. Аленына.- Харьков: Одиссей. - 2003. - 958 с.
3. Постанова Пленуму Верховного Суду України "Про судову практику застосування примусових заходів медично-го характеру" №2 від 19.03.82 р. Із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного Суду України №3 від 04.06.93 р.
4. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые принципиальные вопросы организации принудительного лечения //Принудительное лечение психически больных. - М., 1981. - С. 29-37.
5. Мельник В.И. Об отмене и изменении принудительных мер медицинского характера в психиатрической больнице со строгим наблюдением больным шизофренией //Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2002. - №2. - С. 22-27.
6. Мельник В.И. Критерии выбора вида принудительного лечения больным с эпилептическим слабоумием //Вісник проблем біології і медицини. -1998. - №20. - С. 108-112.
7. Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. - К., 1995. - 146 с.
8. Мельник В.І. Примусове лікування хворих на епілепсію, які скоїли суспільно небезпечні діяння у період безсудомних пароксизмальних станів //Галицький лікарський вісник. - 2000. - Т.7. - №3. - С. 79-82.
9. Мельник В.И. Подходы к проведению принудительного лечения больным, совершившим тяжкие криминальные действия в период временных расстройств психической деятельности //Психічне здоров'я. - 2004. - №3(4). - С. 51-55.
10. Печерникова Т.П. О мерах медицинского характера в отношении больных, находящихся в постпсихотических состояниях //Проблемы судебной и социальной психиатрии. - М., 1975. - С. 17-24.
11. Докучаева О.Н., Демонова Д.П., Филиппских В.Е. Роль экзогенных факторов в генезе патологических просоночных состояний //Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1986. - С. 75-82.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - Спб.: АДИС, 1999. - 302 с.
13. Постановление Президиума Верховного Совета СССР "О применении ст.11 Основ уголовного законодательства Союза СССР и союзных республик" от 13.06.1985 г. №2614-XI //Ведомости Верховного Совета СССР. - 1985. - №25. - С. 444.



## ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Відомо, що в умовах дефіциту державного бюджету на охорону здоров'я є дуже важливим не тільки визначення пріоритетів в охороні здоров'я, а й ретельний контроль за виконанням управлінських рішень, які приймаються на різних рівнях. Тобто, по суті, - це контроль за раціональністю витрат бюджету. Тому професійно проведеному контролю приділяється особлива увага, і організаційні заходи, які в процесі управління регулюють діяльність системи охорони здоров'я згідно з прийнятими управлінськими рішеннями, завжди проходять на під'рунті інформації, яку отримують в результаті контролю.

Отже, при підготовці до апаратної наради у заступника начальника ГУОЗ та МЗ КМДА "Про хід виконання розпорядчих документів ГУОЗ та МЗ КМДА в психіатричних закладах м. Києва" було проведено перевірку ходу виконання рішення колегії ГУОЗ та МЗ КМДА "Про стан організації медичної допомоги хворим на психічні розлади. Виконання психіатричними закладами законодавства України про психіатричну допомогу" (протокол №1).

Результати перевірки публікуємо в журналі, виходячи з наступних висновків:

- показати роль контролюючих заходів в процесі виконання рішень;
- визначити стан виконання рішень;
- прозоро довести до читачів стан справ і дати можливість самим зробити висновки...

УДК

### Контроль в управлінському циклі: марна трата часу чи необхідність в досягненні цілей?



Л.М. БАРАНОВСЬКА

Міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги КМКПЛ №1

**Резюме.** Предложены основные принципы проведения контроля исполнения управленческих решений и практическое их осуществление. Ставится вопрос о практической роли контроля в управленческом цикле.

**Ключові слова:** контроль, управленческий цикл, практическое значение.

**Summary.** The basic principles of realization of the control execution of the administrative decisions and their practical realization are offered. The question on a practical role of the control in an administrative cycle is put.

**Key words:** control, administrative cycle, practical role.

В теорії менеджменту контроль вважається обов'язковою складовою частиною процесу управління, яка безпосередньо впливає на його ефективність і забезпечує конкретні результати діяльності лікувально-профілактичного закладу. З багатьох управлінських функцій лише контроль проходить через весь управлінський цикл: від підготовки і прийняття управлінського рішення до його виконання.

Контрольна функція управління являє собою форму встановлення зворотніх зв'язків, за допомогою яких до керуючого суб'єкту надходять сигнали про стан виконання керованим об'єктом заданої програми, та усі зміни, що відбуваються в системі. Отже, головне завдання контролю - це забезпечення зворотнього зв'язку від об'єкту, де виконується прийняте рішення, до суб'єкту, який керує управлінським циклом.

Керуючий суб'єкт (головний лікар, його

заступник чи інший працівник апарату управління) повинен володіти інформацією про те, як виконується прийняте ним рішення. Якщо рішення виконується з відхиленнями від заданої програми, тобто фактичні дані не збігаються з критеріями, що зафіксовані в рішенні, директивах установ управління, законодавчих актах, планах чи наукових рекомендаціях, контроль повинен виявити причини цих відхилень.

Результати контролю - це інформація, яку керівник використовує для виправлення ситуації в процесі виконання рішення. Тому результати контролю повинні бути конкретними та правдивими.

**Мета публікації** - визначити основні принципи організації контролю та практичне використання їх в процесі управління системою.

**Об'єктом дослідження** стали лікувально-профілактичні заклади психіатричної служби м. Києва.



**Методом** поєднання теоретичних знань з практичними діями в організації і проведенні контролю в управлінському циклі встановлено, що кожен вид контролю має відповідати загальним принципам:

1. Контроль може виконуватись тільки компетентними високопрофесійними особами, які спроможні не тільки знайти помилку чи причину невиконання рішення, але й підказати, як можна виправити ситуацію та досягти бажаного ефекту. В процесі організації контролю при формуванні комісії з контролю у виборі особи для здійснення контрольних функцій керівник повинен керуватися принципом професіоналізму, незважаючи на посаду тих, кого перевіряють. Помиляються ті керівники, які складають контрольні комісії з різних проблем під постійним головуванням свого заступника. Більше того, є керівники, які тримають у штаті спеціальних людей без визначених функцій, призначення яких - виконувати будь-яке розпорядження керівника відносно особи, діяльність якої перевіряється. Тому дуже важливим є контроль ГУОЗ та МЗ за формуванням апарату управління, функціями кожного його члена у всіх ЛПЗ психіатричної служби.

2. У процесі контролю всі члени комісії повинні одержувати повну й однакову за змістом інформацію. Тому необхідно так організувати перевірку, щоб учасники могли обговорювати ситуацію й обмінюватися думками.

3. Контроль - це процес, який не повинен обмежуватись тільки констатацією фактів про виконання чи невиконання управлінського рішення, це дії, що спрямовані на забезпечення виконання рішення (з'ясування причини невиконання, ступеня недовиконання тощо), тому особи, що здійснюють контроль, повинні мати еталони якості виконання управлінського рішення. Це можуть бути нормативи, показники, накази, тобто інформація, яка дозволяє бачити, як має виглядати контрольоване явище, і до чого можна "примірити", з чим порівняти результати контролю. У процесі управління розробляються еталони, що виконуються в процесі контролю компетентними людьми.

4. Оскільки метою контролю є забезпечення умов для виконання прийнятого управлінського рішення, перевірка повинна проходити в доброзичливій атмосфері.

5. Найголовніше, що допоможе дійсно виявити причини помилок і неправильних дій, що перевіряються, - це системний підхід до об'єкта чи явища, яке перевіряється.

Так, наприклад, у випадку контролю організації і надання медико-соціальної допомоги хворим на психічні захворювання в психоневрологічній лікарні контролю повинна підлягати не тільки робота співробітників, які безпосередньо надають медико-соціальну допомогу, а й діяльність керівника, який здійснює управлінські рішення з проблеми. Адже саме від керівника і якості прийнятого ним управлінського рішення

залежить реальність і ефективність організації роботи. У свою чергу, якість прийнятого рішення може забезпечуватися інформаційною службою, тому вона також вимагає контролю. Інформація, яка є підґрунтям управлінського рішення про організацію системи медико-соціальної допомоги, повинна бути комплексною (директивна, наукова, власна по лікарні, диспансеру) і повною. Таким чином, у процесі контролю необхідно приділяти увагу керуючому суб'єкту, керованому об'єкту і блоку наукового регулювання, тобто інформаційній службі.

6. Контроль може бути загальним і охоплювати всі види діяльності ЛПЗ та спеціальним, коли контролюється лише один із видів діяльності об'єкта, що залежить від управлінського рішення, яке перевіряється.

7. За часом проведення можна виділити попередній контроль (до прийняття остаточного управлінського рішення), спрямований на попередження неправильних чи необґрунтованих рішень; поточний - контроль, застосований у процесі виконання прийнятого рішення і заключний, який констатує виконання чи невиконання рішення.

Попередній контроль включає перевірку обґрунтованості управлінського рішення: його інформаційне забезпечення, вибір варіанту адекватного реальним умовам і можливостям і т.д.

На жаль, попередній контроль використовується в практиці роботи психіатричних ЛПЗ досить рідко. Проведений нами аналіз управлінських рішень (наказів), прийнятих керівниками психоневрологічних ЛПЗ м. Києва за 2 роки, показав, що однією з головних причин їх невиконання була відсутність інформаційної обґрунтованості при прийнятті рішень.

Не вивчалася суть проблеми, про яку йшлося в наказі, не аналізувалася інформація (директивна, наукова, власна) з проблеми, не вивчалися умови та можливості виконання наказу. Поточний контроль підтвердив відсутність реальних умов виконання більшої частини виданих наказів.

Поточний контроль дозволяє виправити ситуацію, виявити причини невиконання наказу, розпорядження тощо. В процесі поточного контролю застосовується, так званий, фільтруючий контроль, котрий дозволяє вчасно повернути недоброякісну роботу на переробку. Саме цим видом контролю успішно користуються начмеді ЛПЗ. Систематичний контроль історій хвороб, амбулаторних карток хворих та інших медичних документів дозволяє вчасно дообстежити хворих, доповнити лікування, провести реабілітацію та соціальну реадaptaцію пацієнтів, тобто провести лікування в повному обсязі.

Кожен керівник закладу, підрозділу чи особа, яка здійснює управління конкретним процесом, повинні пам'ятати про коригувальні можливості поточного контролю і доброзичливо ставитись до осіб, які виконують його.

Досвід роботи з керівниками психіатричних закладів м. Києва свідчить, що в деяких з них фільтруючий контроль виконання управлінських рішень зустрічає опір посадових осіб, причетних до управління підконтрольними процесами, тобто апарат управління цих ЛПЗ вважає себе над контролем. Реально ж управління процесами не відбуваються, а головні лікарі або приймають інформаційно не об'рунтовані управлінські рішення (накази, розпорядження), котрі без урахування реальної ситуації та без підготовки виконавців не можуть бути виконані, або не видають наказів зовсім.

Оскільки в першому випадку процес прийняття рішення в ЛПЗ не удосконалюється, відповідальні за управління особи звикли до того, що накази виконати неможливо, тому їх просто відкладають. Таким чином, основна робота головного лікаря, що полягає в прийнятті рішень в першому випадку проводиться марно, а в другому - зовсім не відбувається.

До цього призводить наявність посадових авторитетів, які не підлягають, на думку керівника, ніякому виду контролю.

Ситуація, коли керівники не приділяють належної уваги а ні управлінню взагалі, а ні контролю зокрема, не дозволяє впроваджувати в практику охорони здоров'я цілі та завдання, які визначаються головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення щодо психіатричної допомоги.

Виникає питання про доцільність складу такого апарату управління закладом, його компетентність та розуміння своїх повноважень, що остаточно вирішується в результаті контролю виконання наказів ГУОЗ та МЗ, міських державних програм та інших рішень міського рівня.

Відомо, що в умовах дефіциту державного бюджету на охорону здоров'я є дуже важливим не тільки визначення пріоритетів в системі, а й ретельний контроль за виконанням управлінських рішень, які приймаються на різних рівнях, тобто, по суті, контроль за раціональністю витрат бюджетних коштів. Тому професійно проведеному контролю приділяється особлива увага, і організаційні заходи, які в процесі управління регулюють діяльність системи охорони здоров'я згідно з прийнятими управлінськими рішеннями, завжди проходять на під'рунті інформації, яку отримують в результаті контролю. Отже, кожна апаратна нарада в системі психіатричної служби потребує інформації з перевірки виконання певного управлінського рішення.

Форми і методи отримання інформації про виконання наказів (чи інших директив) залежать від обсягу завдань та регулюючого заходу, де вони розглядаються.

Так, на апаратній нараді та в особистій бесіді можна використовувати усну доповідь виконавця і контролера, якщо йдеться одне конкретне завдання (один пункт наказу). Нап-

риклад, про забезпечення відділень лікарні постільною білизною. Але якщо йдеться про забезпечення умов перебування хворих в психіатричній лікарні, то необхідно контролювати як всі три частини системи, так і комплекс критеріїв, з яких складаються умови перебування хворих.

Отже, такий контроль потребує складання комісій та перевірки діяльності керівника, інформаційної служби та безпосередньо персоналу відділень лікарні.

До складу комісії необхідно залучати лише спеціалістів з профілів перевірки, які могли б передбачити різні варіанти рішення проблеми, оцінити їх та визначити найбільш раціональне. Тому більшість питань може бути вирішено під час контролю. Практичним результатом роботи комісії має бути довідка про стан перевірки, тобто контролю виконання рішення. Саме від її змісту, від глибини аналізу фактів, статистичних показників, інших необхідних даних залежить рівень корисності, цінності інформації для регулювання подальшої діяльності системи. Наводимо результати контролю конкретних розпорядчих документів щодо виконання рішення колегії Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення (ГУОЗ та МЗ) КМДА від 25.09.02. (протокол №5)

#### Довідка

про проведення перевірки "Про хід виконання психіатричними закладами завдань розпорядчих документів КМДА та ГУОЗ та МЗ стосовно психіатричної служби міста"

Відповідно до завдання першого заступника начальника ГУОЗ та МЗ В.В. Загороднього на проведення державного контролю "Про хід виконання психіатричними закладами завдань розпорядчих документів КМДА та ГУОЗ та МЗ стосовно психіатричної служби міста" комісія у складі:

**головного спеціаліста ГУОЗ та МЗ Мазуренко М.О.**

**зав. відділу ОК МНІМЦ з ОПД Гордійчук С.А.**  
**зав. відділу КМІСА МНІМЦ з ОПД Василенко А.О.**

**директора МНІМЦ з ОПД Барановської Л.М.**

здійснила перевірку стану виконання розпорядчих документів ГУОЗ та МЗ КМДА у 5-ти ПНД у 3-х психоневрологічних лікарнях міста та на КМССШПД.

Враховуючи важливість заходів, що регулюють діяльність систем, зокрема системи охорони психічного здоров'я м. Києва, основним розпорядчим документом при перевірці комісією було визначено Наказ ГУОЗ та МЗ №435 від 14.10.2002р. "Про виконання рішення колегії ГУОЗ та МЗ від 25.09.02. (протокол №5)".

Відповідно до наказу перевірка проводилась як в апараті управління (АУ) психіатричної служби та в її інформаційному центрі так і в

структурах об'єкта управління, тобто міських психоневрологічних диспансерів, психоневрологічних лікарень, спеціалізованої станції швидкої психіатричної допомоги.

**Встановлено наступне:**

Апаратом управління психіатричної служби м. Києва проведено її реорганізація:

- створено міські психоневрологічні диспансери ( ПНД ) №5 та №4 міська спеціалізована станція швидкої психіатричної допомоги;
- при Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні №1 (КМКПЛ №1) створено міську консультативну поліклініку, міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги та кризовий стаціонар для короткочасної госпіталізації хворих;
- реорганізовані лікувально-виробничі майстерні КМКПЛ №1 та КМПЛ №2 в центри медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих.

Отже, створено систему психіатричної допомоги, яку можна вважати такою, що управляється апаратом управління (АУ).

Апаратом управління психіатричної служби - відділом охорони психічного здоров'я (ВОПЗ) ГУОЗ та МЗ

- визначено території обслуговування міських ПНД в межах адміністративних територій районів з метою забезпечення співпраці диспансерів з державними адміністраціями районів міста, районними соціальними службами, органами внутрішніх справ, територіальними судами, військкоматами та ін.

- розроблено та затверджено нормативні документи, які регламентують організаційну роботу нових компонентів системи психіатричної служби ПНД №4, №5; ССПД; МНІМЦОПД; консультативної поліклініки;

- проведено роботу з благодійним товариством родичів психічно хворих "Турбота" з обговорення проблем і питань соціального характеру;

- розроблено проект "Концепції комплексного удосконалення системи психіатричної допомоги та створення умов по охороні психічного здоров'я населення м. Києва", проект було затверджено Київською міською радою;

- розроблено та подано до КМДА на розгляд медичну програму з ресурсного забезпечення та розвитку системи надання психіатричної допомоги відповідно до "Концепції" на 2005 рік;

- виконано розпорядження КМДА від 17.01.03р. "Про заходи щодо реорганізації лікувально-виробничих майстерень у Центри медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих" і відповідний наказ ГУОЗ та МЗ №35 від 24.01.03.

Таким чином, створено центри медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих №1 та №2 при КМКПЛ №1 та КМПЛ №2.

Міським інформаційно-методичним центром з організації психіатричної допомоги під-

готовано проект наказу "Про системне удосконалення психіатричної служби" з численними додатками: положеннями про психіатричні ЛПЗ, інструкціями динамічного спостереження психічно хворих тощо.

Наказом передбачено розподіл функцій між ЛПЗ, підпорядкованість, комунікаційні зв'язки з іншими підсистемами охорони здоров'я, інтегративний аспект, спрямований на покращення діяльності служби в цілому, інформаційне забезпечення тощо.

Проект наказу розглядається у відділі охорони психічного здоров'я.

Щодо об'єкту управління, тобто окремих ЛПЗ, які входять в психіатричну службу, то в кожному з них проведена також певна робота.

Згідно з наказом Головного лікаря ПНД №3 №35/1 від 16.10.2002р. проведені організаційні заходи спільно з КМ ПНЛ №2 для покращення організації консультативної допомоги хворим, які поряд з психічними розладами мають соматичні захворювання.

Згідно з наказом головного лікаря ПНД №4 від 17.03.02. налагоджено контроль за призначенням дорожніх імпортованих препаратів.

Згідно з наказом головного лікаря ПНД №3 №28/1 від 11.04.05. та наказом по КМПЛ №2 №52 від 31.03.05. виконуються заходи з рішення підсумкової за 2004 рік колегії ГУОЗ та МЗ м. Києва від 03.03.05. (протокол №1) з покращення соматичного обстеження диспансерної і консультативної груп хворих, з забезпечення стандартів обстеження та лікування; з виконання нормативно-правових актів щодо роботи зі зверненнями громадян.

Аналогічні організаційні заходи виконуються в інших ПНД міста. Але ж залишаються проблеми, рішення яких не залежать лише від одного виконавця і пов'язані з дефіцитом фінансування.

Так по КМКПЛ №1: неможливо відкрити відділення медсестринського догляду на базі відділень №4 та №5 тому, що не закінчилась реконструкція корпусу №5; по КМПЛ №2 залишається проблема обладнання відділення консультативного прийому лікарів соматичного профілю; в ПНД міста неможливо здійснити заходи з введення посад медичних сестер соціальної допомоги; організувати денні бригади невідкладної психіатричної допомоги для відвідування та виконання лікарських призначень хворим, які перебувають на активному та підтримуючому амбулаторному лікуванні з метою раннього втручання у випадку погіршення їх психічного стану. З тієї ж причини недофінансування неможливо організувати харчування хворих у денних стаціонарах на 2 грн. на день.

Крім виконання рішень колегій в ЛПЗ комісія вивчала роботу з виконання державних національних програм з охорони здоров'я населення, зокрема: міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації", державної комплексної програми "Соціально-медичне забезпечен-

ня ветеранів війни на період до 2005 року", програми "Здоров'я літніх людей", міської комплексної програми "Турбота" на 2001-2005 роки, національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005р., комплексної програми "Цукровий діабет" на 2000 - 2005рр., програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, державної програми "Онкологія" на 2002-2006р., програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007роки, програми імунізації населення 2002 - 2006 роки.

В цілому можна констатувати, що в ЛПЗ психіатричної служби видані накази щодо виконання програм, а з проведених заходів щокварталу подаються звіти в ГУОЗ та МЗ КМДА. Тобто ця робота контролюється постійно.

Загальною помилкою головних лікарів можна вважати те, що вони не приділяють увагу плануванню реалізації управлінських рішень (УР). Саме цей процес забезпечує розподіл обов'язків і повноважень в реалізації рішень та забезпечує реальність виконання комплексних планів закладу.

Тому в ході контролю комісія звертала увагу керівників на необхідність видання власного наказу на УР ГУОЗ та МЗ з урахуванням своїх можливостей і потреб, на необхідність планування реалізації виданого наказу, проведення регулюючих заходів (медичних рад, оперативних нарад, доповідей виконавців) та внутрішнього контролю за виконанням наказу, тобто проведення повного управлінського циклу з певної проблеми, а також чіткого визначення виконавців та їх відповідальності в реалізації УР.

В процесі перевірки в ПНД і в ПНЛ всі ці недоліки були виправлені. Сподіваємось, що організація внутрішнього контролю забезпечить виконання прийнятих керівниками рішень.

В результаті своєї контролюючої функції комісія досягла повного порозуміння з керівниками всіх ЛПЗ психіатричної служби міста. І тому перелік зауважень, які вже вирішені, комісія не приводить.

Відомо, що ефективність діяльності системи залежить, в значній мірі, від її інформаційного забезпечення.

Тому важливим є стан виконання наказу ГУОЗ та МЗ №538 від 12.12.02р. "Про створення структурних підрозділів Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1", згідно з яким було прийнято рішення з 01.01.03р. створити у КМКПЛ №1 міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги.

Центр почав свою діяльність з кінця березня 2003 року. Керуючись цілями та завданнями центру було визначено його місце в системі психіатричної допомоги, складено функціональну службу інформаційного забезпечення як АУ (ВОПЗ), так і психіатричних ЛПЗ міста, визначено джерела та шляхи інформаційного забезпечення.

У зв'язку з труднощами, які склалися з передплатою періодичних видань тобто із забезпеченням науковою інформацією, з грудня 2003 року центром (спільно з Київською медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика) організовано видання науково-практичного міждисциплінарного журналу "Психічне здоров'я", який за рік існування був визнаний ВАК України фаховим виданням високого рівня. За 1,5 року в 7 номерах журналу опубліковано 50 статей 86 авторів-лікарів психіатричної служби м. Києва, тобто видання журналу спонукало їх проводити наукові дослідження, що значно підвищило їхній фаховий рівень.

За ініціативою центру було видано монографію "Проблеми соціальної психіатрії", тобто було активізовано як клінічні так і соціальні дослідження в системі психіатричної допомоги м. Києва.

Щодо інформаційно-методичного забезпечення, можна додати ще видання довідників з основних показників психічного здоров'я населення м. Києва та показників діяльності психіатричних ЛПЗ міста. Вперше в довідниках приводиться аналіз показників, але відсутність наукових досліджень з впливу соціального середовища на психічне здоров'я не дозволяє провести більш глибокий статистичний аналіз. І це свідчить про відокремлене існування досліджень НДІ соціальної психіатрії і проблем охорони психічного здоров'я взагалі і в м. Києві.

Тобто науковці зовсім не цікавляться і не вивчають проблем практичної охорони психічного здоров'я, залишаючи нас наодинці з невіршеними нормативними, організаційними та управлінськими проблемами психіатрії та її споживачів.

І якщо в планах деяких психіатричних ЛПЗ зустрічається "спільна праця з НДІ", то об'єкт цієї праці має спрямованість зацікавленості лише науковців, як правило, пов'язаної з оцінкою деяких препаратів відомих фармацевтичних фірм.

Отже, методичне забезпечення практичної психіатрії також залишається за центром.

Перш за все в рекомендаціях центру приділяється увага процесу управління. Видано 9 рекомендацій з питань управління, покращення звітів ЛПЗ, планування діяльності, госпіталізації хворих, дієтичного харчування психічно хворих, які страждають на соматичні захворювання і перебувають на лікуванні в психіатричному стаціонарі.

Ще одне важливе завдання центру з інформаційного забезпечення - це контроль за виконанням управлінських рішень ГУОЗ та МЗ КМДА, який проводиться регулярно при підготовці оперативних нарад у заступника начальника ГУОЗ та МЗ, а також нарад у начальника відділу охорони психічного здоров'я ГУОЗ та МЗ згідно з планами ГУОЗ та МЗ.

Відповідно до ст.22 "Основ законодавс-



тва України про охорону здоров'я" комісія також мала завдання перевірити хід виконання наказу ГУОЗ та МЗ №538 від 12.12.02 "Про створення структурних підрозділів Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1" щодо організації роботи міської консультативно-діагностичної поліклініки КМКПЛ №1.

Відомо, що контроль може проводитись різними шляхами: безпосередньою перевіркою стану заходів, аналізом доповідей виконавців, аналізом статистичних показників, аналізом висновків працівників, спеціалістів об'єкту, який перевіряється, тощо.

Оскільки зав. консультативної поліклініки - заступник головного лікаря КМКПЛ №1 Куколенко Н.В. не визнала, через нерозуміння контрольних функцій комісії та особистісних рис, законності регламентуючого державного документа з організації державного контролю за державними формами охорони здоров'я населення, а головний лікар не зміг створити умов комісії для перевірки стану організації консультативної поліклініки, комісія зробила висновки на основі аналізу планів поліклініки, статистичних показників, статистичних даних ПНД міста, враховуючи думки та висновки головних лікарів психіатричних закладів.

Комісія зазначає, що представлені зав. оргметодвідділу Бандуро. В.О. "План роботи поліклініки" та "Комплексний план заступника головного лікаря з поліклініки" Куколенко Н.В. не відповідають цілям і завданням міської консультативної поліклініки згідно з її "Положенням". Тобто міська консультативна поліклініка не планує своїх функцій на рівні міста.

Навантаження поліклініки щодо експертної та консультативної роботи за направленням хворих з ПНД вкрай низьке. За даними головних лікарів ПНД та їх заступників з медчастини за 2 роки в поліклініку було направлено на ЛКК:

- 3 ПНД №5 - 11 хворих,
- 3 ПНД №1 - 7 хворих,
- 3 ПНД №3 - 22 хворих,
- 3 ПНД №4 - 2 хворих,
- 3 ПНД №2 - 18 хворих,
- 3 КМПЛ №2 - 5 хворих.

Усього - 65 хворих.

Жодного з них не направлялось до спеціалістів соматичного профілю.

До цього часу поліклінікою, яка існує більше 2 років, не проводилось диспансерного нагляду за психічно хворими, які лікувались в КМКПЛ №1 і страждали на соматичну патологію, а також хворих Д і К груп, облікованих в диспансерах міста.

Завідувач поліклініки не вивчала потреби хворих на психічні розлади у соматичній допомозі на рівні міста, не рахувались необхідні витрати лабораторії, Р - кабінету для обстеження хворих.

Не складався графік роботи соматичних спеціалістів по ПНД для зручності психічно

хворих, тобто, не проведено жодного заходу для організації соматичної допомоги поліклінікою для психічно хворих м. Києва.

В плані роботи поліклініки не знайшли місця заходи з виконання державних програм, які має виконувати поліклініка на рівні міста.

Причина цього, на думку комісії, полягає в тому, що посада завідувача міської поліклініки перетворена фактично на посаду заступника головного лікаря КМКПЛ №1 з поліклініки, що значно звузило її функції з міського рівня до внутрішньолікарняного.

Про це свідчить і відсутність наказу про організацію і управління консультативною поліклінічною допомогою хворим на психічні розлади у м. Києві.

По суті поліклініка виконує на рівні міста лише частку експертної функції шляхом прийому незначної частини хворих, яких направляють ПНД, так як в ПНД також існують ЛКК.

Решта функцій поліклініки, згідно з наказом головного лікаря КМКПЛ №1 №21 від 20.01.03 забезпечують проведення профілактичних оглядів працівників лікарні, які автоматично опиняються пацієнтами міської консультативної поліклініки для психічно хворих і підпадають під спеціальну статистику відвідувань психіатричної поліклінічної служби, фактично обумовлюючи порушення регламентуючих документів з статистичного обліку та звіту.

При бесіді зі старшою медичною сестрою поліклініки, яка виконує обов'язки медичного статистика поліклініки, не уявлялось можливим ознайомитись із статистичними показниками, які могли би характеризувати роботу поліклініки тому, що на день перевірки 17 травня 2005 року жодного статистичного талону за 2005 ще не було розроблено. Тобто не було відомо: хто звертався до поліклініки, з якого приводу, які хвороби виявлялись, скільки таких, що захворіли вперше, які їх вікові і статеві данні, до яких соціальних груп належать, які консультації проводились у стаціонарі, вдома у хворих та багато іншого.

Стає зрозумілим, що таке навантаження не може виправдовувати існування поліклініки як міської структури лише в лікарні.

Тому потрібно чітко визначити посаду і функції завідувача міської консультативно-діагностичної поліклініки і підпорядкувати її функціонально відділу ОПЗ ГУОЗ та МЗ, адміністративно - головному лікарю КМКПЛ №1, а з питань соматичного обстеження стаціонарних хворих КМКПЛ №1- начальнику медичної частини лікарні. Можливо, це забезпечить наповнення функціями і завданнями на міському рівні та раціональну організацію праці персоналу поліклініки.

Відсутність умов для перевірки діяльності поліклініки не дозволила комісії проаналізувати організацію експертної, консультативно-діагностичної роботи та стан виконання державних програм профілактики і лікування туберку-

льозу, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, онкозахворювань, стоматологічних захворювань, програми імунізацій населення, які повинні виконуватись на рівні міста і які зовсім не знайшли місця в планах міської консультативної поліклініки КМКПЛ №1

### Висновки

1. Всі психіатричні ЛПЗ м. Києва мають розпорядчі документи ГУОЗ та МЗ, на які приймаються відповідні власні УР по ЛПЗ.

2. Заходи з реалізації управлінських рішень з моменту перевірки включаються до комплексних планів ЛПЗ та особистих планів їх керівників, що можна вважати гарантом їх виконання.

3. В процесі управлінського циклу найбільш слабкою ланкою в ЛПЗ психіатричної служби є контроль за виконанням УР.

4. Абсолютна більшість заходів відповідно до рішення колегії ГУОЗ та МЗ від 25.09.02 та наказу ГУОЗ та МЗ №435 від 25.09.02. "Про виконання рішення колегії ГУОЗ та МЗ від 25.09.02 (протокол №5)" виконано.

В результаті реорганізації за рішенням колегії в м. Києві створено систему психіатричної допомоги, яку можна вважати такою, що піддається управлінню і має апарат управління (ВОПЗ), комплексну службу інформації (МНІМЦ) та об'єкт, яким управляють (психіатричні ЛПЗ).

5. Виконання наказу ГУОЗ та МЗ №538 від 12.12.02 щодо організації міської консультативної поліклініки в КМКПЛ №1 не можна вважати закінченим тому, що поліклініка не стала міською структурою для надання спеціалізованої соматичної допомоги хворим на психічні розлади.

Діяльність завідувача міської поліклініки зведено до рівня існування ЛКК, яка, по суті,

дублює функції Республіканського консультативного психіатричного центру та функції ЛКК психоневрологічних диспансерів міста.

В поліклініці не налагоджено диспансеризацію психічно хворих з соматичними захворюваннями, не проводиться профілактична робота.

Уся діяльність завідувача поліклініки - заступника головного лікаря КМКПЛ №1 з поліклінічної роботи зосередилася на внутрішньолікарняній роботі: профоглядах співробітників лікарні (наказ головного лікаря КМКПЛ №1 №21 від 20.01.03), курації кризової служби лікарні (наказ головного лікаря КМКПЛ №1 №265 від 15.09.04.), "курації" іногородніх та іноземних делегацій (згідно з указівками головного лікаря).

Отже, в психіатричній службі М. Києва залишається важлива проблема організації спеціалізованої соматичної допомоги хворим на психічні розлади.

Ця проблема у 2002 році була доведена в ГУОЗ та МЗ благодійним товариством родичів хворих "Турбота", і саме на вирішення цієї проблеми було прийнято рішення про організацію консультативної поліклініки, яке, на жаль, залишилося не виконаним.

### Члени комісії:

Л. Барановська  
А. Василенко  
С. Гордійчук  
М. Мазуренко

Отже, це є інформація для прийняття рішень з регулювання подальшої діяльності системи психіатричної служби шляхом коректування організації роботи конкретних структур з конкретних питань. І саме подальші рішення апарату управління службою та її структурами стануть критеріями відповіді на питання, яке поставлено у назві статті.

**Від редакції:** Запрошуємо читачів взяти участь в обговоренні питання, яке поставлено автором публікації. В рубриці "Обмін досвідом" Ви можете розповісти про те, що вас цікавить, але ще не вдається зробити. Чому? Що заважає? Які досягнення Ви маєте в управлінні структурним підрозділом, закладом, службою, установою тощо?

**Возникновение и развитие военной психиатрии: основные этапы**

Г.В. ИВАНЦОВА, Л.Н. КОРСУНЕНКО

Научно-исследовательский институт  
проблем военной медицины ВС Украины,  
г. Ирпень**Резюме.** Проаналізовано іноземні джерела з питань виникнення та розвитку військової психіатрії.**Ключові слова:** психіатрія, психічні розлади, війна, психіатрична допомога.**Summary.** The foreign sources were analyzed on occurrence and development of military psychiatry**Key words:** psychiatry, mental frustration, war, psychiatric treatment.

Психиатрия - очень древняя наука. Её возникновение связывают с появлением человека. Она возникла в то время, когда древние люди пытались помочь друг другу справиться с переживаниями, связанными с личными проблемами и непонятными, необъяснимыми ситуациями: смерть ребенка, потеря супруга, страх перед неизвестностью, осознание чей-либо смерти. Понимание человеком своего окружения, его собственного поведения было настолько слабым, что он обращался к религии, чтобы объяснить свои страхи и незнание. Появление первых шаманов в первобытном обществе было неслучайным. Именно они пытались объяснить людям природу их страданий и проводили необходимые ритуалы. Древний человек сталкивался с силами, которые он не мог объяснить или контролировать, поэтому пытался упорядочить свой собственный мир. Те люди, которые пытались интерпретировать и объяснять "необъяснимое", в каком-то смысле, были предшественниками современных психиатров.

Психиатрия - отличная от психологии дисциплина. Но различия между этими науками имеют свои особенности. Исторически сложилось, что психиатров называли "целителями ума", психологов же определяли как "тех, которые изучают ум". Это отличие не имеет большого значения, особенно в военной психиатрии, когда психологи зачастую занимаются проблемами людей, имеющих эмоциональные проблемы. Психиатрия всегда была тесно связана с терапией, пытаясь объяснить поведение человека физиологией мозга. С признанием того, что люди часто имеют сугубо эмоциональные проблемы, не связанные с физиологией, клиническая психология стала самостоятельной наукой. Большинство тех, кто занимался проблемами боевого стресса в военных учреждениях, были психологами, а не психиатрами. Но все они были "целителями ума".

Психиатрия берет свое начало в то время, когда были предприняты первые попытки объяснить "странное" поведение человека, что первоначально приписывалось силам, не зави-

сящим от человека. Смерть, болезни, малодушие в бою, истощение на войне или на охоте - это все объяснялось вмешательством внешних сил, которые не мог контролировать человек. По сохранившимся записям Древнего Вавилона, датированных 2750 г. до н.э., психические заболевания человека были вызваны гневом могущественных божеств вследствие безнравственного поведения человека. Древние психиатры приписывали сумасшествие и поражение в бою ошибкам в характере человека. Согласно древнеегипетской и древнееврейской концепциям, психические болезни (а также физические страдания) являются следствием грехов конкретного человека. Развитие древнегреческой медицины изменило древнеегипетские и древнееврейские представления о том, что грех вызывает сумасшествие. Греки впервые стали проводить исследования физиологии мозга путем определения взаимосвязи причин с эмпирическим наблюдением. Это позволило сделать вывод о том, что безумие вызвано физическими и эмоциональными сторонами личности, а не внешним влиянием дьявольских сил.

Современная психиатрия берет свое начало с того времени, когда древние греки стали широко использовать метод медицинского наблюдения. Греческие врачи изучали мозг достаточно подробно. Однако греческая медицина была основана на представлении греков о человеческом характере. Это дало возможность развить теорию личности, которую выдвинул Платон. Он связывал психические проблемы непосредственно с эмоциональными причинами. Таким образом, именно греки первыми сделали шаг в развитии теории дуализма (двойственности), которая и сейчас господствует в психиатрии. С одной стороны, поведение человека кроется в физиологии мозга, что стало очевидным сегодня при изучении химии мозга. С другой стороны, человеческое поведение зависит от разума, который создает собственную действительность - ощущения, эмоции и др., - что не связано с физиологией мозга. Это представление получило развитие

в современной Фрейдовской психиатрии. Развитие психиатрии на протяжении многих столетий сопровождалось борьбой между этими двумя точками зрения. В психиатрической мысли со времен древних греков и до падения Рима преобладали объяснения психических болезней с точки зрения физиологии. Биологическая психиатрия не развивалась в Темную эпоху (5-12 столетия), когда существовали более иррациональные объяснения безумия. Многие из того, что получило свое развитие в психиатрии этого периода, было по существу доктринальным, формировалось и насаждалось единой католической церковью. К тринадцатому столетию появилась точка зрения, согласно которой безумие являлось результатом демонического влияния вследствие грехов страдальца. Наиболее общим объяснением безумия было колдовство, при котором грешник добровольно попадал в подчинение к демонам и другим силам дьявола. Поскольку владеющий колдовством человек с легкостью использовал свои злые силы и намерения, единственным подходящим лечением была пытка, отречение и сожжение на костре.

В эпоху Ренессанса произошел возврат к традиционному греческому пониманию человеческого поведения, основанного на физиологии мозга. Анатомические исследования людей, подобно тем, которые проводил Leonardo da Vinci, помогали ускорить развитие медицинской науки в этой области. Возвращение к использованию эмпирических методов всякий раз вызывало негативную реакцию со стороны церкви. Часто в эпоху Ренессанса подобные попытки заканчивались казнью тех, кто проводил эти исследования.

В эпоху Просвещения, в семнадцатом столетии делался акцент на научном исследовании, что постепенно позволило психиатрии отойти от чисто эмоциональных объяснений психиатрических заболеваний. К восемнадцатому и началу девятнадцатого столетий медицинская наука достигла той точки своего развития, когда человеческие знания о мозге предлагали научные объяснения психических заболеваний через понимание физиологии мозга.

В восемнадцатом и девятнадцатом столетиях происходило активное развитие биологической психиатрии. На полях сражений гражданской, крымской, франко-прусской и русско-японской (1904-1905 гг.) войн широко использовалось объяснение человеческого поведения именно с точки зрения биологической психиатрии. Врачи, которые принимали участие в войнах, владели знаниями о мозге и его влиянии на человеческое поведение. В это время, когда происходило непосредственное влияние войны на развитие медицины, возникла новая отрасль - неврология, появились первые военные психиатры. Биологическая психиатрия занимала важное место до тех пор, пока Sigmund Freud в двадцатом столетии не предложил аль-

тернативное объяснение поведения человека, основанное на понимании его эмоциональной сферы. В настоящее время в общей и военной психиатрии развиваются две тенденции в объяснении психических феноменов: психиатрами, которые придерживаются биологической точки зрения, и психологами, придерживающихся Фрейдовского понимания.

Военная психиатрия получила свое развитие недавно, начиная с гражданской войны в США, когда невропатологи пытались установить взаимосвязь между травмами мозга и эмоциональным поведением. Однако военная психиатрия не существовала как отдельная дисциплина вплоть до русско-японской войны. В то время, как в психиатрии на протяжении столетий существовали две различные точки зрения на человеческое поведение и психические болезни, в военных учреждениях Западной Европы, начиная со времен древних греков до первой мировой войны, вообще дискуссии по этим вопросам не велись. Для военного командования наиболее острой являлась проблема страха, с которой сталкивались военнослужащие при ведении военных действий.

Понимание, почему у человека возникает в бою коллапс, было сформировано еще более 2-х тысяч лет назад на основе военного опыта Древней Греции (450 г. до н.э.). Греки полагали, что участие в бою было непосредственной функцией солдата. Греческая военная литература подчеркивала связь между моральным духом солдата, его характером, военными умениями и героизмом в сражении. Героями были люди, которые были способны управлять своими страхами. Труссы же, напротив, не могли делать этого, уступая тем самым героям. Это был единственный критерий оценки боеспособности солдата. Греки придерживались этой точки зрения на протяжении почти четырех сотен лет. Они противились использованию новых военных технологий, с которыми они были достаточно хорошо знакомы после войны с персами. Они считали, что использование оружия большей дальности и смертности могло стереть грань между героями и трусами. Град стрел персидских луков убивал на расстоянии двух сотен ярдов, устраняя тем самым воинов, сражающихся бок-о-бок. Война стала слишком неразборчива, в равной степени уничтожая как героев, так и трусов. Для подтверждения точки зрения о том, что характер выявлял хорошего солдата, греки отказывались менять свою тактику ведения боевых действий и применять новое "безнравственное" оружие, которое использовали их враги.

Убеждение о том, что характер солдата был наиболее важным элементом в бою, сохранялось в течение многих столетий. Во время Первой мировой тысячи солдат-француз, несмотря на преимущество немцев в технике, без колебания и страха шли на встречу смерти. Любая война предполагает важность воен-



ных технологий как объективного критерия на поле боя, что является более важным в завоевании победы, нежели героизм и мужество. И все же миф о героизме существовал довольно долго, несмотря на свое разрушительное действие. 1 июля 1916 Британская армия начала сражение под Somme. За 4 часа было убито и ранено 52000 англичан. Многие из офицеров шли в атаку только при наличии офицерской трости в руках. И, тем не менее, они мужественно встречали свою смерть. Миф о моральном духе солдата как о доминирующем факторе при ведении боя не столь актуален сегодня, как в тот 1916 год, когда его важность даже не подвергалась сомнению. Для того, чтобы уменьшить число случаев возникновения боевого шока, необходимо внедрение программы по формированию соответствующих моральных качеств характера. Греческие и Римские генералы стремились насаждать в войсках строгую военную дисциплину. Спартанские солдаты с детства недоедали, им не позволяли носить сандалии. Их учили мужественно переносить физические трудности, формировали внутренние качества по их преодолению. Другой метод состоял в том, чтобы использовать чувство собственного достоинства солдата для преодоления возникшего чувства страха. В греческих и римских войсках формировали военные подразделения, в состав которых входили люди из одного города или местности. Греки размещали даже гомосексуалистов и их любовников в одних подразделениях. Такие действия усиливали единство воюющей группы. Подобные методы применялись в Первой и Второй мировых войнах. В Первой мировой войне англичане формировали полки по территориальному принципу. Этот метод использовали также в канадских, немецких, французских подразделениях. Некоторые английские полки были укомплектованы из представителей одной профессии, например, из шахтеров. Во Второй мировой войне в немецкие подразделения входили солдаты из одного города или местности.

Одним из методов, который применялся для контроля чувства страха, состоял в убеждении солдата, что его неправильное поведение может стоить дорого, гораздо больше любых достижений в результате боя. Строгая дисциплина, включая побои, недоедание, голодомор и страх казни были обычным явлением в армиях семнадцатого и восемнадцатого веков. Было традиционным суждение, что рядовые должны бояться офицеров больше, чем смерти от рук врага. Это было отражено в приказе короля Пруссии Фредерика Великого, которого считали отцом немецкой армии. Уже в 1870-е годы американская армия применяла татуировки и клеймо позора в качестве наказания за трусость. В Первой мировой войне французские подразделения, которые отказались стрелять по немецким танкам, подвергались обстрелам со стороны "своих". После мятежа

французских дивизий на западном фронте в 1917 году, те солдаты, которые отказались идти в атаку, были выявлены и публично казнены. В состав британских, французских и канадских войск в годы Первой мировой войны входили отряды военной полиции, которые располагались в тылу фронта для выполнения приказа по расстрелу солдат, которые отказывались воевать. Были найдены другие пути решения этой проблемы, используя влияние церкви и религии. Священники всегда присутствовали на полях сражений, благословляя солдат храбро сражаться "за Бога и за страну". Во Вьетнамской Войне такая практика будет возобновлена. Кардинал Соокке стоял на палубе американского авианосца, благословляя летчиков на бомбардировки целей на севере Вьетнама. Посещение религиозной службы перед сражением стало обычным ритуалом и служило защитой против страха. Перед началом военных действий солдаты-мусульмане Ирана обычно присутствуют на богослужении, во время которого им дают маленький пластмассовый ключ, чтобы после их возможной смерти в бою открыть двери рая. Влияние ритуальных действий нельзя недооценивать, особенно в мире, где происходят террористические акты, когда террористы демонстрируют свое желание умереть, если этого требует вера.

На протяжении более тысячи лет в войсках применяли химические средства для воспитания волевых качеств против страха. Викинги в девятом столетии обычно пользовались химическими стимуляторами, сделанными из мочи оленя. Британские солдаты имели право, в соответствии с военными документами, употреблять напитки из рома перед началом сражения. При Ватерлоо в 1815 ром был спасением для многих англичан, воевавших в тяжелых боях. В Филиппинском восстании на рубеже столетий индусы принимали наркотики перед началом сражения. На юго-западе Америки индейские племена для смелости использовали лекарственные средства. Американские солдаты во Вьетнаме стимулировали свою храбрость марихуаной или растворенным героином, опиумом. Советским солдатам в годы Второй мировой войны обычно выдавали лекарства на основе трав для успокоения нервов. Таким образом, решение данной проблемы уходит корнями в глубь веков. В современных армиях также проводят исследования по возможному использованию сложных химических средств для контроля над страхом. Все попытки по предотвращению боевого стресса среди личного состава не имели большого успеха. Причина состояла в том, что характер солдата ничего не имеет общего с его способностью преодолевать боевой стресс. Решающими факторами являются объективные условия самого сражения, в котором участвует солдат. Несмотря на все усилия военных учреждений уберечь личный состав от влияния боевого

стресса, войска всегда терпели большие потери личного состава, солдаты становились истощенными в результате возникшего чувства страха. В такой ситуации необходимо было их эвакуировать, так как из-за своего страха они не могли выполнять свои обязанности на прежнем уровне. В сражении при Gettysburg, например, были найдены сотни винтовок, в которых сохранились патроны. Их владельцы были так напуганы, что даже забывали перемещать спусковой механизм после каждого заряда. С увеличением мощности оружия растет и количество солдат, которые имеют признаки боевого шока. Какие же шаги могут быть предприняты военными психиатрами, чтобы справиться с этой проблемой? Чтобы ответить на этот вопрос, важно понять, каким образом военная психиатрия решает эту проблему на современном этапе.

#### **Выводы.**

Даже специалисты военно-медицинских служб признают, что не смогут решить проблемы огромного количества психиатрических больных, которые будут результатом боевых действий высокой интенсивности. Традиционные методы решения этой проблемы не будут работать вообще, так как они выявились мало эффективными в предыдущих войнах. В современной войне не будет таких укрытий, в которых могли бы лечить психиатрических пострадавших. Даже если терапевты будут лечить таких больных, не будет достаточно времени на отдых и восстановление сил. В результате нам придется столкнуться с тысячами психиатрических больных, скитающимися в зоне боевых действий и ждущих своей смерти. Слава войны, однажды возникнув, исчезнет, если будет существовать вообще как таковая.

#### **Литература:**

1. Albert Deutsch "Military Psychiatry in Civil War" in One Hundred Years of American Psychiatry.-New York: Columbia University Press, 1944.-377 p.
2. Richard A. Gabriel Soviet Military Psychiatry.-Westport, Conn.: Greenwood Press, 1986.-pp. 35-36.
3. Edward A. Strecker "Military Psychiatry in World War I" in One Hundred Years of American Psychiatry.-New York: Columbia University Press, 1944.-p. 386.
4. Lawrence Ingraham and Frederick Manning "American Military Psychiatry", in Richard A. Gabriel, Military Psychiatry: A Comparative Perspective. - Westport, Conn.: Greenwood Press, 1986.-pp. 61.
5. Lawrence Ingraham and Frederick Manning "Psychiatry Battle Casualties: The Missing Column in the War Without Replacements", Military Review, August 1980, p. 24.
6. Roy L. Swank and Walter E. Marchand, "Combat Neuroses: The Development of Combat Exhaustion", Archives of Neurology and Psychiatry, 1946.-Vol.55-p. 244.

## ДИСКУСІЇ, ОБМІН ДОСВІДОМ

### Барвінок чи могилиниця (гроб-трава)?



Поставлене у випуску 1'(2) за 2004 р. С.Г. Бурчинським (Інститут геронтології АМН України, м. Київ) питання "Ноотропні і вазотропні засоби: разом чи окремо? (новий підхід до старої проблеми)" одержало у самій статті однозначне розв'язання. Як стверджує автор, "оптимальним варіантом розв'язання проблеми, що розглядається, є застосування лікувального засобу, якому притаманна збалансована і рівно-ефективна ноотропна і вазотропна дія" [1, с. 31]. Саме таким засобом "у вітчизняній медицині практично невідомим" [1, с. 31], на думку автора, є поява нового препарату, "що повною мірою відповідає вищезгаданій вимозі", "з комплексним механізмом дії і широким спектром клінічного застосування - вінкаміну (Оксибралу)" [1, с. 31]. І хоч згідно з чинним правописом [2, с. 45-58], як нам вдалося з'ясувати, Оксибрал поки що не належить до індивідуальних імен чи культових понять, таких як Бог або Святий Дух, автор без пояснень подає цю назву з великої букви.

Можливо, застосування препарату в більшості медичних галузей, до яких автор відносить терапію, неврологію, психіатрію, ендокринологію, геріатрію, нейрохірургію, нейротоксикологію, офтальмологію, й виправдає цю авансовану автором велич згаданого лікарського засобу. І, як виявив наш експерт до його психосемантичної генези, небезпідставно.

Тому, користуючись міждисциплінарністю науково-практичного журналу, ми вважаємо за свій обов'язок привернути увагу й автора, й читачів до психолінгвістичного виміру обговорюваного питання.

Насамперед, щодо "невідомості" вінкаміну для вітчизняної медицини, який "становить собою природний алкалоїд, що міститься в рослині барвінку малому (*Vinca minor*)" [1, с. 31].

Чи відомо авторам, який подав до журналу статтю російською мовою, що він неправомірно 4 рази вживає українську назву *барвінок*? Чи знає він правильну російську назву? У російському перекладі *барвінок - могилиниця, гроб-трава*. Цей же відтінок суму і печалі несе в собі складник латинської назви - *мінор (minor)*, буквально - барвінок менший, малий і ще чимало інших означень [3].

Один із найвидатніших психолінгвістів початку ХХ століття, вшанований Російською Імператорською Академією Наук другої премії

С.І. БОЛТІВЕЦЬ,

Інститут психології ім. Г.С.Костюка  
АПН України, м. Київ

М.І.Костомарова за "Словарь украинского языка" - "Словарь української мови" Борис Дмитрович Грінченко саме так подає норму перекладу на російську мову:

**Барвінок, нку, м. 1)** Раст.: могилиниця, гроб-трава, *Vinca minor* L. Анн. 380, ЗЮЗО. I: 141. *Ой не стелися, хрещатий барвінку, та по крутій горі!* Ни. Обычные эпитеты: **барвінок зелений, хрещатий, крячастий**. Какъ ласкательное название для любимого мужчины: *Ой ти, козаче, зелений барвінку, прийди до мене хоть у неділку*. Мет. 43. Употребляемый на свадьбъ въ **світличній шаблі барвінок** означаетъ - душевную склонность, пріязнь. МУЕ. III. 94. **Барвінок рвати** - означаетъ часто идти на любовное свиданіе. Мад. л. сб. 288. *Пусти ж мене, мати, барвіночку рвати, а вже ж наші вороженьки полягали спати*. Мет. 288. **Ночувати в барвінку**. Переночевать съ милымъ. 2) Раст.: а) - **дикий**. *Lysimachia nummularia*. Лв. 100. б) - **степовий**. *Vinca herbacea* Waldst et. Kit. ЗЮЗО. I. 141. 3) Родъ орнамента на писанкѣ. МУЕ. I. 200. Ум. **Барвінонько, барвіночок, барвінчик, барвінчикок**. *Дівчинонько, сіра утко, чи сватати хутко? - Козаченьку, барвіночку, хоть і в неділочку*. Мет. 8. *Та прийди до мене, хрещатий барвінчику!* Нп. [4, с. 29].

За Б. Грінченком, який аналізує психосемантику образів, створюваних словами у різних мовах - латинській, французькій, німецькій - значення слів може бути одне, але способи зображення - різні, а тому кожен з них спрямовуватиме думку людини інакше.

"...Візьмімо слово могилиниця, - пише він у праці "На безпросвітній путі. Про українську школу", - інакше російською мовою - гроб-трава. Ця рослина українською мовою зветься барвінок. Спосіб зображення, притаманний обом російським словам, такий, що спрямовує думку до могили, гроба, смерті, тлення. Зовсім інше зі словом барвінок. Назва ця [...] в народному мовленні фонетично зближена зі словом барва - колір, і тому збуджує уявлення про щось кольорове, яскраве.

Крім того, зі словом барвінок пов'язаний елемент поетично-побутовий, оскільки рослина ця є однією з найулюбленіших в українській народній поезії і в народному побуті. В поезії це - символ чоловічої молодості краси і ніжні звертання: "Ой ти, козаче, хрещатий барвінку!" - постійні в народних любовних піснях. Українська дівчина намагається мати у своєму садочку грядочку барвінку, за яким дбайливо доглядає. У весільному ритуалі барвінок у великому житті

ку. Із пісень видно, що раніше молодого прикрашали вінком з цієї рослини:

*З чого ж ми будемо князеві вінок плести?*

*Ой є в городі хрестастний барвінок, -  
З того ми будемо князеві вінок плести.<sup>1</sup>*

*Нині барвінковим вінком прикрашає себе дівчина<sup>2</sup>, такі ж вінки одягають на свої голови жінки, що печуть весільний хліб - коровай, барвінком прикрашають весільне деревце (гільце) та ін.<sup>3</sup>*

Таким чином, у того, хто говорить українською мовою, при слові барвінок в уяві виникає щось кольорове, гарне, пов'язане з красою молодого чоловіка, з любов'ю, радощами життя, яке розквітає, цілком протилежне тим образам смерті, могили і тління, які викликає у великороса слово *могильниця* (*гроб-трава*).

Чи не зрозуміло, що, силкуючись замінити слово барвінок словом могильниця, ми тим самим знову ж таки спрямовуємо народну думку не тільки іншим, а й цілком протилежним шляхом, який становитиме для цієї думки рішення збочення вже наявних у неї уявлень? [4, с. 38].

Як видно з одного цього прикладу величання барвінку, не вдаючись до використання лікувальних можливостей природного алкалоїду барвінку в Україні протягом століть, чи можна стверджувати, що такий фармакологічний засіб вітчизняній медицині "практично невідомий"? А якщо це правда, то чи не справедливо буде осучаснити назву Грінченкової праці "На безпросвітній путі" додаванням ще й уточнення про те, що йдеться в тому числі про сучасну українську медичну школу?

Так чи інакше, але оптимальний варіант у методологічних підходах до збереження і зміцнення психічного здоров'я людини в Україні має враховувати й особистісні чинники, вклю-

чаючи архетипи свідомості, здатні до розгортання у креативному потенціалі власної етнічної індивідуальності. Не заперечуючи важливості відстеження названих у статті показників пам'яті, уваги, емоційної та когнітивної сфер, на наш погляд, не може залишитись поза увагою індивідуальне "значення-для-себе", як і психосемантика розвитку власної генези, справедливо означена автором як тенденція "повернення до джерел" [1, с. 34], а отже до відновлення власної цілісності у філогенетичному континуумі, яка становить собою важливу умову збереження психічного здоров'я.

Автор, створюючи російський текст, закономірно не подає українське слово "барвінок" російською мовою, бо в свідомості російськомовного читача в Україні воно й справді "втрачено джерело".

Так, російськомовний "Фармако-терапевтичний довідник" Ф.П. Тринуса, виданий у Києві видавництвом "Здоров'я", подає склад *вінкапану* (*vincapanum*) як суму алкалоїдів вже не "могильниці" і не "гроб-трави", а барвінку [5, с. 206]. Українсько-російський словник АН УРСР (1953 р.) робить поступовий перехід від психосемантики могили і труни, подаючи українське слово *барвінок* у перекладі на російську мову вже як усталений ботанічний термін *барвинок*, а на другому місці - *могильниця* [6, с. 34].

Якщо українська наукова термінологія має настільки потужний психосемантичний потенціал, який здатний призвести до її прямого запозичення, то чи варто авторіві надалі роздвоюватися, відокремлюватися від сучасної мовної свідомості українського суспільства, викладаючи російською мовою решту ґрунтового наукового тексту?

Мабуть, краще, як і автор, погодитись, відповідаючи на винесене ним у заголовок статті проблемне питання.

#### Література:

1. Бурчинський С.Г. Ноотропні і вазотропні засоби: разом чи окремо? (новий підхід до старої проблеми) // Психічне здоров'я. - 2004. - 1'(2). - С. 29-35. (Рос. мовою).
2. Вживання великої літери (букви) // Український правопис. - К.: Наук. думка. - 1993. - С. 45-58.
3. Кобів Ю. Словник українських наукових народних назв судинних рослин. - К.: Наук. думка, 2004.
4. Словарь української мови /Упоряд. з додатком власного матеріалу Борис Грінченко. - К.: Вид-во АН УРСР, 1958. - Т. I: А-Ж. - 494 с.
5. Грінченко Б. На безпросвітній путі. Про українську школу /Вступне слово, переклад і наук. ред. С. Болтвіця // Дивослово: Щомісячний наук.-метод. журнал МОН України. - 1994. - № 1(443). - С. 36-39.
6. Тринус Ф.П. Фармакотерапевтический справочник. - 6-е изд., перераб. и доп. - К.: Здоровье, 1988. - 640 с.
7. Українсько-російський словник. Том I. - А-ЖЮПІ. - К.: Вид-во АН УРСР, 1953. - 506 с.

<sup>1</sup>Чубинський. - Праці, IV, 99.

<sup>2</sup>Костомаров. - Літературна спадщина, 402.

<sup>3</sup>Чубинський. - Праці, IV, 99, 25.



*В судово-психіатричній експертній практиці кожен випадок виключних станів ставить запитань більше, ніж дає відповідей. Запрошуємо читачів до всебічного обговорення як самого клінічного випадку, так і авторської практики, оцінки, класифікації та висновків.*

*Сподіваємося, що рубрика "Обмін досвідом" стане постійною школою підвищення кваліфікації та професіоналізму. Чекаємо на активну участь лікарів-практиків та вчених.*

## Реакція "короткого замикання" у хворого на паранояльну шизофренію



В.В. СКАЛЬНИЙ

Волинська обласна психіатрична лікарня №2

За визначенням С.М. Лівшиця (1981) **"реакція короткого замикання"** - це розлад свідомості з автоматичними діями, що раптово виникає у осіб, які переживають тривалу афективну

напружену ситуацію, при якій випадкова обставина ("остання крапля") призводить до імпульсивного автоматизму, часто небезпечних для оточуючих або для хворого дій на фоні порушення свідомості, після чого настає сон або стан виснаження (фізичного і психічного).

У хворих на паранояльну шизофренію тривале збереження формальних інтелектуальних здібностей, та здатності пристосовуватись до конкретної ситуації, правдоподібність тверджень, наявність зовнішнього зв'язку з реальним станом речей впродовж багатьох років можуть не викликати підозріння в наявності психічного захворювання. Патохарактерологічні особливості у таких хворих можуть спостерігатися з дитячого, підліткового або юнацького віку. Розвиток надцінних ідей, а потім паранояльних утворень відбувається повільно, дефектна симптоматика тривалий час непомітна і не перешкоджає виконанню професійних обов'язків. Аналіз життєвого шляху таких хворих виявляє періоди аутохтонного або зовнішньо спровокованого погіршення стану (М.Є. Бачериков, 1989).

У Волинській облпсихлікарні №2. з 2002р. 5 разів перебував на лікуванні хворий Т. 1968 р. н. Строки перебування не виявляють будь-якої статистичної закономірності: 1 місяць, 5 місяців, 3 дні, 15 днів, 6 днів.

Після останнього стаціонарного лікування 2.04.04р. був виписаний додому в супроводі батька в задовільному стані, з частково критичним ставленням до перенесених хворобливих переживань і свого стану. Відомо, що 9.04.2004р. о 16 год. 50 хв. в кімнаті власного будинку наніс тілесні ушкодження батькові і матері. Батьки були госпіталізовані в реанімаційне відділення районної лікарні. Батько помер у лікарні, мати залишилася живою.

9.04.04р. хворий Т. був доставлений у психіатричний стаціонар лікарні, а 15.04.04р. направлений на обласну судово-психіатричну експертну комісію.

Із анамнезу: спадковість не ускладнена. В дитячому віці інфекційних захворювань не було, в дорослому віці переніс запалення легень, часто хворів на ангіну, оперований з приводу видалення мигдалин. Виховувався у благополучній сім'ї. Батько - учасник Великої Вітчизняної війни, за характером вольовий, рішучий, відповідальний, впевнений в собі, цілеспрямований. Мати - тиха, непомітна, м'яка, у всьому підкорялася чоловікові. Хворий має брата та сестру, що одружені і проживають окремо. Характер хворого тривожно-підозрілий, педантичний, афективно-ригідний, схильний до містицизму і фантазування, з підвищеною самооцінкою, егоїстичний, вірить у прикмети з раннього дитячого віку. Освіта середня, вчився добре, більше цікавився предметами гуманітарного профілю, багато читав художньої літератури, переважно гостросюжетного містичного характеру, про парапсихологічні феномени: чорну магію, чорну мітку - порчу, магію червоного кольору, карму тощо.

В 1981р. здобув у ПТУ спеціальність автокрановщика, закінчив курси шоферів. До служби в армії працював автокрановщиком. Служив в армії з 1987-1989рр., службу в армії пройшов легко, був на гарному рахунку у командирів військової частини, до своїх обов'язків ставився сумлінно, відповідально, за що неодноразово отримував подяки, грамоти. В характеристиці з армії було відмічено, що в нього підвищене почуття справедливості.

Після служби в армії працював за спеціальністю шофера. Не одружений: вважав, що йому треба жити біля батьків та допомагати їм, бо вони "вже старенькі, немічні...", хотів полегшити їм життя в старості; батьків шанував, піклувався про них.

Невдовзі після служби в армії у приміському потязі Житомир-Київ викрав у пасажирки сумку з особистими речами. Аналізуючи свій вчинок, дійшов висновку, що він "легко" був розкритий правоохоронними органами, і з цього часу втратив впевненість у собі, часто замислювався над тим, що "магія червоного кольору" його не підтримала і не було сигналу про небезпеку у вигляді червоного кольору. За це був осуджений умовно - працювати на посаді молодшої медсестри по нагляду і догляду за хворими у Дніпропетровській психіатричній лікарні з суворим наглядом.

Перший напад захворювання проявився

у 1992 році, коли, з його слів, злякався вівчарки. Відчував страх, тривогу, різку загальну слабкість, був "знерухомлений". З його слів, лікувався у Київській обласній психлікарні більше місяця, і був виписаний у задовільному стані.

Працював шофером на молокозаводі, який розміщувався у райцентрі, перевозив молоко зі збірних пунктів районів області на молокозавод. Був дисциплінованим, відповідальним, робота йому подобалась, не міг уявити собі іншої, "не зв'язаною з технікою".

Напад захворювання повторився у 2002 році після реакції на важкий стрес у зв'язку з дорожньою пригодою. При поверненні з рейсу в напрямку до райцентру на перехресті доріг, на зустрічній смузі з'явилася на великій швидкості іномарка "червоного кольору", що послужило йому попередженням про небезпеку, як було часто і в інших випадках в минулому; він не мав можливості зманеврувати, оскільки на перешкоді стала й підвода з людьми і в такій ситуації йому нічого не залишилось, як раптово, на швидкості загальмувати свій автомобіль, що вдалося йому з неймовірним зусиллям, і уникнути дорожньої аварії, через яку, з його слів, неминучими були б людські жертви з трагічними наслідками. Після дорожньої пригоди відчував жах, невпевненість в собі, різку загальну слабкість, наплив думок, раптове усвідомлення, що це "божественні сили" хочуть його покарати за те, що він напередодні подарував рідному братові свій хрестик, який носив на шиї. У зв'язку з цією пригодою він ще більше впевнився, що зробив "погано" і не повинен був цього робити, що його легковажний вчинок міг коштувати життя пасажиром іномарки, знеславив би його, запламував би назавжди його рід. Аналізуючи свій поступок, ще більше впевнився у невідповідності такого збігу обставин, що "червоний колір" приносить людям щастя, і в даному випадку раптова поява іномарки червоного кольору була цілком "невипадковою", а під впливом "божественних сил", в могутності яких він переконався на собі, залишився живим і неушкодженим і не травмував людей лише через підтримку "магії червоного кольору, її енергії", а він всім людям завжди бажав добра і ніяк не міг собі уявити, щоб хто-небудь із такої ситуації вийшов би "чистим..." без підтримки ззовні "невипадкової"...

Після пригоди з'явилася невпевненість, напруженість, тривога, сумніви, як бути в тому чи іншому випадку, що далі робити. Погано спав, постійно думав про дану ситуацію, аналізував все своє життя: "думки плуталися". При надходженні на лікування 27.12.02р. висловлював скарги на головний біль стискувального характеру, дзвін у вухах, безсоння, "кошмарні сновидіння", напруженість, передчуття чогось неусвідомлюваного загрозливого для себе. Снилось дана пригода і різні жахливі ситуації з прочитаного, почутого в минулому. Відмічав різку загальну слабкість через яку, з його слів, важко було підняти голову з подушки, сісти, говорив, що за ним "стежать", міміка маловиразна, го-

лос тихий, був загальмований, різко виснажливий, відмічав утруднене засипання, переривистий сон, який не освіжав. Після лікування дещо оживився, покращився настрій, зменшилася тривога, спав краще, не відчував, що за ним "слідкують". В супроводі батька був виписаний додому.

19.05.03р. знову надійшов на лікування із скаргами на поганий сон, головні болі, тривогу, говорив, що за ним "стежать". Вдома мало у чому допомагав батькам, більшу частину часу проводив у ліжку. У відділенні поведінка хворого була одноманітна, вигляд похмурий, був байдужим до всього, відмічав швидку втомлюваність, більшу частину часу проводив у ліжку. Відмічав, що при спробі чимось зайнятись, особливо читанням художньої літератури самопочуття погіршувалось; книжка була постійно біля нього, її розкривав, перегортав, місяцями вона залишалася із закладкою на тій самій сторінці. Висловлював скарги іпохондричного характеру на дряпання і болі в горлі, сухість в роті, проте, при лоробстеженні патологічних змін не виявлено. З оточуючими спілкувався мало, на запитання відповідав односкладно. З покращенням загального самопочуття і нормалізацією сну, відсутністю головних болів, відчуття переслідування за ним був виписаний додому в супроводі батька. 23.10.03р. в стані неповного критичного відношення до себе, оточуючого, зникла пригніченість, менше був фіксований на своїх переживаннях, пов'язаних з епізодом. Запевняв, що при погіршенні самопочуття буде прийжджати на лікування самостійно.

Надійшов на лікування самостійно 2.03.04р., але був виписаний 5.03.04р. по письмовій заяві: "Я прошу мене відпустити на свято 8 Березня додому у зв'язку з приїздом рідної сестри". При виписці був енергійним, діловим.

Перед надходженням на лікування 16.03.04р. зайшов у відділ соціального захисту населення, попросив трудову книжку, яку він здавав при оформленні на III групу інвалідності, що викликало подив у працівників райвідділу соцзахисту, вони не могли з'ясувати, для чого вона йому потрібна, але він "наполягав на своєму...", трудову книжку повернув, а обкладинку забрав.

Психічний стан: поведінка рівна, спокійна, врівноважена. Говорив, що він викрив дію "чорної мітки" на нього, з метою "порчі", нарешті дізнався, хто заважав йому спокійно жити, при цьому показував на обкладинці трудової книжки з внутрішньої сторони чотири "дірки" замість чорних міток, що він, виявивши це, заспокоївся, у нього з'явилася впевненість у собі, що його життю пряма загроза "ліквідована..." - чорна мітка у вигляді порчі, вичерпала свою енергію проти нього. Настрій підвищений, ейфоричний, легко спілкувався з оточуючими, як хворими так і персоналом, у будь-який час готовий в чомусь допомагати у відділенні хворим і медперсоналу.

Ділився з персоналом своїм досвідом роботи молодшої медсестри у Дніпропетровській

спецпсихлікарні. Його поради виявлялися вчасними, конкретними. З метою підняття, з його слів, бадьорості в тілі щоденно виявляв бажання йти на роботу з інструктором із працетерапії за межі відділення за будь-якої погоди. Підкреслював, що йому краще бути "на свіжому повітрі", особливо на роботі, пов'язаній з перенесенням важких предметів на кухню, склади, кочегарку, земляні роботи тощо, що до таких робіт йому не привикати. Інструкторами із працетерапії характеризувався позитивно. З прихильністю ставився до медперсоналу і хворих, тактовно і ввічливо. Всі його поважали за справедливість у вирішенні тієї чи іншої ситуації, зверталися до нього з проханнями; всі питання вирішував конструктивно необразливо, аргументовано, зважаючи всі "за" і "проти", і обидві сторони тут же погоджувалися. Охоче брав участь в догляді за слабкими хворими. Йому ніхто нічого не заперечував, вважали його завжди правим, загальний вигляд "показний, такий, що вселяє довіру". У післяобідній період, у тихий час у ліжку читав художню літературу, цікавився шахами, шахами, про переживання у хворобливому стані не згадував. Завжди був небагатослівним, конкретним, практичним, вважав, що лікарня йому багато допомогла у відновленні здоров'я. Всі медичні призначення приймав акуратно, вчасно.

Планував відновитися на роботі шофером, тому що кращої для себе роботи він не уявляв. Був виписаний у задовільному стані з батьком 2.04.04р. Зустріч з батьком була привітною, теплою, з емоційним піднесенням, розчуленням, щирістю, при зустрічі на радіощах обнялись... Говорив, що він у всьому буде допомагати вдома батькам, у підготовці до свят Воскресіння Господнього, Пасхи, яке вважав для себе найвеличнішим із релігійних свят, висловлював задоволення лікуванням, ввічливо попросився за оточуючими.

В останній раз під час перебування на лікуванні з 9.04.04. по 15.04.04., до проходження судово-психіатричної експертизи в ВОПЛ №1 м. Луцька після скоєної ним дії був підвищено дратівливий, збудливий, озлоблений. Ні як не міг усвідомити, що він скоїв такий вчинок, виправдовувався: "я такого ніколи б не міг зробити проти будь-кого...", а тим паче проти своїх батьків".

Розповідаючи про цю ситуацію, розчулювався, плакав, виправдовувався, що він таких поганих намірів не мав, що це самі батьки так "навмисне" йому "підстроїли", настирливо твердив, що вони його зробили "чортом". У скоєному звинувачував лише їх. Не міг ні на чому зосередитись, постійно був у русі, увага поверталася з трудом, подивившись у дзеркало, став ще більш збудливим, бив руками і ногами об навколишні предмети, був схильний до ауто- і аллоагресивних дій, - "мені краще не жити", у дзеркалі бачив своє обличчя зміненим, при цьому говорив, "Я - Юхимчук", а не Т. ... я "чорт"...

Відносно скоєного розповів, що протягом

останніх 5-6 років напередодні свята Пасхи батьки щороку виносили з кімнати його речі (шинель, китель, значки), які він привіз після служби з армії, і які були "найціннішими" для нього, і хотів, щоб вони були на видному місці у кімнаті. Він кожен раз просив батьків не виносити ці речі з кімнати на Пасху, але вони не прислухалися до його прохання і через це в них вперше виникла "сварка". Пам'ятає, що батько в цей час прибирав заціпку до дверей зсередини. Він розсердився на батьків за їх мовчазність, в гніві і озлобленості вийшов за двері, батько в той час прибив заціпку до дверей і закрив нею двері зсередини ("остання крапля"). Хворий розбив вікно в дверях шваброю, відкрив двері. Пам'ятає, що вивіз з кімнати племінницю надвір, за руку, а далі, що було, вже не пам'ятає - де взяв шмат залізної труби, як знову опинився у кімнаті, що наносив тілесні ушкодження батькам... Одне лише неясно усвідомлював, що він діяв як "запрограмований"... як "автомат...". Потім відчув раптову розслабленість і байдужість до всього.

Згідно з науковими підходами Г.В. Морозова (1986), велика рідкість виключні стани зустрічаються дуже рідко, і їх, як правило, одноразовий характер протягом всього життя у одної і тієї ж особи дають змогу припустити, що їх виникнення обумовлене не простим поєднанням внутрішніх і зовнішніх факторів, які в повсякденному житті спостерігаються досить часто, а поєднанням їх в якихось зовсім особливих кількісних і якісних співвідношеннях; не встановлено паралелізму між характером здійсненої протиправної дії і потенціальною небезпекою особистості для суспільства; соціальна небезпека хворих підвищується при наявності в клінічній картині синдрому Кандинського-Клерамбо.

Серед психопатологічних порушень, які необхідно розцінювати як небезпечні для суспільства, Г.В. Морозов відзначає також іпохондричні переживання.

Г.В. Морозовим (1986) встановлено, що переважна кількість протиправних дій здійснюється хворими на рекурентну шизофренію, особливо на нападopodobно-прогредієнтну, в період ремісій.

Параноїчна ідея (Є.Бачериков, 1989) - коли хворий протягом 5-6 років відчував несправедливість стосовно нього з боку батьків, які не хотіли зважити на його просьбу не виставляти із кімнати на Пасху найдорожчі йому речі: шинель, китель, значки ("як дорога пам'ять" про період перебування на службі в армії), - викликала у нього поступове накопичення, зростання емоційної напруженості, гнівливості, агресивних намірів, що послужило "пусковим механізмом" для скоєння важкої протиправної дії. Це вказує на те, що морально-психологічний клімат у сім'ях, в яких проживають душевно хворі, повинен бути поблажливим, м'яким.

Після скоєного з'явилося маячне судження інтерпретативного характеру, що то "не його батьки", оскільки зробили його "чортом...", ілюзорні розлади "зміну обличчя в дзеркалі",



що він "не Т"... Під впливом психотравмуючої ситуації (сварки з батьками) параноїчна ідея переросла в параноїдну з елементами синдрому Кандинського - Клерамбо (без псевдогалюцинацій), психічного і фізичного автоматизму - діяв, як "запрограмований", як "автомат"...

Відмічалися помилкові узнання, відчуження особистості, що він "Юхимчук" а не "Т"... "чорт"...

Соціальна небезпека психічно хворих не є стабільною, а прояви підвищеної соціальної небезпеки виникають періодично, виявляючи залежність від клінічних особливостей протікання основного захворювання і несприятливого впливу зовнішніх факторів.

На прикладі даного спостереження (раптове загострення резидуального психотичного стану на етапі залишкового маячіння параноїальної шизофренії у зв'язку із стресом на скоєне у стані "реакції короткого замикання") видно, що питання психопрофілактики повинні бути у центрі уваги з метою попередження суспільно небезпечних дій серед найбільш криміногенного середовища - хворих на шизофренію.

Параноїчні ідеї можуть бути направлені на навколишніх або на стан свого здоров'я, мати активно - або пасивнооборонний характер. Від надцінних ідей вони відрізняються більшою відірваністю від реальних факторів і афективною насиченістю стверджень. Вони конкретні і навіть мимовільно зникають при розв'язанні ситуації (М.Є. Бачериков, 1989).

Параноїчна ідея, яка була значимою для хворого (особлива пошана його речей: шинелі, кителя, значків протягом 5-6 років на честь Пасхи могла би мимовільно зникнути у випадку вирішення ситуації - поступки з боку батьків, зважання на його настирливе неодноразове прохання.

Несприятливий кінець в даній ситуації, вочевидь, був обумовлений непередбачуваними обставинами (непоступливістю батьків) (А.А. Грандо, 1988).

Отже, як підкреслює Г.В. Морозов (1986), соціальна небезпека хворих виникає за певних умов.

Як встановив С.М. Лівшиц (1976), після різноманітних зовнішніх впливів можуть розвиватися дебютні шизофренії, а тим більше загострення процесу, що характерно і для даного спостереження. Й.А. Поліщук (1976) розкриває механізм цих впливів: "про які б різноманітні шкідливості, що сприяють розвитку шизофренії не йшлося, справа не в самих факторах, а в тому, як на них реагує людина, які психологічні, фізіологічні біологічні реакції розвиваються при цьому.

Хворий Т. з дитячого віку цікавився червоним кольором, який попереджує про небезпеку, був переконаний, що "енергія", пов'язана з ним, надає впевненості у вирішенні "будь-яких питань" і під впливом таких уявлень хворий легко долав життєві перешкоди, пов'язані із навчанням у школі, службою в армії, чим він пишався, розповідав, що в характеристиці з армії було відмічено, що він дисциплінований,

відмінник бойової і політичної підготовки, що в нього загострене почуття справедливості.

Після служби в армії зразу влаштувався на роботу за спеціальністю, проте невдовзі після цього здійснив крадіжку особистих речей у пасажирському поїзді, був засуджений умовно. З цього моменту з'явилися сумніви у тому, що йому все легко дається, перестав бути надмірно впевненим у собі, у своїх вчинках, став замислюватися над тим, чому червоний колір на той момент "не попередив" його про неправомірність його дії? Перший напад захворювання виник під впливом психотравми - злякався вівчарки, появилися страхи, переживання, наплив думок, з його слів, був "знерухомлений", лікувався стаціонарно, був виписаний в задовільному стані, працював на молокозаводі шофером, робота йому подобалася.

Другий напад захворювання в 2002р. після важко психогенної травми, пов'язаної з автопригодою, стверджував, що він врятувався завдяки червоному кольору - "іномарка була червоного кольору", тобто червоний колір "попередив" його про смертельну небезпеку; і він зумів докласти максимум зусиль для уникнення автоаварії з неминучими людськими жертвами.

Але тут же усвідомив, що такий несприятливий для нього збіг обставин міг би призвести до неоправданого, а все сталося через те, що він подарував напередодні рідному братові свій хрестик, який носив на шиї. Впевнився, що це "божественні сили" хотіли його покарати за такий легковажний вчинок, і що вони за ним постійно "стежать"...

З цього моменту почався тривалий стійкий етап кристалізації маячіння: хворий місяцями і неодноразово перебував на стаціонарному лікуванні, під впливом якого наступив етап затухання процесу з резидуальним маячінням, коли хворий запросив з районного відділу соціального захисту населення обкладку трудової книжки і на ній побачив у симетричному порядку з внутрішньої сторони на місці чорних міток чотири дірки, а це означало, за його судженням, що переслідування "божественних сил" через "порчу" вже на нього не діють: "чорна мітка" вичерпала свою енергію у протистоянні з енергією магії червоного кольору.

Потім почався стан ремісії з упорядкованою поведінкою, активністю, цілеспрямованістю, хворий хотів якнайшвидше відновитися на роботу, у ставленні до батьків був щирим, доброзичливим. Проте у хворого відмічалось залишкове маячіння за типом параноїчної ідеї, нестійкої (М.Є. Бачериков 1989) у вигляді ритуалу - потребі на честь релігійного свята Пасхи вшановувати добру пам'ять про період перебування на службі в армії, чим він пишався - не виносити його особисті речі (шинель, китель, значки) з кімнати, але батьки всупереч його бажанням протягом останніх 5-6 років під час підготовки до свят Воскресіння Христового виносили ці речі з кімнати. У попередні роки він мовчки з цим погоджувався, а в даний момент він полягав на своєму і між батьками і ним виникла "сварка", що закінчилася агресивною рапто-



вою дією з його сторони проти батьків з трагічними наслідками.

Як підкреслює Й.А. Поліщук (1976), за наявності сприятливих зовнішніх умов, відсутності, "непередбачуваного," як в даному випадку, психогенного впливу, могла б наступити стійка соціальна ремісія. Узагальнення Й.А.Поліщука (1976) повністю підтверджується даними наведеного спостереження: "з часу Jaspers психіатри прийшли до того, що психопатологічну симптоматику потрібно не тільки описувати, але розуміти, що в безумних висловлюваннях хворих є щось таке, що свідчить не про безумство, але про страждання зрозуміле і здоровій людині". У даному випадку є очевидним, що всі вчинки хворого були певною мірою психогенно обумовлені і ґрунтувалися на переживаннях хворого Т., які пов'язані з його уявленнями про дію на нього "чорної мітки через порчу" і протидію його союзниці енергії маґії червоного кольору, яка давала йому змогу виходити із складних ситуацій, а червоний колір попереджав його про небезпеку.

На прикладі наведеного клінічного випадку можна підтвердити закономірність виведену Г.В. Морозовим (1986), що тільки в стані ремісії при шизофренії може наступити раптове загострення психічного стану у виді "реакції короткого замикання", за умови, що у хворого наявна параноїчна ідея: у хворого Т. у формі духовного запиту - пошанування доброї пам'яті, як пов'язаної із приємними переживаннями періоду проходження служби в армії, з емоційним піднесенням, гарним ставленням до нього з боку оточуючих, командирів військової частини, де він проходив службу, тобто хворі більше відгукуються на щось приємне, доброзичливе у їхньому житті, що підносить їхнє самолюбство. А тому, як підкреслює А.А. Грандо (1988), чуйність, доброта, порядність, поступливість, поблажливість до більш слабого, повинні стати непохитними істинами у взаємовідносинах між людьми; власне, стати інтелігентом - якнайвище, до чого повинна прямувати кожна людина, а тим паче стосовно хворих, що значно зменшило б вплив психогенних факторів на загострення шизофренічного процесу.

Сучасна спрямованість на деінституціалізацію при наданні психіатричної допомоги вимагає постановки питання в широкому плані, а саме, психогієнна і психопрофілактика повинні стати у центрі уваги всієї психіатричної служби на різних рівнях: у побуті, на виробництві, в суспільному житті.

## Висновки

1. Закономірність, встановлена Г.В. Морозовим (1986) про те, що "реакція короткого замикання" виникає при шизофренії в стані ремісії; на етапі залишкового (резидуального) маячіння при параноїчній (систематизованій шизофренії) цілком і повністю підтверджується даним спостереженням. Агресивна дія могла б не проявитися без наявності параноїчної ідеї, яка можлива у стані ремісії, як і в наведеному прикладі, за наявності психогенного фактора,

що діє неодноразово: батьки не зреагували на його прохання, яка, на їх погляд, була несуттєвою.

2. Висновок, зроблений Й.А. Поліщуком на основі численних спостережень (1976) про те, що у хворих наявний своєрідний логічний зміст у їх висловлюваннях, зрозумілий і здоровій людині, хоча це трудно вловити на практиці, підтверджується і наведеним спостереженням, в основі якого лежить, на наш погляд, типова картина: дія на хворого протиборних сил "добра і зла": хворий Т. при посиленні впливу на нього "зла", відчував погіршення загального самопочуття, відчуття переслідування; дію "чорної мітки через порчу" і протидію їй енергії маґії червоного кольору, яка виявилася сильнішою: чорна мітка висчерпала свою енергію "зла" і замість неї утворилися "дірочки" на обкладинці трудової книжки. Рівень систематизації маячних ідей вищий у пацієнтів з вищим інтелектуальним ступенем розвитку.

3. Параноїчні ідеї конкретні, на відміну від параноїальних, мають менш виражену ступінь маячеподібної, афективнонасиченої оцінки і інтерпретації фактів, які безпосередньо зачіпають інтереси хворого, але зміст цих ідей має односторонній напрямок, в одній і тій же площині, торкається суто особистих інтересів хворого, пов'язаних, як у даному випадку, із морально-етичними принципами (честь, відданість, прив'язаність): у вигляді доброї пам'яті про перебування на службі в армії. Узагальнюючи подібні випадки із практики, можна стверджувати, що в дії хворі чинили не навмисне, перебуваючи у хворобливому стані.

Стосовно подібних випадків можна з високою долею імовірності стверджувати, що вони всі в деякій мірі "ідентичні" і реалізуються вони у перекрученому, прямолінійному, жорсткому виді під впливом психогенних, найрізноманітніших зовнішніх чинників, тобто можна зробити висновок, що хворі при збігу непередбачуваних обставин, борються за своє самоствердження з надзвичайною впертістю, вдаючись до крайніх способів, як і в даних випадках, з метою захисту своїх "духовних переконань", хоча і химерних, готові на все стосовно тих, хто не йшов їм на поступки (хворий Т. вивів з кімнати племінницю, а до батьків жалю не виявив: за А.А. Грандо їхні дії передбачити і попередити дуже трудно в останній момент).

4. Як показує даний приклад, в основі "реакції короткого замикання" лежить психопатологічний синдром Кандинського - Клерамбо з атиповими проявами (без псевдогалюцинацій), з маяченням фізичного впливу.

5. Після "реакції короткого замикання" в результаті важкого стресу відбувається раптове поглиблення психопатологічної симптоматики, яка не вміщається у рамки окремих форм, окреслених М.Є. Бачериковим (1989): це, з одного боку, симптоматика параноїчної шизофренії іпохондричного варіанту - дизморфоманічного маячення, яке торкається зовнішності, поверхні тіла, а до якого приєднується маячіння метаморфози (мене зробили "чор-

том", я не Т. а, "Юхимчик").

6. Вважаємо, що в наведеному випадку фабула параноїдного маячення з атиповим синдромом Кандинського - Клерамбо після "реакції короткого замикання" не є продовженням параноїального маячення, яке у хворого тривалий час спостерігалось до цього, а нібито виникло на чистій основі без попереднього параноїального маячення.

7. На прикладі хворого Т. з параноїальною (систематизованою) шизофренією видно, що на стадіях затухання маячення з появою "критичного" ставлення і резидуального (залишкового), за М.Є. Бачериковим (1989), повного критичного ставлення до перенесених хворобливих переживань немає: наявні елементарні зорові ілюзорні переживання, на що вказує ствердження хворого, що він "бачив" на внутрішній стороні обкладинки трудової книжки "чотири дірочки" у симетричному порядку замість чорних міток з метою "порчі"...

8. Можна вважати, що параноїчна ідея у хворого на параноїальну шизофренію Т. виявлялася протягом 5-6 років у вигляді "доброї пам'яті" про службу в Армії, а отже, співіснувала паралельно із параноїальною (систематизованою) на стадіях маячного сприйняття, маячного трактування, кристалізації маячення, а проявила себе лише на стадії залишкового (резидуального) маячіння, ставши приводом для безпосередньої "реакції короткого замикання".

9. Встановлені особливості психопатологічної симптоматики представленого випадку "реакції короткого замикання" дають змогу започаткувати новий перспективний напрямок наукових досліджень спрямований на розробку

критеріїв наявності у таких хворих власне такої симптоматики, на переконання автора, деякою мірою типової, що сприятиме запобіганню скоєння ними протиправних дій на різних етапах (стадіях) протікання захворювання і дасть змогу намітити адекватні профілактичні заходи для попередження їхньої агресивної поведінки.

"Враховуючи те, що у хворого Т. після "реакції короткого замикання" відмічався іпохондричний варіант (атиповий) параноїдної шизофренії, за М.Є. Бачериковим (1989), в першу чергу слід звертати увагу на наявність у них іпохондричної симптоматики.

10. У зв'язку із постановкою питання про деінституціалізацію і виходячи з того, що до психічно хворих повинно бути чуйне, доброзичливе ставлення, а тим паче у стаціонарних умовах, до якості підготовки медперсоналу для роботи у психіаціонарах повинні ставитися відповідно підвищені вимоги з урахуванням особистісних рис характеру, підбір кадрів повинен відбуватися за критеріями А.А. Грандо (1988)-наскільки вони виховані у дусі інтелігентності, на основі вироблених психологічних тестів при конкурсному відборі. Підготовці медперсоналу до роботи в нових умовах у зв'язку з деінституціалізацією, яка забезпечить в реальному житті максимально можливу свободу хворих, повинно надаватися першочергове значення з метою встановлення особливих відносин між медпрацівниками і хворими в рамках довіри, розуміння і поваги (М.М. Кабанов, 1977).

У зв'язку із деінституціалізацією зменшиться вплив психогенних факторів на психічно хворих і відповідно зменшиться кількість скоєних ними протиправних дій.

#### Література:

1. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. -К.- 1989. с.64-67, 326-339
2. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология К. 1988 с.104
3. Жариков Н.М. Психиатрия.- М.- 1989 с.56,225.
4. Кербиков О.В. Учебник психиатрии. М. 1958 с. 77.
5. Лившиц С.М. Диагностика начинающейся шизофрении. Шизофрения под общей ред. проф. И.А. Полищука К.- 1976, с. 90-117.
6. Лившиц С.М. - Реактивные психозы. Практический справочник врача психиатра. Под. ред. Г.Л.Воронкова, А.Е. Видренко К. 1981 с. 128.
7. Морозов Г.В. Судебная психиатрия.- М.- 1986 с.63,64,65, 115,150,300,303.
8. Насинник О.А. Альтернативы добровольной стационарной психиатрической помощи. Вісник асоціації Психіатрів України. К.- 2001. №3,4, с. 121-138.
9. Сметанников П.Г. - Психиатрия. С. - П. 1995, с. 72,101
10. Урсова А.Г. - Психогигиена и психопрофилактики. Психиатрия. Под. ред. Н.М. Жарикова, Л.Г. Урсовой, Д.Ф. Хритинина.- М.-1989, с.56-108.
11. Справочник врача-психиатра. Под. ред. Г.Л. Воронкова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук.-К.-1990,с. 130,217,217,237,334
12. Справочник по психиатрии. Под. ред. Акад. А.В. Снежневского. - М.- 1985, с. 94.
13. Лечебно-восстановительный режим в психиатрическом стационаре. Методические рекомендации. Под. ред. проф. М.М. Кабанова. Л. -1977. i

## ЮВІЛЕЇ

### Республіканському психіатричному консультативному центру - 25 лет



Республіканський психіатричний консультативний Центр Міністерства здравоохранения України явився новою організаційною

формою висококваліфікованої внебольничної консультативної психіатричної допомоги населенню України.

Известно, что основные организационные формы внебольничной психиатрической помощи сформировались в бывшем Советском Союзе в конце 70-х годов XX века. Это были психоневрологические диспансеры, дневные стационары, психиатрические кабинеты в ЦРБ и отделившаяся наркологическая служба.

В условиях дальнейшего развития общества в 80-х годах проявились изменения в характере психопатологических нарушений, выраженные в малопрогредиентных стёртых формах эндогенных психозов, непсихотических расстройствах психики органической природы, адаптивных реакциях на стресс, депрессиях разной природы и глубины и др. Эти формы психических нарушений занимали всё большее место в структуре психопатологических заболеваний, имели более высокий уровень распространенности у населения и обращаемости в учреждения общей лечебной сети. В связи с этим в крупных городах, столицах республик стали развиваться новые организационные формы психиатрической помощи, которые объединяли достижения научной психиатрии с практикой охраны психического здоровья во всех его аспектах: первичной психопрофилактики, организации лечебно-диагностического процесса и реабилитации больных психическими заболеваниями во внебольничных условиях.

Так, в 1980 году на базе Киевской городской психиатрической больницы им. Павлова (ныне КМКПЛ №1) в соответствии с приказом МЗО УССР от 29.12.1979г. был организован Республіканський психіатричний консультативний Центр Міністерства здравоохранения України. Основной целью его организации ставилось квалифицированное решение сложных вопросов внебольничной психиатрической помощи. Центр был подчинен начальнику медицинского обеспечения МЗО Украины, который координировал работу Центра с главным психиатром МЗО и отделом психиатрической помощи МЗО. Директором Центра был назначен Борис Моисеевич Куценко.

А.Г. УТКОВ

Республіканський психіатричний консультативний Центр МЗО України

Основной задачей Центра было определено оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической психиатрической помощи населению Украины.

В деятельности Центра сформировалась стабильная тенденция роста объемов консультативно-диагностической работы. Так, за последние 4 года количество принятых в Центре пациентов увеличилось с 3351 (в 2001 году) до 4203 пациентов, принятых в 2004 году. Если в первое десятилетие работы Центра преобладала экстренная консультативная помощь по направлению МЗО Украины, то в последние 3 года число обращений пациентов в МЗО значительно уменьшилось. Сохраняется тенденция нарастания обращений пациентов в Центр без направлений ЛПЗ как г.Киева, так и из других регионов страны. Очевидно, это связано с вступлением в силу в 2002г. Закона о психиатрической помощи в Украине, который регламентирует деятельность учреждений по оказанию как внебольничной, так и стационарной помощи.

Анализ контингента пациентов, обратившихся за психиатрической помощью в Центр за последние 3 года показывает, что 73,7% обратившихся - жители Киева, и 26,3% - из других регионов Украины. У 82,2% были диагностированы психические заболевания, практически всего спектра расстройств. У взрослых, как и в предыдущие годы, преобладают психотические расстройства - 57%, непсихотические расстройства составляют 35,2%, у 7,8% обратившихся психических расстройств не обнаружено. Такое соотношение характерно как для жителей Киева, так и для жителей других регионов Украины.

Среди пациентов г. Киева с непсихотическими нарушениями лиц, страдающих органическими и неорганическими расстройствами, было почти поровну. В группе органических непсихотических расстройств преобладали ликвидаторы аварии на ЧАЭС, которые обращались с целью прохождения МСЭК. У пациентов из других регионов были диагностированы органические непсихотические расстройства в 32,3% случаев, большинство из них обращались за лечебно-диагностической помощью.

В общей структуре видов психиатрической помощи лечебно-диагностическая помощь составляла 60,9%, а при острых непсихотических и аффективных расстройствах - 100%. За

консультативной помощью с целью установления признаков инвалидности обращались 29,6% пациентов; диагноз у них был установлен ранее. Более половины пациентов с органическими психическими расстройствами (55,2%) обращались в Центр в связи с направлением на МСЭК. Пациенты с неорганическими непсихотическими расстройствами претендовали на получение группы инвалидности только в 14,5%, рассчитывали на решение социальных проблем также в 14,5% случаев, но большинство из них требовали консультативно-диагностической помощи. В социально-правовой помощи нуждались 9,5% пациентов; к этой группе отнесены только случаи с доминированием проблем в семье, проблем во взаимоотношениях с городской администрацией, с психиатрическими учреждениями и т.п.

После вступления в силу Закона о психиатрической помощи в Украине в Центр стали обращаться пациенты с жалобами на применение к ним принципа недобровольной госпитализации в психиатрические стационары по месту жительства. Большей частью это пациенты из других регионов страны. В подобных случаях Центр рекомендует обращаться в суд, разъясняя пациенту его права. Закон регламентирует порядок недобровольной госпитализации, однако даёт общую формулу социальной опасности при тяжёлых формах психических расстройств. Среди пациентов Центра были персоны, подвергнутые недобровольной госпитализации за "сутижническое" поведение, которое не может расцениваться как социально опасное.

В результате анализа расхождений диагнозов ЛПУ с выводами Центра как в решении лечебно-диагностических, так и социально-правовых вопросов выяснено, что психиатры в районах и областях недостаточно используют

клинические критерии диагностики психических расстройств, стандарты диагностики и лечения, поверхностно толкуют некоторые статьи Закона о психиатрической помощи, особенно ст.14, чем способствуют появлению жалоб и обращений в МЗО Украины, обращению пациентов за консультациями без направлений, а также росту популярности заведений нетрадиционной медицины и разного рода знахарей.

Исходя из возможности Центра провести высококвалифицированную экспертизу психического состояния пациента в амбулаторных условиях в течение всего лишь одного дня (при экспертном сроке пребывания в больнице около 10 дней), можно было бы определить экономический эффект экспертной работы Центра, не говоря уже об объеме и качестве диагностической и лечебной помощи пациентам.

За 25 лет работы сотрудниками Центра опубликовано более 200 статей в научных журналах, издано 4 монографии.

К сожалению, свой юбилей Центр встречает не в полном составе... Ушли из жизни Борис Моисеевич Куценко, Вадим Моисеевич Блейхер, Роман Рутицкий, Анатолий Пантелев. Осталась вечная память и дело, продолжающееся в учениках и коллегам...

*Редакция журнала поздравляет всех сотрудников Республиканского психиатрического консультативного Центра с замечательным ЮБИЛЕЕМ и желает всем доброго здоровья и семейного благополучия. А "ветеранам" Республиканского психиатрического консультативного Центра: Ирине Николаевне Тихолаз, Анатолию Владимировичу Хаярову, Людмиле Николаевне Степанченко и Александру Георгиевичу Уткову желаем "так держать", здоровья и успехов в работе.*





Колектив Національної академії внутрішніх справ України вітає зного лікаря та організатора медичної служби і досвідченого викладача **ГУДЗЕНКА Анатолія Васильовича**, полковника внутрішньої служби, доцента, кандидата медичних наук з нагоди його 70-літнього ювілею.

Гудзенко А.В. пройшов складний життєвий шлях. Народився у 1935 р. в с. Шостакові Катеринопільського району Черкаської області.

Трудову діяльність розпочав у медичних закладах Міністерства охорони здоров'я у 1953 році після закінчення Уманської фельдшерсько-акушерської школи.

У 1963 р закінчив педіатричний факультет Київського медичного інституту ім. акад. О.О. Богомольця і працював за фахом в Україні та на Сахаліні.

У 1971 р переведений на роботу у Київський міський комітет компартії України інструктором, а з 1976 р. по 1978 р. був завідувачем сектору охорони здоров'я та соціального забезпечення.

З 1978 р. - заступник начальника медичного управління МВС УРСР та водночас начальник відділу лікувально-профілактичної допомоги особовому складу. З 1989 р. - на викладацькій роботі у Національній академії внутрішніх справ України.

Кандидат медичних наук з 1979 р. Отримав вчене звання доцента у 1996р.

За час роботи в медичному управлінні проявив себе ініціативним і досвідченим організатором охорони здоров'я. Багато уваги приділяв організації лікарень, поліклінік та амбулаторій у міських та обласних відділах внутрішніх справ, оснащенню їх сучасною медичною технікою, укріпленню медичних закладів кваліфікованими кадрами, впровадженню нових мето-

дів діагностики та лікування.

З 10 травня по 4 червня 1986 р. брав активну участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС: очолював медичну службу оперативної групи МВС УРСР.

За період викладацької роботи в Національній академії проявив себе висококваліфікованим спеціалістом, чудовим лектором та вмілим організатором навчального процесу. Анатолій Васильович здобув заслужений авторитет серед колег, користується глибокою повагою серед студентів, курсантів та слухачів, є взірцем високого професіоналізму та людяності, вимогливості, але завжди готовий прийти на допомогу кожному; хто її потребує.

Не віриться, що нашому вчителю, колезі та другу, завжди юному за помислами та мудрому за поступками виповнюється 70 років. Як завжди, Анатолій Васильович випромінює оптимізм, заряджає присутніх позитивною енергією, стверджує надію на успішну розбудову нової правової держави

За багатолітній труд Анатолій Васильович нагороджений медалями: "За бездоганну службу" III ступеня, "За доблесну працю" на честь 1500-річчя Києва, "Ветеран праці", пам'ятним нагрудним знаком академії та ін.

Бажаємо нашому дорогому ювіляру Анатолію Васильовичу здоров'я, багато сил і творчої наснаги в подальшій роботі, щастя та здійснення світлих мрій на благо родини, колективу та всього суспільства.

З повагою,

Анін Є., Байбуза В., Березовський С., Бовсуновська С., Ващенко І., Гребенюк С., Джужа О., Єрохін О., Западнюк Б., Кириченко В., Кобринський Ю., Коробка В., Коротконожкін В., Крючкова Т., Моїсєєв Є., Нарусевич О., Неділько В., Несен О., Олійник М., Петраш О., Пилипчук С., Ревенко О., Сергієнко А., Сніжинська А., Солодкий В., Стеблюк Л., Сущенко В., Федосєєв Ю., Хайнак В., Хмельницький В., Хоменко І., Чорний М., Шурдук В.

### 3 АРХІВУ

*Шановний читачу! Пропонуємо тобі звіт про діяльність Шевченківської лікарні за 1927 рік (зараз - Київська міська психоневрологічна лікарня №1). Думаємо, тобі цікаво буде дізнатися, яким він був майже 100 років тому. Аби відчувати усі принади історичного екскурсу, зберігаємо орфографію та стилістику того часу.*

**Д-р С.Ф. Файнштейн**  
**Главный врач Киевской Шевченковской больницы**

## Психиатрическая помощь населению на Киевщине

(Отчет о деятельности больницы за 1927 год)

Психиатрическая помощь на Киевщине всегда являлась большим и неразрешимым вопросом, как во времена Приказа Общественного Призрения, так и во времена земства, так еще и в настоящее время возрождения и переустройства всего нашего народного хозяйства.

Единственным учреждением, на которое возложена обязанность обслуживать население Киевщины психиатрической помощью, была и есть Шевченковская, бывшая Кирилловская б-ца, в Киеве.

Шевченковская б-ца, существуя более 100 лет, до 1925 года была больницей смешанного типа - с соматическими и психиатрическими отделениями. Весь этот долгий период существования б-цы характеризуется, главным образом, как столетняя борьба за расширение числа коек с одной стороны и как беспощадная борьба против напора больных, добивающихся поступления в нее, с другой стороны. В старое время и при земстве под натиском населения, которое привозило своих больных, оставляемых на целые годы, переполняло б-цу и почти останавливало ход и темп работы. Больница в лице своих представителей редко выходила за пределы жалоб и ходатайств. Широкие планы или коренные реорганизации тогда не поощрялись, и тогдашние правители шли на единственную уступку полумеру: это - доассигнование небольшой суммы на добавление коек, которые также быстро заполнялись, и учреждение опять оказывалось в тяжелом положении с отрицательными перспективами переполнения. Шевченковская б-ца никогда не могла удержаться в пределах штатного количества коек, не была в состоянии дать правильного размещения своим больным, поставить их в удовлетворительные гигиенические условия и, в конце концов, б-ца невольно погружалась в тину шаблона, молчаливого соглашения с существующим порядком, что и создавало ей крайне невыгодную репутацию.

Планы патронирования больных, разгрузки б-цы, диспансеризации не разрабатывались вовсе. До 1911 года дело психиатрической помощи, таким образом, было в катастрофическом положении, и только в 1912 году был

разработан д-ром Синькевичем прекрасный план широкой психпомощи населению. К этому времени Шевченковская б-ца имела уже 600 коек; из них 360 коек для мужчин и 240 для женщин, и в 1911 году в б-цу уже было принято 612 больных, а лечилось в течение года 1216 человек, выписалось 450 чел., при % о смертности в 9,7%;- отказов было 555. Среднее пребывание больного на койке - 190 дней.

Такого положения б-ца достигла при уже существовавшем порядке эвакуации хронических спокойных больных из Шевченковской б-цы в Окружную Винницкую б-цу, где Земство закупило 150 коек. Эта мера давала возможность времени от времени разгружать б-цу от хроников. При этом следует добавить, что в этом же году в самом Киеве существовал ряд частных психиатрических лечебниц, обслуживавших зажиточные слои населения. Такими лечебницами были: 1) Леплинского-на 120-150 коек, 2) Сикорского - до 50 коек, 3) Лихтермана - до 80 коек, 4) Говсеева - до 40 коек, 5) Маслова - до 40 коек. Всего было около 350 коек. Таким образом, в то время было 600 коек в б-це, 150 в Виннице и до 350 частных, всего до 1100 коек. Дифференциация психиатрической помощи была довольна примитивной. Опасные больные содержались в Шевченковской б-це, спокойные и хроники переводились в Винницкую лечебницу, которая, таким образом, играла роль колонии и, наконец, зажиточные слои населения помещали своих больных в частные лечебницы, которые, как только началась революция, пачками отсылали своих больных в Шевченковскую б-цу и постепенно закрылись.

Постепенно увеличивая число коек, б-ца довела их до 800 коек и продолжала существовать и работать, все улучшая свою работу, до 1914-го года, когда началась империалистическая война, и всякие планы были сметены с лица земли. О психиатрической помощи снова перестали думать и уже совершенно. Между тем положение психпомощи на Киевщине становилось катастрофическим. Здания больницы, предназначенные для психбольных, деревянные, напоминающие своей формой "скворешники" и потому получившие это ироничес-

кое название, приходили в полный упадок, в ветхость и совершенно не ремонтировались. Кроме того, переполнение павильонов доходило до возмутительных пределов допустимости, отказы в приеме действительно нуждавшимся в стационарном лечении больным сопровождались скандалами и подбрасыванием больных. Больные, еще не выздоровевшие, выписывались и отсылались домой. В таких условиях б-ца потеряла свой лечебный характер и постепенно превращалась исключительно в место изоляции социально опасных больных и почти вынужденно фабриковала хроников, которых отсылали, как только острые явления или обострения проходили. Конечно, работниками б-цы неоднократно высказывались взгляды, что подобная постановка психпомощи не удовлетворяет научным взглядам, что от этого страдают больные, их семьи и государство, ибо понижается и качественно и количественно работоспособность сотен и тысяч людей. Эта трагедия еще острее чувствуется, когда мы вспомним, что таким вынужденным легким отношением к каждому больному мы обманываем себя, полагая, что раз проявления заболеваний не опасны в криминальном отношении; то мы ничего особенного и не предпринимаем. В то же время мы забываем учитывать тот колоссальный вред, который наносится государству выписыванием еще не выздоровевших больных и внедрением их в общество. Отказ в приеме душевно - больным и оставление их в семье, где имеются и предрасположенные к заболеванию члены семьи или малые дети, при недостатке жилой площади - ложится тяжелой обузой на государство и приносит далеко неучитываемый вред.

Империалистическая война сделала свое дело и б-ца была доведена до крайнего состояния. Пережитая тяжелая гражданская война со всеми своими тяжелыми последствиями разрушения выморила почти всех б-ных больницы, доведя их до 180-200 человек. Условия существования б-цы были ужасны, при очень скудном пайке, отсутствии ванн, отсутствии отопления, сыпном тифе, при ослабленном и недостаточном персонале. При таких обстоятельствах обращаемость населения за помощью была очень низка. Общественные функции б-цы, как лечебного учреждения, были сведены к нулю, ограничиваясь лишь ограждением общества от опасных душевно-больных. Пустевшие, полуразрушенные здания были частично заняты под эпидемических больных. Кроме того, в разгар эпидемий были заняты и капитальные здания соматических отделений. За все время эпидемий, конечно, все внимание было обращено на борьбу с ними и психпомощи почти не уделялось внимания. И только по ликвидации эпидемии, в 1922-1923 году начинается постепенное улучшение положения душевно-больных. Здания понемногу

начинают ремонтироваться, отапливаются, продовольственный паек улучшается. Начинается приспособление каменных зданий соматических отделений для душевно-больных и в конце 1923 года этот ремонт заканчивается. А в начале 1924 года больные выведены из старых и не годных темных и разрушенных "скворешников" и поставлены в условия, более соответствующие научным и гигиеническим требованиям. Вполне естественно, что улучшение положения душевно-больных, широкое проведение режима нестеснения их благоприятно отражалось на течении психозов и дало б-це возможность выполнять не только функции ограждения населения от социально-опасных больных, но и улучшило постановку лечения душевно-больных. Население быстро реагировало на такую перемену в положении б-цы и стало направлять больных для лечения, и штатное количество коек в 24/25 бюджетном году в 350 кроватей оказалось недостаточным и пришлось немедленно прибегнуть к установлению строгого фильтра при приеме руководствоваться местом постоянного жительства больного (Киевщина), свежестью заболевания и степенью опасности больного. Но ни меры строжайшего фильтра поступающих больных, ни интенсивная выписка больных по миновании острых симптомов болезни не давали возможности удержаться в пределах штатных коек в 350. Натиск населения все больше увеличивался, и уже на 1926 год б-ца была расширена сразу на 150 коек и, таким образом, число штатных коек доведено до 500, а уже на 26/27 бюджетный год, даже при недостаточных ассигнованиях, НКЗ'ом б-ца расширена до 550 штатных коек. Таким образом, в настоящее время б-ца почти дошла до довоенного времени, и психиатрический вопрос по своему состоянию сейчас в значительной мере напоминает состояние психиатрической помощи на Киевщине в довоенное время. При небольших уже затратах на ремонт и приспособлении совершенно освобожденных в 1925 году здания соматических отделений можно было бы довести б-цу до 750-800 коек. Если бы к этому прибавить патронажную помощь, которую можно было бы развернуть, диспансеризацию душевных и нервных б-ных, то организация помощи и качественно, и количественно оказалась бы выше довоенной, но об этом поговорим в конце.

Для характеристики деятельности б-цы в последние годы мы имели возможность, анализируя ее работу в основных и принципиальных моментах, сравнить только с 1911/12 годом, как с годом еще далеким от военного времени, более нормальным, а также еще и потому, что с этого времени, к великому сожалению, уже больше не издавались печатные отчеты о деятельности б-цы.

**Далі буде**

## ***До уваги авторів:***

1. До журналу "Психічне здоров'я" приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України" на розгляд до журналу "Психічне здоров'я" прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
  - ⇒ постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
  - ⇒ аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
  - ⇒ формулювання цілей статті (постановка завдання);
  - ⇒ виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
  - ⇒ висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу - українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків) резюме та назва статті двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку - 1,5; шрифт - Times New Roman; розмір шрифта - 14, поля (верхнє і нижнє - 2,5 см, лівє - 3 см, правє - 1,5 см); орієнтація стор. - книжна), та в електронному варіанті (формат тексту - ідентично до паперового, формат файлу - RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом - рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті - не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення - не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі \*.jpg або \*.tif на 300 dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1 - 84 Бібліографія подається в послідовності **відповідно до зустрінання в тексті**. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Всі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни - згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань - згідно з МКХ - 10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті оформляється трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.
13. Статті, що надходять до редакції, авторам не повертаються.

**З повагою,  
редакція журналу "Психічне здоров'я"**