

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

MENTAL HEALTH

1-2 (26-27) 2010

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Анатолій ВІЄВСЬКИЙ

к.мед.н., головний нарколог
МОЗ України, директор
Українського моніторингового
Центру з алкоголю та наркотиків
МОЗ України



Юрій ВОРОНЕНКО

д.мед.н., професор,
член-кореспондент АМН України,
ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика,
заслужений діяч науки і техніки
України, академік АН ВШ України



Юрій ГОЛОВЧЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри неврології №1
НМАПО ім. П.Л. Шупика



Михайло ГОЛУБЧИКОВ

д.мед.н., начальник відділу
медичної статистики МОЗ
України, завідувач кафедри
медичної статистики
НМАПО ім. П.Л. Шупика



Сусанна ГОРДІЙЧУК

заступник головного редактора,
к.мед.н., завідувач міського
наукового
інформаційно-методичного
центру з організації психіатричної
допомоги (МНІМЦ з ОПД)



Григорій ДЗЮБ

д.мед.н., професор кафедри
психодіагностики та клінічної
психології Київського
національного університету імені
Тараса Шевченка



Борис КРИШТОПА

д.мед.н., професор кафедри
управління охорони здоров'я
НМАПО ім. П.Л. Шупика



Григорій ЛИСЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри сімейної медицини
НМАПО ім. П.Л. Шупика



Сергій МАЛЯРОВ

к.мед.н., лікар-консультант
КМКПЛ №2



Валентина МЕЛЬНИК

заступник головного редактора,
д.мед.н., заступник директора з
наукової роботи та судової
психіатрії Укр. НДІ соціальної
судової психіатрії та наркології



В'ячеслав МІШИЄВ

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри дитячої соціальної та
судової психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика, головний лікар
КМКПЛ № 1, головний психіатр
ГУОЗ та МЗ м. Києва



Олег НАСІННИК

заступник головного редактора
к.мед.н., доцент кафедри
психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика,
віце-президент Асоціації
психіатрів України



Валерій СВІНАРЬОВ

д.мед.н., завідувач
Республіканського
психоневрологічного
консультативного центру



Іван СОСІН

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри наркології ХМАПО,
заслужений винахідник України



Анатолій ЧУПРИКОВ

д.мед.н., професор, завідувач
кафедри дитячої, соціальної
та судової психіатрії
НМАПО ім. П.Л. Шупика,
заслужений діяч науки і
техніки України



Юрій ЮДІН

координатор, начальник відділу
охорони психічного здоров'я
ГУОЗ та МЗ КМДА



Валерій КУЗНЕЦОВ

головний редактор,
професор, завідувач кафедри
психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика, Заслужений
лікар України.

Секретаріат:

Асистент кафедри психіатрії
НМАПО ім. П.Л. Шупика,
к.мед.н. **Бондарчук А.Г.**

Старший лаборант кафедри
психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика **Цегельна С.В.**

Розмноження матеріалів,
опублікованих у цьому виданні,
можливе лише з дозволу
редакції.

За зміст рекламних матеріалів
відповідає рекламодавець.

СПОНСОРИ ВИПУСКУ:



Елі Лиллі Восток С.А.
01004, Україна, Київ,
ул. Красноармейская, 9/2, офіс 15
Тел.: (044) 490 25 85 /86 /87,
факс: (044) 490 25 88



ТОВ «Фарма Старт», Україна,
03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8
Тел.: (+38-044) 404-85-05
www.phs.com.ua



«Фарма Стар Інтернешнл»
Международная промоционная
компания:
г. Киев, бульв. И. Лепсе,
8, тел./факс: (044) 404-79-03.
«Farma Star International LLC»:
942 Windemere Dr. NW, Salem,
Oregon, 97304-2722.

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
MENTAL HEALTH**

*Міждисциплінарний
науково-практичний журнал*

ВИПУСК 1(26) 2010 РОКУ

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна психоневро-
логічна № 1 (Міський науковий інформацій-
но-методичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 3 від 10.03.2010 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна

Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.

Тел.: 468-29-32.

E-mail: mnimc@health.kiev.ua

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»

м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а

Тел./факс: (044) 459-48-67

www.bz-poligraphia.com.ua

Підписано до друку 30.04.2011 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1213.

© Психічне здоров'я, 2010

Зміст

| | |
|---|----|
| Вступне слово головного редактора | 3 |
| Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти | |
| <i>Волошин П. В., Воробьева Т. М., Пайкова Л. Н., Филимонова Н. Б., Павлович С.А., Плотников А.Г.</i> Клинико-психофизиологические и генетические особенности социальной фобии с трансформацией в агрессию у подростков и лиц молодого возраста | 4 |
| <i>Петрюк П. Т.</i> Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: клинический аспект. Сообщение 1. | 12 |
| Розлади психіки та поведінки, психосоматика | |
| <i>Гончаров В. Е.</i> Принципы включения страдающих шизофренией в психотерапевтические программы | 19 |
| <i>Боднар Л. А.</i> Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа | 22 |
| Аддиктивні розлади | |
| <i>Аймедов К.В.</i> Мотивація гемблінгу та її кількісна оцінка | 25 |
| <i>Андрух П. Г.</i> Характеристика типов отношения к болезни у лиц, зависимых от психоактивных веществ | 30 |
| Дитяча та підліткова психіатрія | |
| <i>Кузнецов В. Н.</i> Вопросы выявления нарушений развития психических функций в раннем детстве | 35 |
| Психофармакотерапія | |
| <i>Подкорытов В. С.</i> Терапевтические возможности церегина в комплексном лечении больных депрессиями | 47 |
| Медична психологія та психотерапія | |
| <i>Животовська Л. В.</i> Особливості терапії і превенції аддиктивної поведінки в системі гештальт-підходу | 52 |
| Етичні та правові аспекти психічного здоров'я | |
| <i>Ревенок О. А., Олійник О. П., Шум С. С., Ходаковська І. І.</i> Судово-психіатрична оцінка активів СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями | 57 |
| <i>Насинник О. А.</i> Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке: практика применения и предложения по улучшению | 62 |
| Організація і управління психіатричною допомогою | |
| <i>Зінченко О. М.</i> Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села | 69 |
| Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація | |
| <i>Булахова Л. А.</i> Памяти моих учителей психиатрии | 79 |
| <i>Кузнецов В. Н., Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Памяти профессора Кронфельда А. С. (К 125-летию со дня рождения) | 83 |
| <i>Петрюк П. Т.</i> Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук: Доцент Иван Яковлевич Платонов – известный отечественный психиатр, врач-подвижник и бывший сабурянин. Сообщение 1. | 94 |

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

Contents

| | |
|---|----|
| The opening of the editor in chief. | 3 |
| Mental health: social, biological and psychological aspects | |
| <i>Voloshin P. V., Vorobjova T. M., Paikova L. N., Filimonova N. B., Pavlovich S. A., Plotnikov A. G.</i> Clinical, psychophysiological and genetic features of social phobia with violence transformation in adolescents and young adults. | 4 |
| <i>Petryuk P. T.</i> General modern principles of application physiotherapy is in psychiatry: clinical aspect. Report 1. | 12 |
| Mental and behavioral disorders, psychosomatic | |
| <i>Goncharov V. E.</i> Principles for inclusion patients on schizophrenia in psychotherapeutic program`s | 19 |
| <i>Bondar L. A.</i> Clinical and psychopathological characteristics of patients with defects and deformations of the external nose | 22 |
| Addictive disorders | |
| <i>Aymedov K. V.</i> Motivation of gambling and quantitative estimation | 25 |
| <i>Andruk P. G.</i> Description of types of relationship to disease in persons substance dependence | 30 |
| Children's psychiatry | |
| <i>Kuznetsov V. N.</i> Issues of detection of developmental disturbances of mental functions in early childhood | 35 |
| Pharmacotherapy of mental disorders | |
| <i>Podkorytov V.S.</i> Therapeutic abilities of ceterazine in complex treatment of patients with depression. | 47 |
| Medical psychology and psychotherapy | |
| <i>Zhyvotovska L. V.</i> Features of therapy and prevention of addiction behaviour in Gestalt-approach system. | 52 |
| Ethical and legal aspects of mental health | |
| <i>Revenok A. A., Oleynik O. P., Shum S. S., Khodakovskaya I. I.</i> Forensic psychiatric analysis of acts of persons with oncologic diseases | 57 |
| <i>Nasinnyk O. A.</i> Compulsory outpatient psychiatric care: practice of use and propositions for improvement | 62 |
| Organization and management in mental health care | |
| <i>Zinchenko O. M.</i> Features of mental and behavioral disorders prevalence in urban and rural population. | 69 |
| Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information | |
| <i>Bulakhova L.A.</i> To memory of my teachers in psychiatry | 79 |
| <i>Kusnetsov V. M., Petryuk P. T., Petryuk O. P.</i> To memory of professor A. S. Kronfeld (To 125-th anniversary) | 83 |
| <i>Petryuk P. T.</i> Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences: An associate professor Ivan Iacovlevich Platonov is the known domestic psychiatrist, doctor-devotee and which at one time worked on the Saburova dacha. Report 1. | 94 |

Шановні читачі!

7 квітня 2010 року — Всесвітній день здоров'я. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Психічне здоров'я — це дуже цінний капітал будь-якого суспільства. Його слід захищати і зміцнювати, у той час як епізоди психічного нездоров'я необхідно попереджувати і лікувати. Жодне суспільство, навіть найбідніше не може дозволити собі не інвестувати в психічне здоров'я. Саме тому будь-яка політика повинна аналізуватися з погляду її можливого впливу на психічне здоров'я суспільства.

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні Україна і 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. З 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.

Дискримінація — це найбільша перешкода на шляху надання медичної допомоги особам із психічними розладами. Нерідко проблеми психічного здоров'я ховаються під ореолом мовчання і сорому. Це перешкоджає доступу цих людей до необхідного лікування, позбавляє їхніх основних прав людини, сприяє дискримінаційній практиці працевлаштування та ізолює людей від їхніх близьких, друзів і родін. Кожен з нас може відчути на собі проблеми психічного характеру, тому дуже важливо докладати усіх зусиль для усунення чи ослаблення факторів, що підвищують ризик психічних зривів, таких, наприклад, як бідність, безробіття, самотність, втрата ідентичності, безпорадність і безнадійність, коли нам здається, що ми не можемо хоч якось вплинути на навколишній світ.

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,
Головний редактор, професор В. Н. Кузнецов*

УДК 616.89-008.441.1-008.444.9-053.7:575.191:612.821

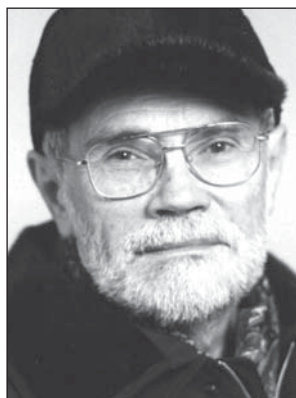
Клинико-психофизиологические и генетические особенности социальной фобии с трансформацией в агрессию у подростков и лиц молодого возраста



Воробьева Т. М.



Пайкова Л. Н.



Плотников А. Г.

Волошин П. В.*, Воробьева Т. М.*, Пайкова Л. Н.*, Филимонова Н. Б., Павлович С. А.**,
Плотников А. Г.*****

* ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков, Украина

** Научно-учебный центр «Институт биологии КНУ имени Тараса Шевченко», Киев, Украина

*** Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, Харьков, Украина

Резюме. В 49 осіб підліткового і молодого віку з психогенними порушеннями досліджені клініко-психофізіологічні і генетичні особливості трансформації фобій в агресивну поведінку. Виявлено, що чинниками цього процесу, що ініціюють, є висока загальна тривожність (в 74 %) і виражена депресія (в 89 %), зниження когнітивних функцій і функціональної активності ЦНС, що ініціювало формування штучних мотивацій і виникнення повторної агресії в умовах їх депривації. Запропонований комплекс медико- і немедикаментозних підходів до придушення трансформації фобій в агресивну поведінку.

Ключові слова: соціальна фобія, агресія, трансформація, ФТК-тест, лікування.

Clinical, psychophysiological and genetic features of social phobia with violence transformation in adolescents and young adults

Voloshin P. V.*, Vorobjova T. M.*, Paikova L. N.*, Filimonova N. B., Pavlovich S. A.,**
Plotnikov A. G.*****

* Institute of neurology, psychiatry and narcology of Ukrainian Academy of Medical Sciences, Kharkov, Ukraine

** Scientific Study Centre "Institute of Biology at Kyiv National University named after Taras Shevchenko"

*** Kharkov regional clinical psychiatric hospital N3, Kharkov, Ukraine

Resume. Clinical, psychophysiological and genetic features of transformation into violence behavior were been studied in 49 adolescents and young adults with psychogenic disorders. Initialization factors of the process were found: high general anxiety (in 74 % of persons), marked depression (in 89 % of persons); decreased cognitive functions and functional activity of CNS launched formation of artificial motivations and recurrence of aggression in settings of their derivation. The complex of medication and non-medication approaches were been propose to suppress transformation of phobias into aggressive behavior.

Key words: social phobia, violence, transformation, FTK-test, treatment.

Введение. Известно, что уже в подростковом и молодом возрасте психические расстройства непременно включают эмоциональные нарушения, в структуре которых имеют место тревожно-фобические расстройства, нередко сочетающиеся с пароксизмальной агрессивностью. Вместе с

тем, существуют отрывочные данные о факторах и механизмах таких проявлений эмоциональных расстройств. Определенное значение в этих расстройствах психофизиологических функций имеют модулирующие влияния приобретенными искусственно патологическими влечениями.

Целью настоящего исследования явилось изучение эмоциональных расстройств и нарушений психофизиологических функций у лиц подросткового и молодого возраста с наличием социальных фобий и пароксизмами агрессии, модулированных аддиктивным поведением. Частной целью работы явилось изучение роли генетических факторов предрасположенности к потреблению алкоголя у этих лиц. Предпосылкой этих исследований явились известные факты об ассоциации гена TAS2R38 с психофизиологическими особенностями человека и более высоким риском возникновения психических заболеваний у носителей рецессивных аллелей [1]. Представляет интерес поиск генетических маркеров предрасположенности к развитию эмоциональных и психофизиологических нарушений, приводящих к возникновению социофобий, поскольку социофобии в дальнейшем трансформируются в агрессивное поведение, которое усиливается при депривации аутозаместительной терапии в виде всевозможных аддикций.

Методы исследования. Тревогу и депрессию изучали по шкале HADS [2], внимание и переключение внимания — по таблицам Шульте, кратковременную и зрительную память — по Ф. Е. Рыбакову [3]. Агрессивность определяли по Дерогатису [4]. При проведении исследования были использованы компьютерные программы, созданные сотрудниками кафедры человека и животных КНУ имени Тараса Шевченко, представленные для внедрения в наш институт [5] и адаптированные старшим научным сотрудником КНУ имени Тараса Шевченко Филимоновой Н. Б. для исследования состояния пациентов в клинике. С помощью компьютерных программ определяли общую тревогу, личностную и реактивную тревожность. Компьютерная экспресс-методика функционального состояния пациентов позволяла определять латентный период (ЛП) простой сенсомоторной реакции, коэффициент силы нервных процессов, функциональный уровень и уровень функциональных возможностей ЦНС по Лоскутовой Т. Д. [6], реакцию выбора (в том числе для правой и левой руки); кратковременную память на запоминание букв, цифр и геометрических фигур (время выполнения теста и относительное количество ошибок). Представляло интерес выяснить, какие из исследуемых показателей наиболее лабильны и могут быть объективными критериями нарушений психофизиологического состояния больных.

Фенотипическим маркером, ассоциированным с повышенным предпочтением алкоголя, избран ФТК-тест на способность воспринимать горький вкус фенилтиокарбамида, признак наследуется и детерминируется геном PTC или

hTASR38. Ген принадлежит семейству генов TAS2R (25 генов), кодирующих белки рецепторов горького вкуса. Нами был проведен поиск ассоциации между способностью ощущать горький вкус ФТК с личностно-психологическими особенностями у лиц с социальными фобиями и аддиктивным поведением, тестирование проводили согласно стандартной методике Харриса-Кальмуса [7]. Наши предыдущие исследования показали, что в случае трансформации социальной фобии в агрессивное поведение у подростков с аддикциями этот тест является весьма информативным.

Исследования были проведены на 49 пациентах в возрасте от 15 до 29 лет: 22 больных с социальными фобиями, 13 — с различными видами аддикций, 14 — контрольная группа (без фобий и аддикций). Группу с социальными фобиями составили больные в возрасте ($20,6 \pm 0,6$) года с низшим, средним специальным, средним и высшим образованием. Все пациенты проходили лечение в 24-м отделении подростковой психиатрии ХОКПБ № 3. В клинической картине обследуемых больных отмечались явления раздражительности, гневливости, приступы агрессивного и аутоагрессивного поведения. Прослеживались такие особенности, как: замкнутость с детства, трудности в общении со сверстниками, в установлении контактов с противоположным полом (за исключением одного больного, у которого было затруднение контактов с ребятами, дружил только с девушками); отмечалась неудовлетворенность своей внешностью, телосложением и т. д. Подростки уходили из дома, проводили время в асоциальных компаниях, порой совершали кражи и иные девиантные поступки. У некоторых больных были выражены состояния уныния, тревоги, паники; отмечались как фон симптомы органического поражения головного мозга, ликворная гипертензия, повышенная судорожная готовность, состояния сногворения и снохождения, даже судорожные припадки (в анамнезе). Многие из обследуемых больных пытались купировать страхи и тревогу с помощью психоактивных веществ (ПАВ).

Объективно у больных с социальными фобиями выявлены нарушения в эмоциональной сфере. У 65 % больных отмечалась высокая тревога по Тейлору, у 74 % — высокая тревога с тенденцией к очень высокой (от 26 до 42 баллов). По госпитальной шкале HADS у 84 % больных выявлена субклиническая и клинически выраженная тревога; у 89 % — субклиническая и клинически выраженная депрессия. Когнитивные функции (внимание и зрительная память) у этих больных по ряду параметров были в норме, переключение внимания и кратковременная память — снижены. Анализ психофизиологического состояния этих больных

(по данным компьютерной методики) выявил достаточно высокие показатели ЛП простой сенсомоторной реакции, реакции выбора сигнального значения раздражителей, если сравнивать с таковыми у лиц с алкогольной зависимостью (рис. 1). Для пациентов с социальной фобией выявлены следующие психофизиологические показатели (средняя величина по группе): ЛП реакции на предъявляемые раздражители — $(277,9 \pm 19,4)$ мс, коэффициент силы нервных процессов — $(1,1 \pm 0,1)$, функциональный уровень ЦНС — $(4,5 \pm 0,3)$ с⁻², уровень функциональных возможностей ЦНС — $(3,6 \pm 0,3)$ с⁻², что соответствовало показателям у здоровых лиц. Это говорит о том, что наличие социальной фобии в указанной группе не приводило к нарушениям функционального состояния ЦНС, в отличие, например, от группы больных с алкогольной зависимостью той же возрастной группы. Скорость дифференциации сигнального значения раздражителей больных с социальной фобией была высокой (ЛП реакции выбора в среднем составлял $(431,2 \pm 26,4)$ мс).

У больных с социальной фобией отмечалась достаточно высокая и очень высокая общая тревожность по Дж. Тейлору и преимущественно высокая личностная тревожность по Спилбергеру, в то время как реактивная тревожность была, в основном, низкой. При выполнении компьютерных тестов на кратковременную память отмечались затруднения памяти на геометрические фигуры, в то время как тесты на кратковременную память на цифры и буквы ими выполнялись более успешно. У больных отмечались затруднения с устойчивостью реакции: пациенты начинали медленнее и с ошибками выполнять задание, не могли выдержать темп выполнения задания, о чем говорило удлинение ЛП простой сенсомоторной реакции к концу задания. Это свидетельствовало о быстрой истощаемости и утомляемости нервной системы.

Нередко подростки и лица молодого возраста самовольно «сняли» страхи, тревогу алкоголем и наркотиками. Дисфункции в эмоциональной сфере инициировали у этих больных поиск «коррекции» подобных состояний: прием алкоголя, наркотиков и других ПАВ, а они, в свою очередь, вели к «порочному кругу» — усугублению нарушений эмоциональной сферы с усилением агрессивности, которую мы оценивали по Дерогатису. Эта шкала позволяла выявить также скрытую агрессивность, когда больные чувствуют ее изнутри и пытаются либо подавить ее в себе, либо направить ее на неодушевленные предметы. В катамнезе выявлено, что в подростковом возрасте они направляли агрессию не только на окружающих (как на чужих, так и знакомых людей), но нередко на своих самых близких и родных, даже наносили им увечья. Возникающее в дальнейшем чувство вины перед близкими, внутренняя борьба и аутоагрессия часто приводили к попытке суицида.

У этих больных снижались когнитивные функции. Внимание было в пределах нормы: задание в среднем по группе они выполняли за $(45,9 \pm 2,5)$ с при норме от 45 до 50 с. Учитывая раннюю стадию аддиктивного поведения (психической зависимости), можно предположить, что именно с этим связано то, что у 47 % показатели внимания были лучше нормы почти вдвое: вместо 45–50 с они справлялись с тестом на внимание за 27–35 с (что могло быть причиной дальнейшего употребления алкоголя и наркотиков, которые якобы «улучшают умственную деятельность»). Однако уже на данном этапе зависимости от ПАВ было выявлено снижение способности к концентрации и переключению внимания: 35 % больных выполняли этот тест в 1,5 раза медленнее, а 65 % — в 2–3,5 раза медленнее (в среднем по группе за $(193,5 \pm 9,8)$ с при норме 90 с). Это свидетельствовало о быстром истощении нервных процессов, утомляемости,

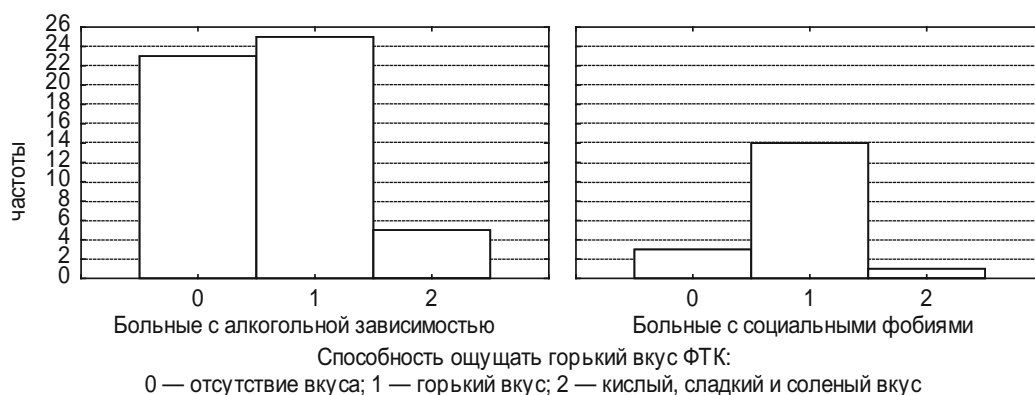


Рис. 1

Отличия в способности ощущать вкус ФТК у пациентов с социальными фобиями и алкогольной зависимостью

выраженном астеническом синдроме. Наибольшие нарушения когнитивных функций выявлены в оперативной памяти: запоминали по тесту в среднем по группе ($2,1 \pm 0,2$) фигуры из 6-ти, причем 38 % запоминали только одну фигуру либо ни одной.

Агрессивность у этих подростков нередко была связана с желанием самоутвердиться в жизни, являлась средством защиты и самосохранения, а фактически была формой социальной адаптации. Именно по этой причине их влекло к сильным, часто неблагополучным в обществе группировкам. Более высокие значения тревожности в условиях эмоционального напряжения и являются стимулом к «успокоению» путем курения, приема пива, «успокоительных» таблеток, что является «нормой» поведения для молодежи.

Генетические исследования показали отличия во вкусовых ощущениях горького вкуса ФТК [8]: больные с социальной фобией отмечали горький и очень горький вкус ФТК (в литературе таких лиц называют супертестерами), причем на первых секундах предъявления бумаги, смоченной ФТК, в то время как у пациентов с алкогольной зависимостью и у подростков с различными аддикциями частота неощущающих вкус ФТК (нетестеров) была выше, чем в контроле. При этом выявлено, что горький вкус ими воспринимается как кислый, соленый, сладкий, их отнесли также к нетестерам (рис. 2). Результаты свидетельствуют о повышенной частоте фенотипа ФТК среди пациентов с алкогольной зависимостью и согласуются с зарубежными данными о повышенной частоте нетестеров среди лиц с повышенным употреблением алкогольных напитков [8, 9].

Пациенты с социальными фобиями, ощущающие горький вкус ФТК с первых секунд предъявления, представляют группу риска [10]: у них происходит трансформация фобий в состояние агрессии и аутоагрессии (об этом можно судить по историям болезни больных с социальной фобией, попыткам больных преодолеть свои страхи, фобию с помощью сильных видов спорта — бокса, борьбы, попыткам стать агрессивными и наносить удары противнику — все это закончилось уходом в себя, невозможностью «сделать больно другому»). Это приводило к трансформации фобии в аутоагрессию и попыткам к суициду.

Лечение больных с социальными фобиями. В комплексном лечении 19 пациентов с социальными фобиями наряду с общепринятыми средствами (витамины, седативные препараты, антидепрессанты и нейролептики) использовались и немедикаментозные методы: сеансы музыкотерапии духовной направленности (длительность от 20 до 40 мин, по желанию больного) и новая оригинальная рефлексотерапевтическая методика. Последняя заключалась в использовании модификации «камеры Райха» для воздействия биоэнергоинформационных полей ноосферы на точки акупунктуры преимущественно общего действия.

До лечения ЛП простой сенсомоторной реакции составлял в среднем по группе ($301,7 \pm 19,7$) мс; сигма колебалась в пределах от 51 до 257 мс (в среднем ($132,4 \pm 15,5$) мс); коэффициент силы нервных процессов снижался — ($1,05 \pm 0,05$) c^{-2} . Средняя величина функционального уровня нервной системы была в пределах нижней границы нормы: ($4,3 \pm 0,2$) $1/c^2$. По данным



Рис. 2

Латентные периоды реакции в динамике лечения при тестировании кратковременной памяти на буквы и цифры (Me [25 %, 75 %], мс).

Т. Д. Лоскутовой [5, 6], у здоровых молодых лиц этот критерий составляет от 4,2 до 5,5 $1/c^2$, а уровень функциональных возможностей нервной системы — от 2,7 до 4,8 $1/c^2$ (у больных с социальными фобиями — $(3,4 \pm 0,3) 1/c^2$). Однако у 32 % обследованных больных этот показатель был ниже нормы: $(1,8 \pm 0,2) 1/c^2$. Стойкость реакции у 54 % составляла в среднем по группе $(1,7 \pm 0,3) 1/c^2$, ЛП реакции выбора — $(462,8 \pm 25,0)$. Время выполнения теста кратковременной памяти на буквы составляло $(1165,3 \pm 75,6)$ мс, количество ошибок — $(0,29 \pm 0,04)$.

При осложнении социальной фобии аддиктивным поведением отмечались элементы когнитивного дефицита, которые в комплексе с выявленными эмоциональными расстройствами в значительной мере также являлись причиной социальной дезадаптации данной категории больных. Во время проведения сеансов модифицированной «рефлексотерапии» больные отмечали состояние релаксации, подавляющее большинство из них засыпало. Клиническое улучшение наступало на 3–4-й дни после начала лечения. Но даже после первого сеанса отмечалось снижение общей тревоги по Тейлору, тревоги по госпитальной шкале HADS и реактивной тревожности. Об улучшении эмоционального состояния больных после лечения можно судить по снижению числа больных с высокими уровнями личностной и реактивной тревожности, и особенно по повышению числа больных с низким уровнем реактивной тревожности (с 57 до 78 %).

Положительная динамика эмоционального состояния больных сопровождалась уменьшением и когнитивного дефицита — улучшением

способности к концентрации и переключению внимания и увеличением объема кратковременной памяти ($p < 0,05$) и ряда психофизиологических параметров, регистрируемых с помощью компьютерной методики. Латентный период простой сенсомоторной реакции у 63 % уменьшился с $(301,0 \pm 24,0)$ до $(283,5 \pm 22,5)$ мс. Коэффициент силы нервных процессов увеличивался с $(0,92 \pm 0,03)$ до $(1,14 \pm 0,06) c^{-2}$ ($p < 0,001$). Функциональный уровень нервной системы повышался у 45 % с $(3,8 \pm 0,3)$ до $(4,5 \pm 0,3) 1/c^2$, приближаясь к верхней границе нормы. Уровень функциональных возможностей нервной системы у 50 % увеличивался с $(3,8 \pm 0,5)$ до $(4,2 \pm 0,4) 1/c^2$ (к верхней границе нормы). Стойкость реакции увеличивалась с $(2,4 \pm 0,4)$ до $(2,7 \pm 0,4) 1/c^2$ у 54 % больных. Латентный период реакции выбора у 55 % больных уменьшался с $(455,3 \pm 35,5)$ до $(410,9 \pm 30,5)$ мс. Отмечалось достоверное снижение ЛП реакции при тестировании кратковременной памяти на буквы (с 1165,3 до 1019 мс) и цифры (рис. 2). Отмечалось снижение и относительного количества ошибок с $(0,29 \pm 0,04)$ до $(0,11 \pm 0,02)$ ($p < 0,001$). Также достоверно снижалось относительное количество ошибок при тестировании кратковременной памяти на геометрические фигуры с $(0,41 \pm 0,05)$ до $(0,37 \pm 0,01)$ (рис. 3).

Улучшались оба вида памяти: зрительная и кратковременная, но особенно это касается кратковременной памяти, которая наиболее страдала у больных с социальной фобией.

После проведенного лечения объективно регистрируемые психофизиологические показатели улучшения состояния больных совпадали с оценкой такового самими больными.

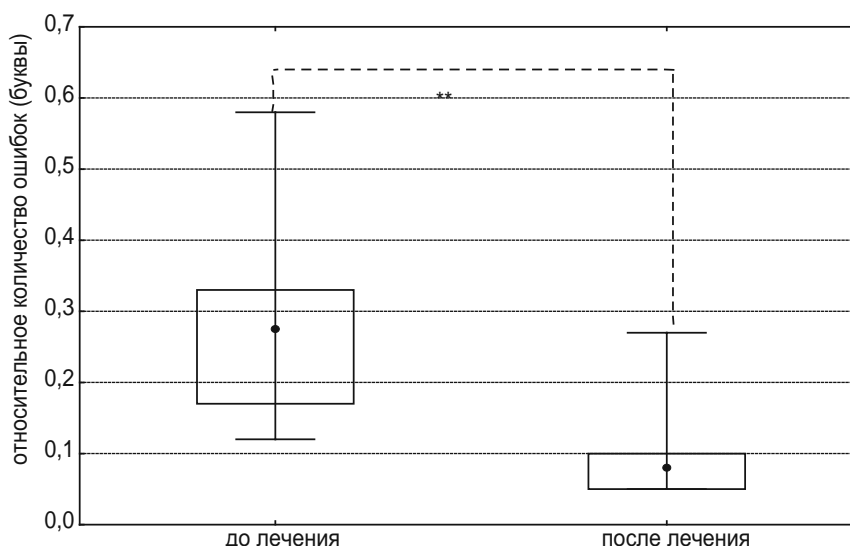


Рис. 3

Относительное количество ошибок в динамике лечения при тестировании кратковременной памяти на буквы у больных с социальными фобиями

Это свидетельствует о том, что указанные психофизиологические показатели могут быть критериями терапевтической эффективности проводимых методов лечения.

Наряду с этим, нами был проведен корреляционный анализ психофизиологических функций в двух группах: с социальными фобиями (19 больных) и с алкогольной зависимостью (19 больных с безремиссионным течением алкоголизма). В группе с безремиссионным течением алкоголизма было выявлено только две корреляционные связи (рис. 4, Б) между такими психофизиологическими функциями: функциональным уровнем нервной системы и уровнем корреляции (коэффициент корреляции 0,96) и между реакцией выбора правой руки и реакцией выбора левой руки (коэффициент корреляции 0,98). В группе с социальными фобиями

выявлены более сильные корреляционные взаимоотношения изучаемых психофизиологических функций (рис. 5, А). Это отражалось не только в возрастающем количестве взаимодействий между функциями, но и в осуществлении этих связей при более высоком значении коэффициента корреляции.

Важно отметить, что в группе с социальными фобиями улучшались корреляционные взаимоотношения психофизиологических показателей в динамике лечения — увеличивалось их количество и коэффициент корреляции. Как видно на рис. 5, Б, после окончания комплексного лечения в сочетании с сеансами музыкотерапии появились дополнительные отрицательные корреляционные связи. Например, снижение ЛП простой сенсомоторной реакции сопровождалось увеличением функционального уровня центральной нервной системы, приближением

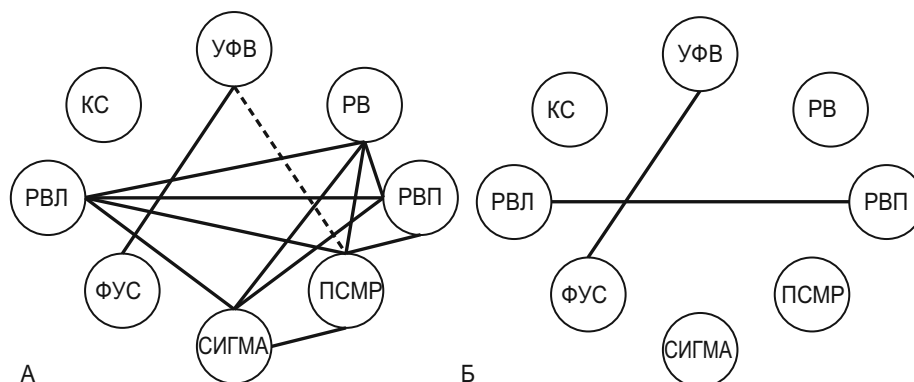


Рис. 4

Корреляционные взаимоотношения между психофизиологическими функциями у пациентов с социальными фобиями (А) и алкогольной зависимостью (Б): КС — коэффициент силы, УФВ — уровень функциональных возможностей, РВ — реакция выбора, РВП — реакция выбора правой руки, РВЛ — реакция выбора левой руки, ФУС — функциональный уровень нервной системы, ПСМР — простая сенсомоторная реакция

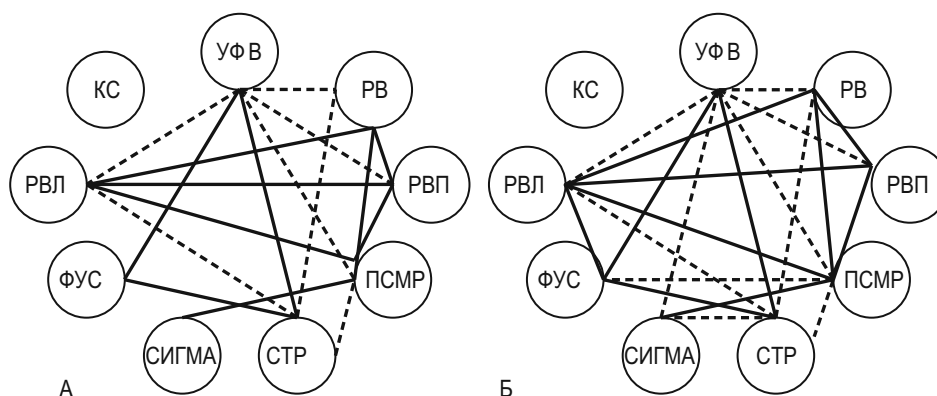


Рис. 5

Корреляционные взаимоотношения между психофизиологическими функциями у пациентов с социальными фобиями до (А) и после (Б) лечения: КС — коэффициент силы, УФВ — уровень функциональных возможностей, РВ — реакция выбора, РВП — реакция выбора правой руки, РВЛ — реакция выбора левой руки, ФУС — функциональный уровень нервной системы, ПСМР — простая сенсомоторная реакция, СТР — стойкость реакции

его к верхней границе нормы, характерной для здоровых лиц. Улучшались показатели уровня функциональных возможностей ЦНС, стойкость реакции, т. е. возможность центральной нервной системы достаточно долго выполнять поставленную перед пациентом работу на высоком функциональном уровне с низким ЛП простой сенсомоторной реакции и реакции выбора правой и левой руки.

Все эти психофизиологические показатели функционирования головного мозга и ЦНС явились критериями оценки тяжести психофизиологического состояния больных с социальными фобиями, а также эффективности проводимых больным индивидуально подобранных методов комплексного лечения [13]. Улучшение пациентами своего эмоционального и психического состояния после проведенного лечения подтверждалось положительной динамикой объективно регистрируемых психофизиологических функций, а следовательно, и правильно подобранного комплексного лечения.

Заклучене

Таким образом, у подростков и молодых лиц с социальной фобией наблюдали очень высокую общую тревогу по Тейлору, высокую личностную тревожность, низкую и умеренную реактивную тревожность на фоне относительной сохранности психофизиологических функций. Поиск купирования тревожной симптоматики сопровождался у таких лиц приемом алкоголя и ПАВ и приводил к временному улучшению с последующим ухудшением эмоциональной сферы и когнитивному дефициту. Отмечена возможность трансформации страхов и тревожности в агрессивное поведение, у части больных — в аутоагрессивное, у других — усиление вторичных аддикций при поиске социальной адаптации.

Исследования, проведенные аналогично у подростков с аддиктивным поведением, позволили говорить и о возможности существования у них социальных фобий [11]: страхи перед будущим и непризнание в социальной группе сверстников, утрата лидерских позиций и нежелание решать сложные проблемы, уходы в пассивную защиту — нежелание строить новые стратегии преодоления влечения к искусственно приобретенным мотивациям, страх перед проблемами, связанными с получением образования и работы с достойной оплатой. Кумуляция этих психогенных факторов приводила к тревожно-фобическим состояниям и возможной их трансформации в агрессивное поведение. Вот почему на определенной стадии проявления агрессивность в поведении у этих лиц можно рассматривать как форму социальной адаптации. Однако не каждый индивидуум с проявлениями социальной

фобии может осуществлять агрессивные действия ради утверждения себя в обществе, преодоления своих страхов, социальной адаптации. В состоянии безысходности такие лица, особенно проявлявшие агрессивные действия по отношению к родным и близким, на фоне глубокого чувства вины перед ними нередко проявляют аутоагрессию: появлялись мысли, попытки и, наконец, сам суицид. В условиях такого «социального стресса» и «социальной энцефалопатии», когда отсутствуют условия развития полноценной личности и раскрытие ее психического потенциала и когда происходит ломка прежних ценностных ориентаций и стратегий поведения в условиях положительного эмоционального дефицита, происходит повторное возвращение к аддиктивному поведению [10, 11].

В этой ситуации состояние эйфории, уход в мир фантазий, галлюцинаций уводят этих лиц от социальных проблем, жизнь замыкается лишь на одном — как найти то, что легко приносит положительные эмоции. На этом фоне на ранних стадиях приема алкоголя и наркотиков у них происходит улучшение эмоционального состояния и когнитивных функций, купирование тревожно-депрессивной симптоматики, о чем свидетельствовали наши результаты, полученные у подростков с аддиктивным поведением на ранних этапах приема ПАВ. При формировании тяжелых форм зависимости от ПАВ усугублялись тяжесть неврологических и психических расстройств, разрушение самой личности, появлялись злобность, немотивированные состояния раздражительности и гнева, неуправляемая агрессивность, которая была направлена чаще на окружающих, т. к. эти больные обвиняли не себя, а окружающую среду в развитии зависимости от алкоголя и ПАВ [10]. По мере развития тяжелых форм зависимости от ПАВ преобладали не купируемые клинически выраженные тревога и депрессия, а пароксизмально возникающая агрессивность, которая приводила к совершению тяжких преступлений с элементами жестокости. Многие лица имели судимость или приводы в милицию.

Как известно, поведенческие реакции формируются в результате достаточно сложного взаимодействия многих генов и факторов среды. Для поиска отдельных генов, что могут быть вовлечены в реализацию тех или иных поведенческих функций, используют маркеры, находящиеся под генетическим контролем и которые можно достаточно просто определить фенотипически [10, 12, 13]. Одним из таких маркеров есть способность к восприятию горького вкуса тиокарбамидов (фенилтиокарбамида — ФТК), детерминированная геном hTAS2R38, локализованным в 7 хромосоме, локус q35–36. Ген ассоциирован с общей чувствительностью нервной

системы и некоторыми психофизиологическими функциями [8, 12, 13]. Лиц, ощущающих горький вкус, относят к сверхчувствительным (супер-тестерам — гомозиготы PAV/PAV) и чувствительным (тестерам — гетерозиготы PAV/AVI). Нетестеры (гомозиготы AVI/AVI) не различают вкус ФТК даже в высоких концентрациях [13]. Нами обнаружено дифференцированное проявление психофизиологических показателей и различная вкусовая чувствительность к генетическому маркеру ФТК.

Среди пациентов с социальной фобией обнаружена повышенная частота лиц, ощущающих горький вкус ФТК. Принимая во внимание данные зарубежных авторов, можно рассматривать повышенное число тестеров и супер-тестеров в группе с социальной фобией и нетестеров, ощущающих вкус ФТК как сладкий, горький или соленый, как тесты прогнозирования рассматриваемых нами двух форм заболевания. Это:

- 1) развитие психических заболеваний — социальной фобии с тяжелой

тревно-депрессивной симптоматикой, относительной сохранностью когнитивных функций (но невозможностью купировать их с помощью алкоголя и ПАВ или сознательно «вырабатываемой агрессивностью» для купирования фобий, которая не дает желаемого результата и приводит к аутоагрессии);

- 2) в случае развития зависимости от алкоголя и наркотиков с безремиссионным течением наступает также социальная дезадаптация (фобии), но с тяжелыми эмоциональными и психофизиологическими нарушениями и когнитивным дефицитом.

После проведенного лечения происходило снижение тревоги по Тейлору, переход общей и личностной тревоги с очень высокой на умеренную, что сопровождалось улучшением деятельности головного мозга, купированием агрессивности в поведении.

Література

1. Joiner T., Perez M. Phenylthiocarbamide tasting and family history of depression, revisited: low rates of depression in families of super-tasters // *Psychiatry Research*. — 2004. — 126. — P.83–87.
2. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. — М.: «Берег», 2000. — 180 с.
3. Атлас для экспериментального исследования отклонений психической деятельности человека. — Киев: «Здоров'я», 1980. — 124 с.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — С. — Петербург, Харьков, Минск, 2001. — С.146–161.
5. Филимонова Н. Б. Компьютерная экспресс-методика для определения психофизиологического состояния человека // Мат. Международной научной методической конференции «Культура здоровья как предмет образования». — Херсон, 2000. — С.204–209.
6. Лоскутова Т. Д. Оценка функционального состояния центральной нервной системы человека по параметрам простой двигательной реакции // *Физиол. Журн. СССР*. — X, № 1, с. 3–11.
7. Харрисон Дж., Уайнер Дж., Тэннер Дж. и др. Биология человека. — М.: Мир, 1979. — 614 с.
8. Павлович С. А., Воробьева Т. М., Пайкова Л. Н., Филимонова Н. Б., Безруков В. Ф. ФТК-тест и тревожно-депрессивные показатели у лиц с алкогольной зависимостью // Мат. VII Міжнародної науково-практичної конференції «Валеологія: сучасний стан, напрямки і перспективи розвитку». — Харків, 2009. — С.171–175.
9. Wang J. C., Hinrichs A. L., Bertelsen S. et al. Functional variants in TAS2R38 and TAS2R16 influence alcohol consumption in high-risk families of African-American origin // *Alcohol Clinic. Exp. Res.* — 2007. — 31 (2). — P. 209–215.
10. Павлович С. А., Филимонова Н. Б., Воробьева Т. М., Макачук Н. Е., Пайкова Л. Н., Плотников А. Г. Эмоциональные нарушения и генетические особенности у лиц молодого возраста с социальными фобиями в сочетании с пароксизмальными проявлениями агрессивности // *Психическое здоровье*. — Москва, 2010. — № 5. — С 51–57.
11. Пайкова Л. Н., Филимонова Н. Б., Плотников А. Г. Психофизиологические критерии оценки терапевтической эффективности лечения социальной фобии в сочетании с аддикциями // Мат. V Міжнародної науково-практичної конференції «Психофізіологічні та вісцеральні функції в нормі і патології». — Київ, 2010. — с.153.
12. Воробьева Т. М., Павлович С. А., Пайкова Л. Н., Безруков Л. Н., Филимонова Н. Б., Плотников А. Г. Ассоциация гена hTAS2R38 с аддиктивным поведением и эмоциональными нарушениями // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т.18, вип.3 (64). — С.162

УДК 616.89:615.83-07

Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: клинический аспект. Сообщение 1



Петрюк П. Т.

Петрюк П. Т.

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. Викладаються найважливіші сучасні загальні принципи застосування у психічно хворих фізичних факторів (клінічний аспект). Вони базуються на сучасних наукових досягненнях і накопиченому практичному досвіді, а їх використання повинно сприяти упорядкуванню та підвищенню ефективності фізичної терапії у психічно хворих, що приведе до покращення якості життя психічно хворих і буде мати певний економічний ефект. Без сумніву, клінічний аспект, який би міг відповідати основним принципам застосування фізіотерапії в психіатрії і використовуватися при впровадженні даного виду лікування, потребує подальшого доопрацювання та уточнення..

Ключові слова: загальні принципи застосування, фізіотерапія, психіатрія, клінічний аспект.

General modern principles of application physiotherapy is in psychiatry: clinical aspect. Report 1

Petryuk P. T.

Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. Major modern general principles of application are laid out at mentally sick physical factors (clinical aspect). They are based on modern scientific achievements and accumulated practical experience, and their use must be instrumental in organization and increase of efficiency of physical therapy in mentally patients, that will bring to the considerable improvement qualities over of life mentally of patients and will have an economic effect is certain. No doubt, a clinical aspect which would answer basic principles of application of physiotherapy in psychiatry and used for introduction of this type of treatment needs subsequent revision and clarification

Key words: general principles of application, physiotherapy, psychiatry, clinical aspect.

*Всякое знание исходит
из наблюдения и опыта
Огюст Сэнт-Бев*

Одним из успешных и отличительных достижений отечественной медицины вполне можно считать широкое и активное использование с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями лечебных физических факторов, важная роль которых сегодня является общепризнанной. Не случайно в трудах всех известных древних медиков в той или иной форме встречается утверждение, что лучший врач болезней — природа [1–6].

Лечебные физические факторы включают в комплексную терапию, профилактику и реабилитацию почти при всех заболеваниях, в т. ч. и при психических расстройствах. Современная физиотерапия располагает огромным арсеналом природных и преформированных физических факторов и методов, оказывающих сложное и разностороннее влияние на организм и его системы, патологические процессы и механизмы саногенеза.

Знание конкретных механизмов действия и ясное представление о влиянии физических факторов на физиологические и патологические процессы — необходимое условие рационального использования их для лечебно-профилактических и реабилитационных целей [6–9].

Для современной физиотерапии, которая стала высокоразвитой специализированной отраслью и неотъемлемой частью современной медицины, характерно расширение показаний и сужение противопоказаний к ее применению, а также все более раннее назначение и использование в более тяжелых случаях, например, для лечения терапевтически резистентных форм простой и параноидной шизофрении. Широкое и эффективное применение лечебных физических факторов, прежде всего, определяется их седативным, обезболивающим, противовоспалительным, антиспастическим, десенсибилизирующим и противоотечным действием, активным влиянием на микроциркуляцию и реологию, периферическую и центральную гемодинамику, трофику тканей и обмен веществ, иммунологические и компенсаторно-приспособительные

процессы, реактивность организма, а также возможностью нормализации функций органов и систем. Многие из них могут оказывать бактериостатический и даже бактерицидный эффект, стимулировать синтез физиологически активных веществ, создавать условия для потенцирования и пролонгирования нейротропного действия препаратов, способствовать локализации действия ионной формы нейролептиков непосредственно в заинтересованных структурах головного мозга, повышению проницаемости гематоэнцефалического барьера, влиять на гемостаз и апоптоз, а также важнейшие сано-генетические процессы. Следует подчеркнуть, что многие из перечисленных сторон действия лечебных физических факторов настолько убедительны, что уже делаются попытки их синдромо-патогенетической классификации [6, 8, 10].

Поэтому не менее важно располагать общими современными принципами применения физиотерапевтических методов в психиатрии, которым должен следовать каждый психиатр и физиотерапевт в своей повседневной практической работе. Формирование общих принципов — важный этап интеграции современных научных достижений и накопленного практического опыта в данных специальностях: психиатрии и физиотерапии.

На формирование общих современных принципов применения лечебных физических методов оказали влияние следующие факты:

- 1) углубление знаний о механизме действия естественных и преформированных факторов внешней среды на организм;
- 2) изменение представлений о сущности болезни и формирование концепции патологической системы;
- 3) изменение самого современного больного. Среди особенностей современного больного можно указать на множественность болезней, атипичность и стертость их клинических проявлений, наличие терапевтически резистентных клинических форм, высокую частоту заболеваемости функциональными расстройствами, аллергиями, ожирением и другим.

Попытки изложить наиболее общие принципы, которыми следует руководствоваться при назначении лечебных физических факторов больным с различными нозологическими расстройствами предпринимались и ранее [4, 6-9, 11-14], но они были не в полном объеме, а работы, посвященные общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии, до настоящего времени являются единичными [15, 16].

Учитывая важность данного вопроса, мы поставили себе за **цель** обобщить известные положения и результаты собственного накопленного опыта, внести в них коррективы и

дополнения и таким образом сформулировать общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии (клинический аспект).

Материал и методы исследования. Проведен теоретический анализ ряда научных работ отечественных и зарубежных исследователей, в которых освещаются общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии (клинический аспект). Проанализирован накопленный нами опыт применения физико-психофармакологических методов лечения (трансцеребральные гальванизация и электрофорез, центральная электроаналгезия, электросон и электросон-электрофорез) в комплексной терапии шизофрении и других психических расстройств более чем у 670 пациентов Сабуровой дачи в возрасте от 18 до 60 лет. Методы исследования: теоретический, исторический, системный, клинко-психопатологический, патопсихологический, электрофизиологический и экспертный.

Результаты исследования. Прежде чем перейти к рассмотрению общих принципов применения лечебных физических факторов в психиатрии, необходимо отметить, что они базируются на достигнутом в настоящее время уровне знаний, тесно между собой взаимосвязаны и не должны абсолютизироваться. Совершенно очевидно, что при физической терапии, как и вообще в медицине, немаловажное значение имеют клиническое мышление врача, его опыт работы, степень квалификации и врачебная интуиция. И все же общие ориентиры весьма полезны, особенно начинающим психиатрам, физиотерапевтам и врачам других клинических специальностей [7]. Кратко они могут быть сведены к следующим положениям.

1. Принцип добровольности соответствует требованиям сегодняшнего дня и способствует достижению максимально положительных результатов в лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятиях. Данный принцип перекликается с биомедицинским принципом автономии пациента, который понимается как форма личной свободы действий, при которой больной совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Рассматриваемый принцип предполагает *уважение* автономии пациента, в частности, то, что выбор, делаемый пациентом, как бы он не расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего.

В каждом случае ограничение автономии должно специально обосновываться другими

принципами. Иначе говоря, дело не в том, что принцип ни при каких условиях не должен нарушаться, — важно, чтобы мы сами отдавали себе отчет в том, что нам пригодится, мы вынуждены идти на нарушение. Действие автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно: детей, в т. ч. с психическими расстройствами; пациентов с некоторыми психическими расстройствами (хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие или иное психотическое болезненное состояние), признанных судом недееспособными; лиц, находящихся в алкогольном или наркотическом опьянении, и т. п. [17].

2. Принцип нервизма отражает распространение на физиотерапию теории нервизма, постулирующей решающее значение реакции нервной системы в жизни здорового и больного человека. Принцип нервизма в физиотерапии имеет теоретический и практический аспекты.

Теоретический аспект касается механизма действия физиотерапевтических методов. Согласно современным представлениям лечебные физические факторы вызывают в организме системную компенсаторно-приспособительную реакцию, основу которой составляет условно-безусловный рефлекс с его нейрогуморальной компонентой.

В практическом плане принципы нервизма предполагают:

- 1) широкое применение наряду с местными процедурами сегментарно-рефлекторных воздействий физическими факторами;
- 2) обязательный учет функционального состояния нервной системы больного;
- 3) создание в кабинете (отделении) лечебно-охранительного режима;
- 4) применение в работе рациональной психотерапии и доминантной установки больного на физиотерапию или новый способ лечения;
- 5) соблюдение персоналом требований медицинской деонтологии.

3. Принципы единства каузальной, патогенетической и симптоматической терапии физическими факторами. Он подразумевает выбор таких факторов или комплекса факторов, которые бы одновременно способствовали устранению (ослаблению) этиологического фактора, воздействовали бы на патогенетические звенья болезненного процесса и важнейшие симптомы заболевания. Кстати, возможность в одном факторе сосредоточить воздействие на этиологию, патогенез и симптомы болезни является важным достоинством и преимуществом физиотерапии перед фармакотерапией. Искусство врача и заключается в том, чтобы в каждом конкретном случае обоснованно выбрать из большого количества показанных физиотерапевтических

факторов наиболее подходящий, удовлетворяющий требованиям рассматриваемого принципа.

4. Принцип адекватности подразумевает соответствие при воздействии дозировки физического фактора и методики его применения характеру, остроте, фазе и стадии патологического процесса, особенностям его клинического проявления, особенно его психопатологической картины, спектру сопутствующих заболеваний. В остром периоде болезни физиотерапевтические методы используются ограниченно и преимущественно по сегментарно-рефлекторным методикам; в подостром периоде физические факторы применяются шире, а в небольших дозировках ими уже можно воздействовать и локально; в хронической стадии заболевания не только расширяется спектр показанных методов, но и увеличивается объем и интенсивность воздействия. Характерно, что в психиатрии контроль над дозировкой процедуры осуществляется только по контрольным измерительным приборам [15, 16, 18].

Например, важнейший параметр электросонотерапии — частоту импульсного тока — выбирают, исходя из состояния больного, его нервной системы. При выраженных невротических проявлениях, при повышенной возбудимости центральной нервной системы применяют ток низкой частоты (5-20 Гц). При заторможенности больного, преобладании процессов, свидетельствующих об угнетении нервно-гуморальной регуляции, используют ток более высокой частоты (40-100 Гц) [9].

Нарушение этого принципа — применение неадекватных состоянию больного физиотерапевтических воздействий — сопровождается развитием общей (ухудшение самочувствия, сна и аппетита, появление головных или стенокардических болей, адинамии, быстрой усталости и т. д.) или местной (обострение локального процесса, местное повышение температуры, усиление болей и др.) патологической реакции. Их появление требует уменьшения дозировки или отмены процедур вообще.

5. Принцип индивидуализации требует предшествующей процедурам психотерапевтической подготовки и учета исходного функционального состояния, аллергической настроенности организма, общей иммунобиологической реактивности больного, его возраста, пола, конституции, степени развития компенсаторно-приспособительных реакций, состояния его нервной системы, органов, биоритмов и т. д., с одной стороны, и учета особенностей течения болезней, в т. ч. и психических расстройств, у конкретного пациента, с другой стороны. Она предполагает также учет переносимости (непереносимости) больными тех или иных физиотерапевтических процедур, характера других лечебных мероприятий и т. д.

Проблема индивидуализированной физиотерапии разработана недостаточно, а ее истинная форма — биоуправляемая физиотерапия — еще не внедрена в широкую медицинскую практику.

Принцип индивидуализации предполагает учет и биоритмов пациента, прежде всего циркадных (суточных), в связи с тем, что эффективность действия физических факторов зависит от времени их применения [17]. Данный принцип в процессе его более тщательного изучения может выделяться в отдельный [11, 18, 20–25].

Принцип индивидуализации — один из важнейших не только в физиотерапии, но и в медицине вообще, так как лечить следует не болезнь, а конкретного больного со всеми его индивидуальными особенностями.

6. Принцип малых дозировок подчеркивает обоснованность и большую эффективность использования физиотерапевтических факторов в небольших дозировках и вытекает из доказанного многими исследованиями положения, что наиболее выраженным тренирующим и гомеостатическим действиями, адекватным резервам больного организма, обладают малые интенсивности физиотерапевтических факторов. Более того, специфическое действие физиотерапевтических факторов, открывающее пути для их дифференцированного использования, проявляется лишь при небольших дозировках воздействия.

Воздействия же большими дозировками физиотерапевтических факторов, сопровождаются чаще неспецифическими (тепловыми) эффектами, могут приводить к стрессовым реакциям или даже вызывать различные повреждения.

7. Принципы комплексного воздействия обоснован сложностью и системностью любого патологического процесса. Лишь при комплексном использовании физиотерапевтических факторов, подобранных в соответствии с конкретными проявлениями заболевания и правилами сочетания-комбинирования, в психиатрии можно добиться успеха в лечении. Этот принцип особенно актуален в отношении хронически текущих и рецидивирующих психических расстройств, а также микст-заболеваний [22, 25–28].

Из двух возможных основных форм (сочетание и комбинирование) комплексного использования физиотерапевтических факторов предпочтение отдается сочетанной физиотерапии, т. е. одновременному воздействию несколькими факторами на одну и ту же область человеческого тела. По сугубо техническим причинам сочетанные методы пока используются реже, чем комбинированные, когда последовательно воздействуют несколькими физиотерапевтическими факторами.

Высокая эффективность комплексного лечения физическими факторами основана на их

синергизме, потенцировании, проявлении новых лечебных эффектов, а также на увеличении продолжительности последствия [1].

При соблюдении принципа комплексного воздействия необходимо избегать полипрагматизации в физиотерапии, что может привести к обострению заболевания. Общепринято, что в один день целесообразно назначать две, реже — три физиотерапевтические процедуры, причем только одна из них может быть общей.

8. Принцип преемственности предполагает строгий учет предшествующего лечения у больного, направленного в физиотерапевтический кабинет. При этом физиотерапевту и психиатру следует помнить о ряде обстоятельств. Во-первых, надо учитывать субъективное отношение больного к тому или иному виду воздействия, которое он уже получал раньше, веру его в назначаемый вид лечения. Во-вторых, многие медикаменты и физические факторы могут существенно изменять ответную реакцию на последующее физиотерапевтическое воздействие. Следует учитывать активное влияние многих физиотерапевтических факторов на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств, а также взаимодействие и взаимовлияние лечебных средств [22]. Например, применение антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов железа резко повышает чувствительность организма к ультрафиолетовым лучам. В-третьих, повторное применение одного и того же фактора возможно лишь через определенные промежутки времени, колеблющиеся для различных факторов от 1,5–2 до 6–12 мес., что объясняется последствием всех физиотерапевтических процедур.

9. Принцип интенсификации или варьирования воздействий вытекает из способности организма приспосабливаться к повторяющимся однотипным воздействиям, в т. ч. и физиотерапевтическим. На практике данный принцип реализуется путем учащения проведения процедур (в начале курса через день, затем ежедневно), увеличения их длительности, повышения интенсивности воздействия, подключения других лечебных мероприятий. Этот принцип, как, впрочем, и другие, должен находить отражение в физиотерапевтическом рецепте.

10. Принцип динамизма лечения физиотерапевтическими факторами требует, чтобы применяемые лечебные физические средства, особенно их дозировка, соответствовали состоянию больного на любом отрезке заболевания и лечения. Кроме самой динамики патологического процесса соблюдение этого принципа требуют и многие другие обстоятельства (изменение психического состояния, возможность вторичной резистентности, уточнение диагноза, выявление сопутствующих заболеваний, изменение лекарственной терапии и др.).

11. Принцип оптимальности болезни в психиатрии подразумевает существование оптимальных путей течения болезней, дающих при острых заболеваниях наиболее качественное и полное выздоровление или наиболее благоприятное течение хронического заболевания. В этой связи в психиатрии возникают задачи оптимального управления болезнью, т. е. приведение ее к условиям оптимального развития, широко используя методы физиотерапевтического воздействия. Еще земские врачи говорили, что больного нужно *провести через болезнь*. При этом они использовали забытые нами принципы потенцирования болезней.

Актуальность принципа оптимальности болезни в психиатрии объясняется большим количеством нозологических единиц, преобладанием хронических форм течения над острыми, наблюдающимся патоморфозом, учащением терапевтически резистентных форм психозов и необходимостью оптимизировать лечебный процесс [29].

За норму болезни, в соответствии с диалектикой мер здоровья и болезни, считают такое ее течение, которое в случае острого заболевания обеспечивает наиболее высокое качество выздоровления, а в случае хронического — такое течение, когда плата организма больного за заболевание является минимальной.

Полагаем, что в психиатрии должно проводиться изучение оптимальной тактики лечения с учетом принципа оптимальности болезни. Болезнь не является чем-то исключительно патологическим, инородным по отношению к организму больного, требующим к ней агрессивного отношения, ее искоренения, ослабления и т. д. Она составляет суть самого состояния больного и реализуется через диалектику пато- и сано-генетических механизмов, а не исключительно только через одни патогенетические механизмы. Необходимо четко представлять себе клинические проявления *оптимальной и неоптимальной* форм течения заболевания, их связи с конкретными клинико-психопатологическими, патопсихологическими, электрофизиологическими, лабораторными, биохимическими и другими нарушениями в оптимальности его течения, в т. ч. учитывая степень этих нарушений и стадию в его развитии. Зная динамику показателей, отвечающую оптимальной и неоптимальной формам течения заболевания на любом из этапов развития психиатрической нозологии у конкретного больного, психиатр может определять, по какому варианту протекает заболевание и с помощью физиотерапевтических воздействий переводить течение в оптимальную форму [29].

Следовательно, нужно разработать мероприятия профилактики осложнений в развитии и течении заболеваний, а также мероприятия по их

оптимизации, приведением тех или иных функций, в т. ч. и с помощью физиотерапевтических воздействий, не к нормам здорового человека, а к значениям, по степени и моменту, наиболее полно отвечающим неосложненному течению заболевания и, более того, наиболее оптимальному в смысле наибольшего выздоровления.

12. Принцип курсового лечения физическими факторами подразумевает, что наиболее выраженный лечебный эффект большинства физических факторов наступает в результате проведения курсового лечения, продолжительность которого составляет для одних заболеваний 6-8, для других — 8-12, реже — 14-20 процедур. В этом случае морфофункциональные изменения, возникающие после проведения начальной процедуры, углубляются и закрепляются последующими. В зависимости от динамики клинических проявлений психического расстройства процедуры проводят ежедневно или с перерывами в 1-2 дня. Суммация лечебных эффектов физических факторов обеспечивает длительное последствие курса физиотерапии, которое продолжается и по его завершении. Вместе с тем продолжительное использование одного физического фактора увеличивает адаптацию к нему и существенно снимает эффективность лечебного действия. Периоды последствия большинства электро- и светолечебных факторов составляют до 4 мес., а при использовании природных лечебных факторов достигают 1 года [1]. Для оценки продолжительности курса лечения необходимо, помимо субъективной оценки больного, учитывать также динамику объективных показателей его состояния, что в психиатрии является главенствующим.

13. Принцип хронобиологии подчеркивает необходимость учета биологической ритмики организма и окружающей среды для повышения эффективности лечения [7, 11, 20, 21, 23-25]. Доказано, к примеру, что электрофоретическая проницаемость кожи человека является максимальной в поздние ночные и утренние часы. В дневное время (14.00-18.00) этот показатель снижается до минимума. Поскольку действие лекарственного электрофореза в значительной мере определяется количеством вводимого лекарственного вещества, то есть основания считать утренние часы наиболее целесообразными для проведения данной физиотерапевтической процедуры [23].

14. Принцип специфичности в проведении физиотерапии заключается в особенностях состояния и поведения психически больных, установке аппаратов вне их досягаемости, отсутствии кабин в физиотерапевтическом кабинете и неотступном контроле медицинского персонала. В процедурном кабинете должно находиться не менее двух человек (медицинская сестра и

санитарка). Стол медицинской сестры устанавливается так, чтобы она могла наблюдать за всеми больными, находящимися в кабинете. Можно отгородить аппарат небольшой ширмой.

При проведении физиотерапевтической процедуры в палате требуется присутствие медицинского персонала отделения. Поскольку при отпуске электропроцедур нельзя ориентироваться на ощущение больных, дозировка процедуры (сила тока, мощность и др.) проверяется, как нами уже отмечалось выше, только по измерительным приборам. Так как многие больные не переносят раздражающего действия постоянных токов, то следует назначать малые дозы тока [18].

15. Принцип совместимости (несовместимости) различных физиотерапевтических процедур. Не рекомендуется назначение в один день двух общих процедур, последовательное использование факторов-антагонистов, угнетающих и возбуждающих нервную систему (например, электротерапии и электрофореза кофеина). Недопустимо проведение разнонаправленных процедур (тепловых и охлаждающих), двух процедур на одну рефлексогенную или проекционную зону. Несовместимы в один день и на одно поле факторы, сходные по виду энергии (местная дарсонвализация и ультратонотерапия, СВЧ- и КВЧ-терапия), а также обладающие выраженным нейростимулирующим эффектом (диадинамотерапия, амплипульстерапия и интерференцтерапия). При амбулаторном лечении количество физиотерапевтических процедур ограничивают, а при проведении больным сложных диагностических исследований физиотерапию не проводят совсем. Следует также помнить о несовместимости применения на одно поле электро- и лазеротерапии, высокочастотной электро- и магнитотерапии, а также различных видов фототерапии. Не рекомендуется также сочетание различных физических факторов с акупунктурой [13, 19].

16. Принцип системного подхода. Этот принцип вытекает из представлений о патологической системе как патогенетической основе болезней. Патологическая система представляет собой своеобразную и сложную функциональную организацию, определяющую развитие патологического процесса. В этой связи рациональная физиотерапия должна быть одновременно этиологической и патогенетической, предполагать воздействие на детерминанту патологической системы, а также стимуляцию существующих и формирование новых антисистем как механизмов выздоровления, компенсацию нарушенных функций и поддержание устойчивого состояния здоровья. Отмеченное и является конкретным выражением и требованием системного подхода в патологии вообще и в физиотерапии в частности [12].

Как показывает клинический опыт и проведенные нами исследования, в настоящее время успех

терапевтического воздействия, особенно при таких процессуальных заболеваниях, как шизофрения, может быть достигнут лишь при системном подходе, который подразумевает не только полную клиническую обоснованность и дифференцированность каждого из методов терапии, а их постоянное взаимодействие и взаимосвязь.

Например, как показывают многочисленные наблюдения и наш практический опыт, самая адекватная и интенсивная психофармакотерапия, не подкрепленная на всех этапах терапевтического процесса адекватными реабилитационными, в том числе и физиотерапевтическими мероприятиями, весьма часто оказывается малоэффективной, достигнутый симптоматический эффект довольно быстро затухает. И, наоборот, проведенные прекрасно реабилитационные мероприятия в отрыве от медикаментозного воздействия оказываются недостаточно эффективными. Это же относится и к психотерапии.

Таким образом, лишь одновременное системное воздействие биологических, в том числе и физиотерапевтических, социально-реабилитационных, психотерапевтических и организационно-психиатрических мероприятий, взаимно потенцирующих друг друга, являются основной предпосылкой достижения стойкого терапевтического эффекта. При этом, поскольку психическое заболевание разворачивается на биологическом уровне, первичным звеном терапевтического воздействия являются биологические методы воздействия, и, в первую очередь, психофармакотерапия в сочетании с физиотерапевтическими методами и ее общим и избирательным воздействием на психопатологические синдромы, ослабление интенсивности которых сразу же создает условия для интенсивного проведения на всех этапах улучшения реабилитационных, психотерапевтических и организационных мероприятий [26, 30, 31].

Выводы. Сформулированные нами общие современные принципы физиотерапии в психиатрии, в частности их клинический аспект, бесспорно, требуют дальнейшей разработки и уточнения. Развитие физиотерапии и совершенствование представлений о сути психических расстройств и саногенеза будут вносить определенные коррективы в приведенные выше общие принципы применения физиотерапии в психиатрии и, вероятно, потребуют дополнения и пересмотра некоторых из них. Совершенно очевидно, что и в представленном виде они, как нам кажется, будут способствовать их упорядочению и повышению эффективности физической терапии у психически больных, что приведет к значительному улучшению качества жизни психически больных и будет иметь определенный экономический эффект.

Выражение признательности

Автор выражает искреннюю признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских

наук И. И. Кутько и профессору, доктору медицинских наук В. И. Маколинцу за поддержку и ценные советы в процессе подготовки данной работы.

Література

1. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия: Учебник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — 432 с.
2. Волков Е. С., Влялько В. И. Электричество на службе здоровья. — К.: Здоровья, 1989. — 88 с. (Б-ка практ. врача).
3. Клиническая физиотерапия / Оржешковский В. В., Волков Е. С., Демедюк И. А. и др. Под ред. В. В. Оржешковского. — К.: Здоров'я, 1984. — 448 с.
4. Панасюк Е. Н., Федорив Я. Н., Модылевский В. М. Общая физиотерапия и курортология. — Львов: Свит, 1990. — 144 с.
5. Соколова Н. Г., Соколова Т. В. Физиотерапия. — Ростов н / Д.: Феникс, 2003. — 320 с. (Медицина для вас).
6. Улащик В. С. Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 2003. — № 1. — С. 9–18.
7. Улащик В. С. Основные принципы использования физических факторов с лечебно-профилактическими целями // Здравоохранение Белоруссии. — 1991. — № 6. — С. 58–61.
8. Физиотерапия в России: Ежегодный справочник. — СПб: Б. и., 2002.
9. Ясногородский В. Г. Электротерапия. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
10. Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. — К.: Куприянова, 2004. — 384 с.
11. Хильдебрандт Г. Принципы действия физиотерапии и курортного лечения // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1991. — № 2. — С. 4–12.
12. Улащик В. С. Основные принципы современной физиотерапии // Вопросы физиотерапии, курортологии и реабилитации: Материалы конференции / Под общ. ред. И. А. Антонова и В. С. Улащика. — Мн.: Полымя, 1981. — С. 151–153.
13. Улащик В. С. Новые методы и методики физической терапии. — Мн.: Беларусь, 1986. — 175 с.
14. Улащик В. С. Актуальные вопросы деонтологии в физиотерапии: Лекция // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1991. — № 2. — С. 67–70.
15. Петрюк П. Т. Основные принципы применение физиотерапии в психиатрии // Актуальные вопросы в психиатрической практике. — Вып. 7. — Полтава: Б. и, 1993. — С. 105–107.
16. Петрюк П. Т. Основные современные принципы применения физиотерапии в психиатрии // Архів психіатрії. — 2004. — № 4 (39). — С. 141–146.
17. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А., Насинник О. А., Юдин Ю. Б., Юрьева Л. Н. — К.: Б. и., 2004. — С. 30–35.
18. Сосин И. Н., Сосин И. К. Физиотерапия при психических заболеваниях // Клиническая физиотерапия: Справочное пособие для практического врача / Сосин И. Н., Тондий Л. Д., Сергиени Е. В. и др. Под ред. И. Н. Сосина. — К.: Здоров'я, 1996. — С. 549–557.
19. Попов П. С. Справочник по курортологии и физиотерапии заболеваний нервной системы / Под ред. А. Я. Креймера. — 2-е изд., перераб. и доп. — Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1989. — 280 с.
20. Биологические ритмы и биорезонансная терапия / Под ред. И. З. Самосюка. — К., 2003. — 132 с.
21. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Корнетов Н. А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. — К.: Здоровья, 1988. — 208 с.
22. Лещинский А. Ф., Улащик В. С. Комплексное использование лекарственных средств и физических лечебных факторов при различной патологии. — К.: Здоров'я, 1989. — 240 с.
23. Оранский И. Е., Царфис П. Г. Биоритмология и хронотерапия (хронобиология и хронобальнеофизиотерапия). — М.: Высшая школа, 1989. — 159 с. (Научно-технический прогресс и здоровье человека).
24. Петрюк П. Т. Применение трансцеребральной гальванизации при лечении больных с шизофренией с учетом циркадных ритмов // Укр. вісник психоневрології. — 1995. — Т. № 3. — Вип. 1. — С. 202–205.
25. Хронобиология и хрономедицина / Под ред. В. И. Комарова. — М.: Медицина, 1989. — 400 с.
26. Петрюк П. Т. Комплексная терапия шизофрении с позиций системного подхода // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1996. — № 1 (2). — С. 25–27.
27. Петрюк П. Т. Комплексная терапия параноидной шизофрении // Укр. вісник психоневрології. — 1996. — Т. № 4. — Вип. 4 (11). — С. 56–57.
28. Улащик В. С. Физико-фармакологические методы лечения и профилактики. — Мн.: Беларусь, 1979. — 223 с.
29. Петрюк П. Т. Принцип оптимальности болезни в психиатрии // Укр. вісник психоневрології. — 1996. — Т. № 3. — Вип. 1. — С. 121–123.
30. Авруцкий Г. Я. Лекарственный патоморфоз и система лечения психических заболеваний // Вопросы терапии и реабилитации психически больных: Материалы Респ. научн. конф. / Под ред. проф. Е. Т. Даниленко. — Львов: Вища школа, 1975. — С. 80–83.
31. Зальцман Г. И., Черныш Г. А. О некоторых аспектах системного подхода к проблеме реабилитации психически больных // Там же. — С. 20–22.

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

Принципы включения страдающих шизофренией в психотерапевтические программы



Гончаров В. Е.

Гончаров В. Е.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. Проведене клінічне дослідження ефективності психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні шизофренії і формуванні якісної ремісії. Встановлені особливості особистості і поведінки хворого, які суттєво впливають на ефективність реабілітаційних заходів. Обґрунтована необхідність диференційованого залучення пацієнтів до психокоррекуючих програм.

Ключові слова: шизофренія, реабілітація, психотерапія.

Principles for inclusion patients on schizophrenia in psychotherapeutic program's

Goncharov V. E.

Resume. A clinical study of the effectiveness of psychotherapeutic correction in the combined treatment of schizophrenia and the formation of high-quality remission. The features of personality and behavior of the patient, significantly affecting the efficiency of rehabilitation measures. Justified the need for differential inclusion of patients in psychocorrectional program's.

Key words: schizophrenia, rehabilitation, psychotherapy.

Вступление. Среди всего спектра психических заболеваний особое место занимают шизофренические психозы. Их распространенность и социальные последствия настолько значительны, что делают решение указанной проблемы одной из приоритетных задач современной науки. Разработка и применение новых нейролептических препаратов позволили добиться определенных положительных изменений в указанном направлении. Однако, результаты клинических исследований указывают на то, что психофармакологический метод достиг предела своих возможностей.

Все чаще звучит мнение о недостаточности нейролептической терапии и необходимости комплексного подхода к устранению последствий этого труднокурабельного заболевания [1]. Приобретенный в результате проведенного исследования клинический опыт работы с больными свидетельствует о несовершенстве адаптивных психологических моделей у страдающих шизофренией.

Так Т. Л. Ряполова в своей работе указывает на высокую частоту распространенности у болеющих шизофренией регрессивного типа приспособительного поведения, проявляющегося утратой социальных позиций и различными вариантами социального снижения [2]. При этом, автор справедливо подчеркивает, что особенности приспособительного поведения зависят не только от характера патологического процесса, приводящего к регрессу активности,

но также и от ресурсов личности и использования ею защитных механизмов.

В научных кругах активно обсуждаются возможности использования различных психотерапевтических методик, взятия под опеку пациентов, страдающих шизофренией, сотрудниками социальной службы. Участие в программе реабилитации социального работника подразумевает его общение с пациентом, формирование длительных доброжелательных отношений, что само по себе несет косвенную психотерапевтическую нагрузку. К тому же, социальная служба имеет сформированную сеть и принципы работы. Речь идет о расширении ее задач путем взятия под опеку психиатрического контингента. Подобный опыт имеется в Российской Федерации и получил положительные оценки специалистов [3].

Однако, слепое подражание в формировании медико-социальной системы, существующей на сегодняшний день в экономически более развитых государствах неуместно. Между ними и Украиной существует значительный разрыв в экономических возможностях, уровне социальной интеграции, развитии института подготовки специалистов. Рационально идти по пути формирования переходной модели, опирающейся на реальные возможности страны. В то же время, нарабатывая методическую базу, формировать институт подготовки специалистов по социальной реабилитации для расширения задач системы в перспективе.

Существующая сегодня ограниченность материальных ресурсов для глобального охвата всех болеющих шизофренией медико-социальными реабилитационными программами, ставит вопрос об оптимизации указанного процесса. В данном случае речь может идти о поэтапном внедрении программы по восстановлению социальных возможностей пациентов. Фактически этот принцип уже реализуется путем приоритета, отдаваемого больным, перенесшим первый психотический эпизод. Имеющиеся клинические результаты убедительно говорят об эффективности применяемой психосоциальной модели у данного контингента, подтверждают возможность достаточно успешной ресоциализации и сведения к минимуму негативных последствий заболевания [4, 5, 6, 7].

Однако, пациенты перенесшие первый психотический эпизод составляют лишь незначительную часть страдающих шизофренией. Основная масса остается неохваченной указанными мероприятиями и получает помощь по старинке. Эти люди, их семьи нуждаются в повышении качества оказываемой обществом поддержки.

Материалы и методы исследования.

Проведенное нами исследование позволило получить результаты, имеющие практическое значение для решения указанной задачи. Оно основано на изучении 50 больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 и получающих психотерапевтическую помощь, в том числе и на послегоспитальном этапе.

Ориентация психотерапевтических методик на формирование устойчивой, адекватной и эффективной психологической модели является одним из необходимых условий возвращения пациентов к полноценным социальным отношениям.

Результаты исследования указывают на то, что пациента нельзя принуждать к участию в подобных программах. Отсутствие добровольного согласия по сути дела является прогностическим признаком бесперспективности прилагаемых усилий. Опыт работы с больными показывает, что страдающий шизофренией неспособен имитировать интерес к психотерапевтической работе. Его отношение достаточно очевидно. Важное значение имеет доходчивое объяснение того, что указанные занятия не являются повинностью, навязываемой врачом. Они представляют собой возможность, которую пациент может реализовать, получив от этого какие-то преимущества. Если пациента

заинтересовал какой-либо спектр доступных для решения проблем, то это уже дает шанс на построение комплаентных отношений. При этом, больной может сам «определить цель», направление приложения психотерапевтических усилий. Даже если при этом проявляется недостаточная адекватность, собственная «аргументация» позволяет пациенту принять решение о согласии на предлагаемую работу. Беседа с больным позволяет разъяснить ему особенности имеющегося заболевания, характерные признаки, проявляющиеся в его случае, возможные перспективы. Признание болезненного характера изменений психики ложится в основу понимания необходимости продолжения медицинских мероприятий и после стихания острых проявлений заболевания.

В исследовании установлено, что пациентами часто применяются защитные формы игнорирования проблемы, использование трактовок типа «это было случайно», «произошло от усталости, больше не повторится». Подобное частичное признание болезненного характера изменений психики является прогностически неблагоприятным в отношении соблюдения режима поддерживающей терапии. Необходима коррекция в присутствии родственников, проживающих с пациентом и являющихся для него авторитетом. В случаях, когда удастся убедить пациента, что перенесенный психотический эпизод не был случайностью, а является проявлением серьезного заболевания, становится возможным формировать долговременные терапевтические отношения.

Результаты проведенной работы указывают на то, что доверие к врачу является краеугольным камнем психокоррекционной работы, так как реакции и советы врача выступают ориентирами для перемен, совершаемых пациентом в своих умозаключениях, планах, приоритетах. Многое приходится принимать на веру и лишь через время жизненные ситуации смогут подтвердить истинность новой модели поведения. Таким образом, способность доверять другому человеку несет в себе высокий потенциал для расширения диапазона адаптивных реакций.

В проведенном исследовании установлено также то, что способность признавать допущенные ошибки, ретроспективно переоценивать пройденные ситуации имеет важное значение. Если пациент предпочитает отмалчиваться, игнорировать суть или формально нейтрально относиться к предлагаемым для обсуждения эпизодам, в которых совершил действия, повлекшие негативные последствия, то это является признаком неблагоприятным для оценки уровня готовности включиться в психотерапевтический процесс. Варианты ответа,

типа «ничего страшного», «да все нормально», «ну и что из этого?» являются проявлением неготовности к анализу и низкой перспективности прилагаемых усилий. Готовность к пересмотру имевшейся ситуации, как правило, проявляется в уточняющих вопросах и эмоциональных реакциях, отражающих переживание вновь актуализированного эпизода. Способность пересматривать собственные позиции и принципы, таким образом, отражает достаточную пластичность психологических установок и открывает перспективы для формирования более эффективных моделей поведения.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что необходимо учитывать качество ремиссии, влияние имеющихся болезненных переживаний, уровень дефицитарности на возможность критически оценивать благоприятные перспективы для себя и своей семьи. Для этого необходим более доверительный контакт, исследование когнитивных ресурсов с применением экспериментально-психологического исследования.

Особенности выполнения экспериментально-психологического исследования позволяют выявить ресурсы когнитивной сферы, сохранность критических способностей, возможность мотивировать пациента к выполнению психологических задач, что позволяет установить

диапазон допустимых функциональных нагрузок в процессе реабилитационной работы. Оценка указанных показателей позволяет ставить перед испытуемым адекватные по сложности психологические задачи, строить план реабилитации с учетом уровня способностей пациента. Выраженное снижение критических способностей, приводящее к непониманию значения выполняемой работы, сути отдельных заданий указывает на низкую перспективность возможной психологической коррекции.

Заключение. Таким образом, перечисленные принципы оценки степени готовности к активному участию в психотерапевтическом процессе позволяют выявить и включить в указанную работу в первую очередь тех пациентов, которые имеют желание и более реальные перспективы для восстановления социальной компетентности. Указанный подход позволяет добиться оптимального распределения ресурсов психиатрической службы и существенно повысить эффективность затрачиваемых усилий. В перспективе, при росте возможностей, станет реальным расширение критериев включения больных в психокоррекционную работу и увеличение числа лиц, охваченных разнонаправленными психотерапевтическими программами.

Література

1. Данилов Д. С. Лечение шизофрении / Д. С. Данилов, Ю. Г. Тюльпин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — 272 с.
2. Ряполова Т. Л. Социально-демографическая и клиническая характеристика больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 17–21.
3. Папсуев О. О. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания / О. О. Папсуев, Л. Я. Висневская, В. А. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18, № 4. — С. 69–72.
4. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
5. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Горбунова М. В. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 3. — С. 5–12.
6. Денисов Е. М. Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е. М. Денисов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 53–58.
7. Ротштейн В. Г. Образовательные программы для потребителей психиатрической помощи в системе социальной реабилитации / В. Г. Ротштейн, М. С. Кулик // Психиатрия. — 2009. — № 2. — С. 43–46.

УДК 616.89-008.1:616.212

Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа



Боднар Л. А.

Боднар Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. В статті на синдромальному рівні проаналізовані клініко-психопатологічні характеристики пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа.

Ключові слова: дефекти та деформації носа, клініко-психопатологічне обстеження, психопатологічні синдроми, ринопластика.

Clinical and psychopathological characteristics of patients with defects and deformations of the external nose

Bodnar L. A.

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

Resume. Clinical and psychopathological characteristics of patients with defects and deformations of the external nose were analyzed in the article on the syndromal level.

Key words: defects and deformations of the nose, clinical and psychopathological examination, psychopathological syndromes, rhinoplasty.

Вступ. Ніс є однією з найвиразніших частин обличчя з естетичної точки зору. Американські психологи, досліджуючи рух очей при розмові, встановили, що найбільша увага співрозмовника зосереджується саме на ділянці «очі-ніс-рот» [1]. Тому дефект чи деформація носа — патологія, яка крім фізичного недоліку, призводить до психологічної травми, результатом якої є зміна якості життя і соціального функціонування пацієнта, що проявляється в обмеженні контактів, заниженні самооцінки, зміні особистісних установок та цінностей та спонукає пацієнтів звертатися за допомогою до пластичних хірургів [2-4].

В Україні протягом останніх років реєструється значне збільшення кількості осіб, які бажають змінити форму свого носа з різних причин. Мотивами звернення до пластичних хірургів можуть бути суто медичні показання, пов'язані з травматизмом у сучасному урбаністичному суспільстві (автокатастрофи, опіки, вогнепальні поранення), онкологічною патологією, високою частотою вроджених вад, а також впливом несприятливої екологічної ситуації на прискорення процесів старіння [5-7]. Часто у таких випадках усунення деформації чи дефекту є просто необхідним не тільки з косметичної точки зору, а з метою відновлення фізіологічних функцій органу.

Особливе місце серед мотивів звернення до пластичних хірургів є бажання за допомогою змін зовнішності вирішити проблеми особистого та комунікативного характеру, відповідати певному ідеалу краси [7, 8].

Тому перед проведенням ринопластики слід правильно оцінити психічний стан пацієнтів та співставити його з тяжкістю косметичного дефекту. Важливо виокремити хворих, які дійсно потребують оперативного втручання, від осіб з надмірним естетичним відчуттям та неадекватним ставленням до свого дефекту. При цьому провідного значення набувають характерологічні особливості пацієнтів та їх реакції на дефект чи деформацію носа, від аналізу та врахування яких залежить вибір оптимальної лікувальної тактики.

Мета роботи — визначити клініко-психопатологічні характеристики пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети проведене клініко-психопатологічне обстеження 60 пацієнтів (чоловіків — 27, жінок — 33) з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики. В обстежених дефекти чи деформації (широкі крила носа, горбо- та сідлоподібний ніс, широкий (роздвоєний) кінчик носа, викривлена спинка носа, вроджене широке розташування носових кісток) були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи та не порушували фізіологічних функцій органу.

Основними мотивами звернення до пластичних хірургів було бажання досягти ідеального

образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягти успіху в професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності.

Обстеження пацієнтів проводилося за допомогою клініко-психопатологічного методу, який передбачав аналіз та характеристику скарг, анамнезу хвороби та життя, психічного стану хворих, супутньої соматичної та неврологічної патології.

Психічні та поведінкові розлади, виявлені в ході проведеного дослідження, реєстрували та систематизували на синдромальному рівні.

Результати та їх обговорення. Проведені дослідження показали, що у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики, виявлені різні варіанти несприятливих психопатологічних синдромів.

Провідні клінічні синдроми відображені на рис. 1. Як видно з рис. 1, в обстежених найчастіше ($n = 23 - 38,3\%$) проявлялася депресивна симптоматика і, відповідно, діагностувався депресивний синдром як окремо, так і у різних поєднаннях.

Провідними скаргами пацієнтів були: знижений настрій, швидка втомлюваність і зниження працездатності, загальмованість мислення, порушення сну, втрата апетиту, рідше — періодичний головний біль, коливання артеріального тиску та зниження лібідо. Пригнічення стану хворі пов'язували із переживаннями через наявний дефект чи деформацію носа. Низька самооцінка, уявлення про свою недосконалість, неспроможність та непривабливість супроводжувались негативізмом у відношенні до теперішнього та майбутнього, переконанням у відсутності перспектив щодо можливості отримувати від життя задоволення. Більшість пацієнтів з депресивною симптоматикою скаржилися на невмотивовану тривожність, внутрішній неспокій, напругу, страх перед операцією, нав'язливе очікування

невдалого результату, що дозволило діагностувати тривожно-депресивний синдром.

Практично з однаковою частотою у хворих з депресивними проявами діагностували астено-депресивний та депресивно-іпохондричний синдроми ($n = 4 - 6,6\%$ та $n = 5 - 8,3\%$ відповідно). Обстежені з астено-депресивною симптоматикою були дратівливі, плаксиві, відрізнялися підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників. Хворі з депресивно-іпохондричним синдромом мали численні соматичні скарги, постійно концентрувалися на неприємних відчуттях в тілі та власному дефекті.

У 3 пацієнтів (5 %) депресивні симптоми поєднувалися з obsесивним компонентом, який мав вторинний характер по відношенню до депресивного синдрому. На когнітивному рівні у пацієнтів з'являлися нав'язливі ідеї особистої неповноцінності та непривабливості, відсутності виходу з даної ситуації, що безпосередньо пов'язувалась з наявністю косметичного недоліку.

Прослідковувалися особливості депресивних реакцій залежно від часу виникнення патології. Так, в осіб з набутою в зрілому віці деформацією рівень депресії виявлявся вищий, порівняно з пацієнтами з вродженою патологією, які більш адаптовані до дефекту.

Майже у третини обстежених ($n = 17 - 28,4\%$) відмічалися прояви тривожного синдрому. Тривога проявлялася відчуттям занепокоєння з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації та бажанням її уникнути. Когнітивний компонент тривоги характеризувався станом внутрішньої напруги, песимістичним поглядом на майбутнє, нав'язливими думками щодо необхідності провести корекцію дефекту носа, та супроводжувався неприємними емоційними переживаннями. Моторний компонент включав непосидючість, тремтіння,

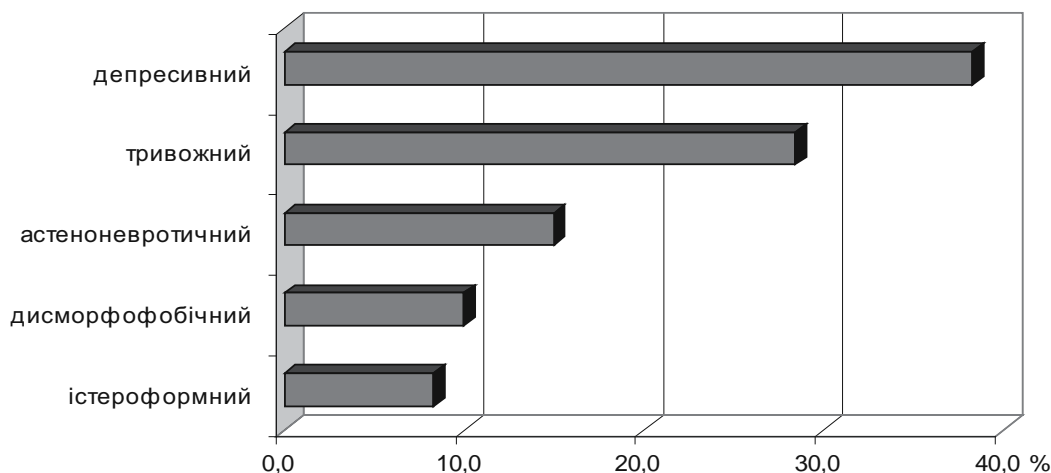


Рис. 1

Основні клінічні синдроми у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа

метушливість, головний біль. В усіх тривожний синдром супроводжувався вегетативними проявами: тахікардією, гіпергідрозом, лабільністю артеріального тиску, запамороченням.

У частини обстежених з тривогою ($n = 8 - 13,3\%$), клінічну картину доповнювали різноманітні сумніви, страхи та побоювання результатів операції, що дозволило діагностувати тривожно-фобічний синдром. У цих хворих фобії мали переважно політематичний характер та проявлялися антропофобіями — боязню людей, допитливих поглядів, скотофобіями — страхом насміхань, і як наслідок, кайрофобіями — страхом перед незнайомими людьми). Тому хворі намагалися уникати знайомств, зустрічей з людьми, замикались у собі, ставали аутичними. Нав'язливі спогади подій, що призвели до формування дефекту чи деформації, були характерні для осіб з набутими вадами, часто супроводжувалися нав'язливими уявленнями іншого, більш вдалого завершення подій.

Прояви астено-невротичного синдрому загалом виявили у 9 (15,0 %) обстежених. Так, більшість скаржилися на загальну слабкість, швидку втомлюваність і зниження працездатності, важкість зосередження, концентрації уваги, малопродуктивність мислення, пітливість, рідше — періодичний головний біль та порушення сну. Привертати увагу зміни психоемоційного стану обстежених: виражена емоційна лабільність, тривалий поганий настрій з втратою цікавості до життя та концентрацією думок на власному дефекті.

Істероформний синдром діагностований у 5 (8,3 %) пацієнтів. Демонстративний радикал проявлявся показністю поведінки, бажанням постійно привертати увагу до своєї особистості. Спроби привернути увагу здійснювались завдяки підвищеній комунікабельності, показній

екстравагантності, акцентуванні емоційних реакцій, маніпулюванню оточуючими.

У 6 (10,0 %) обстежених діагностований дисморфофобічний синдром, що проявлявся надмірним занепокоєнням з приводу дефекту зовнішнього носа, який у цих пацієнтів був незначний і майже непомітний. Основними характеристиками симптомокомплексу були: активне прагнення до виправлення «дефекту», виражені ідеї відношення, депресивний або субдепресивний фон настрою. Обстежені мали надцінний комплекс уявлень щодо наявності фізичного недоліку, який надзвичайно негативно впливав на їхнє соціальне та міжособистісне функціонування. Хворі постійно приглядалися до «дефекту», фіксували на носі увагу, постійно доторкалися до нього; скаржилися, що відчують надмірну увагу оточуючих до носа і неприємне ставлення до себе. Характерним для більшості пацієнтів було гіпертрофоване прагнення всіма можливими способами приховати «ваду», використовуючи винаходи косметичної індустрії та яскраві прикраси. Досить часто такі спроби були відверто невдалими і призводили до абсолютно зворотного результату.

Висновки. У пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики, діагностували широкий спектр неспсихотичних психічних розладів, серед яких переважала тривожно-депресивна симптоматика. Найчастіше виявляли депресивний (38,3 %), тривожний (28,4 %), рідше — астено-невротичний (15 %), дисморфофобічний (10 %) та істероформний (8,3 %) синдроми.

Таким чином, пацієнти з дефектами та деформаціями зовнішнього носа потребують індивідуальної психотерапії та психокорекції виявлених порушень з подальшим визначенням оптимальної лікувальної тактики.

Література

- Gregory R. J. Thematic stages of recovery in the treatment of borderline personality disorder / R. J. Gregory // *Am. J. Psychother.* — 2004. — № 58 (3). — P. 335–48.
- Матвеев В. Ф. Психические нарушения у больных с врожденными косметическими дефектами лица / В. Ф. Матвеев, С. В. Попилина // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.* — 1973. — № 5. — С. 725–730.
- Хритинин Д. Ф. Психические расстройства у пациентов с челюстно-лицевыми деформациями при реконструктивных пластических операциях / Д. Ф. Хритинин, С. В. Прохорова, А. П. Дудаева // *Психическое здоровье.* — 2008. — № 12. — С. 17–21.
- Хритинин Д. Ф. Пограничные психические расстройства у больных с деформациями челюстно-лицевой области / Д. Ф. Хритинин, А. П. Дудаева // *Dental Forum.* — 2007. — № 4. — С. 47–54.
- Боймуратов Ш. А. Частота встречаемости переломов костей носа среди травм лица / Ш. А. Боймуратов // *Российская ринология.* — 2006. — № 6. — С. 4–6.
- Каневская Я. А. Нервно-психические расстройства у лиц с косметическими дефектами: автореф. дис. ... канд. мед. наук.: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Я. А. Каневская. — Оренбург, 2004. — 20 с.
- Герасименко Л. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з косметичними дефектами та деформаціями обличчя і їх психотерапевтична корекція: дис. ... канд. мед. наук.: 19.00.04 / Герасименко Лариса Олександрівна. — Полтава, 2007. — 172 с.
- Honigman R. J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery / R. J. Honigman, K. A. Phillips, D. J. Castle // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2004. — Apr 1;113(4). — P. 1229–37.

УДК: 616.89-008.446

Мотивація гемблінгу та її кількісна оцінка



Аймедов К. В.

Аймедов К. В.

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

Резюме. Досліджено застосування мотиваційного опитувальника участі в азартних іграх як діагностичного інструменту гемблінг залежності. Виявлена чутливість у діагностиці наявності ігроманії та оцінці позитивних змін при терапії вказаної патології.

Ключові слова: гемблінг, мотивація, діагностика залежності.

Motivation of gambling and quantitative estimation

Aymedov K. V.

Resume. Application of a motivational questionnaire of participation in gambling's as diagnostic tool gambling dependences is investigated. Find out sensitivity in presence diagnostics gambling and an estimation of positive changes at therapy of the specified pathology.

Key words: gambling, motivation, dependence diagnostics.

Адиктивні захворювання, незалежно від природи адиктогену (хімічна чи поведінкова залежність), мають схожі мотиви, які призводять до формування та існування будь якої залежності [1]. Мотивація – це найважливіший фактор підвищення ефективності діяльності, процес особистого зацікавлення у розв'язанні власних проблем, поставлених задач та досягненні бажаних цілей. Розуміння змісту мотивації, знання про те, чому люди роблять те, що вони роблять – необхідна передумова для того, щоб допомогти їм реалізувати власні мотиви та попередити випадки, коли мотивації можуть викликати певні ускладнення. Позитивна соціально спрямована мотивація ґрунтується на поєднанні реальних цілей, життєвих цінностей і установок, очікувань і потреб особи з цілями суспільства. Людина яка поділяє цілі й усвідомлює цінності свого мікросоціуму, здатна визначити собі завдання, знаходити шляхи їх вирішення, здійснювати самоконтроль, тобто переходити від зовнішнього мотивування до самомотивування. Воно можливе за певних об'єктивних умов, серед яких важливу роль відіграють задоволення первинних потреб особистості, висока культура суспільства та критичне саморозуміння [2]. При порушенні цих складових лікар-психотерапевт повинен забезпечити розвиток позитивних мотивів у хворого, створити ситуаційне поле, яке спонукатиме пацієнта робити те, що від нього очікують. Для цього потрібно використати методи мотивації (способи впливів на особу для досягнення цілей суспільства), які можуть різнитися за об'єктами мотивації, використовуваними стимулами, видами потреб, спрямованості і т. д.

Добре, якщо хворі знатимуть, що вони мають у житті міцні позиції, їх діяльність — суспільно корисна, а місія — висока й гідна. Краще це робити у приємному колективі, атмосфері взаємоповаги та загальної готовності допомагати один одному, де всі учасники будуть працювати не лише ефективно, але й з насолодою. Особливо продуктивно є праця, коли очевидна особиста роль у процесі досягнення поставлених цілей, відчуття причетності до позитивних змін й підвищення власних соціальних успіхів, зростання лояльності оточуючого суспільства. Від факту наявності емоційного підкріплення [3].

Будувати терапію залежності важливо з урахуванням її мотиваційної складової, особливо психотерапевтичну частину і формування життєвих цілей при одержанні ремісії. Враховуючи цей факт ми модифікували опитувальник на алкогольну залежність [4], адаптуємо його для патологічних гравців [5].

Мета дослідження. За допомогою спеціально розробленого нами опитувальника з'ясувати мотивацію осіб хворих на патологічну схильність до азартних ігор. Кількісно її оцінити та дослідити зміну мотивації у результаті терапевтичного впливу.

Поставлені завдання:

1. Визначитись з поняттям мотивації, а саме мотивації залежності від азартних ігор.
2. За допомогою розробленого нами опитувальника по виявленню мотивації патологічних гравців, з'ясувати основні типи мотивів участі в грі у дослідженого контингенту.

3. Кількісно оцінити мотивацію гемблерів, та розподілити їх по ступеню важкості.
4. Провести оцінку зміни мотивації у результаті лікування ігromанії та кількісно обґрунтувати мотиваційну динаміку.
5. Отримані дані проаналізувати та впровадити метод у лікувальну практику наркологічних та психіатричних закладів.

Матеріали та методи. Досліджено 79 осіб, чоловічої статі з діагнозом за МКХ-10, патологічна схильність до азартних ігор. Віком 21-46 років. Стаж ігрової діяльності був від 1,5 до 8 років. Сімейні та не одружені, різного рівню достатку та які відрізняються за соціальною роллю, що підкреслює об'єктивність проведеного дослідження та визначає чутливість опитувальника при застосуванні на неоднорідному контингенті з різним ступенем важкості захворювання (ми маємо на увазі ігровий стаж, термін гри та кількість втрачених на гру грошей).

Дослідженні розподілені на дві групи. Перша — 38 осіб та друга — 41 особа. У першій групі проводили фармакотерапію антиконвульсантом (депакін-хроно у добовій дозі 300 мг) та при виявленні надцінної складової у процесах мислення додатково вводився у терапію атипичний нейрорептик (соліан у добовій дозі 200 мг), також проводилась психотерапевтична (когнітивно-поведінкова) робота. Курс комплексної терапії складав два місяці. Друга група, за вказаний термін, ні якої терапії не отримувала.

На використаний опитувальник нами отримано патент [5], який впроваджено як спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор з аналогічного відомого діагностичного опитувальника на патологічну мотивацію у хворих на алкогольну залежність, який містить сорок п'ять питань, розподілених на дев'ять диференціально-діагностичних шкал, згрупованих у три тріади, що розкривають характер залежності та її мотиваційну основу. Однак, вказаний метод має низку недоліків: він не відбиває сутність сучасних форм хвороб залежності, не розкриває динаміку їх формування, що врешті не сприяє розробці ефективних методів корекції; формулювання питань не дозволяє застосувати опитувальник у хворих на нехімічні (поведінкові) форми залежності. Найближчим до запропонованого є модифікований діагностичний опитувальник на патологічну мотивацію у хворих на опійну наркоманію. Він також складається з сорока п'яти питань, розподілених на дев'ять диференціально-діагностичних шкал, згрупованих у три тріади. Стосовно опійної залежності опитувальник дозволяє побудувати ієрархію мотивів, що спонукають до вживання

наркотичної речовини. Але діагностика приведеним способом є вузько направленою тільки на хворих опійною залежністю. Інформація, одержана за допомогою опитувальника, не може бути використана для побудови реабілітаційних програм (фармакологічна та психотерапевтична корекція) стосовно поведінкових порушень, що є еквівалентами нехімічних форм залежності. Зокрема, не дозволяє впливати на афективні розлади внаслідок відмови від повторювання патологічного поведінкового патерну, що є аналогом відмови від вживання психоактивних речовин при хімічних формах залежності. Як відомо, у осіб з тривалою поведінковою залежністю існує велика ймовірність розвитку ускладненого синдрому відміни, що, згідно з сучасними даними, супроводжується афективними розладами, які є домінуючими серед інших психологічних станів та призводять до загострення патологічного потягу. За відсутності корекції афективних розладів ремісія, що формується, є нестійкою та призводить до раннього рецидиву.

У основу запропонованого нами спеціального опитувальника для хворих на патологічну схильність до азартних ігор було покладено задачу вдосконалення способу діагностики та виявлення патологічних мотивів до участі у грі з метою наступної корекції патологічного потягу у структурі адиктивної поведінки шляхом використання фармако- та психотерапії, що сприяє досягненню стабілізації стану хворого та переходу у тривалу стійку ремісію. Поставлена задача вирішувалась тим, що провідним інструментом корисної моделі є діагностичний опитувальник з метою виявлення домінуючої патологічної мотивації.

Спосіб проводиться наступним чином. Хворому пропонують відповісти на питання опитувальника та потім оцінюють його відповіді, угрупувавши їх по диференціально-діагностичним шкалам та підраховували отримані бали. Опитувальник має вигляд стверджень, кожне з яких хворий повинен оцінювати від нуля до трьох балів. Ствердження мають вигляд незакінчених речень, наприклад, я грав у азартні ігри, і їде перелік речень, — щоб отримувати однакові відчуття із друзями, чи щоб забути, відволіктися від усього неприємного, але це змінює все навколишнє, надає сенс життю і таке інше, взагалі сорок п'ять прикладів. Відповідь на кожне питання оцінювалась так: часта причина — 3 бали; іноді, досить рідка причина — 2 бали; майже ніколи, дуже рідка причина — 1 бал; ніколи — 0 балів. Розподіл стверджень по шкалах був наступним: I шкала — ствердження 1,10,19,28,37; II — 2,11,20,29,38; III — 3,12,21,30,39; IV — 4,13,22,31, 40; V — 5,14,23,32,41; VI — 6,15,24,33,42; VII — 7,16,25,34,43; VIII — 8,17,26,35,44; IX — 9,18,27,36,45.

Де, I — група соціально-психологічних мотивів, що включають: 1) комунікативні мотиви, пов'язані зі спілкуванням із групою — діяльність, спрямована на створення нових знайомств, зустрічі, розваги та ін.; 2) субмісивні мотиви, що відбивають приймання участі в грі у результаті тиску з боку; 3) соціально-інтегративні мотиви, що свідчать про бажання за допомогою гри інтегруватися у референтну групу, долучитися до тих або інших цінностей групової субкультури.

II — мотиви, пов'язані, в основному, з бажанням змінити власний стан: 1) гедоністичні — прагнення отримати відчуття ейфорії або стимулювати фізичний і психічний стан; 2) мотиви перемикання афекту — бажання нейтралізувати негативні емоційні переживання; 3) мотиви гіпермотиваційної напруги — прагнення підсилити з метою фіксації позитивні психічні відчуття.

III — властиво патологічні мотиви, що констатують хворобливий потяг: 1) мотив відновлення вітальної активності — прагнення відновити загальний життєвий (фізичний і психічний) тонус на початку абстиненції, коли одержання ейфорії є неможливим у зв'язку з високою «толерантністю» й складністю подальшого збільшення «доз»; 2) мотив залежності — фіксація у свідомості obsесивного потягу до гри (психічної залежності); 3) мотив компульсивного потягу — нескориме прагнення грати (фізичної залежності); один з компонентів — прагнення ліквідувати за допомогою ігрової діяльності прояви синдрому відміни (абстиненції).

На момент патентування запропонованим способом було проведено діагностику 36 хворих з одержанням результатів на відповіді, які дали змогу провести адекватну та ефективну корекцію патологічного потягу до гри та сформувати стійку тривалу ремісію.

Наведемо клінічний приклад. Хворий П., 37 років, поступив до клініки з діагнозом «патологічна схильність до азартних ігор». Раніше декілька разів проходив лікування з цього приводу у різних спеціалістів та різних установах. Після проведеної діагностики аналіз результатів дав змогу провести адекватну та ефективну корекцію патологічного потягу до гри за допомогою когнітивно-біхевіоральної терапії на тлі фармакотерапії (депакін-хроно 300 мг на добу) та сформувати стійку тривалу ремісію. Жодних ускладнень у хворого, синдрому відміни не спостерігалось. Протягом року хворий повністю утримувався від участі у азартній грі.

У порівнянні з прототипом, запропонований нами спосіб дозволяє виявляти патологічну мотивацію у хворих на патологічну схильність до азартних ігор, що у наступному дає можливість проводити відповідну фармакологічну та психотерапевтичну корекцію різноманітних поведін-

кових порушень, які є еквівалентами нехімічних форм залежності у тому числі і афективних розладів. Останні виникають у періоді відмови від повторювання патологічного поведінкового акту, що є аналогом відмови від вживання психоактивних речовин при хімічних формах залежності. Корекція афективних порушень, у свою чергу, призводить до формування стійкої тривалої ремісії, а також дозволяє скоротити термін стаціонарного лікування та проводити ранню профілактику загострення патологічного потягу до гри.

Таким чином, отриманий патент дав можливість провести більш масштабне дослідження, у двох групах залежних, оцінити чутливість опитувальника до змін викликаних психофармакотерапією в одній з груп та порівняти дані з другою групою де терапію не проводили, що у свою чергу підкреслило адекватність та ефективність проведеної терапії, а також підкреслило важливу роль використаного опитувальника у ранньої діагностики патологічної схильності до азартних ігор.

Результати та їх обговорення. Дослідження підкреслило провідну роль мотивації не тільки у формуванні патологічної ігрової залежності, але і в визначенні поняття мотиву та мотивації відносно поведінкової адикції. Мотивація (movege) — спонукання до дії, динамічний процес фізіологічного й психологічного плану, керуючий поведінкою людини. Мотив (moveo — рухаю) — це «предмет», досягнення якого виступає змістом діяльності, це одне з ключових понять психологічної теорії діяльності, що розроблявся провідними радянськими психологами А. Н. Леонтьєвим та С. Л. Рубинштейном [6]. Найбільш просте визначення мотиву в рамках цієї теорії: «Мотив — це опредмечена потреба». Мотив часто плутають із потребою й метою, однак потреба — це, по суті, неусвідомлюване бажання усунути дискомфорт, а ціль — результат свідомого цілеполагання. Наприклад: спрага — це потреба, вода — це мотив, а пляшка з водою, до якої людина тягнеться — це мета. У ланках проведеного дослідження нема потреби детально зупинятись на теорії мотивації Абрахама Маслоу — ієрархічної системі потреб людини, який у 1943 р. висловив припущення, що людська поведінка визначається широким спектром потреб. Він розбив потреби на п'ять типів та розташував їх у визначеній ієрархії (піраміда Маслоу). У підґрунті цієї ієрархії є насущні потреби (їжа, вода, житло), а на вершині — більш високі індивідуальні запити (визнання, самовираження). За Маслоу людина — це «тварина, що постійно чогось хоче». Коли потреби самого нижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня

ієрархії. Відомою є теорія мотивації Фредеріка Герцберга, 1960 р. який з'ясував, що існують два абсолютно різних набори чинників, пов'язаних із почуттям задоволення та незадоволеності роботою. Теорія Ф. Герцберга — це природне продовження теорії А. Маслоу: мотиватори сконцентровані на верхніх рівнях ієрархії потреб, тоді як гігієнічні фактори являють собою потреби нижніх рівнів. Теорія очікувань В. Врума ґрунтується на посиленні, що мотивація досягається винагородами. Якщо очікування високі, то сила спонукаючого мотиву зростає. Отриманий раніше позитивний досвід в аналогічних ситуаціях підкріплює сподівання. Навпаки, якщо очікування не справджуються, виникає відчуття марності зусиль, внаслідок чого зменшується мотивація, що з успіхом ви користується у різних лікувальних та психотерапевтичних програмах. Існує модель Портера-Лоулера — комплексна теорія мотивації, що містить елементи попередніх теорій. Теоретичний аналіз різноманітних моделей мотивації показав як позитивні, так і негативні аспекти їх використання, і це природний процес, оскільки немає ідеальної моделі стимулювання, яка відповідала б різноманітним потребам індивідів [7]. Умовно, різноманітні теорії мотивації можливо розподілити на дві категорії: змістовні (теорія потреб Туган — Барановського, ієрархія потреб Маслоу, теорія потреб Маккеланда, двофакторна теорія Герцберга); та прецесійні (теорія сподівань Врума, теорія справедливості, комплексна прецесійна теорія Портера і Лоулера). Аналіз наукових джерел даної проблематики показав, що існує велика кількість досліджень, які належать таким вченим А. Леонтьєв, В. Зігерт, М. Ланг, Дж. Шоннесі, С. Керролл, Г. Тосі, А. Маслоу, Ф. Герцберг, Д. Маккелланд, В. Врум, К. Левін, Д. Макгрегор та інші. У різних країнах є багато теорій мотивації, наприклад це такі моделі як: «батога та пряника», первинної та вторинної потреби, внутрішньої та зовнішньої винагороди, факторна модель стимулювання, теорія справедливості, сподівання, соціальної справедливості та інші. Існуючі моделі мотивації надзвичайно різноманітні за своєю спрямованістю та ефективністю практичного впровадження, але більшість з них придатні для використання лише у вузькому «секторі».

Проблема вивчення мотивацій лише з психологічного аспекту, не дає можливості чітко визначити, що ж спрямовує людину до діяльності. Однак дослідження поведінки особистості у процесі активності подає певні загальні трактування мотивації діяльності суб'єкта, але навіть вони дозволяють розробляти прагматичні моделі. У власному дослідженні та при вивченні доступної літератури нами з'ясовано, що мотивація не є рівномірним процесом, який від початку до кінця

пронизує поведінку індивіда, членів спільноти. Мотивація формується на основі тих різноманітних процесів, які здійснюють функцію саморегуляції на окремих фазах поведінки. Від мотивації залежить, як і в якому напрямку будуть використовуватися різноманітні функціональні здібності. Мотивацією пояснюється вибір між різноманітними можливими діями, між різноманітними варіантами сприйняття і можливим змістом мислення. Як і все в людській психіці, мотив не має окремого ізолюваного існування. Для того, щоб розібратися в специфіці людської поведінки, необхідно розглянути відношення між власне діяльністю і діями, що реалізують її та відповідають свідомій меті. Вказані відношення між діяльністю і дією, між мотивами і метою знаходять своє вираження в психіці людини і відтворюються у внутрішній будові її свідомості. За словами Д. А. Леонтьєва, зміна мотиву змінює не значення мети та дії, а їх сенс для людини. Це означає, що найбільш важливі колізії особистості розгортаються в площині відношень між мотивами, а не обмежуються окремо взятою діяльністю [8]. В розумінні С. Д. Смирнова, «мотив у дійсності це сплав різноманітних мотивів різного ієрархічного рівня, — і тому... мотив діючий є таким же індивідуальним і неповторним, як сама діяльність» [9]. Активну сутність особистості надають її мотиви. Але мотив характеризує не стільки особистість, скільки обставини, в яких вона опинилась в процесі життя. Особистість є вищою інтегруючою інстанцією, що керує психічними процесами. Особистість характеризується активністю і, за словами О. В. Шорохової, виступає не як детектор зовнішніх впливів, а як сила, що виконує активну роль у перетворенні зовнішнього світу [10]. Таку активну сутність особистості надають саме її мотиви. Вони охоплюють собою усі структурні утворення особистості, особливо її спрямованість, характер, емоції, здібності, діяльність і психічні процеси. «Мотив відображає стан цілісної структури особистості, він враховує «Інтереси» усіх систем і є регулятором самих збудників». Мотив часто визначається як те, чим свідомо спрямовується діяльність людини по задоволенню своїх потреб. Такий підхід у вивченні мотивів дозволяє розглядати їх як особистісні суб'єктивні утворення. Тому необхідні спеціальні способи й засоби виявлення психологічних проявів і виражень мотиву, котрі були б дані людині мовою смислу й переживань, через їх посередництво.

Виходячи з цього нами враховано досвід та теоретичний підхід різних вчених до вивчення мотиваційної складової особистості та відбитком вказаної діяльності була розробка власного опитувальника для вивчення аспектів та кількісна оцінка виразності мотивів до азартної гри у патологічних гравців.

Висновки:

1. Досліджена мотивація хворих на гемблінг залежність дозволила з'ясувати аспекти формування залежності від азартних ігор.
2. За допомогою власноруч розробленого опитувальника по виявленню мотивації патологічних гравців, з'ясовано основні типи мотивів участі у грі дослідженого контингенту хворих.
3. З'ясовані типи мотивів участі у патологічній азартній грі дослідженого контингенту хворих, кількісно оцінено, та отримано їх розподіл по ступеню важкості.
4. Проведена оцінка зміни мотивації у результаті лікування ігromанії та кількісно обґрунтовано мотиваційну динаміку обстеженого контингенту.
5. Аналіз отриманих даних дозволяє впровадити метод у лікувальну практику наркологічних та психіатричних закладів України.

Література

1. Сосновский Б. А. Мотивационно-смысловые образования в психологической структуре направленности личности / Б. А. Сосновский // Дис. на соиск. уч. ст. доктора психол. наук. — Москва, 1992.
2. Вилюнас В. К. Эмоции и ситуативное развитие мотивации / В. К. Вилюнас // Тезисы докладов конференции «Развитие эргономики в системе дизайна». — Боржом, 1979. — С. 243–244
3. Леонтьев В. Г. Мотив как интегральный побудитель и регулятор деятельности / В. Г. Леонтьев, С. А. Банков // Мотивация учебной деятельности. — Новосибирск, 1983. — С. 40–48.
4. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов // Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.
5. Бітенський В. С. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В. С. Бітенський, К. В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00, № 47406 від 25.01.2010, № u200911269. — Бюл. № 2.
6. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А. Н. Леонтьев // Москва, 1975. — 144 с.
7. Патяева Е. Ю. Ситуативное развитие и уровни мотивации / Е. Ю. Патяева // Вестник МГУ, «Психология», 1983. — № 4. — С.29–32.
8. Леонтьев Д. А. Структурная организация смысловой сферы личности / Д. А. Леонтьев // Дис. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. — Москва, 1988.
9. Смирнов С. Д. Психологическая теория деятельности / С. Д. Смирнов // Вестник МГУ, «Психология», 1978. — № 2. — С.14–19.
10. Шорохова Е. В. Психологический аспект проблемы личности / Е. В. Шорохова // Теоретические проблемы психологии личности. — Москва, 1974. — С. 27–33.

Характеристика типов отношения к болезни у лиц, зависимых от психоактивных веществ

Андрух П. Г.

Кафедра психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины

Резюме. Дослідження хворих із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) виявило у всіх обстежених дезадаптивне ставлення до хвороби, обумовлене їх особистісними особливостями, а також ставленням до життя і навколишнього середовища, що веде до порушення їх особистісного і соціального функціонування. Для створення оптимальних умов терапії залежно від ПАР, формування правильної мотивації на лікування важливим є установки пацієнтів на отримання допомоги та лікування, неадекватні типи реагування на хворобу повинні виступати мішенями психотерапевтичних та психокорекційних заходів..

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, тип ставлення до хвороби, психотерапія, психокорекція.

Description of types of relationship to disease in persons substance dependence

Andrukh P. G.

Resume. Study of patients with dependence on psychoactive substances (PAS) revealed in all the examined maladaptive relationship to disease, due to their personal characteristics and attitudes toward life and environment, leading to a breach of their personal and social functioning of the. To create optimal conditions for treatment of psychoactive substance dependence, for forming the proper motivation for treatment is an important setting of patients to receive care and treatment, inadequate types of responses to the disease should act targets of psychotherapeutic and psycho-correction-discriminatory measures

Key words: psychoactive substance, dependence, the type of attitude to illness, psychotherapy, psycho-correction.

Психологический тип реагирования на болезнь, являясь индивидуальным и сознательным, определяется не только мировоззренческими установками, уровнем образования и культуры больных, но и зависит от природы самого заболевания, личностных особенностей пациентов и — опосредовано — представлениями о данном заболевании в значимом для больного микро-социальном окружении, в той среде, к которой он принадлежит. Больные с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в силу специфики болезненных проявлений занимают особое место. Особенность больных с зависимостью состоит прежде всего в том, что в их лечении заинтересованы прежде всего не они, а их близкие родственники. Успех лечебных мероприятий, направленных на формирование и сохранение ремиссии, будет зависеть от установок пациента на лечение. Чаще всего наркологический больной имеет неадекватные личностные реакции на болезнь (хотя и может признавать факт болезни и необходимость лечения), что затрудняет установление оптимальных терапевтических отношений и мешает проведению эффективной терапии.

На этапе сформированной болезни имеются разнообразные патоперсоналогические изменения, проявляющиеся на всех уровнях личностного функционирования — когнитивном, аффективном и конативном. Когнитивный компонент включает знания о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на дальнейшую жизнь

больного. Ощущения и переживания болезни, а также самой ситуации, ею обусловленной, относятся к аффективному, или эмоциональному компоненту. Конативный, или поведенческий компонент связан с обусловленными болезнью реакциями, приводящими к адаптивному или дезадаптивному к ней отношению, и определенному поведению, связанному с заболеванием. Психологические реакции на заболевание могут быть совершенно различными у разных больных. Это может быть как принятие пациентом роли больного, так и активная борьба с болезнью, либо игнорирование ее, либо наличие пессимистического настроения, а также может встречаться адекватное, психологически комфортное отношение к своему заболеванию, способствующее тем самым выздоровлению больного. Все терапевтические и реабилитационные мероприятия будут иметь различное значение и приводить к различным результатам в зависимости от типа отношения больного к своему заболеванию.

Характеристика обследованных. С соблюдением условия информированного согласия и в соответствии с принципами доказательной медицины нами было обследовано 726 лиц, страдавших зависимостью от различных видов психоактивных веществ, среди которых были выделены следующие основные контингенты (470 лиц):

- лица с зависимостью от алкоголя (200 больных);

- лица с зависимостью от опиоидов (180 больных);
- лица с зависимостью от психостимуляторов (90 больных).

Данные три группы были выбраны в силу следующих критериев:

- широкой распространённости употребления данных видов ПАВ в популяции;
- социальной значимости (тяжёлые социально-экономические потери: высокая вовлечённость лиц молодого, трудоспособного возраста; выраженная криминогенность);
- «модельности» этих групп зависимостей по многим параметрам в отношении изменений процессов эмоциогенеза и, в частности, проявлений эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств,
- наличие чётких клинических критериев и официально установленного диагноза;
- возможности ограничения их в качестве «мононаркоманических» форм.

Методика исследования. Особенности реагирования на болезнь у пациентов с зависимостью от ПАВ в данном исследовании были изучены с помощью методики психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ). Данная методика позволяет получить развернутую характеристику системы отношений личности, связанных с заболеванием, и предусматривает 13 типов отношения к болезни. Типы отношения к болезни, выявленные у обследованных нами пациентов, представлены в табл. 1.

Как свидетельствуют данные таблицы, для пациентов с зависимостью от алкоголя наиболее характерными ($p < 0,05$) были сенситивный, тревожный и ипохондрический типы реагирования на болезнь, несколько реже отмечался у них анозогнозический тип.

При сенситивном типе реагирования на болезнь отмечается чрезмерная озабоченность

больных возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их заболевании. Они опасались, что окружающие будут их избегать, узнав об их болезни, пренебрежительно к ним относиться, осуждать, считать неполноценными. Мнение и реакция окружающих на сведения об их болезни для больных очень значимы, особенно они опасались неблагоприятного отношения со стороны своих близких. Больные с алкогольной зависимостью часто испытывают стыд и чувство вины в связи с наличием у себя проявлений алкоголизма, как правило, у них формируется представление о собственной неполноценности, особенно в социальном плане, как следствии злоупотребления алкоголем.

Тревожный тип отношения к болезни характеризуется проявлениями мнительности и беспокойства пациентов в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, побочных эффектов от приема лекарств, неэффективности лечения; их основой выступают изменения, которые возникают в обыденном течении жизни больных в связи с заболеванием. Тревога проецируется в будущее, у пациентов формируются опасения, что болезнь существенно меняет привычный стереотип их жизни, что у них могут возникнуть неприятности в жизни, на работе, в семье в связи с их зависимостью. Пациенты придирчиво относятся к медицинскому персоналу, не доверяют получаемым от врачей сведениям об алкоголизме, что можно трактовать как проявления тревоги. Несмотря на угнетенное и тревожное настроение, они предпочитают не жаловаться. Защитой от тревоги могут выступать вера в приметы и соблюдение ритуалов.

Для пациентов с ипохондрическим типом реагирования характерна сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях. Они стремятся постоянно жаловаться окружающим

Таблица 1

Характеристика типов отношения к болезни у обследованных больных с зависимостью от ПАВ (в процентах)

| Типы отношения к болезни | Группы обследованных | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|------|--|------|
| | зависимые от алкоголя, $n = 200$ | | зависимые от опиоидов, $n = 180$ | | зависимые от психостимуляторов, $n = 90$ | |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Гармоничный | 2 | 1,0 | — | — | — | — |
| Эргопатический | 4 | 2,0 | — | — | — | — |
| Анозогнозический | 23 | 11,5 | 28 | 15,6 | 10 | 11,1 |
| Тревожный | 41 | 20,5 | 9 | 5,0 | 4 | 4,4 |
| Ипохондрический | 34 | 17,0 | 6 | 3,3 | 5 | 5,6 |
| Неврастенический | 16 | 8,0 | 41 | 22,8 | 4 | 4,4 |
| Меланхолический | 3 | 1,5 | 36 | 20,0 | 3 | 3,3 |
| Апатический | 5 | 2,5 | 5 | 2,8 | 14 | 15,6 |
| Сенситивный | 52 | 26,0 | 32 | 17,8 | 3 | 3,3 |
| Эгоцентрический | 11 | 5,5 | 17 | 9,4 | 19 | 21,1 |
| Паранойальный | — | — | 2 | 1,1 | 12 | 13,3 |
| Дисфорический | 9 | 4,5 | 4 | 2,2 | 16 | 17,8 |

на состояние своего здоровья, преувеличивают свои страдания. Больные с зависимостью от алкоголя испытывают облегчение, если собеседник относится к ним участливо и сочувствует их болезненному состоянию. При описании своего самочувствия они склонны к излишней детализации, мотивом служит опасение упустить что-то очень важное, существенное для понимания их состояния. Для них характерно противоречивое сочетание желания лечиться и неверие, что алкоголизм излечим, желания тщательного обследования и боязнь вреда и болезненности процедур.

Анализ полученных данных позволил установить, что у больных с зависимостью от опиоидов достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались неврастенический, меланхолический, сенситивный и анозогнозический типы отношения к заболеванию.

При неврастеническом реагировании на болезнь больные проявляют нетерпеливость, несдержанность в отношении своего состояния. Для них характерно поведение по типу «раздражительной слабости» со вспышками раздражения, гнева в ответ на неприятные ощущения, на необходимость лечения. Обычно объектом раздражения являются близкие, реже — раздражение изливается на первого встречного, результатом выступает раскаяние за несдержанность, а также беспокойство. Больные испытывали подавленность и чувство вины в процессе терапии в связи с принятием своего диагноза и необходимости лечения. Свойственная им эмоциональная лабильность, импульсивность и нетерпеливость определяли амбивалентное, неустойчивое отношение к болезни и лечению, что выражалось в частой смене мнения о необходимости лечения. В состоянии синдрома отмены приема психостимуляторов они соглашались с тем, что больны, а при исчезновении его симптомов — меняли точку зрения, в беседе с врачом соглашались на лечение, а под влиянием своего окружения — отказывались.

У пациентов с зависимостью от опиоидов, у которых мы диагностировали меланхолический тип отношения к болезни, отмечались удрученность, депрессивные высказывания и пессимистический взгляд на все вокруг. Пессимизм в сочетании с потребительским отношением распространялся и на отношения с окружающими: с одной стороны — они не надеялись на психологическую поддержку близких, с другой — предъявляли жалобы на их невнимание и недостаточную материальную поддержку. Они не имели конкретных претензий к другим людям, но при этом критиковали их действия. Даже при благоприятных объективных данных они были склонны считать себя тяжелобольными, не способными изменить свою судьбу, не верили в успех лечения, в возможное улучшение и выздоровление.

Анозогнозический тип реагирования на зависимость характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни, о возможных ее последствиях, что связано с отсутствием или слабым осознанием зависимости и, как следствие, полным безразличием к исходу заболевания и результатам лечения. Пациенты с зависимостью приписывают проявления болезни случайным обстоятельствам, отказываются от обследования и лечения, стремятся обойтись «своими средствами». Только при настойчивом побуждении со стороны родственников больные пассивно подчинялись лечебным мероприятиям, однако с недоверием к ним относились и упрямо отвергали очевидные факты, свидетельствующие об их зависимости. К ухудшению своего здоровья, изменению поведения, сужению круга интересов, материальным затруднениям они относились легкомысленно, не связывали их с появлением зависимости, а объясняли другими причинами. Больные не могли реально оценить имеющиеся у них проблемы, не были склонны к обсуждению и анализу сложившихся семейных отношений, бурно реагировали на критические замечания, демонстрируя пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

Установлено, что для больных с зависимостью от психостимуляторов статистически значимым ($p < 0,05$) было реагирование на заболевание по эгоцентрическому, дисфорическому и апатическому типам, несколько реже у них отмечались паранойяльный и анозогнозический типы реагирования.

Эгоцентрический тип отношения к болезни отличается «уходом в болезнь», требованием исключительной заботы о себе, выставлением напоказ близким и окружающим своих страданий, стремлением перевести все разговоры «на себя», демонстративностью проявления своих переживаний и болезненных ощущений. Больные во что бы то ни стало стремятся привлечь внимание близких и окружающих, при этом проявляют неприязнь, раздражение и негативизм к другим, нуждающимся во внимании, поддержке и заботе.

При дисфорическом типе реагирования на болезнь у зависимых от психостимуляторов преобладает мрачно-озлобленное настроение, окружающие обращают внимание на их постоянно угрюмый вид, они испытывают зависть и неприязнь к другим людям. Им характерны вспышки крайней озлобленности по отношению к окружающим, они склонны обвинять других людей, особенно близких, в своих неудачах и проблемах, требуют к себе особого внимания. К лечению от зависимости они относятся с подозрением и недоверием, ждут от медперсонала какого-то подвоха. В семье ведут себя деспотично, требуют от своих близких, чтобы им во всем угождали и потакали их прихотям.

Паранойяльный тип отношения к болезни, отмечаемый реже у зависимых от психостимуляторов, характеризовался крайней подозрительностью и негативным отношением к лечебным мероприятиям. Пациентам с данным типом отношения к заболеванию свойственно стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия медикаментов предвзятому отношению окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к ним, уверенность, что их зависимость является чьим-то злым умыслом. Они требуют наказаний всех в связи со своими подозрениями и обвинениями.

Таким образом, проведенное исследование выявило определенные закономерности в реагировании на свое заболевание у лиц, зависимых от психоактивных веществ.

Гармоничный тип отношения к своему заболеванию, для которого характерны адекватное представление о проявлениях, симптомах зависимости и ее лечении практически не отмечался у обследованных пациентов. Лишь два пациента, зависимых от алкоголя, имели установку на трезвость, проявили стремление вести активный образ жизни и попытались направить свои силы и энергию на выздоровление, сотрудничая со специалистами, послушно выполняя все врачебные рекомендации.

Не свойственным оказался для обследованных нами больных и «уход от болезни в работу» с ответственным отношением к работе и в связи с этим избирательным отношением к обследованию и лечению, что характерно для эргопатического типа отношения к болезни. Лишь четыре пациента группы с зависимостью от алкоголя проявили стремление перебороть себя, преодолевая недомогание и боли, чтобы активно продолжать работать и отдавать работе все время. Они стремились дистанцироваться от роли больного, ориентируя себя на «уход от алкогольной проблемы в работу». Работа выступила для них средством выразить себя, чтобы уйти от зависимости, реализовать свои планы, возможности, а также средством дистанцироваться от насущных психологических проблем и тревог. Они попытались во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус, чтобы компенсировать свои утраченные возможности и обрести самоуважение и социальное одобрение.

Ведущим типом реагирования на болезнь для пациентов, зависимых от ПАВ, оказался сенситивный тип, для которого характерна озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация об их болезни. 26 % алкоголиков и 17,8 % зависимых от опиоидов утаивали от знакомых и сослуживцев свой диагноз, скрывали факт лечения от пагубной

зависимости. Но, вместе с тем, лишь у 3 пациентов (3,3 %) с зависимостью от психостимуляторов мы выявили данный тип отношения.

Одинаково часто (соответственно 11,5 %; 15,6 % и 11,1 %) пациенты отмечали у себя анозогнозический тип отношения к зависимости, характеризующийся отсутствием или слабым осознанием своего заболевания: они не хотели признавать себя больными, приписывали свою зависимость случайным обстоятельствам и активно отказывались от лечения.

Неврастенический тип отношения к болезни чаще всего был выявлен у пациентов с зависимостью от опиоидов (22,8 %): они проявляли раздражительность, капризность, требовательность, ожидание от окружающих ласки, участия и сочувствия, и склонность к вспышкам гнева, если их ожидания не оправдываются. У остальных обследованных данный тип реагирования отмечался практически в единичных случаях (соответственно 8,0 % и 4,4 %).

Тревожный тип реагирования был характерен только для пациентов с алкогольной зависимостью (20,5 % больных), у пациентов с другими формами зависимости встречался лишь в единичных случаях (соответственно 5,0 % и 4,4 %). Для больных с данным типом реагирования свойственно, прежде всего, беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, побочного действия лекарств, неэффективности лечения. Воображаемые опасности волновали их больше, чем реально существующие.

Эгоцентрический тип реагирования достоверно чаще встречался у пациентов с зависимостью от психостимуляторов (21,1 %), несколько реже (9,4 %) — у зависимых от опиоидов, у больных алкоголизмом — относительно редко (5,5 % случаев). Характерными особенностями данного типа реагирования являются «бегство в болезнь» с демонстративным проявлением своих страданий и переживаний, которое используется для упреков и шантажа окружающих.

У 17 % больных с зависимостью от алкоголя был выявлен ипохондрический тип отношения к болезни, основными проявлениями которого являются сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях и постоянные жалобы окружающим на свое состояние, причем недоверие к их жалобам со стороны окружающих вызывают у ипохондриков крайне негативную реакцию. Данный тип реагирования оказался не характерным для пациентов с другими формами зависимости (соответственно 3,3 % и 5,6 %).

Нацеленность на негативный исход лечения, пессимистическая оценка своего будущего, что характерно для меланхолического типа реагирования, отмечались в основном у пациентов, зависимых от опиоидов (20 %), и лишь у трех

больных алкоголизмом (1,5 %) и трех зависимых от психостимуляторов (3,3 %).

Такие типы реагирования, как дисфорический, апатический и паранойяльный, были выявлены в основном лишь у пациентов с зависимостью от психостимуляторов; у лиц, зависимых от других видов ПАВ, они отмечались довольно редко. Угрюмость и озлобленность больных, требовательность к окружающим и подозрительность к процедурам и медицинскому персоналу (дисфорический тип) были характерны для 17,8 % зависимых от психостимуляторов, безразличие к своей судьбе (апатический тип) — для 15,6 % и усматривание тайного смысла болезни и причин ее возникновения (паранойяльный тип) — для 13,3 % соответственно.

Результаты сопоставительного анализа данных проведенного исследования пациентов с зависимостью от различных видов ПАВ свидетельствуют о том, что ведущими типами реагирования на свое заболевание для больных алкоголизмом были сенситивный, тревожный и ипохондрический. Сенситивный тип оказался ведущим и для пациентов с зависимостью от опиоидов, наряду с неврастеническим и меланхолическим типами. Эгоцентрический, дисфорический, и апатический типы оказались ведущими для больных, зависимых от психостимуляторов; довольно часто у них был выявлен и паранойяльный тип реагирования на заболевание. Общей характеристикой для пациентов с зависимостью от ПАВ была довольно частая встречаемость анозогнозического типа отношения к болезни.

Таким образом, проведенное исследование дает нам право полагать, что обследованные пациенты с алкогольной зависимостью испытывали стыд и чувство вины в связи с наличием у себя проявлений зависимости. Они были озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация об их болезни (сенситивный тип). Они проявляли беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения (тревожный тип). Ипохондрическая фиксация проявлялась в сосредоточенности на субъективных болезненных ощущениях, постоянных жалобах на свое состояние окружающим. Для больных с зависимостью от опиоидов характерными проявлениями оказались раздражительность, капризность, требовательность, ожидание от окружающих участия и сочувствия, склонность к вспышкам гнева, если их ожидания не оправдываются (неврастенический тип); нацеленность на негативный исход лечения, пессимистическую оценку своего будущего (меланхолический тип), а также чувство стыда и представление о собственной неполноценности, прежде всего в социальном плане из-за

проявлений своей зависимости (сенситивный тип). Эгоцентризм, дисфория, апатия и паранойяльные тенденции оказались характерными для пациентов, зависимых от психостимуляторов. У них были выявлены «бегство в болезнь», демонстративное проявление своих страданий и переживаний, упреки и шантаж окружающих (эгоцентрический тип); угрюмость и озлобленность, требовательность к окружающим и подозрительность к процедурам и медицинскому персоналу (дисфорический тип); обесценивание терапевтического эффекта проводимого лечения, тенденция избегать лечения (апатический тип); усматривание тайного смысла болезни и причин ее возникновения (паранойяльный тип).

Таким образом, проведенное исследование выявило у всех обследованных нами больных с зависимостью от ПАВ дезадаптивное отношение к болезни, обусловленное их личностными особенностями, а также отношением к жизни и окружающим, ведущее к нарушению их личностного и социального функционирования. Поскольку для создания оптимальных условий терапии зависимости от ПАВ, формирования правильной мотивации на лечение важным являются установки пациентов на получение помощи и лечения, неадекватные типы реагирования на болезнь должны выступать мишенями психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Выводы

1. Исследование типов отношения к болезни у лиц, зависимых от ПАВ, выявило определенные закономерности в их реагировании на заболевание. У всех обследованных нами больных с зависимостью от ПАВ выявлено дезадаптивное отношение к болезни, ведущее к нарушению их личностного и социального функционирования. Общей характеристикой для пациентов с зависимостью от ПАВ была довольно частая встречаемость анозогнозического типа отношения к болезни.
2. Ведущими типами реагирования на свое заболевание для больных алкоголизмом были сенситивный, тревожный и ипохондрический.
3. У больных с зависимостью от опиоидов достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались неврастенический, меланхолический и сенситивный типы отношения к заболеванию.
4. Эгоцентрический, дисфорический, и апатический типы оказались ведущими для больных зависимых от психостимуляторов; довольно часто у них был выявлен и паранойяльный тип реагирования на заболевание.

Вопросы выявления нарушений развития психических функций в раннем детстве



Кузнецов В. Н.

Проф. Кузнецов В. Н.

Кафедра психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины

Резюме. В статье представлена информация о целесообразности выявления симптомов нарушений развития психических функций в раннем детстве, периоде новорожденности, при необходимости осмотра ребенка детским психиатром с целью выявления минимальных и выраженных симптомов поражения психических функций.

Ключові слова: психомоторное развитие, мышечный тонус, безусловные рефлексы, психические функции, эмоциональные реакции.

Issues of detection of developmental disturbances of mental functions in early childhood

Kuznetsov V. N., Prof.

Department of psychiatry at National Medical Academy of postgraduate Education named after P.L. Shupik

Resume. The information on rationale of detection of mental functions development disturbance s' symptoms in early childhood is presented in the paper. In newborn period and early childhood psychiatrists' examination, if it s necessary, will reveal minimal or marked symptoms of mental functions.

Key words: psychomotor development, muscular tonus, unconditioned reflexes, mental functions, emotional reactions.

Опыт мировых исследований подтверждает, что многие нервно-психические заболевания у детей связаны с врожденными, резидуально — органическими вследствие ante- и пренатальных вредностей или другими экзогенными факторами, действующих в период первых лет жизни. Поэтому педиатрам, детским неврологам, детским психиатрам и семейным врачам необходимо фиксировать свое профессиональное внимание на детях самого раннего возраста (новорожденности и грудном периоде) и особенно на выявлении минимальных признаков поражения нервной системы, при которых может быть потенциальная возможность ее восстановления.

На первом году жизни у ребенка интенсивно формируется психомоторная сфера (двигательные навыки, целенаправленные движения и действия), закладываются основы психической деятельности, поэтому всякое неблагоприятное воздействие на организм нарушает процесс психомоторного развития ребенка. Для выявления нарушения психомоторного развития в первом году жизни прежде всего необходимо знание основных этапов психомоторного развития здорового ребенка, а также понимания значительной вариативности его, обусловленной генотипическими особенностями в целом, типом высшей нервной деятельности, порогом возбудимости нервной системы, индивидуальными биоритмами и др.

Если в семидесятые–восемидесятые годы в Украине существовали организационные формы микропсихиатрической помощи для детей раннего возраста, было взаимопонимание между детскими психиатрами и детскими неврологами в вопросах компетентной диагностики психических и неврологических отклонений у детей в возрасте от 0 до 3 лет, то в настоящее время даже в состав рабочей группы МОЗ Украины по разработке клинического протокола медицинского осмотра за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет не включили специалиста — детского психиатра. В случаях выявления отставания, появления навыков или признаков умственной отсталости по результатам оценки психомоторного развития ребенка рекомендована консультация детского врача-невролога, что противоречит «Закону України про психіатричну допомогу». Психиатрический осмотр проводится врачом-психиатром с целью выяснения наличия или отсутствия у личности психического расстройства, потребности в оказании ей психиатрической помощи. Это относится и к детям в возрасте от 0 до 3 лет.

Двигательные функции новорожденного оцениваются на основании состояния рефлексов мышечного тонуса, а также выраженности и характера спонтанных (непроизвольных) движений.

Развитие двигательных умений и психики у ребенка от рождения до 6 лет

| Возраст | Поведение |
|---------------------------------|--|
| Доношенный новорожденный | Новорожденный ребенок физически беспомощен. Мышцы его ригидные, движения атетозоподобны, носят массовый характер. Видит, но не следит за источником света. При внезапном и сильном освещении — глаза наряду с сужением зрачков, закрываются (жмурение глаз) и нередко поворачиваются голова и глаза к источнику света (рефлекс Пейперса), зрачковый и роговичный рефлекс положительны. Часто наблюдается нистагм и так называемое «физиологическое» косоглазие. Мигательные движения слабы, положительный феномен ползания (при положении на животе ребенок рефлекторно отталкивается ножками от приставленной к подошвам ладони). Зевание, глотательный, сосательный, хоботковый рефлекс хорошо выражены. Имеются рефлексы обхватывания (Моро), тонический рефлекс рук (Робинзона). Плачет, будучи голодным и в ответ на температурные и болевые раздражения. Не смеется, слез еще нет. Чувство вкуса развито хорошо. Дети охотно сосут и глотают сладкое и, наоборот, реагируют на кислое, горькое отказом от сосания, плачем. |
| 1–1.5 месяца | Подносит ко рту кулачок и удерживает его. Потягивается, упирается ногами, поддерживаемый под мышки. Лежа на животе пытается поднять голову, ненадолго может ее удержать, при попытке прямо удержать голову в вертикальном положении тела удается ребенку на несколько секунд. «Физиологическое косоглазие» и нистагм исчезают. Феномен ползания и тонический рефлекс рук держатся, мышечный тонус превалирует во флексорной группе мышц, положительный симптом Кернига (невозможность полного разгибания ноги в коленном суставе в то время, когда она согнута в тазобедренном). Ребенок фиксирует взгляд на объекте и начинает следить за ним, резкий звук вызывает вздрагивание и мигание, намечается звуковое сосредоточение. Начинает произносить какие-то неопределенные звуки, крик обретает некоторый эмоциональный оттенок. Появляется улыбка. |
| 2 месяца | Следит глазами за движущимися предметами, поворачивает за ними голову. Поддерживаемый под мышки долго стоит, но подгибает ноги. Лежа на животе хорошо поддерживает голову и приподнимает грудь. Удерживает 1.5-2 минуты голову в вертикальном положении. Исчезают феномен ползания и тонический рефлекс рук, Кернига остается часто еще положительным. Эмоциональные реакции становятся еще более разнообразными. Ребенок улыбается в ответ на улыбку, торможение и т. д. Прислушивается к звукам, гулит. |
| 3 месяца | Поворачивает голову на звук, хватает, хотя и неуклюже, предметы, поворачивается к игрушке, пытается отстраниться от болевых раздражений. Различает лица, отличает близких от чужих людей. В положении на животе опирается на локти. Поднимает голову и верхнюю часть туловища. Поворачивается со спины на бок, свободно держит голову, открывает рот при приближении груди или бутылочки. Движения рук более плавные, целесообразные. Ребенок тянет предметы в рот, громко смеется, появляется певучее гуление. У некоторых детей исчезает симптом Кернига. |
| 4 месяца | Уверенно хватает и удерживает предметы. Играет своими руками. Громко смеется. Крепко держит протянутую ему руку. Пробует садиться, с поддержкой может сидеть. Если ребенка приподнять держа за ноги, то руки и голову он пригибает к груди. Лежа на животе свободно приподнимается, опираясь на ладони, поворачивается со спины на живот. Исчезает физиологическая гипертония мышц нижних конечностей. Выражает удовлетворение или неудовлетворение. Гуление становится длительным, появляются гортанные звуки. |
| 6 месяцев | Хватает движущиеся предметы одной рукой, удерживает и размахивает им. Поднимает выпавшую из рук игрушку. С удовлетворением смотрит в зеркало. Различает чужих. С поддержкой или держась за что-либо сидит, пытается ползать на четвереньках, поднимается на ноги при подтягивании за руки, стоит прямо не подгибая ног, поддерживаемый за грудь делает первые попытки переступить. |
| 7 месяцев | Подолгу лепечет, сам тянет в рот бутылочку. Поднимается на колени, цепляясь за барьер. Ползает, поддерживаемый под мышки, хорошо переступает. Сознательно тянется к матери, к близким. Произносит повторные звуки-слоги: «ба-ба-ба», «ма-ма-ма» т. д. |
| 8 месяцев | Рассматривает игрушку, перекладывая ее из одной руки в другую. Замечает, если игрушка упадет. Старается привлечь к себе внимание окружающих. Самостоятельно переворачивается на живот, садится, встает и стоит держась. Громко и повторно произносит различные слоги. На вопрос взрослых «где?» — отыскивает называемый предмет, независимо от его места нахождения. По просьбе взрослых выполняет заученные движения, например «ладушки» |

| Возраст | Поведение |
|-------------------------|---|
| 10 месяцев | Наблюдает за взрослыми, машет рукой, дерется, выражает свою радость и неудовлетворение. Сам встает и может стоять, держась за что-нибудь. Ползает, собирает предметы находящиеся вокруг него. Подражая взрослому сам повторяет за ним звуки, слоги и слова, произносит первые простые слова, называет постоянным односложным обозначением предметы, например «ав»- собаку, «му» — корову. Знает значение часто употребляемых слов, например, название своих любимых игрушек. |
| 12 месяцев | Самостоятельно встает и ходит, пока неустойчиво, некоторые дети еще придерживаются руками за предметы, ребенок поднимает предметы. Если приподнять ребенка ногами вверх то руки он вытягивает по направлению к полу. Самостоятельно пьет из чашки. Повторяет слова, произносит около 10 слов. Знает слово «нельзя». Выполняет простые поручения: «подними игрушку», «закрой дверь», называет части тела. Появляются навыки опрятности. |
| 15 месяцев | Самостоятельно ходит, но походка неуверенная, ползает вверх по лестнице, бросает и поднимает игрушку. Открывает коробку, узнает и называет предметы находящиеся в окружении (название пищи, одежды, игрушек). Понимает значение многих выполняемых действий. Речь взрослого является инструкцией к действию. Подражает взрослому, повторяя за ним окончания слов. Вступаем в общение со взрослыми с просьбой, жалобой, показывая жестом, мимикой, иногда прибавляя знакомые слова. |
| 18 месяцев | Говорит простые фразы в 2-3 слова, в затруднительном положении ищет помощи. Движения становятся более уверенными, ловкими, ребенок начинает бегать, взбираться на ступеньки. Самостоятельно усаживается на маленький стульчик. Пьет из чашки, держа ее руками, интересуется обществом детей. Появляется механическая игра с подвижными предметами. |
| 21 месяц | Выполняет простые словесные поручения. Употребляет глаголы и местоимения. Взбирается на мебель, прыгает. |
| 2 года | Взбирается на мебель, прыгает. Бегаёт не падая, играет с детьми. Бегаёт по лестнице вверх и вниз. Рисует. Чашку держит одной рукой. Открывает и закрывает дверь. Узнает и называет животных, предметы, может простыми фразами изложить свои впечатления. Складывает свои игрушки, слушает сказки. Помогает при раздевании, просится на горшок. Уверенно поднимается по лестнице, держась за что-нибудь. Основная деятельность игра подражательная, манипуляционная, индивидуальная. Себя может назвать в 3-ем лице. Нет четкой личностной дифференцировки. |
| 3 года | Ребенок может сказать мальчик или девочка. Может повторить 3 числа. Называет предметы изображенные на картинке. Появляется понятие цвета, количества, формы и тождества. Говорит как его зовут повторяет фразы из 6 слов. Запас слов до 2000-3000. Может стоять на одной ноге, бросает мяч не падая. Ездит на 3-х колесном велосипеде. Прыгает, танцует, пятится назад. Рисует фигуры, карандаш держит пальцами. Ест самостоятельно но не опрятно. листает страницы. Самостоятельно одевается и раздевается с небольшой помощью. Задаёт взрослым бесконечные вопросы. Запоминает простейшие стихи и мелодии. Появляются дифференцированные эмоциональные проявления: радость, жалость и т. д. Появляются навыки самообслуживания. |
| 4 года | Может называть подряд 3 знакомых предмета. Повторить 4 числа. Вырезает картинки, может перерисовать 4-х угольник, сосчитать 4 монетки. Психическое развитие значительно совершенствуется, ребенок начинает довольно широко пользоваться многосложными фразами, отмечается любознательность, легко запоминает стихи. Намечается некоторое представление о красоте. Ребенок пытается рисовать людей, животных. Хорошо играет с другими детьми, подчиняясь правилам распределения роли. |
| 5 лет | Различает вес двух предметов. Повторяет фразу из 10 слов. Называет 4 разных цвета. Хорошо и разнообразно играет в ролевые игры. Задаёт массу вопросов, много фантазирует, с перевоплощением в игре в образ своей фантазии. |
| 6 лет | Может сосчитать 13 монет, правильно выполняет один за другим 3 разных приказа. Говорит что на картинке красиво и что нет. Нарисованное на картинке может не только назвать, но и описать. Начинается приобретение навыков письма, счета, чтения. Отмечается формирование активного внимания, волевых задержек. Становятся доступными обобщения, появляются обобщающие слова, местоимения и т. д. |
| Школьный возраст | По оценкам в школе с известной осторожностью, можно судить об умственном развитии ребенка |

Додаток 4 до клінічного протоколу
медичного догляду за здоровою
дитиною віком до 3 років
наказ МОЗ України № 149
від 20.03.2008 р.

Оцінка психомоторного розвитку дитини раннього віку

Оцінка психомоторного розвитку дитини на першому році життя

| Вік. міс. | Моторика | Статика | Сенсорні реакції | Мова | Емоції та соціальна поведінка |
|--------------|--|---|---|---|--|
| 1 | Фізіологічний гіпертонус м'язів зменшується, атетозоподібні рухи кінцівок до кінця місяця згасають. Виражені безумовні рефлекс: хоботковий, смоктальний, хватальний, Моро, Бабкіна, повзання | Починає тримати голову по декілька хвилин в горизонтальному положенні, лежить на животі наприкінці місяця | З'являється короткотривале розглядання зовнішнього середовища та слухове зосередження | Поява гуління поодинокими звуками наприкінці місяця, вимовляє голосні звуки між «а», і «е» | Реагує незадоволенням на сильні звукові та світлові подразники. Побачивши обличчя, на мить зупиняється на ньому |
| 2 | Повертає головою в різні боки | Починає тримати голову декілька хвилин і в вертикальному положенні | Тривала зорова реакція за предметом, який рухається. Зосередження на звук | Часте коротке гуління | Реагує усмішкою на розмову. Фіксує погляд на обличчі, яке рухається |
| 3 | Починають зникати більшість безумовних рефлексів (пошуковий, хоботковий, Бабкіна, хватальний). Тягнеться за іграшкою. Нормалізується м'язовий тонус | Добре тримає голову | У відповідь на звукові подразники та яскраві предмети з'являється зосередження, активна реакція | Часте, тривале гуління. Перші складові ланцюжки «ррр» | Відповідає комплексом поживлення у відповідь на емоційне спілкування. Соціальна посмішка |
| 4 | З'являються спрямовані рухи рук: все краще бере іграшку. Повертається із спини на бік. Зникає більшість безумовних рефлексів (Моро, хватальний, повзання) | В вертикальному положенні з'являються перші прояви опори ногами. В положенні на животі — впевнена опора на передпліччя | Окрім чіткої уваги на звук, предмети, характерним є комплекс поживлення при зустрічі з рідними людьми. Вперше починає пізнавати маму. Розглядає іграшку в своїй руці | Часте тривале, співуче гуління різними звуками. З'являються змично-губні приголосні «м», «б», викрики радості | Голосно сміється у відповідь на емоційне словесне звернення |
| 5 | Починає повертатися із спини на живіт. Тягнеться рукою до іграшки і торкається до неї | Стоїть при підтримці за підпашки, спирається на кінчики пальців | Окрім все більш чіткої реакції на звуки, характерним є оральна увага на яскравий предмет. Перші прояви розпізнавання своїх та чужих людей, радість при появі іншої дитини | Ритмічні складові ланцюжки | Радіє дитині, бере у неї з рук іграшку, реагує на строгі та ласкаві інтонації. Голосно сміється, коли до неї звертаються |
| 6 | Активно повертається із спини на живіт, починає повертатися із живота на спину. Хапає цілеспрямовано, запропоновану іграшку, перекладає з однієї руки в іншу | В положенні на животі спирається на витягнуті руки або повністю відкриті долоні. Починає сидати через поворот набік, спираючись на руку | Все більш адекватна реакція при появі матері, батька та чужої людини. Слідкує за іграшкою, яка впала донизу | Балакання: послідовне приєднання різних складів із зміною сили звуку та висоти тону | Емоції диференційовані, тягне руки, щоб взяли на руки. Порізнному поводить себе із знайомими та незнайомими |

Продолжение додатку 4

| Вік. міс. | Моторика | Статика | Сенсорні реакції | Мова | Емоції та соціальна поведінка |
|-----------|---|--|--|--|--|
| 7 | Лежачи на спині, грається ногами (координація рука-нога). Перекладає іграшки з одного місця на інше, з руки в руку | Сидить з прямою спиною. При підтримці за тулуб, на твердій основі пружинить (танцює) | Намагається дістати предмет, якщо це можливо зробити, змінивши положення тіла | Продовжує балкання | Включається в гру, повторюючи дорослих, змучившись, починає вимагати уваги самої близької людини (найчастіше матері) |
| 8 | Хапає кожною рукою по кубуку і довільно тримає їх нетривалий час | Повзає на животі (по-пластунськи, як тюлень), представляючи вперед руки. Самостійно лягає, сідає, піднімається | При відповідному вихованні показує ручками «допобачення», «тосі-тосі», «ладушки». Киванням голови показує згоду «так», заперечення «ні» | Добре лепече, ясно вимовляє звуки «ба», «ма», «да» | Адекватні емоційні реакції у відповідь на спілкування. Спостерігає за діями інших дітей, сміється, лепече |
| 9 | З різними іграшками може самостійно гратися. Навмисне скидає предмет | Розгойдується на руках і колінах. Сидить вільно. При підтримці за руки, стоїть | Адекватно відповідає діями на прості запитання та прохання «дай мені ляльку», «посидь тут». Знає своє ім'я. Реагує на музикальні звуки танцювальними рухами | Чітке подвоєння складів | Легко вступає в контакт на емоційному, ігровому, словесному рівнях. Повторює дії інших дітей |
| 10 | Кількість цілеспрямованих рухів збільшується: складає пірамідку, кладе іграшки на місце, закриває ящики та ін. «Пінцетний» захват: бере маленький предмет витягнутим вказівним і великим пальцями | Можна вести, підтримуючи за одну руку. Повзає на поверхнях різної висоти, багато дітей самостійно стоять, підтримуючись за будь-який предмет | Все більш виражені та збагачені вказані прояви. Повторює рухи дорослих «розмовляє по телефону», «помішує кашу». Спеціально кидає іграшку | З'являються перші слова, які дитина розуміє, в словарному запасі декілька слів. Вступає в діалог, правильно в звуковому плані повторення відомих складів | Емоційний стан чітко проявляється різноманітними мимічними рухами, голосовими реакціями. Реагує на все нове дивується. Грається з дітьми однією іграшкою |
| 11 | «Щипцевий» захват: захапує маленький предмет, подушечками зігнутого вказівного і великого пальців | Повзає на руках і колінах з перехресною координацією. Стоїть без опори. Робить кроки вперед, при підтримці за обидві руки | Виконує прості вимоги та просьби. Орієнтується в поняттях «можна», «не можна», розуміє заборони: «сиди тихо», «не бери». У дитини з'являються перші друзі, з якими вона грається | Кількість односкладових слів витісняється двоскладовими. Вживає слова спрощеного варіанту «ляля», «нозя», «цяця» | Махає рукою на прощання. Радіє приходу дітей. Вибіркове відношення до дітей |
| 12 | Може гратися іграшками годину і більше | Ходить вздовж меблів, при підтримці за одну руку, або самостійно | Виконує все більш складні вимоги та прохання, розуміючи їх. Кількість проявів реакції на зовнішнє середовище збільшується | Мовний запас 8-12 слів | Протягує іншій дитині іграшку, супроводжуючи це сміхом та лепетом. Шукає іграшки, які заховані. За проханням обнімає батьків, прагне схвалення, підтвердження свого успіху близькою людиною. |

Продолжение додатку 4

Оцінка психомоторного розвитку дитини другого року життя

| Віковий інтервал | Розуміння мови | Активна мова | Сенсорний розвиток | Гра | Рухи | Навички | Емоції, соціальна поведінка |
|---|---|---|--|--|--|---|--|
| 1 рік 1 місяць – 1 рік 3 місяці | Реагує на схвалення або заборону. Шукає на прохання предмет, яким тільки що грались | Говорить подвійні або поодинокі склади зі змістом. Говорить осмислені слова з двома різними голосними | Орієнтується в двох контрастних величинах, формах предметів: «велике» і «маленьке». Співвідносить, порівнює властивості предметів. За зразком дорослого з 2-3 кольорових кульок, кубиків обирає предмет потрібного кольору | Відтворює в грі раніше завчені дії з предметами: годує ляльку, нанизує кільця на стержень | Ходить тривало, не присаджується, міняє положення тіла нахилиється, повертається | Самостійно їсть густу їжу ложкою | Появляється співпереживання втіх. Використовує слово «ні», не погоджуючись |
| 1 рік 4 місяці – 1 рік 6 місяців | Відбирає предмети за певними ознаками при словесному розумінні | Називає предмети та дії в момент зацікавленості | Орієнтується в 3-4 контрастних формах предметів (куля, куб, цеглини, призма) | Відображує в грі окремі дії, які часто спостерігає. Вozить за мотузку машинку, будує будиночок з кубиків | Переступає через паличку, яка лежить на підлозі (без підтримки). Переступає приставним чи почерговим кроком 3 палиці при підтримці за руку | Самостійно їсть рідку їжу ложкою | Використовує «так». Починає розрізняти речі за приналежністю різним членам родини «бабусині окуляри», «мамина сумка». Починає уважно вдивлятися у своє зображення в дзеркалі, ідентифікує його з собою |
| 1 рік 7 місяців – 1 рік 9 місяців | Розуміє питання дорослого про події, які зображені на картинці | Під час гри, словами та двослівними реченнями вказує свої дії | Диференціює 3-4 форми предметів, орієнтується в кількісних характеристиках «багато», «мало» | Відображує нескладні сюжетні побудови — перекриття типу «ворота», «хатки», «лавочки» | Переступає через палицю або перешкоду висотою 5 см | Частково знімає одяг із допомогою дорослого (черевики, шапку) | Допомагає в простій роботі (за інструкцією). Імітує дії дорослих з побутовими предметами |
| 1 рік 10 місяців – 2 роки | Слухаючи розповіді дорослого розуміє (без показу) події, які знайомі, уявляє людей | При спілкуванні з дорослими користується 3-х слівними реченнями, вживаючи іменники та займенники | Підбирає по зразку та слову 3-4 контрастних кольори, суміщає предмети та їх частини за формою, розміром, кольором | В грі відтворює ряд послідовних дій | Переступає через палицю або перешкоду висотою 10 см | Частково одягає одяг (черевики, шапку, шарпетки) | Активно використовує жести. Гостра реакція на відсутність матері. Дитина починає описувати свої дії: «я сідаю», «моя іграшка» |

Окончание додатку 4

Оцінка психомоторного розвитку дитини третього року життя

| Віковий інтервал | Активна мова граматика | Активна мова запитання | Сенсорний розвиток | Гра | Рухи | Навички | Емоції, соціальна поведінка |
|----------------------------------|--|--|---|---|--|---|--|
| 2 роки – 2 роки 6 місяців | Говорить складними реченнями більше 3-х слів | Починає вживати складні підрядні речення | За зразком складає складні геометричні фігури. Підбирає за зразком різні предмети 4-х основних кольорів | Гра має сюжетний характер. Дитина відображує взаємозв'язок і послідовність дій із навколишнього життя. Самостійно робить прості сюжетні побудови та називає їх | Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 15 см | Повністю одягається. Їсть акуратно | Знає частини свого тіла і називає їх (голова, очі, ніс). Дитина може повідомити про свій стан |
| 2 роки 6 міс. – 3 роки | З'являються питання «де?», «куди?» | Появляються питання «чому?», «коли?» | В своїй діяльності вірно використовує геометричні фігури за призначенням. Називає 4 основні кольори | Появляються елементи рольової гри. Вводить у гру замість себе іграшку. Появляються складні сюжетні перебудови. За допомогою пластиліну, олівця зображує прості предмети та називає їх. Може гратися з однолітками | Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 20 см | Самостійно одягається, може зашнурувати гудзики, зав'язати шнурівки з незначною допомогою дорослого. Користується серветкою | З'являється розуміння та використання в мові займенників «я», «моє», «ти», «твоє». Має уявлення про статеву належність |

У здорового доношенного ребенка и даже у недоношенного с массой тела около 2-х кг и больше безусловные рефлексы могут быть выражены в различной степени, что определяется типом его нервной деятельности, временем суток и физиологическим состоянием. Обычно безусловные рефлексы вызываются с первых дней жизни и в течение всего периода новорожденности. Если, несмотря на неоднократные попытки, которые следует повторять с интервалом на протяжении всего осмотра, рефлекс вызвать не удастся, можно констатировать его угнетение. Вместе с тем безусловные рефлексы, особенно рефлексы орального автоматизма (поисковый, сосательный, хоботковый, а также ладонно-ротовой и рефлекс Моро) могут возникать при малейшем раздражении, что иногда создает впечатление спонтанности рефлекса. В таких случаях обычно расширена зона рефлекса, укорочен латентный период и при повторных раздражениях не наблюдается тенденции к его угасанию. В этих случаях говорят о патологическом усилении рефлекса.

Угнетение безусловных рефлексов или их чрезмерная выраженность свидетельствуют о поражении нервной системы. Степень и длительность угнетения безусловных рефлексов находятся в прямой зависимости от тяжести поражения мозга и могут служить прогностическим признаком.

Так, например, снижение сосательного рефлекса отмечается при легкой форме поражения ЦНС, угнетение его до 5-7 дней при

поражении нервной системы средней тяжести и угнетение или отсутствие его в течение 10-15 дней и более свидетельствует о тяжелой форме поражения мозга.

Следует обращать внимание также на выраженную асимметрию рефлексов, которая может быть обусловлена как поражением периферической нервной системы так и центральной. Однако оценивая безусловные рефлексы у новорожденных, необходимо учитывать, что они имеют диагностическое значение лишь в комплексе с другими симптомами, изменение одного какого-либо рефлекса при отсутствии других неврологических нарушений не имеет самостоятельного диагностического значения.

Важной и определяющей характеристикой двигательной функции новорожденного свидетельствует его поза во время сна и в спокойном бодрствующем состоянии. У здорового доношенного ребенка выражена так называемая утробная поза: руки согнуты во всех суставах и прижаты к грудной клетке, кисти рук сжаты в кулаки, большие пальцы лежат под четырьмя остальными; ноги также согнуты во всех суставах и слегка отведены в бедрах, в стопах преобладает тыльное сгибание, выражена кривизна позвоночника. Такая поза определяется преобладанием тонуса в сгибателях конечностей над тонусом в разгибателях, причем тонус в руках выше, чем в ногах.

Мышечный тонус и выраженность физиологической флексорной гипертонии варьирует в зависимости от типа нервной деятельности, конституции, физиологического состояния ребенка.

Мышечный тонус закономерно повышается при крике, беспокойстве. Поэтому у возбудимых детей он постоянно более высокий, чем у спокойных, флегматичных. Эти вариации не следует рассматривать как патологию.

Патологическое нарушение мышечного тонуса проявляется изменением позы ребенка и объема пассивных и спонтанных движений. Повышение мышечного тонуса у новорожденных, как правило, проявляется усилением флексорной гипертонии. Ребенок скован и сохраняет флексорную позу при всех манипуляциях (купание, пеленание и т. д.). Реже наблюдается экстензорная гипертония. Выраженность экстензорной гипертонии может значительно варьировать. Обычно она проявляется отсутствием превалирования сгибательного тонуса в пораженных конечностях. При генерализованной экстензорной гипертонии ребенок лежит в позе опистотонуса: голова запрокинута, ноги разогнуты во всех суставах, часто перекрещены, руки либо согнуты, либо разогнуты.

Мышечная гипертония в период новорожденности свидетельствует о поражении ЦНС и характерна для некоторых пороков развития мозга, для детей перенесших асфиксию и внутричерепную родовую травму. Иногда повышение мышечного тонуса можно отметить при гипертензионно-гидроцефальном синдроме.

Значительно чаще, чем гипертония у новорожденных встречается мышечная гипотония. Ребенок лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями, бедра отведены в наружной ротации, живот широкий, уплощенный или вздут («поза лягушки»). Выраженность этой позы зависит от степени гипотонии, которая может варьировать от легкого уменьшения физиологического флексорного тонуса до полной атонии. При легкой гипотонии спонтанные движения более выражены. При тяжелой гипотонии спонтанные движения отсутствуют или двигаются только пальцы кистей и стоп.

Генерализованная мышечная гипотония симптом как неврологических так и соматических заболеваний у новорожденных. Однако ее выраженность, распространенность, длительность и сочетание с другими неврологическими симптомами значительно варьирует в зависимости от этиологии. Так, наиболее выраженная генерализованная и стойкая гипотония в период новорожденности характерна для спинальной амиотрофии, пороков развития, тяжелой асфиксии, травмы спинного мозга, внутричерепных кровоизлияний, кровоизлияний в надпочечники. Она может наблюдаться у детей, рожденных от матерей с миастенией, а также при врожденной миастении. При врожденных миопатиях и хромосомных синдромах наблюдается

генерализованная и стойкая, однако, не столь выраженная гипотония. У детей, перенесших внутриутробную гипоксию и легкую асфиксию в родах, также может быть мышечная гипотония, но менее выражена и компенсирующаяся в течение первых недель жизни.

Легкая мышечная гипотония на протяжении всего периода новорожденности у отдельных детей может быть обусловлена задержкой созревания спинного мозга (доброкачественная гипотония) и патогенетически сходна с гипотонией, наблюдаемой в период новорожденности, при недоношенности. В последнем случае гипотония к концу периода новорожденности уже может исчезнуть.

Особое внимание при анализе двигательных функций ребенка следует обращать на возможные патологические движения. Тремор является патологическим симптомом, если он крупноразмашистый, резкий или если он держится более 4–5 дней после рождения. Патологический тремор указывает на повышение процессов возбуждения в центральной нервной системе. Крайним выражением повышения возбудимости центральной нервной системы являются судороги, которые у новорожденных чаще проявляются в виде клонических подергиваний мимической мускулатуры, мышц конечностей, и являются частым симптомом тяжелой патологии.

Со стороны черепно-мозговой иннервации: косоглазие резко выражено и держится постоянно — это патологический симптом. Даже нерезко выраженное но расходящееся косоглазие — также патологический признак. Постоянный нистагм у новорожденного свидетельствует о поражении ЦНС. Симптом Грефе и симптом «заходящего солнца» непостоянные и нерезко выраженные могут быть у недоношенных и новорожденных первых дней жизни. Позднее их наблюдают при гидроцефалии, повышении внутричерепного давления, тяжелой гипоксии, гипокальциемии, ядерной желтухе.

Психические функции в период новорожденности проявляются в эмоциональных реакциях. Эмоциональные реакции и их порог значительно варьирует в норме, что обусловлено рядом факторов: генотипическими особенностями организма в целом, типом высшей нервной деятельности, порогом возбудимости нервной системы, индивидуальными биоритмами, физиологическим состоянием организма (сыт, голоден, степень опорожнения кишечника). Поэтому одни новорожденные реагируют криком на малейший неприятный для них раздражитель, также легко вызвать у них положительную эмоциональную реакцию. У других новорожденных обе реакции вызываются, с трудом.

Но если ребенок не кричит, даже когда он очень голоден, когда у него имеется задержка стула или когда он долго лежит мокрый, если его не удастся разбудить во время осмотра, это можно рассматривать как состояние резкой заторможенности. У заторможенных, апатичных детей не удастся вызвать положительные эмоциональные реакции (ротовое внимание: ребенок «замирает», по круговой мышце рта часто прокатывается едва заметная волна сокращений, отчего губы слегка вытягиваются вперед, ребенок как бы «слушает» губами). Состояние заторможенности, апатии в период новорожденности характерно для глубоко недоношенных и незрелых детей. Оно может быть также начальным симптомом задержки психического развития.

Вместе с тем у гипервозбудимого новорожденного отрицательные эмоции возникают при действии любого, даже самого слабого раздражителя. Поэтому такой новорожденный мало спит, часто кричит без видимой причины и его с трудом удастся успокоить обычными способами (взятие на руки, покачивание, кормление и др.). При этом, у гипервозбудимых детей часто также не удастся вызвать и положительные эмоции. Сочетание низкого порога эмоциональных реакций с преобладанием отрицательных эмоций отличает гипервозбудимость как патологическое состояние от физиологической возбудимости. Патологическая гипервозбудимость характерна для синдрома повышения внутричерепного давления, она может быть также симптомом соматовегетативных нарушений при врожденной детской нервной при различных поражениях центральной нервной системы.

Период новорожденности можно лишь условно отнести к периоду доречевого развития, под которым подразумевается становление предпосылок речи от рождения до 1 года.

Звуки, которые произносит новорожденный и которые называют голосовыми реакциями, неотделимы от его жизненно важных физиологических функций. Помимо крика к голосовым реакциям новорожденных относят кашель, чихание, звуки при сосании, зевании.

Различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности осуществления даже этих примитивных голосовых реакций. Мышечная слабость артикуляционной и дыхательной мускулатуры делает крик ребенка коротким, слабым, высокого тона, иногда настолько тихим, что только по мимическим реакциям можно догадаться, что ребенок плачет. Звуки, произносимые при крике, могут приобретать носовой оттенок при бульбарных и псевдобульбарных нарушениях, аномалиях строения носоглотки. Голосовые реакции новорожденного могут быть также бедными или

отсутствовать совсем вследствие угнетения центральной нервной системы.

Вышеперечисленные основные симптомы позволяют клинически диагностировать поражение ЦНС у новорожденных.

Существенное значение особенно в определении степени тяжести поражения ЦНС имеет исследование глазного дна новорожденного. Кроме того используются и ряд дополнительных (пара клинических) методов исследования: рентгенограмма черепа, МРТ, ЭЭГ-исследование, эхоэнцефалографическое исследование, диафаноскопия и др.

В течение патологического процесса поражения нервной системы ребенка условно выделяются следующие периоды: острый (7-10 дней до месяца), подострый (ранний восстановительный от 2-х месяцев до 4-х месяцев), восстановительный (поздний от 4-х месяцев до 1-2-х лет), период остаточных явлений (после 2-х лет).

Для острого периода возможно выделение по степени тяжести психоневрологических расстройств трех клинических форм: легкой, средней тяжести и тяжелой.

Синдромы острого периода:

1. Синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости;
2. Синдром общего угнетения;
3. Гипертензионно-гидроцефальный синдром;
4. Синдром прекоматозного или коматозного состояния.

Восстановительный период.

Синдромы восстановительного периода:

1. Церебрастенический синдром;
2. Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций или дизэнцефальный синдром;
3. Синдром двигательных нарушений;
4. Эпилептиформный синдром;
5. Гидроцефальный;
6. Синдром задержки психомоторного и предречевого развития.

Лечение в остром периоде комплексное и направлено на ликвидацию и профилактику дыхательных и сердечнососудистых расстройств, метаболических нарушений, отека мозга, геморрагических проявлений. Терапия проводится на фоне максимально щадящего режима в зависимости от степени тяжести острого периода и преобладающего синдрома.

Новорожденный с церебральной патологией должен быть огражден от слуховых и световых раздражений во избежание развития приступов судорог, должен периодически получать увлажненный кислород. Лучше новорожденного с патологией ЦНС укладывать в обогретую постель в возвышенном положении. Все процедуры должны проводиться с большой осторожностью, чтобы не травмировать ребенка.

Диагноз умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталости может быть поставлен с первых лет жизни. К году дети не узнают близких, не реагируют на речь, отмечается недеференцированность мимики. Запоздывает становление статомоторных актов, отсутствуют моторно-адаптивные движения. Отсутствует или очень слабо выражен интерес к окружающему, игрушкам. У детей нарушено внимание, осмысление окружающего, обращенной к ним речи, которую они понимают больше по интонации, чем по смыслу. Игровая деятельность носит стереотипный и

подражательный характер. Наиболее глубокая степень психического недоразвития характеризуется отсутствием или зачаточным состоянием познавательных функций. Активность больных ограничивается инстинктивными действиями, часто извращенными реакциями удовольствия или неудовольствия на пищевые, болевые и другие безусловные раздражители. Больные с трудом овладевают ходьбой, в моторике преобладают стереотипии, яктации. Дети остаются полностью социально не приспособленными, даже на уровне самообслуживания.

Література

1. Симпсон Т. П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. — М. — Л. Гос. Мед. Изд-во, 1929. — 256 с.
2. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста. Учеб. Для вузов. — СПб. СпецЛит, 2001. — 383 с.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей. — Л. Медицина, 1981. — 190 с.
4. Кириченко Е. И., Журба Л. Т. Клинико-патогенетическая дифференциация форм невропатии у детей раннего возраста /1У Симп. Дет. психиатров соц. стран. — М., 1976. — с.223–227
5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — Рук-во для врачей. — 2-е и зд., перераб. И доп.— М. Медицина, — 1995. — 560 с.
6. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации) Автореф. Дисс. докт. мед. наук. — М., 1995. — 48 с.
7. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М. Медицина, 1974. — 320 с.
8. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. Медицина, 1973. — 392 с.
9. Боброва Н. А. Психиатрические аспекты раннего возраста./Детская и подростковая психиатрия. Под редакцией Ю. С. Шевченко Мед. информ агенство. М.2011 с. 411-464.
10. Детская психоневрология. Под редакцией профессора Л. А. Булаховой. — Киев. — «Здоровья»2001., — 495 с..
11. Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М. Медицина». — 1981.
12. Міністерство охорони здоров'я України, НАКАЗ № 149 от 20.03.2008 р. Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років. — Київ-2008. — 81 с.
13. Закон України про психіатричну допомогу. — Київ-2000.

ЦЕРЕГИН

раствор для инъекций



НЕОБХОДИМ

- УЛУЧШИТ МЫШЛЕНИЕ
- АКТИВИРУЕТ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙРОНОВ



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЦЕРЕГИН

Показания. Прогрессирующее нарушение когнитивных и интеллектуально-мнестических функций при следующих состояниях: ишемический инсульт (острая фаза и стадия реабилитации); дисциркуляторная энцефалопатия; травматические повреждения мозга (черепно-мозговая травма, сотрясение мозга, состояние после хирургического вмешательства на мозге); сосудистые деменции; синдромы деменции различного генеза; эндогенная депрессия, резистентная к антидепрессантам. **Способ применения и дозы.** ЦЕРЕГИН (CEREGINUM) используется внутривенно (10-50 мл) или внутримышечно (1-5 мл). Внутривенное применение требует разведения и длительности введения в соответствии с полной инструкцией. Дозировка, продолжительность и частота применения зависят от характера заболевания, тяжести состояния и возраста пациента. **Фармакологические свойства.** ЦЕРЕГИН – гидролизат головного мозга, содержит низкомолекулярные биологически активные нейропептиды и аминокислоты. ЦЕРЕГИН непосредственно достигает нервных клеток и обеспечивает метаболическую регуляцию, функциональную нейромодуляцию, нейропротекторное действие и нейротрофическую активность. **Побочные эффекты** как правило быстропроходящие, незначительные, характерны для гидролизатов головного мозга и не требуют отмены препарата. Сообщалось о единичных случаях возбуждения, гипервентиляции, изменения артериального давления, нарушении настроения, местных кожных реакциях, ощущении жара при интенсивной инфузии. Препарат чаще используется у пожилых, поэтому вышеперечисленные побочные эффекты могут быть обусловлены возрастной категорией боль-

ных и не связаны с применением препарата. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к препарату, острая почечная недостаточность, эпилепсия, беременность, кормление грудью. **Предостережения по применению.** Данные об эффективности и безопасности применения у детей отсутствуют. Внимания при назначении требуют больные с аллергическим диатезом и склонные к большим судорожным припадкам. **Взаимодействия с лекарственными средствами.** Сочетание с антидепрессантами и/или ингибиторами MAO может потребовать снижения дозы последних. **Передозировка.** Случаи передозировки не зафиксированы. **Форма выпуска.** Раствор для инъекций. 1 мл раствора содержит гидролизат головного мозга крупного рогатого скота и свиней. Упаковка – ампулы по 1 мл и 5 мл. **Условия отпуска.** Рецептный препарат, перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией. **Производитель:** РУП «Белмедпрепараты», 220007, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Фабричная, 30. **Регистрационное свидетельство** в Украине № UA/8854/01/01.



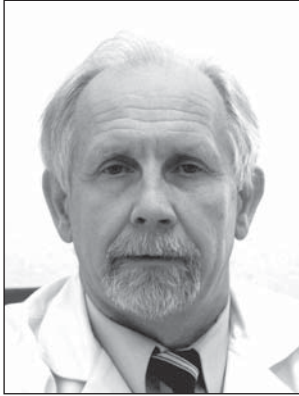
Международная промоционная компания

«Фарма Стар Интернешнл»

Международная промоционная компания:
г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8, тел./факс: (044) 404-79-03.
«Farma Star International LLC»:
942 Windemere Dr. NW, Salem, Oregon, 97304-2722.

УДК 616.895.4: 615.214 – 08

Терапевтические возможности церегина в комплексном лечении больных депрессиями



Подкорытов В. С.

Подкорытов В. С.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»

Резюме. Проаналізовані різні методи терапії депресії. Відзначена необхідність патогенетичного підходу до лікування депресивних розладів. Розглянуто перспективність нового погляду на виникнення та перебіг захворювання – нейропластичність. Доведена можливість ефективного використання нового ноотропного препарату Церегину для лікування різних форм депресії. Помічено позитивний вплив Церегину на цей патогенетичний механізм.

Ключові слова: патогенез, депресія, нейропластичність, Церегин.

Therapeutic abilities of ceregin in complex treatment of patients with depression

Podkorytov V. S.

Resume. Different methods of depression treatment were studied. Depression disorders require for pathogenesis explanation for efficacy treatment. Neuroplasticity – mechanism of depression aetiology and pathogenesis considered for new therapeutic approach. Possibility of new nootropic drug Ceregin studied for treatment of different depressions forms. Evidence of Ceregin efficacy and possible influence on this mechanism of depression were obtained.

Key words: pathogenesis, depression, neuroplasticity, Ceregin.

Проблема депрессивных расстройств — болезненно пониженного настроения — является одной из наиболее актуальных для теории и практики современной медицины.

Депрессивные и ассоциированные с ними (коморбидные) тревожные, фобические, обсессивные и соматоформные расстройства относятся к числу самых распространенных форм психической патологии. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, к началу XXI века удельный вес депрессивных и тревожных расстройств составил около 40 % в общей структуре зарегистрированной в мире психической патологии (WHO, 2001). При этом менее чем за 90 лет количество депрессивных больных, проходивших стационарное лечение, увеличилось с 8 % в 1914 г. до 34 % в 1996 г. [1]. В то же время среди пациентов, получающих какую-либо медицинскую помощь амбулаторно, депрессии можно выявить в 40 % случаев [2].

В Украине в последнее десятилетие также имеет место значительное увеличение заболеваемости населения депрессивными расстройствами. Так, только по данным официальной медицинской статистики, в период с 1973 по 2010 гг. количество зарегистрированных случаев депрессивных расстройств в пересчете на общую численность населения возросло с 2,27 % до 3,8 %. Следует полагать, что число депрессивных больных, не обратившихся за медицинской помощью к психиатрам, значительно больше. Необходимо при этом подчеркнуть, что

клиническая картина депрессивных расстройств не исчерпывается лишь симптомами пониженного настроения. В большинстве случаев у таких больных имеют место и разнообразные соматические жалобы. Нередко именно соматоформные проявления депрессий и являются основной причиной их обращения к врачам. Причем не к психиатрам, а в зависимости от особенностей таких болезненных проявлений (одышка, боли в сердце, дискинезии ЖКТ, сексуальные дисфункции и др.), к различным врачам-соматологам: терапевтам, хирургам, сексопатологам, неврологам и т. д. Нераспознанная депрессия часто приводит к неадекватной симптоматической терапии, которая, как правило, является неэффективной [2]. Наблюдающийся же в ряде случаев положительный эффект от такого лечения, обычно обусловлен верой больного в правильность терапевтической тактики врача (т. е. влиянием опосредованной психотерапии) и носит кратковременный характер. Воздействие на него любых дополнительных вредностей (психотравма, физическое перенапряжение, соматическое заболевание, злоупотребление алкоголем и т. п.) быстро вызывает рецидив заболевания.

Терапия психических заболеваний прошла длительный путь развития, который условно можно разделить на ряд периодов. На первом из них — новые средства и методы лечения, открывшиеся, как правило, эмпирически. Вплоть до середины XX столетия для лечения

депрессивных расстройств в психиатрических клиниках применялись перорально, внутримышечно и внутривенно препараты валерианы, бромиды (предложенные в 1869 г. Вильгельмом Гринингером), хлоралгидрат (предложенный в 1869 г. Р. Либрехтом), опиаты (предложенные в 1892 г. Эмилем Крепелиным), барбитураты (предложенные в 1903 г. К. Вульфом). В 1922 г. Якобом Клейзи было разработано лечение депрессий длительным медикаментозным (амитал-натриевым) сном.

В 1927 г. Манфредом Закелем была предложена инсулинотерапия психозов. И, наконец, в 1938 г. Уго Черлетти и Лючиано Вини ввели в психиатрическую практику электросудорожную терапию, которая стала использоваться при лечении различных клинических форм психозов, в первую очередь МДП.

С конца 40-х гг. XX века для терапии психических расстройств стали применяться различные седативные средства, в том числе — антигистаминные препараты. С 1949 г. в клиническую практику Д. Клайде были введены соли лития. В 1954 г. Р. Блохом эмпирически был обнаружен антидепрессивный эффект нового противотуберкулезного препарата ипрониазида — родоначальника ингибиторов МАО, который (с 1956 г. Crane G. E. и с 1958 г. Kline N.) стал использоваться для лечения депрессивных расстройств. В 1955 г. Р. Кун открыл, а с 1957 г. стал применять с этой же целью новый антигистаминный препарат — имипрамин, который явился родоначальником класса трициклических антидепрессантов. В 1960 г. J. Axelrod установил механизмы антидепрессивного эффекта ингибиторов МАО и трициклических препаратов. Было показано, что они положительно влияют на уровень серотонина и норадреналина в синапсе.

В 70-е годы прошлого столетия на этой основе была сформулирована т. н. «моноаминовая гипотеза», постулировавшая, что в головном мозге депрессивных больных имеет место дефицит серотонина и (или) норадреналина. Исходя из такого представления был разработан и внедрен в психиатрическую практику новый класс антидепрессантов — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а затем был создан еще один новый класс антидепрессантов («двойного действия») — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН).

На протяжении длительного времени моноаминовая гипотеза считалась ведущей в патогенезе возникновения депрессивных состояний. Эта гипотеза поддерживается исследованиями, демонстрирующими снижение уровня

моноаминов у пациентов с депрессией и клинической эффективностью препаратов, увеличивающих уровень моноаминов в головном мозге. Однако моноаминовая теория не отвечает на все вопросы. Например, почему вопреки факту немедленного (быстрого) повышения уровня моноаминов в ЦНС, наблюдается задержка в восстановлении настроения у пациентов с депрессией? Или почему антидепрессивный эффект оказывают препараты с другим механизмом действия?

Благодаря последним научным достижениям, было показано, что при аффективных расстройствах, которые традиционно считались «функциональными», отмечаются выраженные, причем не только ультраструктурные, но и макроморфологические изменения нервной ткани, т. е. наблюдается явление нейрональной пластичности.

Термин «нейрональная пластичность», относительно новый для психиатрии, уже давно использовался в неврологии и нейрохирургии для обозначения возможности восстановления (хотя бы частичного) тех или иных мозговых функций после повреждений ЦНС (в результате инсульта, ЧМТ, хирургического вмешательства). Действительно, мозг человека очень пластичный. В процессе адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, в нем происходят постоянные изменения. Это начинается уже с момента зарождения нейронов эмбриона и продолжается до последнего дня человеческой жизни. Мозг является более сложной структурой, чем можно себе это представить. Весом в среднем 1,3 кг, потребляя около 20 % кислорода и 20 % глюкозы всего организма, имея 100 млрд. нейронов, каждый из которых образует около 10000 синапсов, — человеческий мозг является действительно экстраординарной структурой. Благодаря новым научным открытиям, знания о способностях головного мозга продолжают пополняться. Так, например, доказано, что головной мозг взрослого человека способен образовывать новые нейроны, преимущественно в зубчатой извилине гиппокампа. Более того, обнаружено, что астроциты могут не только помогать нейрогенезу, но также трансформировать свою клеточную структуру, становясь нейронами. В процессе жизни происходит рост и увеличение разветвленности дендритов, образование новых синаптических контактов. Этот процесс, позволяющий головному мозгу быстро адаптироваться к внешним воздействиям, и называется нейропластичностью.

В многочисленных исследованиях показано, что в условиях хронического стресса и при депрессии происходит снижение нейрональной

пластичности, что приводит к структурным и функциональным изменениям головного мозга [3, 4].

Структурные:

- уменьшение объема гиппокампа и префронтальной коры;
- увеличение/уменьшение миндалевидного тела;
- уменьшение размеров и количества нейронов;
- уменьшение плотности глиальных клеток;
- снижение нейрогенеза.

Функциональные:

- изменение скорости церебрального кровотока;
- уменьшение метаболизма глюкозы.

В патологический процесс при депрессии вовлечены различные структуры головного мозга, преимущественно гиппокамп, миндалевидное тело и префронтальная кора.

Так, у пациентов с депрессией уменьшается размер гиппокампа [5]. Причем, степень уменьшения объема гиппокампа коррелирует с количеством эпизодов депрессии. Точные механизмы, ответственные за этот процесс до конца не изучены, однако достоверно доказано, что у пациентов с большим депрессивным эпизодом уменьшается количество нейрональных клеток в гиппокампе, снижается количество функционирующих синапсов, уменьшается длина дендритов и их разветвленность. Параллельно с этим в гиппокампе приостанавливаются процессы нейрогенеза.

Уменьшаются размеры и префронтальной коры. Посмертные исследования показывают уменьшение плотности и размеров клеток коры (и нейронов, и глиальных клеток). А исследования с использованием позитронно-эмиссионной томографии определяют снижение кровотока и метаболизма глюкозы в этой области у пациентов с депрессией.

Структурные и функциональные изменения зафиксированы и в наиболее важной для процесса формирования эмоций структуре — миндалевидном теле. В исследованиях показано увеличение кровотока и метаболизма глюкозы в этой области параллельно с увеличением тяжести депрессивного эпизода. Размеры миндалевидного тела на ранних этапах депрессии увеличиваются. На более поздних стадиях заболевания происходит снижение его размеров [6].

Таким образом, большое количество исследований последних лет подтверждает наличие структурных и функциональных изменений в структурах головного мозга, ответственных за формирование эмоций и настроения.

Другим важным наблюдением в ходе исследований патогенеза депрессивных расстройств было определение роли глутамата

как биохимической основы нейропластичности [7, 8]. Глутамат, являясь возбуждающим нейромедиатором, необходим головному мозгу для нормального нейронального функционирования. Однако при его избытке запускается каскад реакций, который приводит к повреждению и гибели нейронов. Именно нейротоксическими эффектами глутамата в значительной мере и обусловлены вышеперечисленные структурные изменения в головном мозге у пациентов с депрессией. Было также доказано, что терапевтический эффект ряда антидепрессантов, в частности, тианептина [9, 10], при лечении депрессивных больных обусловлен их способностью моделировать у них глутаматергическую трансмиссию. Благодаря возможности снижать избыточный уровень глутамата у депрессивных больных, у них возобновляется нейрогенез, увеличивается количество функционирующих синапсов, восстанавливается объем гиппокампа, увеличивается длина и разветвленность дендритов. Такое положительное влияние этих препаратов на нейропластичность обуславливает появление у больных выраженного антидепрессивного эффекта.

В то же время известно, что положительное влияние на нейропластичность могут оказывать и другие фармпрепараты, в частности — психостимулирующие и ноотропные. Причем у некоторых из них даже в аннотации в числе показаний для назначения указывается эндогенная депрессия, резистентная к действию антидепрессантов. Одним из таких препаратов, относящихся к фармакотерапевтической группе психостимулирующих и ноотропных препаратов, является ЦЕРЕГИН. Он выпускается в ампулах в форме раствора, который содержит гидролизат головного мозга крупного рогатого скота и свиней, состоящий из смеси свободных аминокислот и пептидов.

Целью нашего исследования было изучение терапевтической эффективности препарата ЦЕРЕГИН в комплексной терапии больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами разной степени тяжести и генеза.

В исследование было включено 40 больных с разными формами депрессивных расстройств (18 мужчин, 22 женщины):

- а) страдающих органическим депрессивным расстройством (F 06.32 — 16 чел.);
- б) имеющих депрессивный эпизод (F32 — 12 человек);
- в) рекуррентное депрессивное расстройство (F33 — 12 чел.).

С целью объективизации оценки тяжести депрессивной симптоматики нами, кроме клинико-психопатологического метода, в исследовании

была использована шкала Гамильтона (HDRS).

По степени тяжести депрессивной симптоматики больные были разделены на 3 подгруппы: I — с легкими депрессивными нарушениями (10 чел.), суммарные показатели шкалы HDRS у них находились в диапазоне 8—13 баллов; II — с депрессивными нарушениями средней тяжести (26 чел.), показатели шкалы HDRS у них были 14-18 баллов; III — с тяжелыми депрессивными нарушениями (4 чел.), показатели HDRS — 19-22 балла. Больные с крайне тяжелыми (HDRS свыше 23 баллов) и психотическими формами депрессий в исследование не включались.

Возраст больных находился в диапазоне 18 — 65 лет (средний составил 35 ± 3 лет). Средняя продолжительность заболевания у них была 5 лет.

У 12 больных (30 %) помимо депрессивных нарушений имела место разного рода сопутствующая соматическая патология (гастроэнтерологическая, урологическая, пульмонологическая, кардиологическая и др.), по поводу которой они также получали соответствующую терапию.

До поступления в стационар все больные в течение 2-2,5 месяцев безуспешно лечились разного рода фармпрепаратами (антидепрессантами, транквилизаторами, антипсихотиками и т. п.) в амбулаторных условиях. В стационаре им была назначена монотерапия одним из антидепрессантов группы СИОЗС в терапевтических дозах. При этом половина из них (20 чел.) получала его в сочетании с ЦЕРЕГИНОМ. Общий курс стационарного лечения составлял 28–30 дней. После его завершения больные выписывались на поддерживающую терапию в амбулаторных условиях еще на 4–6 месяцев.

Таким образом, для изучения терапевтической эффективности ЦЕРЕГИНА, у больных с депрессивными расстройствами нами было проведено сравнительное исследование двух групп больных по 20 человек каждая. Одна группа получала только антидепрессанты, вторая — такие же антидепрессанты вместе с ЦЕРЕГИНОМ. Следует отметить, что обе группы больных были сопоставимы по всем социально-демографическим показателям и характеру депрессивных расстройств. При этом средний показатель шкалы HDRS у больных I группы, получавших только антидепрессанты, составил 16 ± 2 баллов, а у больных II группы, получавших комбинацию антидепрессантов и ЦЕРЕГИНА — 17 ± 3 баллов.

Доза ЦЕРЕГИНА у большинства больных была 5 мг в сутки. Препарат вводился внутримышечно ежедневно или через день. Курс лечения включал 7-10 инъекций этого препарата.

Психометрическая оценка степени выраженности у больных депрессивной симптоматики с

помощью шкалы HDRS проводилась 4 раза: 1-й до начала лечения, 2-й — через 3 недели после его начала; 3-й — через 2 месяца и 4-й — через 4 месяца.

Результаты сравнительного анализа динамики болезненных проявлений у исследованных двух групп пациентов с депрессивными расстройствами показали их заметное отличие. Уже после 3-х недельного курса лечения у ряда больных обеих групп имело место как субъективное, так и объективное улучшение состояния. Однако если у больных, получавших монотерапию антидепрессантами это наблюдалось лишь в 10 % случаев (2 чел.), то у получавших дополнительно ЦЕРЕГИН — уже в 20 % случаев (4 чел.). Следует отметить, что в большинстве случаев это были больные с легкими формами депрессивных расстройств. Они отмечали улучшение у себя общего самочувствия, снижение чувства тревоги, улучшение сна и аппетита. Как правило, наблюдалась отчетливая корреляция субъективной оценки больными своего состояния и показателей шкалы HDRS. При этом средний показатель шкалы HDRS у больных I группы снизился до 15 ± 2 баллов ($p < 0,5$), а у больных II группы до 14 ± 2 баллов ($p < 0,05$).

Через 2 месяца после начала лечения существенное улучшение самочувствия уже имело место у 60 % (12 чел.) пациентов первой группы и у 85 % (17 чел.) больных второй группы (получавших ЦЕРЕГИН). Причем, если в первой группе это были больные с легкой и средней степенью выраженности депрессивных расстройств, то во второй — так же и с тяжелой. Средний показатель выраженности депрессии по шкале HDRS у больных I группы снизился до 12 ± 3 баллов ($p < 0,05$), а у больных II группы — до 10 ± 2 баллов ($p < 0,01$). В связи с отсутствием заметного улучшения самочувствия после 1-1,5 месяцев лечения у 40 % (8 чел.) больных первой группы их терапия была откорректирована либо путем замены антидепрессанта, либо за счет включения в нее второго антидепрессивного препарата.

Через 4 месяца после начала лечения практически все больные с легкими депрессивными нарушениями из обеих исследованных групп (19 чел.) считали себя выздоровевшими. Среди пациентов со средней степенью выраженности депрессивных расстройств здоровыми себя считали 81 % (21 чел.), а 15,4 % (4 чел.) отмечали значительное улучшение своего самочувствия. Причем, если в группе у больных, получавших лечение только антидепрессантами полностью выздоровевших было 61,5 % (8 чел.), то в группе больных, получавших такие же антидепрессанты в сочетании с ЦЕРЕГИНОМ их было 92,3 % (12 чел.). В группе больных с тяжелой депрессией заявили о своем выздоровлении

50 % (2 чел. из группы, получавших сочетание антидепрессантов с ЦЕРЕГИНОМ)), а 50 % (2 чел. — оба из группы лечившейся только антидепрессантами) — отметили улучшение своего самочувствия. При этом средние показатели депрессии по шкале HDRS у больных I группы были 9 ± 3 баллов ($p < 0,01$), а у больных II группы — 7 ± 2 баллов ($p < 0,001$).

Никаких значимых побочных эффектов от проводимого лечения у обследовавшихся больных не было. Большинство пациентов, принимавших ЦЕРЕГИН, в связи с его хорошей переносимостью, показало высокую комплаентность, что позволило провести им необходимый по продолжительности курс лечения. В последующем более 80 % из них согласились на поддерживающую терапию с целью профилактики рецидива заболевания.

Следует также отметить, что регресс депрессивных проявлений у больных I и II групп протекал с разной скоростью. Как уменьшение у больных субъективных ощущений депрессии, так и снижение у них степени ее выраженности в баллах по шкале HDRS во II группе (получавших ЦЕРЕГИН) были значительно больше ($p < 0,01$), чем у лечившихся только антидепрессантом.

Таким образом, ЦЕРЕГИН в дозе 5 мл в сутки, курсом 7-10 инъекций внутримышечно ежедневно или через день, в сочетании с современными антидепрессантами группы СИОЗС является высокоэффективным и безопасным препаратом для больных с депрессивными расстройствами. В том числе — для больных, имеющих сопутствующую соматическую патологию. Высокий терапевтический эффект этого препарата у депрессивных больных, возможно, обусловлен его способностью улучшать нейропластичность головного мозга. Это позволяет рекомендовать ЦЕРЕГИН не только для включения в комплекс лечебных мероприятий для купирования собственно депрессивных нарушений, в том числе, фармакорезистентным больным, но и для профилактики обострения заболевания или его рецидива.

Хорошая переносимость препарата, возможность применения в случаях наличия сопутствующей соматической патологии, наряду с высокой терапевтической эффективностью, положительно влияет на качество жизни больных с депрессивными расстройствами. Это дает возможность широко использовать ЦЕРЕГИН в психиатрической практике.

Література

1. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков, «Торнадо», 2003, 352с.
2. Підкоритов В. С., Кутько І.І., Серікова О.І., Чайка Ю. Ю., Скринник О. В. Діагностика і лікування соматизованих депресій та соматоформних розладів в практиці лікарів-соматологів / Методичні рекомендації. — Харків — 2008. — 38с.
3. Rajkowska G. Cell pathology in mood disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7: 281–292.
4. Zarate CA, Quiroz J, Payne J, Manji HK: Modulators of the glutamatergic system: implication for the development of improved therapeutics in mood disorders. *Psychopharmacol bull.* 2002; 36: 35–83
5. Czeh B, Michaelis T, Watanabe T, Frahm J. et al. Stress-induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2001; 98: 12796–12801.
6. Sheline Y. I., Gado M. H., Price J. L.: Amygdala core nuclei volumes are decreased in recurrent major depression. *Neuroreport* 1998; 9:2023–2028.
7. Mitani H., Shirayama Y., Yamada T., et al.: Correlation between plasma level of glutamate, alanine, and serine with severity of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 1155–1158.
8. В. К. Yamamoto, L. P. Reagan. Роль глутаматергической системы в нейрональной пластичности и предрасположенности к аффективным расстройствам. *Психиатрия и психофармакотерапия*, Том 8, № 5.
9. Watanabe Y, Gould E, Daniels DC, Cameron H, McEwen BS. Tianeptine attenuates stress-induced morphological changes in the hippocampus. *Eur J Pharmacol.* 1992; 222: 157–162.
10. Lucassen PJ, Fuchs E, Czeh B. Antidepressant treatment with tianeptine reduces apoptosis in the hippocampal dentate gyrus and temporal cortex. *Biol Psychiatry.* 2004; 55: 789–796.

УДК 616.89-008.441.1-085.851

Особливості терапії і превенції аддиктивної поведінки в системі гештальт-підходу



Животовська Л. В.

Животовська Л. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. У статті викладені особливості терапії і превенції аддиктивної поведінки в осіб, залежних від алкоголю, в системі гештальт-підходу. Запропонована система поетапної психотерапії з визначенням фокусу терапевтичного впливу і алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій.

Ключові слова: поетапна психотерапія, гештальт-підхід, алкогольна залежність.

Features of therapy and prevention of addiction behaviour in Gestalt-approach system

Zhyvotovska L. V.

Resume. In article features of therapy and prevention of addiction behaviour at the persons dependent on alcohol, in Gestalt-approach system are stated. The system of stage-by-stage psychotherapy with definition of focus of therapeutic influence and algorithm of psychotherapeutic interventions is offered

Key words: stage-by-stage psychotherapy, a Gestalt-approach, alcoholic dependence.

Враховуючи значну поширеність та негативні наслідки алкогольної залежності, актуальним залишається питання терапії даного контингенту хворих, головним завданням якої є досягнення стійкої якісної ремісії і попередження рецидивів захворювання, що потребує проведення комплексу медико-соціальних заходів [1]. Суттєве значення психологічних та нейрофізіологічних механізмів у виникненні та розвитку алкогольної залежності, а також недостатня ефективність медикаментозної терапії визначають важливу роль психотерапії при лікуванні даної патології, у зв'язку з чим запропоновані різні психотерапевтичні методи та моделі для пацієнтів з аддиктивною поведінкою [2, 3].

На сучасному етапі вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що провідне значення належить розладам вищих форм пристосувальної діяльності — психоемоційній та психофізіологічній адаптації, порушенню діяльності адаптивних механізмів, що локалізовані у лімбічній системі мозку [4]. Розглядаючи алкогольну залежність з точки зору тріади адаптаційних реакцій, висловлюється думка, що існують загальні іманентні фактори, які відповідають за трансформацію негативних емоційно-особистісних переживань і формування аддиктивних механізмів поведінки [5]. Змістом мотивів вживання алкоголю в фазі активного прогресування залежності є перенесення на алкоголь нереалізованих потреб людини, викривлено представлені плани і програми розвитку особистості. Зловживання алкоголем може бути обумовлене значними

змінами ієрархії цінностей людини, переходом в ілюзорно-компенсаторну діяльність і суттєвою деформацією особистості [6]. Відомо, щолюбий терапевтичний вплив на систему переваг включає як емоційні зони мозку, так і регуляторні взаємовідносини цих центральних зон з гормональними процесами і функціями внутрішніх органів.

Одночасно з цим необхідно враховувати інформаційне значення та роль емоцій в свідомій діяльності людини. Існує думка, що опосередковане психотерапією керування емоціями та асоціативними образами торкається всіх структурно і функціонально зв'язаних систем та процесів, включаючи внутрішні органи, метаболічні та адаптаційні реакції, що і реєструється на клінічному та лабораторному рівнях [7]. Тому аналіз та опрацювання особистісного змісту окремих симптомів залежності, інші психотерапевтичні заходи не просто є інструментом в досягненні згоди пацієнта з режимами фармакотерапії, з необхідністю заходів по подоланню терапевтичної резистентності, але і безпосередньо формують біологічно стійкий лікувальний ефект [8]. Основним напрямком психотерапевтичної роботи у осіб з аддиктивною поведінкою є відновлення порушеної мотиваційної сфери, формування адекватних уявлень про себе та установки на тверезий спосіб життя, підвищення соціально-психологічної адаптації [9].

Метою нашого дослідження була розробка комплексного підходу до терапії та превенції аддиктивної поведінки у хворих з алкогольною залежністю в системі гештальт-підходу.

Під нашим спостереженням знаходилося 120 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (F10.2-10.4), всі чоловіки, віком від 23 до 48 років (середній вік $37,6 \pm 3,8$ років). Тривалість захворювання становила від 5 до 15 років (в середньому 9,2 років). Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, патопсихологічних, лабораторних та інструментальних методів. В більшості випадків в клінічній картині захворювання був присутній розгорнутий алкогольний абстинентний синдром (ААС), на тлі якого у 43,8 % осіб розвинулися алкогольні психози.

Всім пацієнтам в умовах стаціонару проводилося тамування алкогольних психозів та ААС, що включало проведення дезінтоксикації, дезактуалізацію патологічного потягу до алкоголю, терапію афективно-вегетативних проявів, сомато-неврологічних розладів та відновлення сну. Комплексна медикаментозна терапія включала застосування вітамінотерапії, гепатопротекторів, препаратів метаболічної дії, антиконвульсантів, нейролептиків з седативним компонентом дії для корекції дисфоричних та психопатоподібних розладів.

При розробці системи психотерапії для пацієнтів з алкогольною залежністю ми обрали комплексний підхід, який поєднував індивідуальні та групові форми терапевтичного впливу в системі гештальт-підходу, метою якого було підвищення освідомлення пацієнтами стійких паттернів свого функціонування в контакті із зовнішнім світом, що лежать в основі розвитку залежності і вироблення адекватного пристосування до умов соціального середовища.

Основний курс психотерапії починався під час проходження хворими стаціонарного лікування. В групи кількістю до 10 осіб включалися пацієнти після усунення постінтоксикаційних та абстинентних розладів. Сеанси тривалістю 60 хвилин проводилися 2 рази на тиждень протягом 4 тижнів. Після виписки хворих протягом 6 місяців здійснювалася підтримуюча терапія, метою якої була найбільш повна реінтеграція хворих в суспільство. Під час підтримуючої терапії сеанси проводилися по 2 години раз на тиждень. Для оцінки ефективності психотерапії аналізувалися наступні показники: симптоматичне покращення, усвідомлення психологічних механізмів захворювання, відновлення порушених відносин особистості. Ефективність психотерапевтичного підходу підтверджувалася динамікою кількісних показників шкали депресії Гамільтона (HDRS), шкали Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня реактивної (PPT) та особистісної тривожності (POT).

В запропонованому нами варіанті група була півзакритою, у зв'язку з чим в групі постійно були присутні більш досвідчені учасники, які вже мали позитивний досвід групової терапії, їх поведінка була рольовою моделлю для нових учасників групи. За рахунок присутності досвідчених учасників відбувалося навчання феноменологічному зворотньому зв'язку, навикам опрацювання в процесі роботи з активними учасниками, прояснення обґрунтованості запропонованих групових норм. Участь досвідчених учасників групи дозволяла знизити рівень тривоги в групі і стабілізувати терапевтичний альянс. Задачами запропонованої програми було:

- освідомлення зриву циклу контакту;
- освідомлення можливості вибору та присвоєння відповідальності за свій вибір або усвідомлення власних потреб;
- виявлення зв'язку сенсомоторних компонентів переживання, прийняття регуляторної ролі емоційного досвіду;
- виявлення та освідомлення звичних патернів в області міжособистісних конфліктів;
- виявлення та опрацювання дисфункціональних патернів в області контролю, відповідальності та особистісних границь;
- виявлення та освідомлення патологічної ролі стійких установок (інтроектів) в області контролю поведінки та самооцінки;
- розширення «життєвого простору» за рахунок терапевтичного використання фантазій і опрацювання негативного бачення майбутнього.

Через певні особливості пацієнтів (порушення концентрації, важкість в прийнятті рішень) психотерапевтичні програми в комплексному лікуванні алкогольної залежності були структуровані та мали певну послідовність етапів. Власне психотерапевтична робота була спрямована на оптимальний баланс підтримки та фрустрації, активну конфронтацію з регресивними патернами пацієнтів. Даній меті також слугувало чітке дотримання психотерапевтом часових меж сеансу, що створювало додаткову терапевтичну фрустрацію, даючи пацієнтам можливість використати власну активність. Роль ведучого поступово змінювалася від активної та дещо директивної на початку курсу терапії, на активно-підтримуючу в основній та завершальній фазах групового процесу.

Метою першого етапу було формування мотивації пацієнтів для участі в груповій психотерапії, зниження тривоги, пов'язаної з необхідністю саморозкриття. Заняття на етапі формування групи починалося з ознайомчої зустрічі, під час якої терапевт виявляв мотиви пацієнтів до участі в груповій терапії, інформував учасників групи

про механізми психотерапії. Особлива увага приділялася переорієнтації позиції пацієнтів з пасивно-залежної на активно-співпрацюючу. Під час ознайомчої бесіди терапевт виявляв песимістичні та знецінюючі установки пацієнтів стосовно ефективності терапії, прояснював концепції, на яких вони ґрунтувалися. Перша зустріч в групі починалася із загальноприйнятої процедури знайомства. На цьому ж етапі встановлювався своєрідний психотерапевтичний контракт відносин, вводилися основні правила та норми групової участі, в тому числі — правило конфіденційності (нерозголошення учасниками змісту психотерапевтичних сесій третім особам), правило «стоп» — можливість зупинки ведучого або учасника групи у випадку небезпечності інтервенцій або питань з точки зору учасника.

На даному етапі застосовувалися вправи на освідомлення, метою яких було знайомство учасників з процесуальним освідомленням (awareness), зниження рівня тривоги у фазі орієнтації за рахунок інтроекцій в малих групах. Часто пацієнти на початковому етапі мали симптом-орієнтований рівень запиту. Фокусування уваги на соматичному реєстрі зменшувало суб'єктивну психологічну важкість переживань. Соматичний симптом пропонувалося розглянути як екзистенційне послання пацієнту, спроба його глибинної особистості повідомити про те, що щось важливе в житті він ігнорує. У зв'язку з цим пропонувалося виконати ряд вправ на ідентифікацію з симптомом, що дозволяло перейти з «символічної мови симптомів» до особистісної проблематики, не ігноруючи значимість симптомів, а переводячи їх на мову відносин.

Важливим терапевтичним фактором було навчання освідомленню та прийняттю так званих негативних емоцій, як регуляторних сигналів. Фокусування на сенсомоторних компонентах переживань дозволяло вербалізувати емоційний досвід, відновити зв'язок емоцій і ситуації, і таким чином асимілювати та інтегрувати негативні емоції, знизивши їх інтенсивність. Фокусування на тілесних та емоційних компонентах переживань також дозволяло використовувати їх в якості «човника» до переживань, пов'язаних з раннім травматичним досвідом, закріпленим в процедурній пам'яті і афективних компонентах дисфункціональних систем. Використовувалася вправа, присвячена освідомленню внутрішнього діалогу. З точки зору теорії гештальт-терапії, внутрішній діалог пов'язаний з ретрофлексією експресивних висловлювань, спрямованих до іншого. Досліджуючи внутрішній діалог, пацієнти усвідомлювали, що саме і як саме виявилось ретрофлексованим в актуальних значимих відносинах, які емоції лишилися невисловленими або були пригнічені.

Другий етап — етап сфокусованої терапії. При цьому в груповому варіанті гештальт-терапії використовували також індивідуальну психотерапію в групі, коли один із учасників був активним та працював з терапевтом протягом заздалегідь обговореного проміжку часу, а інші учасники виступали в якості фону та при потребі приймали участь в експерименті. Як правило, часом індивідуальної роботи був 30-хвилинний сеанс, після чого протягом 15 хвилин учасники групи давали зворотній зв'язок. У фокусі уваги терапії знаходився актуальний внутрішньо-особистісний та міжособистісний конфлікт.

Основні інтервенції психотерапевта були спрямовані на перетворення підтримки середовища в самопідтримку пацієнта. Феноменологічний зворотній зв'язок сприяв асиміляції учасником, що працював, свого досвіду, в тому числі за рахунок реакцій, які виникали у інших учасників під впливом розповіді пацієнта в ситуації «тут і тепер», що відтворювали поведінку значимих інших у випадку інтерперсонального конфлікту. Психопатологічні розлади виникають, коли створюються умови, що перешкоджають задоволенню потреб організму в актуальному полі. Виникає пристосування до змінених умов середовища, яке спочатку має адаптивний характер, а потім перестає відповідати задачам адаптації і стає анахроністичним перериванням циклу задоволення потреб. В якості провокуючих факторів виступали ситуації втрати стабільних соціальних ролей, пов'язаних з ідентифікаціями, що потребувало перебудови всієї системи відносин.

Феномен суб'єктивної значимості відносин також пов'язаний з ідеалізацією певної цілі або особи, на яку спроектована подібна надцінна значимість, і звуженням у зв'язку з цим мотиваційного поля. Ідеалізація відносин до іншого перешкоджає нормальній динаміці розвитку відносин, призводить до накопичення ворожості і посиленню ретрофлексивних механізмів. Поведінковим виразом даної динаміки було прийняття дезадаптивних соціальних ролей, а також формування відносин пасивної залежності. Захисна залежність, пов'язана з відмовою від конструктивного використання агресії і встановлення границь, пов'язана також з підтриманням ретрофлексії агресії. Саме цей механізм призводить до поступового витіснення агресії до аутоагресії (у вигляді почуття провини і неповноцінності, психосоматичних еквівалентів) та зміщеної агресії (у вигляді страху перед майбутнім). При стресових ситуаціях відбувається посилення ретрофлексивної динаміки, зі спробою контролю ситуації за рахунок збереження пасивності та залежності. Розкриваючи звичні ретрофлексії за допомогою терапевта, пацієнт спочатку адресував їх об'єктам зовнішнього

середовища, відновлюючи регуляторні функції гніву. В процесі подальшої групової динаміки відбувалося формування адекватної та гнучкої границі особистості, а неадекватні патерни прийняття відповідальності та контролю ставали більш усвідомленими.

Наступною важливою інтервенцією в роботі з пацієнтами з алкогольною залежністю була корекція самооцінки за рахунок коригуючого емоційного досвіду. Формування самооцінки пов'язано з ранніми відносинами і отриманими на їх основі інтроектами. Розвиток інтроекції можливий на основі інтерналізації ранніх відносин значимих інших та ідентифікації з ними. В процесі групової роботи в фазу агресії і диференціації, проводилася фрустрація інтроектів пацієнтів як безпосередньо в процесі роботи, так і за рахунок спеціальних технічних прийомів («діалог полярностей», «освідомлення внутрішнього діалогу»). Збираючи зворотній зв'язок після сеансу індивідуальної терапії, психотерапевтом проводилася редукція інтерпретації до простих переживань. Подібна процедура дозволяла асимілювати реакції, які викликає поведінка пацієнта у оточуючих, зменшити концептуальну жорсткість і ригідність установок та ціннісних структур.

Ідеалізовані відношення до об'єктів є особливо значимими і, одночасно, викривленими, навантаженими додатковим особистісним змістом. Однією із мішеней терапевтичного впливу була робота з втратою такого ідеалізованого відношення. В якості втраченого об'єкта були як реальні відносини із значимими іншими, так і професійна та соціальна роль, ідеалізований образ самого себе. В фокусі терапевтичної активності знаходилися втрачені відносини, які розуміються як незавершений гештальт. Акцентуючись на емоційному компоненті відносин, терапевтичні інтервенції сприяли повному переживанню незавершених відносин.

Мотивація уникання неуспішності також була терапевтичною мішенню в ході групової терапії. Домінуюча мотивація уникнення патогенетично пов'язана з механізмом дифлексії, суть якої є в зниженні ступеню емоційної напруги в ситуації інтерперсонального конфлікту, коли потенційно стає можлива розрядка бурхливих афектів або втеча у віртуальний цикл-контакту. Дефлексивні патерни також є захистом від спроектованої провини та сорому, що пов'язані з переживанням власної неадекватності. Мотивація уникнення неуспішності призводить до вторинної фрустрації, емоційної та соціальної депривації, стає основою уникаючої поведінки та інтроектування організму алкоголем. Зусилля психотерапевта були спрямовані на те, щоб зробити даний механізм усвідомленим

для пацієнта, застосовуючи при цьому техніки ампліфікації існуючого механізму.

В фокусі уваги терапевта знаходилися також негативні автоматичні фантазії та незавершені дії пацієнта. Пацієнту пропонувалося моделювання свого майбутнього за рахунок введення та включення значимих об'єктів, програвання якоїсь можливої бажаної дії, усвідомлення використаних ресурсів соціального оточення. Терапевт заохочував пацієнта до усвідомлення можливостей наближення бажаних, але малореальних фантазійних ситуацій та вірогідного реального найближчого майбутнього. За рахунок цієї роботи засвоювався копінг-ресурс в реальній екзистенційній ситуації пацієнта.

Завершальний етап терапії в групі, як правило, обмежувався однією спеціально відведеною 2-годинною сесією. На цьому етапі учасники обмінювалися своїми враженнями з приводу групи. Терапевт проводив структурування, пропонуючи виділити три найбільш значимих події групової терапії, сфокусовуючи конкретну проблемну зону пацієнта.

Перед початком психотерапії за шкалою HDRS депресія була помірно вираженою і середній показник складав $21,9 \pm 0,36$ бала. У 63,2 % пацієнтів відмічалися високі показники RPT та POT, у 36,8 % — помірні. Після завершення першого етапу POT знизився на 13,8 %, після другого — на 31,5 %, RPT — на 24,2 % та 53,7 % відповідно ($p < 0,05$). Відмічалася позитивна динаміка показників за шкалою депресії: після першого етапу психотерапії — $14,7 \pm 0,42$ балів, що відповідало легкому ступеню вираженості депресивної симптоматики, після завершення другого етапу — $8,27 \pm 0,34$ ($p < 0,05$).

Таким чином, запропонована система поетапної психотерапії в комплексному лікуванні хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, яка поєднувала індивідуальні та групові форми терапевтичного впливу в системі гештальт-підходу, сприяла формуванню внутрішньої мотивації, покращенню стану емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих, розширенню сфери соціальних контактів. Груповий варіант психотерапії мав наступні переваги:

- давав більше можливостей засвоєння застосованих технік на моделях поведінки інших пацієнтів,
- дозволяв пацієнту отримати зворотній зв'язок від інших членів групи,
- поглиблював переживання емоційного досвіду, пов'язаного з емоційною підтримкою зі сторони членів групи,
- дозволяв сформулювати такий позитивний лікувальний фактор як взаємна підтримка за межами групи.

Література

1. Проблеми наркозалежності та аспекти сучасної медико-соціальної допомоги /С.І. Табачников [та ін.] //Архів психіатрії. — 2009. — Т. 15, № 2 (57). — С.83-87.
2. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ /Ю. В. Валентик //В кн.: Лекции по наркологии /Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: «Нолидж». — 2000. — С. 309–341.
3. Недирективные методы психотерапии, применяемые при лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ (обзор) /Т. Б. Дмитриева [и др.] //Наркология. — 2004.— № 5. — С.27-31.
4. Головки А. И. Биологические основы синдрома психической зависимости при аддитивных заболеваниях химической этиологии /А. И. Головки, Л. В. Леонтьева, С. И. Головки //Успехи соврем. биологии. — 2006. — Т. 126, № 2. — С. 180–191.
5. Битенский В. С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддитивного поведения в условиях «Информационного взрыва» /В. С. Битенский, К. В. Аймедов, В. А. Пахмурный //Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — Одеса, 2006. — № 1. — С. 161–167.
6. Gorski T. T. The cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures /Т. Т. Gorski //Psychoact. Drugs. — 1990. — Vol.22. — № 2. — P. 125–133.
7. Крыжановский Г. Н. Патологические системы в патогенезе нервно-психических расстройств /Г. Н. Крыжановский //Матер. XIII съезда психиатров России. — 2000. — С.363.
8. Белокрылов И. В. Психотерапия наркологических больных /И. В. Белокрылов, И. Д. Даренский, И. Н. Ровенских — В кн.: Руководство по наркологии /Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика—М, 2002. — С.120–171.
9. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения /Под ред. С. Даулинга //Пер. с англ. Р. Р. Муртазина. — М.: «Класс». — 2000. — 240 с.

УДК: (616-006:616.89)+615.851

Судово-психіатрична оцінка актів СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями



Ревенок О. А.



Олійник О. П.

Ревенок О. А., Олійник О. П., Шум С. С., Ходаковська І. І.

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

Резюме. В статті представлено аналіз актів посмертних судово-психіатричних експертиз осіб з онкологічними захворюваннями. Виділені психічні розлади, коморбідні з онкопатологією. Проведена їх судово-психіатрична оцінка в сенсі впливу на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Ключові слова: онкологічні хворі, психічні розлади, судово-психіатрична експертиза, дієздатність.

Forensic psychiatric analysis of acts FPE persons with oncologic diseases

Revenok A. A., Oleynik O. P., Shum S. S., Khodakovskaya I. I.

Resume. The article presents an analysis of acts of postmortem forensic psychiatric expertise of persons with cancer of the diseases. Distinguished mental disorders comorbid with oncopathology. Carried out their forensic psychiatric evaluation in terms of their impact on the ability of individuals to realize the significance of their actions and direct them.

Key words: cancer patients, mental disorders, forensic psychiatric expertise, capacity.

Актуальність та сучасний стан проблеми. Актуальність проблеми вирішення питань дієздатності онкохворих, особливо тих, які приймають наркотичні анальгетики, продиктована нагальними потребами практики. Прерогативою посмертної судово-психіатричної експертизи осіб з онкологічними захворюваннями в цивільному процесі є встановлення їх здатності усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними під час оформлення тих чи інших цивільних актів. Розробка теоретичних, методологічних і практичних аспектів посмертної судово-психіатричної експертизи осіб з онкопатологією є однією з найбільш складних і актуальних завдань сучасної судової психіатрії. Дана проблема набуває все більшого значення у зв'язку з постійним збільшенням онкологічних захворювань в популяції та кількості справ цивільного судочинства [1, 2].

Питання судово-психіатричної експертної оцінки осіб, які страждають на онкологічні

захворювання, розглянуто лише у поодиноких наукових працях, а той факт, що більшості онкологічних хворих, особливо у термінальних стадіях, призначаються наркотичні анальгетики, які безумовно мають значний вплив на психічну сферу, в жодному дослідженні не брався до уваги. В Україні подібних наукових розробок взагалі не проводилося. При цьому слід враховувати, що експертна оцінка не може бути основою тільки на психопатологічних критеріях. Вона потребує психологічного дослідження структури особистості, насамперед — мотиваційної сфери. Потрібно враховувати здатність суб'єкта до адекватного вибору мети та засобів їх досягнення на підставі прогнозу і оцінки ситуації, дій та їх наслідків. Тому особливу актуальність представляє дослідження вольових процесів особи. Вольова ознака юридичного критерію дієздатності або недієздатності безпосередньо пов'язана із поведінкою і відображає здатність особи керувати своїми діями [3–7].

Мета роботи. Проаналізувати акти судово-психіатричних експертиз осіб з онкологічними захворюваннями для виявлення психічних розладів, коморбідних з онкопатологією, з'ясувати їх вплив на здатність хворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання цивільних актів.

Матеріали і методи дослідження. Основним напрямком наукової роботи був експертний аналіз 45 актів посмертних судово-психіатричних експертиз (СПЕ) у цивільному процесі, які проводились особам, що хворіли на онкологічні захворювання. Акти СПЕ були поділені на дві групи. Основну групу склали 24 випадки, коли експертиза проводилась особам з онкологічними захворюваннями, які отримували наркотичні анальгетики. Порівняльна група складалась з 21 онкохворого, яким не призначались знеболювальні засоби наркотичної дії. Основним методом дослідження був судово-психіатричний аналіз.

Результати роботи. Аналіз актів судово-психіатричних експертиз показав, що на час укладання оспорюваних юридичних угод переважна більшість підекспертних перебували у віці старше ніж 60 років (83,3 % випадків в основній групі і 61,9 % у порівняльній). З них у віці понад 80 років підписували правочини, відповідно 4,2 % і 14,3 % осіб.

Враховуючи соматичний, психічний та психологічний стан, у хворих на рак може бути наявна непослідовність поведінки, навіюваність, яка особливо у людей похилого віку підсилюється залежністю від інших осіб в силу хвороби та фізичної немочі, втрата попередніх емоційних зв'язків, порушення або відсутність вмотивованості вчинків, непослідовність та імпульсивність прийняття рішень, залежність від випадкових обставин. Це все призводить до додаткових труднощів при вирішенні питань із майном.

При експертній оцінці у визначенні здатності онкохворих розуміти значення своїх дій та керувати ними, слід керуватися комплексним

підходом, який, на нашу думку, полягає у розгляді даної проблематики у трьох площинах, а саме:

- а) соматичний стан підекспертного (до моменту та під час правочину);
- б) психічний стан підекспертного (до моменту та під час правочину);
- в) психологічний стан підекспертного (до моменту та під час правочину).

Нажаль, увагу експертів переважно привертають лише перші дві площини (соматичний стан підекспертного та його психічний стан) під час аналізу здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, тоді як хворі із злоякісними новоутвореннями мають дуже специфічний психологічний стан, обумовлений не тільки інтелектуально-мнестичними, емоційно-вольовими особливостями, але й особистісними рисами, зміною ціннісної ієрархії, змінами у сфері мотивів та інтересів, що можуть суттєво впливати на поведінку хворого під час укладання правочинів.

Як свідчать проаналізовані акти, питання здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними постає переважно після смерті онкохворих. Призначені СПЕ у 43 (95,6 %) випадках були первинними, 2 (4,5 %) повторними. У 44 (97,8 %) випадках СПЕ були проведені комісійно, у 1 (2,2 %) випадку одноосібно. Лише у 3 (6,7 %) випадках призначалась комплексна судова психолого-психіатрична експертиза. Це свідчить про те, що психологічним питанням при визначенні дієздатності приділяється недостатньо уваги.

Згідно актів СПЕ з усіх можливих видів юридичних документів найпоширенішим правочином, який укладали онкохворі був заповіт (66,7 % випадків в основній групі та 61,9 % в порівняльній). Оформлення таких документів як договір ренти з довічним утриманням, угод купівлі-продажу мало місце у поодиноких випадках — табл. 1.

Більшість укладених онкохворими угод були первинними (62,5 % випадків в основній та 71,4 % в порівняльній групі). Проте досить високий відсоток осіб під час онкологічного захворювання змінювали свої попередні правочини (20,8 % та 19,1 % відповідно), що призводило до

Таблиця 1

Види цивільних документів, укладені онкологічними хворими

| Вид цивільного акту | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|-------------------------------------|-------------------------|------|-------------------|------|----------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Заповіт | 16 | 66,7 | 13 | 61,9 | 29 | 64,5 |
| Договір дарування | 3 | 12,5 | 2 | 9,5 | 5 | 11,1 |
| Договір ренти з довічним утриманням | 1 | 4,2 | - | - | 1 | 2,2 |
| Угода купівлі-продажу | - | - | 2 | 9,5 | 2 | 4,4 |
| Доручення | 2 | 8,3 | 2 | 9,5 | 4 | 8,9 |
| Інші правочини | 2 | 8,3 | 2 | 9,5 | 4 | 8,9 |
| Разом | 24 | 100 | 21 | 100 | 45 | 100 |

ретроспективного з'ясування питань їх дієздатності у суді. Це вкотре підтверджує необхідність комплексної онкопсихіатричної допомоги для отримання об'єктивних даних стосовно психофізичного стану хворих на час укладання юридичних угод.

Тяжкість соматичного стану впливала на те, що найчастіше підекспертні уклали угоди вдома (41,7 % в основній групі та 28,6 % у групі порівняння) або у лікарні (25,0 % і 23,8 % відповідно). Лише 17,8 % всіх хворих уклали правочини в нотаріальній конторі, причому в основній групі цей показник вдвічі менший ніж у порівняльній (12,5 % та 23,8 % відповідно). У решти хворих отримати дані за місцем укладання правочину не вдалося.

Аналіз актів СПЕ стосовно спрямованості укладання правочинів показав, що особи з онкологічними захворюваннями, які отримували наркотичні анальгетики майже вдвічі рідше уклали угоди з близькими родичами порівняно з групою порівняння (25 % та 47,6 % відповідно), частіше з віддаленими родичами при наявності близьких (25 % та 14,3 % відповідно) та вдвічі частіше з малознайомими людьми (8,3 % та 4,8 % відповідно) — табл. 2.

Нажаль, зміст багатьох (40–60 %) актів не дав змоги достовірно оцінити характер стосунків із особами, на користь яких були укладені юридичні угоди. З інформативних актів відомо, що ініціатива в укладанні правочинів частіше виходила від протилежної сторони ніж від самих підекспертних. При цьому перед укладанням

правочинів хворі основної групи у третині випадків (33,3 %) обговорювали свої плани з родичами чи фахівцями, порівняно з 19,1 % таких випадків у групі порівняння. Також представники основної групи у два рази рідше, ніж хворі порівняльної групи, приймали рішення самостійно, ні з ким не обговорюючи свої наміри (12,5 % і 28,6 % відповідно), або ж посвячували у свої плани малознайомих людей (4,2 % випадків в основній групі). Нажаль у високому відсотку випадків дані про планування були відсутні.

Дослідження мотивів укладання юридичних угод з урахуванням всіх раніше проаналізованих показників, виявило, що серед підекспертних, які на час оформлення угод приймали наркотичні анальгетики випадків нелогічних, незрозумілих мотивів було більше ніж серед контингенту групи порівняння (29,2 % проти 19,1 %). Останні ж більш логічно і обґрунтовано підходили до своїх юридичних рішень.

Дослідження часового інтервалу між підписанням угоди до смерті показало, що особи з онкологічними захворюваннями уклали правочини переважно за декілька місяців до смерті. Проте, чверть онкохворих, які приймали наркотичні анальгетики, уклали юридичні угоди менш ніж за тиждень до смерті, з них 4,2 % у день смерті. У групі порівняння таких випадків було вдвічі менше (25 % проти 9,5 %) — табл. 3. Для судово-психіатричних експертів цей показник є важливим щодо оцінки об'єктивного стану хворих і їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Таблиця 2

Спрямованість укладання правочинів онкологічними хворими

| З ким укладена угода | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|---|-------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Близькими родичами | 6 | 25,0 | 10 | 47,6 | 16 | 35,6 |
| Віддаленими родичами при наявності близьких | 6 | 25,0 | 3 | 14,3 | 9 | 20 |
| Віддаленими родичами при відсутності близьких | 1 | 4,17 | 2 | 9,5 | 3 | 6,7 |
| Знайомими, сусідами, друзями | 3 | 12,5 | 3 | 14,3 | 6 | 13,3 |
| Малознайомими людьми | 2 | 8,3 | 1 | 4,8 | 3 | 6,7 |
| Іншими | 6 | 25 | 2 | 9,5 | 8 | 17,8 |
| Разом | 24 | 100 | 21 | 100 | 45 | 100 |

Таблиця 3

Часовий період між підписанням угоди і смертю підекспертних

| Час від підписання угоди до смерті | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|------------------------------------|-------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| У день смерті | 1 | 4,2 | - | - | 1 | 2,2 |
| До одного тижня | 5 | 20,8 | 2 | 9,5 | 7 | 15,5 |
| Від одного тижня до одного місяця | 7 | 29,2 | 6 | 28,5 | 13 | 28,9 |
| Від одного місяця до шести місяців | 9 | 37,5 | 8 | 38,1 | 17 | 37,8 |
| Від шести місяців до одного року | 1 | 4,2 | 2 | 9,5 | 3 | 6,7 |
| Понад рік | 1 | 4,2 | 3 | 14,3 | 4 | 8,9 |
| Разом | 24 | 100 | 21 | 100 | 45 | 100 |

Переважна більшість підекспертних (91,7 % і 95,2 %) за життя не перебували на обліку в лікарів-психіатрів. Лише 2 (8,3 %) особи з основної групи та 1 (4,8 %) з порівняльної звертались до психіатрів з приводу хронічного алкоголізму та психічних розладів внаслідок церебрального атеросклерозу.

Аналіз даних, наведених у актах СПЕ показав, що серед усіх психічних порушень, коморбідних з онкологічною патологією, у підекспертних суттєву частку становили розлади свідомості. Вони були зафіксовані у третини осіб на різних етапах хвороби (проте не завжди на період підписання правочинів). Розподіл підекспертних за наявністю розладів свідомості в клініці онкохвороби наведено у табл. 4.

Дані з табл. 4 відображають досить високий відсоток розладів свідомості в клініці онкохвороби в цілому, але особливо у групі порівняння. Причини високої поширеності розладів свідомості, їх вплив на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними у

взаємозв'язку з експертними рішеннями, потребують більш детального дослідження на наступних етапах науково-дослідної роботи.

Інші психічні розлади лише в поодиноких випадках були відображені у актах СПЕ — табл. 5.

З вищенаведеної табл. 5 слідує, що найпоширенішим синдромом у онкохворих був астеничний, який патогенетично тісно пов'язаний з даною патологією. За іншими синдромами відмічається тенденція до їх більшої поширеності у групі порівняння. Це знайшло своє логічне відображення у висновках судово-психіатричних експертних комісій, згідно яких кількість онкохворих, які на час підписання юридичних угод не могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними була більш ніж на 10 % більша у групі порівняння, ніж в основній.

Висновки. Таким чином, всебічно проаналізувавши акти СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями, які приймали наркотичні анальгетики у порівнянні з тими, яким не призначали

Таблиця 4

Розлади свідомості в клініці онкологічного захворювання

| Розлади свідомості | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|--------------------|-------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Відсутні | 17 | 70,8 | 13 | 61,9 | 30 | 66,7 |
| Оглушення | 7 | 29,2 | 8 | 38,1 | 15 | 33,3 |
| Разом | 24 | 100 | 21 | 100 | 45 | 100 |

Таблиця 5

Психічні розлади, пов'язані з онкопатологією за даними актів СПЕ

| Психічні розлади (синдром) | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|-------------------------------|-------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | n = 24 | % | n = 21 | % | n = 45 | % |
| Астенічний | 18 | 75,0 | 11 | 52,4 | 29 | 64,4 |
| Депресивний | 2 | 8,3 | 2 | 9,5 | 4 | 8,9 |
| Тривожний | 1 | 4,2 | 2 | 9,5 | 3 | 6,7 |
| Параноїдний | - | - | 1 | 4,8 | 1 | 2,2 |
| Галюцинаторний | - | - | 1 | 4,8 | 1 | 2,2 |
| Психоорганічний | - | - | 1 | 4,8 | 1 | 2,2 |
| Відсутні | 4 | 16,7 | 7 | 33,3 | 13 | 28,9 |

Таблиця 6

Висновки, винесені судово-психіатричними експертними комісіями стосовно дієздатності осіб з онкологічними захворюваннями

| Висновки СПЕ (на час укладання угоди) | Кількість підекспертних | | | | Всього | |
|---|-------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Основна група | | Порівняльна група | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Міг УЗСД та КН | 15 | 62,5 | 11 | 52,4 | 26 | 57,8 |
| Не міг УЗСД та КН | 5 | 20,8 | 7 | 33,3 | 12 | 26,7 |
| Неповною мірою міг УЗСД та КН | 2 | 8,3 | 2 | 9,5 | 4 | 8,9 |
| Невирішеність питань через недостатність інформації | 2 | 8,3 | 1 | 4,8 | 3 | 6,7 |
| Разом | 24 | 100 | 21 | 100 | 45 | 100 |

анальгетики наркотичної дії, ми дійшли наступних висновків:

1. На час укладання оспорюваних юридичних угод переважна більшість підекспертних перебували у віці понад 60 років (83,3 % випадків в основній групі і 61,9 % у порівняльній). З них у віці понад 80 років підписували правочини відповідно 4,2 % і 14,3 % осіб.
2. Майже 1/5 частина хворих обох груп під час онкохвороби укладали повторні правочини, змінюючи свої попередні юридичні рішення.
3. Особи з основної групи вдвічі рідше укладали угоди з близькими родичами і вдвічі частіше з малознайомими людьми. У цій групі випадків нелогічних, невмотивованих правочинів було на 10 % більше ніж у групі порівняння.
4. Безпосередньо у день смерті або за декілька днів до смерті укладали угоди 25 % онкохворих основної групи, на противагу 9,5 % таких випадків у групі порівняння.
5. Психічні розлади, коморбідні з онкопатологією (порушення свідомості, афективні, галюцинаторно-параноїдні розлади, інтелектуально-мнестичне зниження) були більш поширеними у групі порівняння, що логічно вплинуло на висновки судово-психіатричних експертних комісій, згідно яких, осіб, що не могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними було більше у порівняльній групі (33,3 % проти 20,8 %).

Література

1. Печерникова Т. П., Бутылина Н. В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе: Метод. рекомендации. — М.: ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, 2000. — 29 с.
2. Ілейко В. Р. Посмертна судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі: Автореф. дис...док. мед. наук. — К., 2005. — 32 с.
3. Шостакович Б. В., Ревенок А. Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоровье, 1992. — 184 с.
4. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. — 497с.
5. Знеболююча терапія хворих на злоякісні новоутворення / В. Ганул, В. Шишкіна, О. Пономарьова та ін. — К.: Юніверс, Піраміда, 2003. — 92 с.
6. Марковская Н. С. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. — М.: Медицина, 1996. — С. 155–156.
7. Дубініна К. С. Психічні розлади в онкологічних хворих у термінальній стадії // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 3(38). — С. 122–125

УДК. 616-089.5:61:34

Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке: практика применения и предложения по улучшению



Насинник О. А.

Насинник О. А.

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

Резюме. В роботі на основі вивчення осіб з тяжким психічним розладом, що знаходилися на лікуванні в психіатричній лікарні, та яким була рекомендована амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, проведено аналіз показань та порядку здійснення допомоги даного виду, а також здійснено ряд пропозицій щодо її поліпшення.

Ключові слова: амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, критерії та порядок надання, законодавство.

Compulsory outpatient psychiatric care: practice of use and propositions for improvement

Nasinnyk O. A.

Resume. On the basis of studies of people with severe mental disorder who were treated at a psychiatric hospital and who was recommended outpatient mental health care in the enforcement order, the analysis of evidence and procedure for this type of assistance, as well as a number of proposals for its improvement.

Key words: outpatient mental health care in the enforcement order, the criteria and procedure, legislation.

Актуальность исследования.

Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке (АПППП), согласно Закону о психиатрической помощи (далее — Закон), может оказываться без осознанного согласия лица либо без согласия его законного представителя в случае определения у него тяжелого психического расстройства, вследствие которого оно нанесет значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае неоказания ему психиатрической помощи (часть 2 статьи 12 Закона). Как известно, основная задача АПППП состоит в наращивании соблюдения лечения со стороны пациента в амбулаторных условиях. АПППП является правовым вмешательством, предназначенным для пользы лиц с тяжелым психическим расстройством (ТПР), нуждающимся в текущей психиатрической помощи и поддержке, для предотвращения обострения с поведенческими проявлениями опасности, но которые сопротивляются лечению или неспособны соблюдать лечение [1]. В связи с этим судом предписывается индивиду подчиняться специфической амбулаторной терапевтической программе [2].

Как отмечено в статье В. Д. Мишиева с соавт. (2004), «...наиболее спорным и трудным для реализации на практике является положение Закона о применении амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке.

Доказательством этого является тот факт, что с момента выхода Закона в г. Киеве не было ни единого случая назначения амбулаторного психиатрического принудительного лечения по инициативе врачей-психиатров (ВКК психоневрологических диспансеров)» [3]. Подобная ситуация после ввода в действие Закона наблюдалась в других областях Украины, да и не только в Украине. Проблемы с практическим внедрением законодательств, касающихся внебольничного принуждения, отмечаются и у зарубежных коллег. Данные официальной отчетности МЗ Украины отражают уровни амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП), которые намного ниже, чем в зарубежных странах, но, кроме всего, указывают на недостаточную эффективность Закона в практике [4]. Как отмечает ведущий исследователь законодательства в области психиатрии Р. S. Appelbaum (2001), следует продолжить исследования эффективности АПППП, идентификации популяции, которой, скорее всего, можно помочь, выявлению альтернатив принудительной помощи [5]. Вышеизложенное указывает на актуальность и значимость продолжения изучения АПППП, в частности оценки практического ее применения. Целью работы являлись выявление противоречий отдельных позиций Закона, касающихся АПППП, и обоснование изменений или дополнений к ним, направленных на улучшение порядка и качества оказания АПППП.

Матеріал и методы исследования.

Для отслеживания действия Закона в области АПППП, соблюдения преемственности амбулаторной и стационарной служб по данной проблеме, нами изучено 189 пациентов, госпитализированных в психиатрическую больницу в неотложном, в том числе принудительном (51 чел.) порядке. Использованы клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, аналитико-теоретический методы исследования. Для объективизации клиничко-социальных характеристик пациентов применено ряд оценочных шкал: Короткая психиатрическая оценочная шкала — Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Шкала оценки психиатрических симптомов — Psychiatric Symptom Assessment Scale (PSAS); шкала Личностно ориентированного и социального функционирования — Personal and Social Performance (PSP); Шкала оценки агрессивности — Overt Aggression Scale (OAS). Статистическая обработка материала проведена с помощью программы SPSS, версия 13. Использованы все доступные и адекватные задачам исследования статистические методы.

Результаты и их обсуждение.

В изученном материале ряд стационарных пациентов нуждались в АПППП, и такая мера им рекомендовалась, хотя в большинстве случаев в виде специального учета (СУ). Решение комиссии врачей-психиатров (КВП) о рекомендации СУ или АПППП в соответствии с Инструкцией о порядке взаимодействия органов здравоохранения и внутренних дел направлялось в адрес ПНД и РУВД по месту жительства пациента [6]. Пункты 1.1. и 1.2. Инструкции регулируют порядок постановки на СУ лиц в ПНД на основании медицинской документации психиатрических стационаров с последующим «немедленным обращением в суд с заявлением об оказании лицу АПППП» [6]. В дальнейшем АПППП осуществляется врачом-психиатром территориального ПНД по решению суда (часть 2 статьи 12 Закона).

В наших наблюдениях АПППП рекомендовалась в 19 случаях (37,3 %) по завершению принудительной госпитализации. Большая часть из числа принудительно госпитализированных (32 из 51 чел., 62,7 %) пациентов, были выписаны на общих основаниях. Из 138 лиц, находящихся на лечении в добровольном порядке, АПППП рекомендовалась 10 (7,2 %) пациентам. Различий по полу пациентов при рекомендациях АПППП не выявлено. Средний возраст пациентов с рекомендацией АПППП ($36,76 \pm 1,92$ года) не отличается от среднего возраста пациентов, выписанных на общих основаниях ($40,50 \pm 1,10$ года). Все пациенты (29 чел.),

которым рекомендовалось АПППП, имели диагноз шизофрении. Тип течения шизофрении преимущественно был непрерывным (27 чел., 93,1 %), у 2-х пациентов (6,9 %) — эпизодическим с нарастающим дефектом. По структуре дефект у половины пациентов (15 чел., 51,7 %) был апатико-диссоциативный, у одного пациента — психопатоподобный, у остальных 13 чел. (44,8 %) признаков дефекта не выявлено. Настоящая госпитализация у 13 чел. (44,8 %) была первой, у 11 чел. (37,9 %) — многократной, у троих чел. (10,3 %) — второй, у двух (9,5 %) — третьей. Таким образом, АПППП рекомендовалась пациентам после повторных госпитализаций — 16 чел. (55,2 %), хотя взаимосвязь между частотой предшествующих госпитализаций и рекомендацией АПППП не определяется ($\chi^2=7,136$, $p<0,129$). До настоящей госпитализации 17 чел. (58,6 %) находились под наблюдением ПНД, однако ПНД посещали нерегулярно, 16 чел. отказались от приема поддерживающего лечения. Из них 3 чел. (10,3 %) злоупотребляли алкоголем или наркотиками. Выявлена достоверная взаимосвязь между нерегулярным посещением ПНД, отказом от поддерживающего лечения и повторностью госпитализаций у лиц, которым рекомендовалась АПППП ($\chi^2=19,962$, $p<0,001$). Взаимосвязь указанных факторов (нерегулярность посещения ПНД, отказ от поддерживающего лечения и повторность госпитализаций) была выявлена и для лиц, получающих помощь в принудительном порядке ($\chi^2=14,366$, $p<0,026$).

Лица с рекомендацией АПППП были направлены в психиатрический стационар после осмотра в ПНД — 14 чел. (48,3 %), осмотра врачом БСПП — 12 чел. (41,4 %) и после задержания органами РОВД — 3 чел. (10,3 %). Длительность обострения у этих пациентов до настоящей госпитализации ($4,52 \pm 0,3$ дня) в сравнение с пациентами, выписанными на общих основаниях ($3,36 \pm 0,1$ дня), была больше ($Z = -2,626$, $p<0,009$).

Рекомендовалась АПППП пациентам, которые были госпитализированы с признаками опасности для других лиц: 19 чел. из числа пациентов, получавших лечение в принудительном порядке, и 10 чел. — в добровольном порядке, и соответственно у 16 ($\chi^2=9,316$, $p<0,009$) и у 7 ($\chi^2=28,388$, $p<0,001$) пациентов обнаруживались в прошлом проявления такого же агрессивного, опасного поведения в отношении других лиц. Признаки опасности для себя или беспомощного состояния, как критерии госпитализации, не служили основанием для рекомендации АПППП перед выпиской. Более дифференцирование рассмотрение категорий опасности так же соответствует данному выводу. Среди лиц с рекомендацией АПППП до стационара преобладала

опасность для близких (17 чел., 58,6 %), в том числе и непосредственная опасность (5 чел., 17,2 %) и опасность для других лиц (7 чел., 24,1 %). Реже встречалась недифференцированная опасность — (5 чел., 17,2 %). Однако статистически значимых различий для подгрупп пациентов с различными категориями опасности не выявлены ($\chi^2=9,077$, $p<0,247$). При некоторых категориях, таких как беспомощное состояние, опасность для собственности и непосредственная опасность для себя, АПППП вообще не рекомендовалась.

При рекомендации АПППП учитывались клиническая картина заболевания и его тяжесть, поведенческие проявления, а также признаки нарушения социального функционирования и отношение к лечению при поступлении. У лиц с рекомендацией АПППП, в сравнение с пациентами без таких рекомендаций, значимо преобладают показатели всех категорий агрессии по шкале OAS: вербальная агрессия ($p<0,001$), агрессия против вещей ($p<0,005$), агрессия против себя ($p<0,001$) и против окружающих ($p<0,001$), а также общая агрессия ($p<0,001$); тяжести заболевания по шкале CGI-S ($p<0,005$); выраженности психопатологических расстройств по шкалам BPRS ($p<0,005$) и PSAS ($p<0,038$), виды социального функционирования по шкале PSP: отношения с близкими и другими лицами ($p<0,001$), самообслуживание ($p<0,028$), беспокорящее и агрессивное поведение ($p<0,001$), и значимо меньше показатели общего функционирования по шкале PSP ($p<0,001$). Более дифференцированная разбивка по синдромам шкалы BPRS обнаруживает, что рекомендовалась АПППП чаще пациентам с преобладанием психотических нарушений мышления ($6,97\pm0,7$), в сравнение с лицами, выписанными на общих основаниях ($5,33\pm0,3$), и с подозрительностью ($11,69\pm0,4$ против $8,93\pm0,3$). Различия статистически значимы для психотических нарушений мышления ($Z = -2,226$, $p<0,026$) и для подозрительности ($Z = -4,094$, $p<0,001$).

Ко времени завершения стационарного лечения в процессе терапии были достигнуто улучшения состояния в различной степени, но значимых различий среди лиц с рекомендацией АПППП и без таковых не определены ($\chi^2=3,651$, $p<0,161$). Не имели достоверных различий и оценки по шкалам клинического состояния и тяжести заболевания. Однако выявлено, что оценка общего функционирования по шкале PSP значительно ниже ($p<0,003$) у лиц с рекомендацией АПППП ($54,34\pm1,86$), чем у лиц, выписанных на общих основаниях ($61,01\pm0,92$). АПППП рекомендовалась в одной половине случаев лицам без признаков дефекта (13 чел., 44,8 %) и с легким дефектом (2 чел., 6,9 %), во

второй половине случаев — лицам с тяжелым (12 чел., 41,4 %) и умеренным дефектом (2 чел., 6,9 %). Степень выраженности дефекта не играла значимой роли в рекомендациях применения АПППП ($\chi^2=0,943$, $p<0,815$). Для рекомендации АПППП так же имели значение длительность проведенного лечения ($83,45\pm7,36$ дня) и сроки наступления улучшения ($51,55\pm8,29$ дня) в сравнение с длительностью лечения ($47,61\pm3,16$) и наступлением улучшения ($33,07\pm2,65$) у пациентов, выписанных на общих основаниях. Указанные различия значимы, соответственно $p<0,001$ и $p<0,001$.

Некоторые авторы рекомендуют более детализованные критерии. Так, лицо может быть направлено для получения недобровольного лечения в амбулаторных условиях, если суд найдет, что лицо: страдает тяжелым психическим заболеванием или злоупотребляет психоактивными веществами; способно к безопасному проживанию в обществе с доступным наблюдением семьи, друзей или других лиц; некоторое время в прошлом: а) проходило стационарное лечение по поводу тяжелого психического заболевания или злоупотребления веществами, или б) было непосредственно опасно для себя или других, или проявляло выраженный дефект в результате тяжелого психического заболевания или злоупотребления психоактивными веществами; исходя из его медицинской документации и настоящего поведения, требует на сегодня лечения в порядке предупреждения обострения или ухудшения, которое обоснованно завершиться возникновением непосредственной опасности данного лица для себя или других; и настоящее психическое состояние лица или характер имеющихся расстройств ограничивает или отвергает возможность лица принимать информированное решение по добровольному приему или согласию с рекомендованным лечением; имеется обоснованное предположение, что принудительное лечение в амбулаторных условиях будет благоприятно для данного лица [7,8]. Кроме всего, чтобы быть эффективным, амбулаторное принудительное лечение должно: располагать эффективными методиками амбулаторного лечения; страховать лечащий персонал от возможной ответственности. Например, АППП применяется к психически больным, способным к безопасному проживанию в обществе с адекватной супервизией со стороны семьи, друзей или иных лиц с психическими расстройствами, к тем, кто является неспособным вследствие заболевания принять информированное решение для добровольного получения помощи или соглашаться с рекомендуемым лечением. Их анамнез указывает на необходимость лечения для предотвращения дальнейшего ухудшения.

Для этого требуется суд, но он менее формален, чем при определении стационарного недобровольного лечения. При несоблюдении амбулаторного порядка наблюдения и лечения пациент не стационарируется, отправляется к амбулаторному врачу до тех пор, пока не ухудшится его состояние, позволяющее применить критерии недобровольности для стационара. Для амбулаторного недобровольного лечения критерии клинические, а не юридические. Оно менее ограничительно для пациентов [9,10]. АПППП целесообразно планировать для пациентов с хорошей ответной реакцией на лечение при предыдущих принудительных госпитализациях [11]. Крайне необходимо выработать четкие процедуры амбулаторного наблюдения. Их следует разъяснять и семьям, которые несут большую часть бремени по контролю за соблюдением пациентом условий амбулаторного лечения.

Из изученного материала оформление АПППП через суд было осуществлено только в отношении четырех лиц. Клинико-катамнестически были изучены эти пациенты. В отношении их были направлены документы в суд по месту жительства и вынесено определение суда в различные сроки со времени получения рекомендаций стационара о необходимости назначения АПППП. Длительность наблюдения указанных пациентов в ПНД была от 3-х до 9-ти месяцев. Наблюдение пациентов осуществляется в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 12 Закона — не реже одного раза в месяц. В качестве психотропной терапии применяются чаще препараты пролонгированного действия, иногда в сочетании с традиционным или атипичным антипсихотиком. За период наблюдения необходимости в стационарном лечении не возникало. Ко времени завершения исследования все пациенты продолжали наблюдаться в группах «принудительная психиатрическая помощь».

Показатель АПППП по областям, согласно данным МЗ Украины, за 2006 — 2008 гг. находится в широком диапазоне от 0 до 5,31 на 100 тыс. населения, в среднем по Украине за эти годы он составляет 0,20–1,52 на 100 тыс. населения. Хотя в целом отмечается тенденция к росту этого показателя, но в сравнение с зарубежными странами он остается низким. Как выявили исследователи, применение АПППП напрямую связано с характером или функциями соответствующего законодательства. Различают законодательства, у которых критерии недобровольной помощи одинаковы для стационарной и амбулаторной помощи, предназначены они для лечения текущего обострения заболевания с проявлениями опасности. Пациент или суд осуществляет выбор условий предстоящего лечения, поэтому АПППП считается как «наименее ограничительная

альтернатива» [12]. Второй вариант — «превентивная» АПППП, при которой критерии для недобровольной стационарной и амбулаторной помощи различны. Закон Украины в разделе АПППП использует эти «превентивные» критерии. Для такой АПППП критерии более широкие, чем для стационара, цель — предупредить возможное ухудшение, при котором проявится опасность [13], в нашем Законе: «...нанесение значительного вреда своему здоровью...» (часть 2 статьи 12 Закона). Но ряд законодательств не обнаруживает четких различий, как в критериях, так и в порядке применения, в связи с чем их относят к «смешанным». Оказалось, что превентивные критерии дают наименьший показатель АПППП — менее 4,0 на 100 тыс. населения; наименее ограничительные альтернативы имеют средние уровни; там же, где смешанные функции — высокие показатели, более 40 на 100 тыс. населения [14]. Однако неправомерность применения превентивного критерия не только в этом. Как указывает ряд американских авторов, такой критерий прогнозируемого ухудшения остается неясным в плане его соответствия Конституции и правам человека, подвергает сомнению правомочность его применения [13, 15]. Недоверие к данному критерию отмечено в решениях суда г. Нижнего Новгорода от 24.02.2009 г. по отказу в недобровольной помощи гражданке Ц: «...будет ли в случае отсутствия лечения причинен вред здоровью гражданки Ц. вследствие ухудшения ее психического состояния, точно сказать не сможет никто, это непредсказуемо...» [16]. Действительно, слабо доказательным является критерий, состоящий из трех прогностических и малоубедительных компонентов: «...значительный вред своему здоровью...», «...вследствие ухудшения психического состояния...», «...в случае не оказания... психиатрической помощи» (часть 2 статьи 12 Закона). В связи с этим предлагается заменить указанные компоненты на версию опасности с более верифицированным значением: «Амбулаторная психиатрическая помощь может предоставляться без осознанного согласия лица или без согласия его законного представителя в случае установления у него тяжелого психического расстройства, в результате чего данное лицо будет представлять риск опасности для себя или окружающих в случае, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи». Аналогичной замены потребует абзац 4 часть 3 статьи 11 Закона. Необходимо в Законе или в инструктивно-методическом документе указать конкретные показания к АПППП, в частности, анамнестические данные о несоблюдении врачебных рекомендаций, прежде всего — поддерживающей терапии; неоднократные (не менее 2-х в течение 3-х лет) госпитализации, в

том числе неотложные и принудительные вследствие несоблюдения лечения; отсутствие признаков непосредственной опасности для себя или других лиц; отсутствие осознанного согласия к наблюдению в амбулаторном психиатрическом учреждении и к приему поддерживающего лечения; способность к безопасному функционированию во внебольничных условиях; определенное место проживания пациента и желательно вовлеченность в помощь близкого пациенту лица. Предложенное нами изменение критерия АПППП устранил ряд противоречий в двух Инструкциях совместного приказа МЗ и МВД от 2000 г. [6, 17].

Но основным противоречием Закона с практикой является порядок назначения АПППП. Согласно ст. 12 Закона, вопрос о предоставлении лицу АПППП решается судом по месту проживанию лица. Заявление о предоставлении лицу амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке направляется в суд врачом-психиатром. Данное заявление рассматривается судом в десятидневный срок со дня его поступления (абзац 3 ст. 22 Закона). К заявлению, в котором должны быть изложенные основания для предоставления лицу амбулаторной психиатрической помощи без его осознанного согласия и без согласия его законного представителя прилагается заключение врача-психиатра, которое содержит обоснование необходимости предоставления лицу такой помощи (абзац 3 ст. 12, абзац 3 ст. 22 Закона). Как известно из практики, ухудшения состояния или рецидив болезни чаще наблюдается у лиц отвергающих рекомендации лечащего врача, прежде всего касательно лечения, что в ряде случаев сопровождается поведенческими расстройствами, в том числе проявляющимися в опасности для себя или окружающих или беспомощным состоянием. Соответственно, принудительно госпитализированные пациенты после проведенного курса лечения готовятся к выписке, и стационар рекомендует амбулаторной службе АПППП. Получив эпикриз с такими рекомендациями, амбулаторная служба должна осуществить всю процедуру оформления АПППП, вплоть до организации доставки пациента в суд. Но ведь еще в стационаре было известно, что пациент отказывался ранее и продолжит отказываться от специализированной помощи. Однако отсутствие для психиатрической службы альтернативы в выборе суда (только по месту проживания лица) сковывает применение этой новации Закона. Поэтому данное положение абзаца 3 статьи 12 и абзаца 3 статьи 22 Закона подлежат дополнению с возможностью определения АПППП судом по месту нахождения психиатрического стационара, прежде всего в случаях принудительной госпитализации. Таким

образом, часть 3 статьи 22 Закона дополнить фразой «...по месту проживания лица или по месту прохождения лицом лечения в психиатрическом учреждении». Следовательно, вопросы продолжения лечения в амбулаторных условиях будут решаться перед выпиской пациента из стационара. Стационар направляет соответствующие документы в суд. Суд приглашает к назначенному им времени рассмотрения дела пациента, кроме указанных в Законе участников, еще и будущего лечащего врача из амбулаторной службы с подготовленным терапевтическим планом. Желательно также присутствие в суде кого-то из близких для пациента лиц, способных контролировать поддерживающее лечение. Только такая преемственность в деятельности амбулаторной и стационарной психиатрической помощи окажется действенной как в плане помощи пациенту, так и профилактике обострений и опасного поведения. Что касается терапевтического плана, то он входит необходимым компонентом в качественную психиатрическую помощь. Назначение АПППП даже при отсутствии, как указано в Законе «осознанного согласия», потребует ознакомления пациента с рекомендуемым ему лечением, частотой посещения врача-психиатра [13], в том числе с участием в этом суда. Основные позиции плана должны быть разработаны до судебного заседания с тем, чтобы они были объяснены пациенту и поняты им. В терапевтический план должны быть включены и рекомендуемый режим, запреты на употребление алкоголя и иных психоактивных веществ [9, 18]. Исследователи отмечают более лучшее соблюдение режима лечения при назначении пролонгированных препаратов [19, 20]. Терапевтическая программа должна включать так же обучение пациента (для осознания факта болезни и ее понимания), курс социального тренинга (для более эффективного подхода к болезни) [21]. Должны быть регламентированы действия всех участников амбулаторного лечения. Зарубежные авторы описывают разные подходы к проведению АПППП. Так, если пациент пропускает назначенное время визита к врачу, приема депо-препарата или отказывается от него, лечащий врач контактирует с подопечным, пытается убедить его прийти и получить лечение. Если, по мнению психиатра, возникает опасность со стороны больного, об этом информируется ближайший родственник или значимое лицо (при наличии таковых), сотрудник милиции, которые должны предпринять адекватные шаги к доставке подопечного в лечебное учреждение. Пациент также должен знать, что в случае несоблюдения или отказа от лечения, неявки в согласованные сроки к лечащему врачу будут предприняты необходимые действия по

предотвращению такого поведения, в том числе обращения в местный орган внутренних дел для содействия (абзац 3 ст.8 Закона) в сопровождении пациента для осмотра врачом-психиатром.

К сожалению, такое разделение как «недобровольная психиатрическая помощь» для лиц, не совершивших ООД, в отличие от «принудительных мер медицинского характера», в Законе «О психиатрической помощи» не привилось, что вызывает некоторую путаницу. В законодательстве обе процедуры (имеется в виду АПППП для лиц, не совершивших ООД, и принудительные меры медицинского характера в виде АПППП для совершивших ООД) являются принудительными, направлены на профилактику общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами и решают задачи преемственности в работе правоохранительных органов и органов здравоохранения, как на этапе предотвращения ООД, так и после их совершения (предупреждение повторных ООД).

Выводы.

Таким образом, анализ изученного материала позволяет определить показания к назначению АПППП. Такими показаниями, прежде всего, являются тяжелое психическое расстройство с утратой критики и способности к принятию решения о лечении, в связи с чем возникают обострения заболевания со снижением социального функционирования и нарастанием поведенческих нарушений, представляющих опасность для себя или окружающих, требующих неотложной или принудительной госпитализации. Несмотря на достигнутое улучшение в процессе стационарной терапии и заверения пациента в его согласии на поддерживающее лечение в амбулаторных условиях, несоблюдение лечения носит более устойчивый характер и связано с рядом неблагоприятных факторов. Выявленная нами достоверная взаимосвязь между нерегулярным посещением ПНД, отказом от поддерживающего лечения и повторностью госпитализаций у лиц, которым рекомендовалась АПППП ($\chi^2=19,962$, $p<0,001$), и которые получали помощь в принудительном порядке ($\chi^2=14,366$, $p<0,026$) указывает о необходимости учета повторности госпитализаций в связи с несоблюдением приема поддерживающего лечения и проявлений преимущественно опасности для окружающих. Однако по завершению стационарного лечения и при вынесении рекомендаций об АПППП мы можем указывать на возможность риска опасности для себя или окружающих. Таким образом, предлагается изменить формулировку критерия АПППП в части 2 статьи 12 Закона на «.. тяжелое психическое расстройство, в результате чего данное

лицо будет представлять риск опасности для себя или окружающих в случае, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи». Аналогичных изменений потребует абзац 4 часть 3 статьи 11 Закона. Особенно значимым будет являться дополнение Закона в данном разделе возможностью получения согласия суда о проведении АПППП не только по месту жительства пациента, а и по месту его лечения. Отсюда, часть 3 статьи 22 Закона дополнить фразой «...по месту проживания лица или по месту прохождения лицом лечения в психиатрическом учреждении».

Казалось бы, малосущественное, но значимое (как с позиций защиты прав пациента и, одновременно, защиты психиатрической службы, так и в правовом отношении) дополнение к Закону о необходимости согласования с судом не только вида ПППП (амбулаторная или стационарная), но и плана психиатрической помощи пациенту. Суд на сегодня принимает однозначное решение — он соглашается, например, с заявлением психиатрического учреждения об осуществлении принудительной госпитализации или с заявлением врача-психиатра об АПППП. Суд, конечно, вправе и не поддержать заявителя, и тогда ПППП не осуществляется. Но речь идет о том, что ПППП заключается не только в назначении вида психиатрической помощи, но, в гораздо большей степени, проведении составляющих эту помощь недобровольных мероприятий, а именно введении психотропных средств, дополнительных обследований или регулярных визитов во внебольничное учреждение. Отсюда целесообразно завершить первое предложение части 4 статьи 22 Закона «...и рассмотрения плана этой помощи». Особенно значимо это дополнение при регулировании АПППП, когда в судебном заседании судья подтвердила бы пациенту необходимость, например, ежемесячных визитов в ПНД для получения препаратов пролонгированного действия и т. п. Важным будет являться при вынесении решения суда о психиатрической помощи в принудительном порядке одновременно включение в это решение и плана помощи пациенту.

На примере АПППП нагляднее всего представляется, что смена названия вида психиатрической помощи с «принудительного» на «недобровольный», как это принято в большинстве подобных законодательств, было бы эффективным как для разграничения контингентов, так и понимания порядка предоставления помощи. Изменение названия вида психиатрической помощи с «принудительного» на «недобровольный» было бы эффективным как для разграничения контингентов, так и понимания порядка предоставления помощи.

Література

1. Swanson J. W. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness / J. W. Swanson, M. S. Swartz, R. Borum [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 176. — P. 324–331.
2. Torrey F. E., Kaplan R. J. A national survey of the use of outpatient commitment / F. E. Torrey, R. J. Kaplan // *Psychiatric Services*. — 1995. — Vol.46. — P. 778–784.
3. Мишиев В. Д. Амбулаторное психиатрическое принудительное лечение: показания к назначению, организация помощи, перспективы внедрения в практику / В. Д. Мишиев, И. И. Кутько, Г. С. Рачкаускас // *Архів психіатрії*. — 2004. — Т.10, № 2(37). — С. 207–210.
4. Насинник О. А. Анализ критериев, порядка и частоты применения амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке // *Психічне здоров'я*. — 2009. — № 2(23). С. 147–153.
5. Appelbaum P. S. Thinking carefully about outpatient commitment / P. S. Appelbaum // *Psychiatric Services*. — 2001. — Vol.52. — P. 347–350.
6. «Інструкція про організацію взаємодії органів охорони здоров'я й органів внутрішніх справ по попередженню суспільно небезпечних дій осіб, що страждають на психічні розлади» // *Нормативно-правові документи з питань надання психіатричної допомоги*. — К.: МОЗ України. — С. 87–94.
7. Geller J. L. Rights, wrongs, and the dilemma of coerced community treatment // *American Journal of Psychiatry*. — 1986. — Vol. 143. — P. 1259–1264.
8. Geller J. L. Rx: a tincture of coercion in outpatient treatment? // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1991. — Vol. 42. — P. 1068–1070.
9. Miller R. D. Outpatient commitment: Treatment in the least restrictive environment? / R. D. Miller, P. B. Fiddleman // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1984. — Vol.35. — P. 147–151.
10. Hiday V. A. The North Carolina Experience with Outpatient Commitment: a critical appraisal V. A. Hiday, T. L. Scheid-Cook // *International Journal of Law and Psychiatry*. — 1987. — Vol.10. — P. 215–232.
11. Burns T. Invited commentary: Community treatment orders / T. Burns // *Psychiatric Bulletin*. — 1999. — Vol.23. — P. 647–648.
12. Hiday V. A. Outpatient commitment: the state of empirical research on its outcomes / V. A. Hiday // *Psychology, public policy, and law*. — 2003. — Vol. 9. — P. 8–32.
13. Slobogin Ch. Involuntary Community Treatment of People Who Are Violent and Mentally III: A Legal Analysis / Ch. Slobogin // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1994. — Vol. 45. — P.685–689.
14. Churchill R., Owen G., Hotopf M., Singh S. International experiences of using community treatment orders. London//Department of Health and Institute of Psychiatry, King's College London, 2007. — 222 p.
15. Saks E. R. Involuntary outpatient commitment / E. R. Saks // *Psychology, Public Policy, and Law*. — 2003. — Vol 9. — P. 94–106.
16. Решение суда г. Нижнего Новгорода. — [Электронный ресурс]. — Путь доступа: <http://katiaprof.blog.ru/76721987.html>. — Заглавие с экрана.
17. Наказ МОЗ та МВС № 346/877 от 19.12.2000 г. «Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади» // *Нормативно-правові документи з питань надання психіатричної допомоги*. — К.: МОЗ України. — С. 87–94.
18. Hiday V. A. A Follow-up of Chronic Patient Committed to Outpatient Treatment / V. A. Hiday, T. L. Sheid-Cook // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1989. — Vol. 40. — P. 52–59.
19. Swartz M. S. A Randomized Controlled Trial of Outpatient Commitment in North Carolina / M. S. Swartz, J. W. Swanson, V. A. Hiday [et al.] // *Psychiatric Services*. — 2001. — Vol. 52. — P. 325–329.
20. Vaughan K. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission / K. Vaughan, N. McConaghy, C. Wolf, C. [et al.] // *Aust N Z J Psychiatry*. — 2000. — Vol. 34. — P. 801–808.
21. Тюрк Б. В защиту принудительного амбулаторного лечения / Б. де Тюрк, А. ван ден Берг // *Вісник АПУ*. — 2000. — № 1. — С. 46–67.

Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села

Зінченко О.М.

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

Резюме. В статті представлено аналіз статистичних показників стану психічного здоров'я мешканців міста та села за період з 2000 по 2009 роки. Виявлено основні особливості захворюваності та поширеності психічних та поведінкових розладів мешканців міста та села.

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, поширеність, мешканці міста, мешканці села, психіатрична допомога.

Features of mental and behavioral disorders prevalence in urban and rural population

Zinchenko O.M.

Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv

Resume. In the paper presented an analysis of statistical indicators of state of mental health in urban and rural population in 2000–2009. There were found the main features of prevalence and incidence of mental disorders in urban and rural population.

Key words: mental disorders, incidence, prevalence, urban and rural population, mental health care.

Здоров'я населення, яке формується під впливом комплексу природних та соціальних чинників, є важливим критерієм економічного та культурного розвитку суспільства, його благополуччя. Актуальність проблеми збереження здоров'я для Європейського регіону підтверджена виділенням її у стратегічну в документах ВООЗ, зокрема у програмі «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті» [27].

Проблема стану психічного здоров'я в усіх країнах світу набуває все більшої актуальності внаслідок високого рівня поширеності психічних розладів різного ґенезу [1, 4, 8, 9, 11, 12, 13–16, 18, 20–22]. В доповіді ВООЗ відзначається, що вони «є універсальними в тому сенсі, що вражають всіх людей у всіх країнах в будь-якому віці, жінок та чоловіків, багатих та бідних, в міській та сільській місцевості» [10].

У зв'язку з цим аналіз популяційного здоров'я і динамічне спостереження за його станом є пріоритетними ланками процесу управління галуззю, оскільки дозволяють відстежувати частоту появи та накопичення патологічних зрушень у різних групах населення, виявляти зміни цих показників у динаміці, оцінювати ефективність проведених заходів.

Особливо важливе місце в епідеміологічних дослідженнях відведено вивченню особливостей психічних розладів в сільській та міській популяціях [3, 6, 19, 26, 29, 30, 32, 33].

В питанні розповсюдженості психічних розладів в цих двох групах населення зустрічаються різні точки зору. За даними одних авторів показники розповсюдженості психічних розладів серед міських мешканців переважають над аналогічними показниками серед сільських мешканців, або приблизно однакові серед сільського та міського населення [7, 28, 36, 37]; на думку інших дослідників [31, 35, 38] показники розповсюдженості психічних розладів вище у сільських мешканців.

При цьому перевага психічних розладів в міській популяції пов'язується з більш високим зверненням населення до лікарів-психіатрів за рахунок кращого розвитку та ресурсного забезпечення психіатричної служби у містах [2, 5, 23, 24].

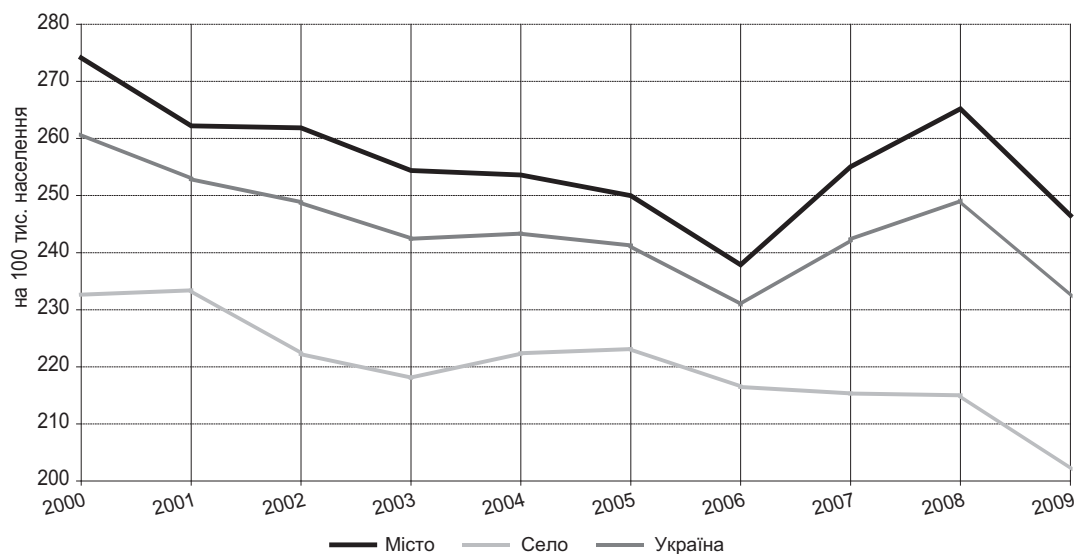
Метою даної роботи було вивчення особливостей захворюваності та поширеності психічних і поведінкових розладів у мешканців міста і села за період з 2000 по 2009 р. р. за даними офіційної статистики МОЗ України [17].

Аналіз захворюваності міського та сільського населення України на розлади психіки та поведінки свідчить про щорічні коливання цього показника протягом останнього десятиріччя з тенденцією до поступового зниження (рис.1).

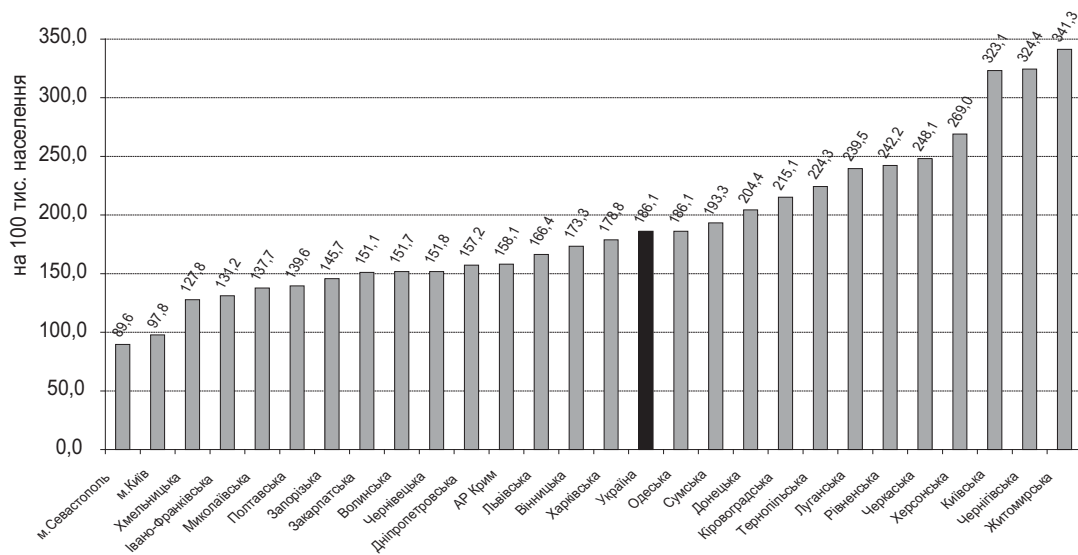
У 2009 році показник захворюваності на розлади психіки та поведінки у міських жителів склав 246,49 на 100 тис. міського населення і у порівнянні з 2000 роком мав зниження на 10,08 %. Слід відзначити, що максимальним зазначений показник був у 2000 році і становив 274,13 на 100 тис. міського населення.

Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села у 2009 році склав 202,11 на 100 тис. сільського населення і у порівнянні з 2000 роком мав зниження на 13,12 %. Максимальним зазначений показник був у 2001 році і становив 233,41 на 100 тис. сільського населення.

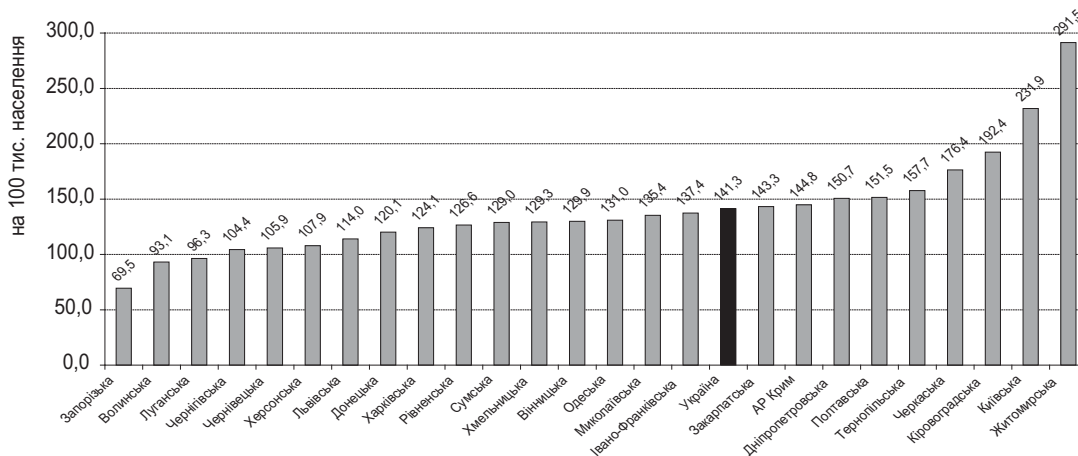
В структурі зареєстрованої захворюваності у 2009 році як у мешканців села так і у мешканців міста переважали психічні розлади непсихотичного характеру, які складали 75,51 % (або 186,13 на 100 тис. міського населення) і відповідно 69,91 % (або 141,3 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів та мали значні коливання в регіонах (рис. 2, 3).

**Рис. 1**

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців міста та села у 2000–2009 роках

**Рис. 2**

Захворюваність на розлади психіки неспсихотичного характеру у мешканців міста в регіонах України у 2009 році

**Рис. 3**

Захворюваність на розлади психіки неспсихотичного характеру у мешканців села в регіонах України у 2009 році

Друге місце у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки як у мешканців села так і у мешканців міста у 2009 році займали психотичні психічні розлади — 18,28 % (або 45,06 на 100 тис. на 100 тис. міського населення) і відповідно 15,23 % (або 30,78 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів (рис. 4, 5).

Питома вага захворюваності на розумову відсталість у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців міста у 2009 році складала 6,21 % (або 15,3 на 100 тис. міського населення) і відповідно у мешканців села 14,86 % (або 30,04 на 100 тис. сільського населення) (рис. 6, 7).

У мешканців міста показник захворюваності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки в динаміці 10-річного періоду залишався

стабільно високим. У 2000 році цей показник складав 78,97 100 тис. міського населення, а у 2009 році — 81,47 на 100 тис. міського населення. Слід зазначити, що максимальним зазначений показник був у 2008 році (рис. 8).

Показник захворюваності на розлади особистості та поведінки (F50-69, 80-98) у мешканців міста протягом останнього десятиріччя мав тенденцію до поступового зниження з 77,13 на 100 тис. міського населення у 2000 році до 62,59 у 2009 році.

За 10-річний період у мешканців міста показник захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади залишався високим та мав незначні коливання. Так, у 2000 році цей показник складав 61,94 на 100 тис. міського населення і відповідно у 2009 році — 56,18 на 100 тис. міського населення.

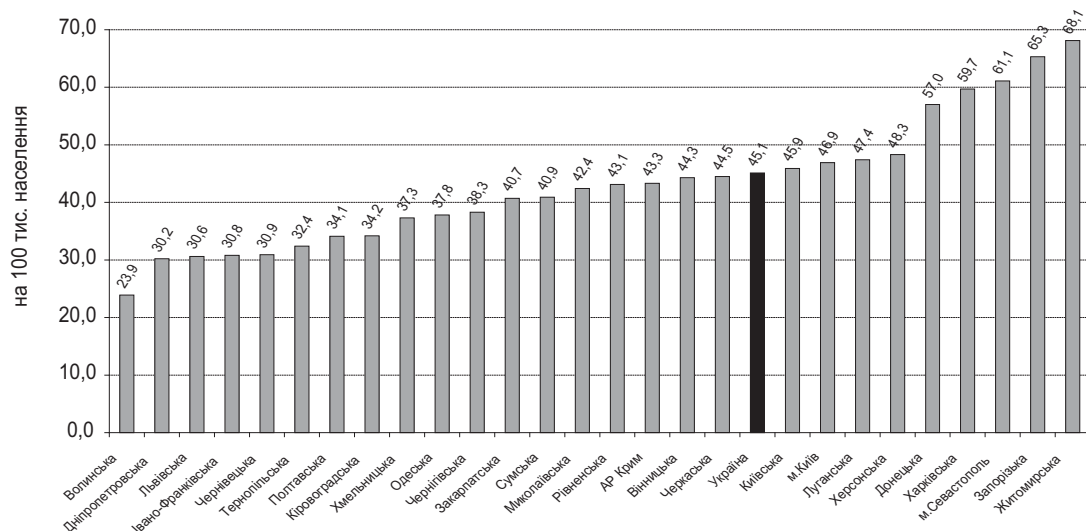


Рис. 4

Захворюваність на розлади психотичного характеру у мешканців міста в регіонах України у 2009 році

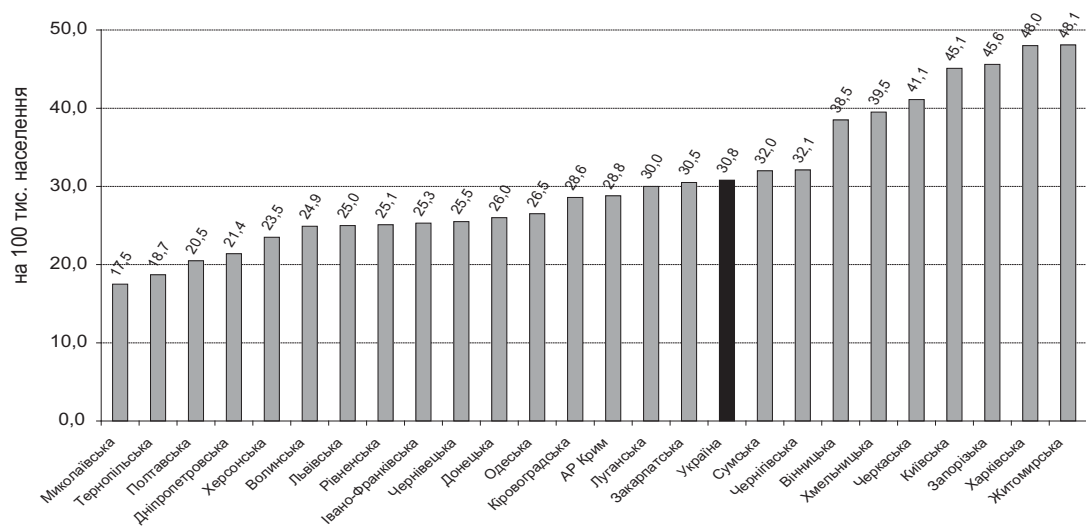


Рис. 5

Захворюваність на розлади психотичного характеру у мешканців села в регіонах України у 2009 році

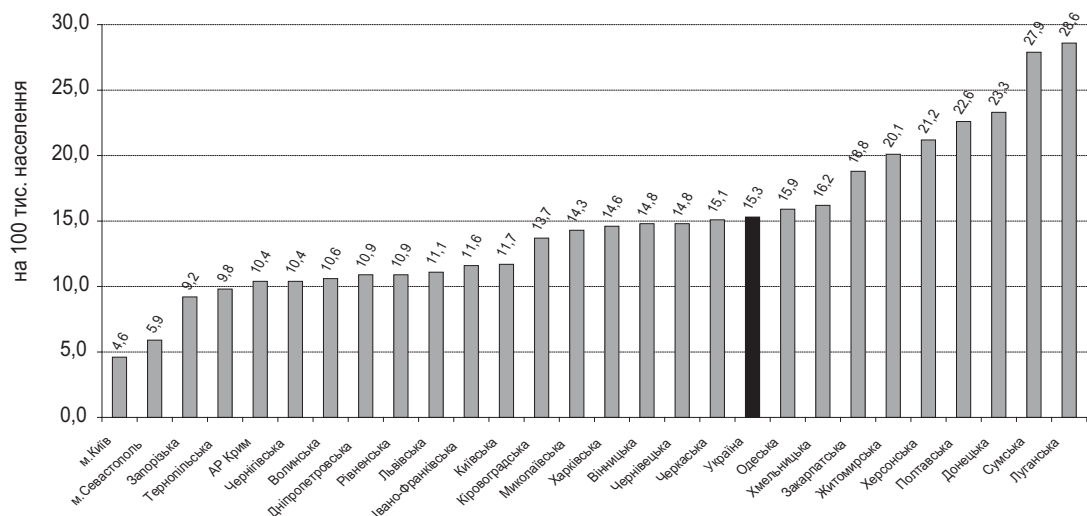


Рис. 6

Захворюваність на розумову відсталість у мешканців міста в регіонах України в 2009 році

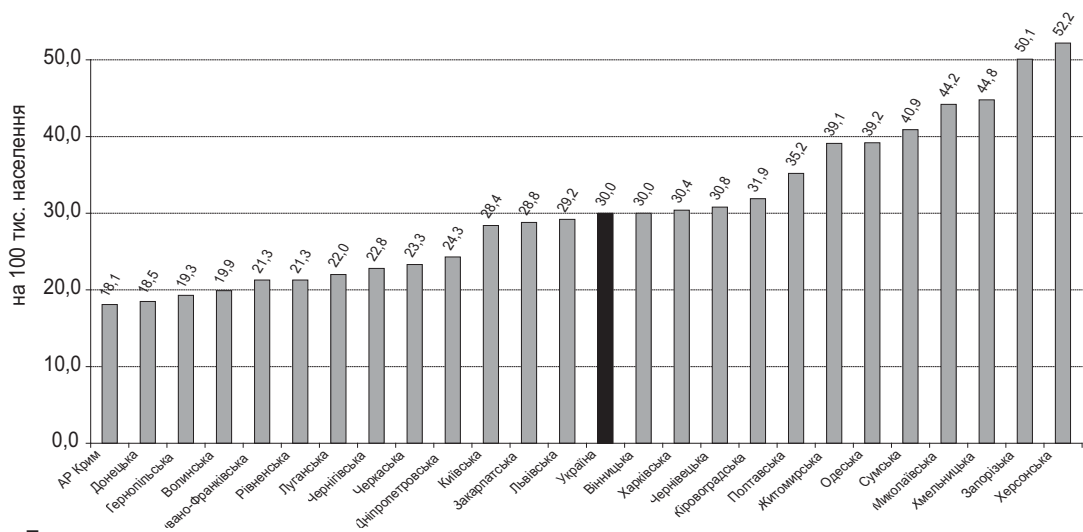


Рис. 7

Захворюваність на розумову відсталість у мешканців села в регіонах України в 2009 році

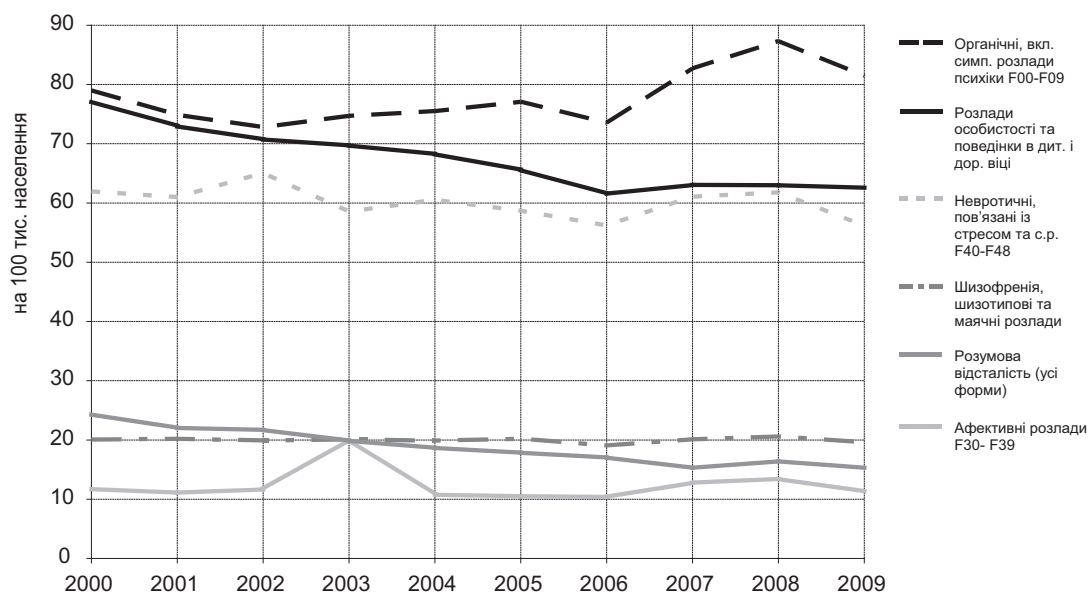


Рис. 8

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців міста у 2000-2009 роках

Захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади була відносно стабільною в динаміці 10-річного періоду (20,08 на 100 тис. міського населення в 2000 році і 19,63 в 2009 році). Цей показник характеризується незначними коливаннями в різні роки в залежності від кількості взятих під спостереження хворих і зміни чисельності населення.

У мешканців села показники захворюваності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки та невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади протягом останнього десятиріччя мали тенденцію до поступового зростання і залишалися стабільно високими (рис. 9).

Показник захворюваності на розлади особистості та поведінки (F50-69, 80-98) у мешканців села зменшився на 26,18 % і складав 48,22 на

100 тис. сільського населення у 2009 році проти 65,32 у 2000 році. Захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади залишалася відносно стабільною в динаміці 10-річного періоду (14,85 на 100 тис. сільського населення в 2000 році і 15,08 в 2009 році).

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів у міського та сільського населення України свідчить про щорічні коливання цього показника протягом останнього десятиріччя з тенденцією до поступового зростання (рис.10).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села у 2009 році займали неспсихотичні психічні розлади які — 52,88 % (1382,8 на 100 тис. міського населення)

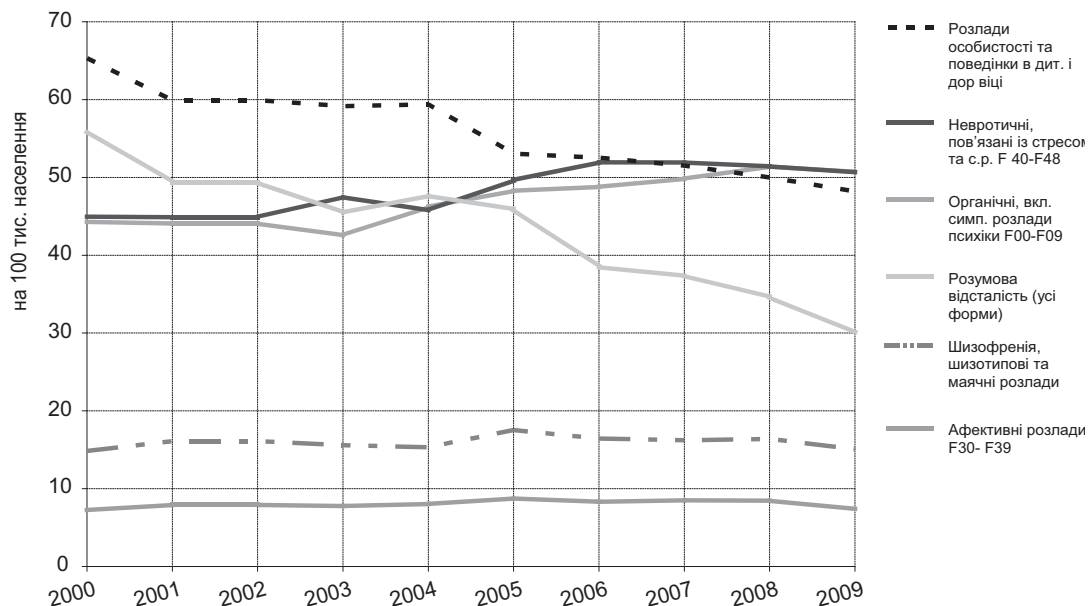


Рис. 9

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у мешканців села у 2000-2009 роках

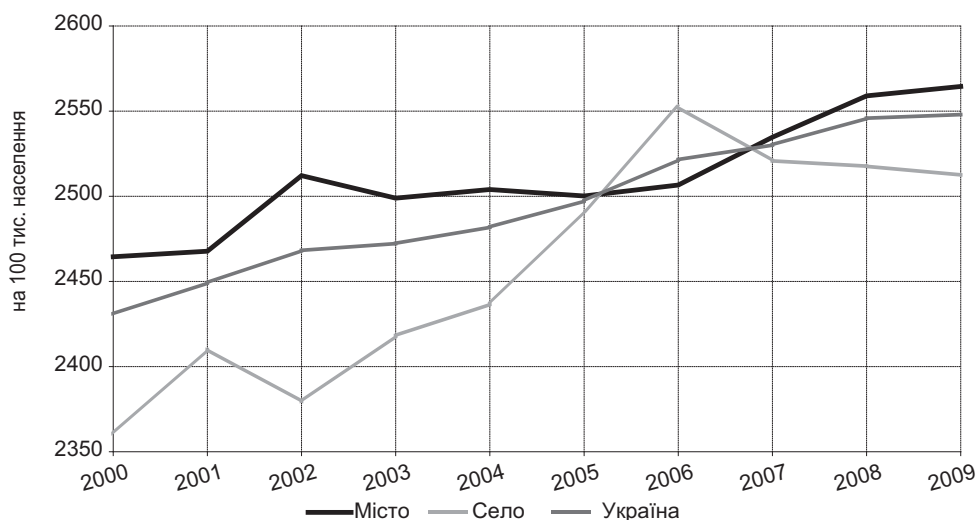


Рис. 10

Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців міста та села у 2000-2009 роках

і відповідно 41,3 % (або 1037,78 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів (рис. 11, 12).

Питома вага показника поширеності на розлади психіки та поведінки психотичного характеру у мешканців міста в 2009 році становила 27,92 % (або 715,93 на 100 тис. міського населення); у мешканців села 23,1 % (або 580,31 на 100 тис. сільського населення) (рис. 13, 14).

Питома вага показника поширеності на розумову відсталість у мешканців міста в 2009 році складала 18,16 % (або 465,83 на 100 тис. міського населення); у мешканців села 35,6 % (або 894,42 на 100 тис. сільського населення) (рис. 15, 16). При цьому слід зазначити, що зазначений показник у мешканців села був майже вдвічі вище ніж у мешканців міста.

Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки у мешканців міста та села виявляє поступове зростання. В той же час в поширеності різних форм розладів психіки та поведінки в окремих групах патології виявляються деякі коливання.

Так, за 10-річний період у жителів міста поширеність групи захворювань на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки (F00–F09), зросла на 7,81 % (з 684,08 на 100 тис. міського населення у 2000 р. до 742,03 у 2009 р.) (рис. 17).

Поширеність захворювань на шизофренію, шизотипові та маячні розлади за 10 років у мешканців міста мала тенденцію до зростання з 422,08 на 100 тис. міського населення в 2000 році до 468,73 в 2009 році).

Показник поширеності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади у міських жителів залишався відносно стабільним в динаміці 10-річного періоду (381,90 на 100 тис. міського населення в 2000 році і 367,8 в 2009 році).

Аналіз показників поширеності у мешканців села за період з 2000 по 2009 роки свідчить про зростання показника поширеності:

- на розумову відсталість на 7,45 % (з 827,82 на 100 тис. сільського населення у 2000 році до 894,42 у 2009 році);

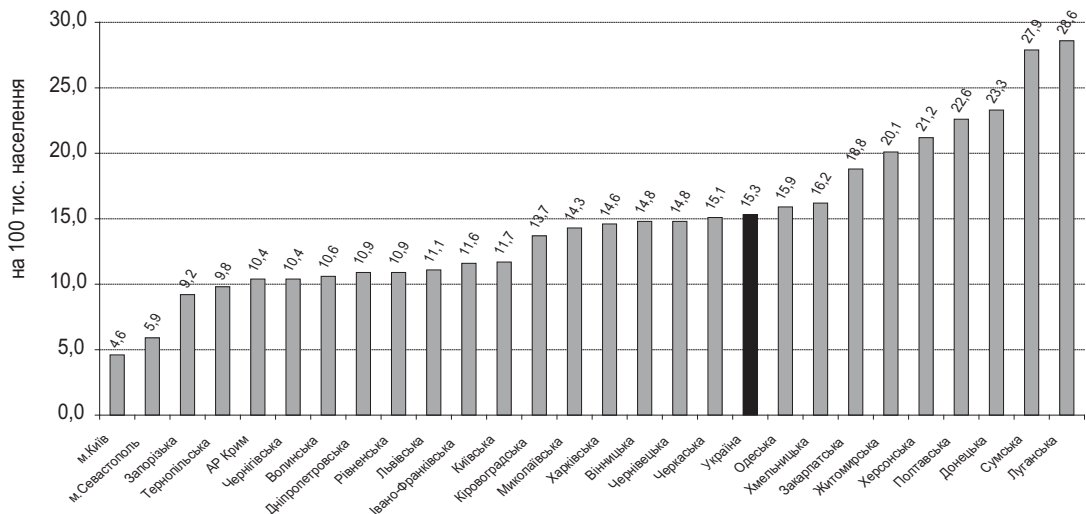


Рис. 11

Поширеність непсихотичних психічних розладів у мешканців міста в регіонах України у 2009 році

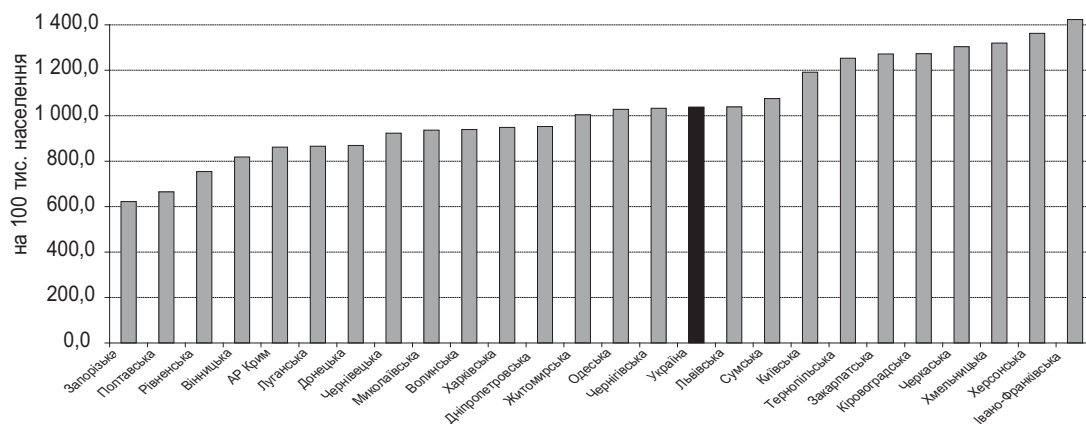


Рис. 12

Поширеність непсихотичних психічних розладів у мешканців села в регіонах України у 2009 році

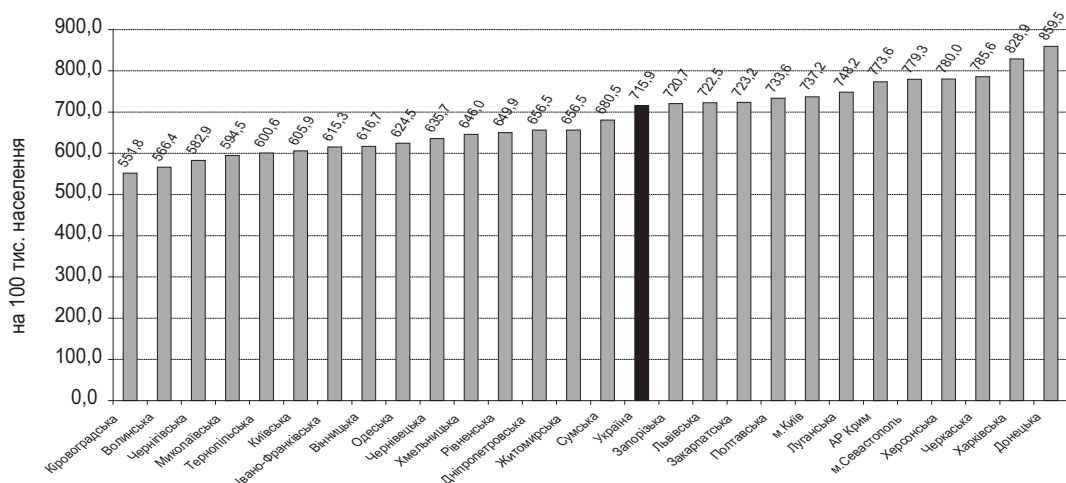


Рис. 13

Поширеність психотичних психічних розладів у мешканців міста в регіонах України у 2009 році

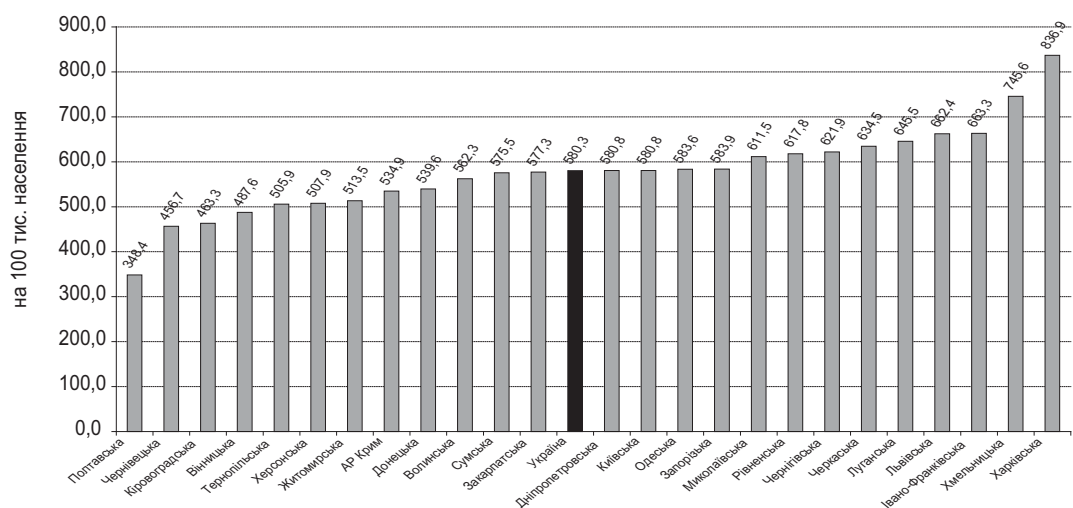


Рис. 14

Поширеність психотичних психічних розладів у мешканців села в регіонах України у 2009 році

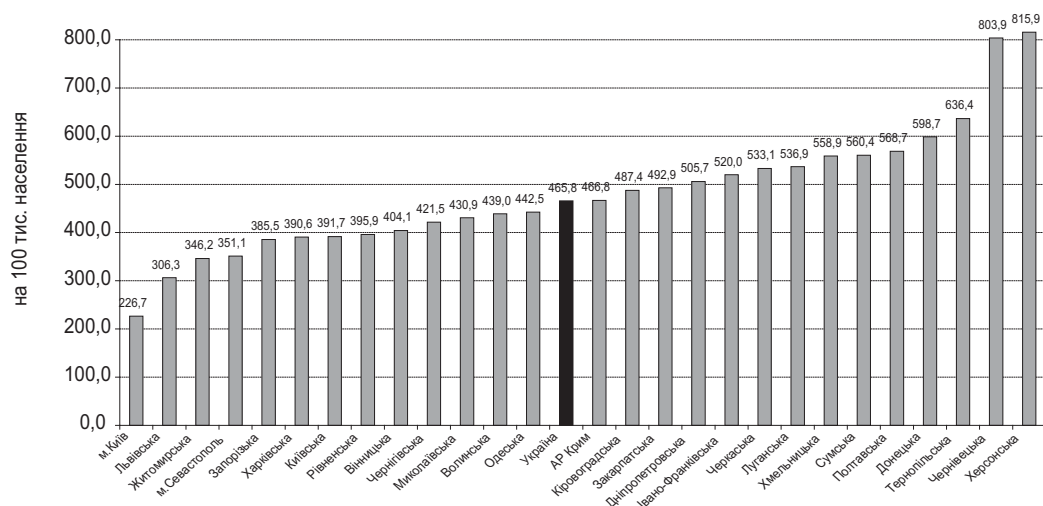


Рис. 15

Поширеність розумової відсталості у мешканців міста в регіонах України у 2009 році

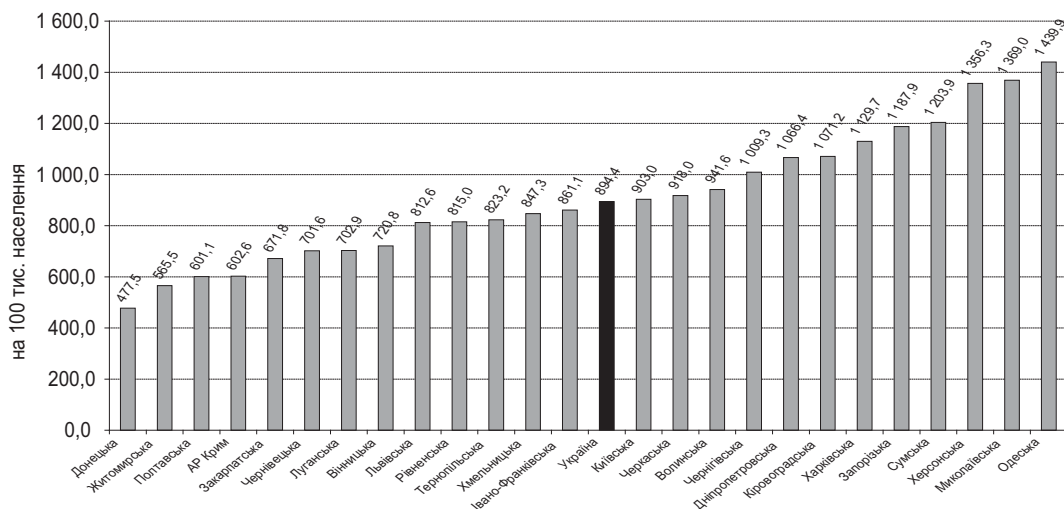


Рис. 16

Поширеність розумової відсталості у мешканців села в регіонах України у 2009 році

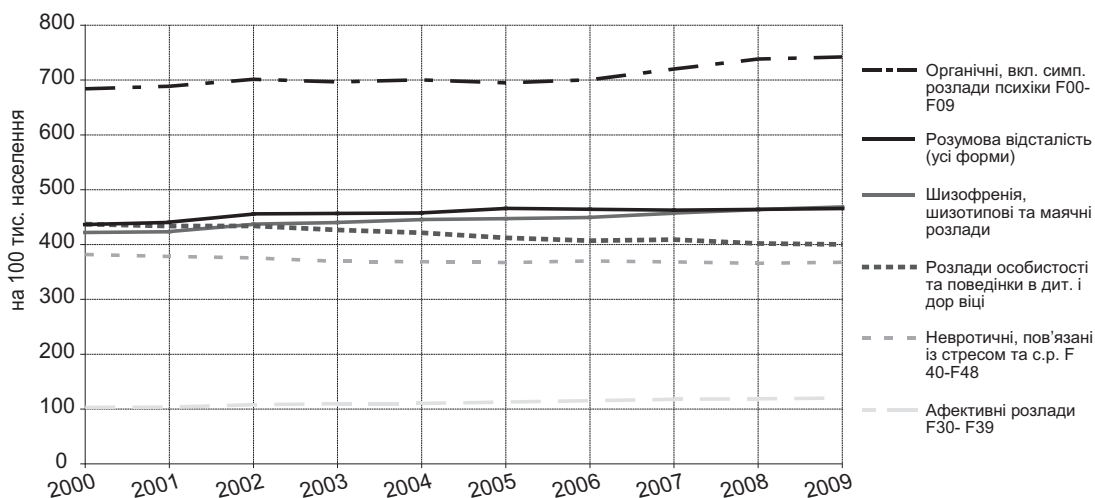


Рис. 17

Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців міста у 2000-2009 роках

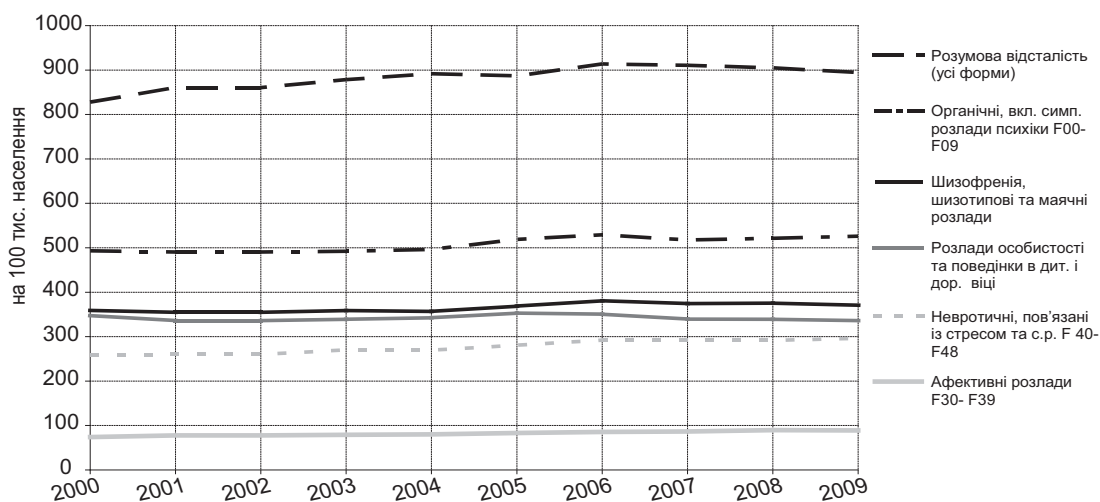


Рис. 18

Поширеність розладів психіки та поведінки у мешканців села у 2000-2009 роках

- органічних, включаючи симптоматичні розлади психіки на 6,2 % (з 493,06 на 100 тис. сільського населення у 2000 р. до 526,1 у 2009 році);
- шизофренії, шизотипових та маячних розладів на 2,92 % (з 359,20 на 100 тис. сільського населення у 2000 році до 370,84 на 100 тис. сільського населення у 2009 році);
- невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40- F48) на 12,6 % (з 259,01 на 100 тис. сільського населення у 2000 році до 296,34 на 100 тис. сільського населення у 2009 році).

Проведений аналіз дозволив виявити основні особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села за період з 2000 по 2009 роки:

1. Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки, як у мешканців міста так і у мешканців села мав тенденцію до поступового зниження. У мешканців міста зазначений показник знизився на 10,09 % (з 274,13 на 100 тис. міського населення у 2000 році до 246,49 на 100 тис. міського населення у 2009 році). У сільських мешканців у 2000 році цей показник складав 232,62 на 100 тис. сільського населення, у 2009 році — 202,11 на 100 тис. сільського населення, що свідчить про його зниження на 13,12 %.
2. В структурі зареєстрованої захворюваності, як у мешканців міста так і у мешканців села переважали психічні розлади несприятливого характеру, які складали у 2009 році у мешканців міста 75,51 % (або 186,13 на 100 тис. міського населення) і у мешканців села — 69,91 % (або 141,3 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів.
3. У мешканців міста і у мешканців села в динаміці 10-річного періоду залишалися стабільно високими показники захворюваності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і розлади особистості та поведінки.
4. Показник поширеності на розлади психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села мав тенденцію до поступового зростання. У мешканців міста цей показник збільшився на 3,89 % і складав 2564,54 на 100 тис. міського населення у 2009 році проти 2464,47 на 100 тис. міського населення у 2000 році. У мешканців села у 2009 році показник поширеності на розлади психіки та поведінки становив 2512,5 на 100 тис. сільського населення і у порівнянні з 2000 роком збільшився на 6,4 %.
5. Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села у 2009 році займали несприятливі психічні розлади які складали — 52,88 % (1382,8 на 100 тис. міського населення) і відповідно 41,3 % (або 1037,78 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів.
6. У мешканців міста протягом останнього десятиріччя залишалися стабільно високими показники поширеності на органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки (684,08 на 100 тис. міського населення у 2000 р. і 742,03 у 2009 р.); розумову відсталість (436,38 на 100 тис. міського населення у 2000 р. і 465,83 на 100 тис. міського населення у 2009 р.) і шизофренію, шизотипові та маячні розлади (422,08 на 100 тис. міського населення в 2000 році і 468,73 у 2009 р.). У мешканців села в динаміці десятирічного періоду залишалися стабільно високими показники поширеності захворювань на розумову відсталість (827,82 на 100 тис. сільського населення у 2000 році і 894,42 у 2009 році), органічні, включаючи симптоматичні розлади психіки (493,06 на 100 тис. сільського населення у 2000 р. і 526,1 у 2009 р.) і шизофренію, шизотипові та маячні розлади (359,20 на 100 тис. сільського населення у 2000 році і 370,84 у 2009 р.)
7. Результати проведеного аналізу дозволять окреслити основні пріоритетні напрями розвитку галузі, зокрема необхідні обсяги медико-соціальної допомоги, шляхи удосконалення лікувально-діагностичного процесу, профілактичних заходів у сфері охорони психічного здоров'я населення України.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 720 с.
2. Воинов Е. В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях: Автореф. дис... канд. мед. наук. — СПб, 2003. — 18 с.
3. Гаврилов Н. Н., Фофанов В. П. Организация медицинской помощи сельскому населению. М: Медицина, 1982. — 128 с.
4. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направление ее развития с опорой на сообщество //Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи /И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельд (ред.). — М. — 2007. — С. 44–56.
5. Гурович И. Я. Современный этап развития психиатрической помощи и организация работы на участке диспансера //Вопросы внебольничной психиатрической помощи. — М., 1979. — С. 5–19.

6. Гурович И. Я. Об уровне выявления психически больных в сельской местности // Организация психиатрической и неврологической помощи городскому населению. — Л., 1981. — С. 32–40.
7. Гурович И. Я., Зайцев Д. А., Прейс В. Б., Гусева Л. Е. Проблема организации психиатрической помощи сельскому населению // Пути совершенствования психиатрической, неврологической и наркологической помощи сельскому населению. — М.: Рязань, 1982. — С. 7–13.
8. Голберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель: Пер. с англ. — Киев: Сфера, 1999.
9. Демичева Н. К. Научное обоснование и разработка новых клинко-эпидемиологических и социометрических подходов к оценке психического здоровья населения. Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 416 с.
10. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — М.: Весь мир, 2002. — 215 с.
11. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия как приоритетное направление психиатрической науки и практики // Вестник Рос. акад. мед. наук — 2004. — № 4. — С. 11–15.
12. Дженкинс Р., МакКаллок Э., Фридли Л. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья. — М.: МЕДПРАКТИКА — М., 2005. — 228 с.
13. Жданова М. П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине / Жданова М. П., Коллякова О. М., Зінченко Е. Н. // В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. — СПб., 2009. — Т.1. — С.346–354.
14. Здравоохранение в России. 2009: Статистический сборник. — М.: Госкомстат России, 2009. — 356 с.
15. Кабанов М. М. Некоторые современные социально-психологические проблемы охраны психического здоровья в России // Российский психиатрический журнал. — 2007. -№ 3. — С.85–87.
16. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья: Руководство для врачей. — М., 2009. — 672 с.
17. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000–2009 роки. Збірники МОЗ. — Київ. — 2001 — 2010 рр.
18. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр. — Харків: Арсис, 2010. — 160 с.
19. Царьков А. А., Любов Е. Б. Клинико-экономическая характеристика психиатрической помощи больным шизофренией в сельской местности и эффективность их включения в систему психосоциальной терапии // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 6. — С. 19–25.
20. Табачников С. І. Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні // Арх. психіатрії. — 2004. — Т.16, № 1 (60). — С. 5–8.
21. Улумбекова Г. Э. Демография и показатели здоровья населения России // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 2. — С. 28–35.
22. Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64) — С. 10–13.
23. Чуркин А. А., Благовидова О. Б., Житникова Л. М. К вопросу охраны психического здоровья в первичной медицинской сети // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 1. — С. 19–23.
24. Чуркин А. А., Михайлов В. И., Касимова Л. П. Психическое здоровье городского населения. — М. — Хабаровск: ХКЦПЗ, — 2000. — 376 с.
25. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 г. // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 4. — С. 4–12.
26. Щербич Р. М. Особенности оказания психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в регионах с большой территорией и малой плотностью населения // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 3. — С. 22–25.
27. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. — К., 2009. — 360 с.
28. St John P. D., Blandford A. A., Strain L. A. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas // J. Geriatr. Psychiatry. — 2006. — V.21, № 12. — P. 80–117.
29. Eggebeen D. J., Lichter D. T. Health and well-being among rural Americans: variations across the life course // J Rural Health. — 1993. — V.9, № 2. — P. 86–98.
30. Chen R., Wei L., Hu Z., Qin X., Copeland J. R., Hemingway H. Depression in older people in rural China // Arch Intern Med. — 2005. — V.165, № 17. — P. 25–201.
31. Wang J. L. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment // Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. — 2004. — V.39, № 1. P. 19–25.
32. Mechakra-Tahiri S., Zunzunegui M. V., Prévile M., Dubé M. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec // J. Geriatr. Psychiatry. — 2009. — V.24, № 11. — P. 36–122.
33. Paykel E. S., Abbott R., Jenkins R., Brugha T. S., Meltzer H. Urban-rural mental health differences in great Britain: findings from the national morbidity survey // Psychol Med. — 2000. — V.30, № 2. — P. 80–269.
34. Bjarnar E., Melsom R., Reppesgaard H., Astrup C. A social psychiatric investigation of a rural district in Northern Norway: a preliminary communication // Acta Psychiatr. Scand. — 1975. — V.51, № 1. — P. 19-27.
35. Filyk V. S. Neuroses among the rural population (data of the epidemiological study) and the organization of therapeutic and rehabilitation measures // Zh. Nevropatol Psikhiatr Im S. S. Korsakova. — 1989. — V.89, № 11. — P. 5–39.
36. Vázquez Barquero J. L., Muñoz P. E., Madoz Jaúregui V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey // Acta Psychiatr Scand. — 1982. — V.65, № 3. — P. 70–161.
37. Peen J., Schoevers R. A., Beekman A. T., Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders // Acta Psychiatr Scand. — 2010. — V.121, № 2. — P. 84–93.
38. Lee C. K., Kwak Y. S., Yamamoto J. Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — V. 178, № 4. — P. 52–247.

Памяти моих учителей психиатрии



Булахова Л. А.

Булахова Л. А.

Консультант специализированной поликлиники Украинского научно-исследовательского института Судебной и Социальной психиатрии и наркологии

Над предложением журнала написать воспоминание о своем учителе я очень задумалась. Кто мой учитель? Многие. У кого чему я больше училась?

Пришла к выводу, что замечательную неповторимую школу я прошла в несравненной «Третьей клинике», организованной и руководимой академиком В. П. Протопоповым — школу как начального знакомства с психиатрией, так и сути, содержания и стиля научной работы. «Третья клиника», находящаяся на базе 3-го отделения Киевской психиатрической больницы им. акад. И. П. Павлова, представляла собою объединение двух коллективов: 1) отдела психиатрии и патологии высшей нервной деятельности в системе Академии наук УССР и 2) кафедры психиатрии Киевского института усовершенствования врачей, работавших однако как неразделимый общий коллектив. В клиническую ординатуру этой кафедры я поступила в 1953 году по счастливой случайности, еще не зная, что за предельной простотой отношений (все на «ты», по имени, независимо от должностей, званий, возрастных различий) царила высокая научно-трудовая атмосфера незаурядного коллектива врачей-ученых, преданных служению душевнобольным, поиску причин и механизмов болезней и путей помощи им. У каждого ученого было чему поучиться. Навсегда запомнились глубокие клинические разборы с участием всех сотрудников. Они воспитывали не поспешную диагностику и повторение высказываний авторитетов, а глубокое осмысление и учет всех особенностей личности, окружения, условий жизни, наблюдений врача и персонала в динамике, лабораторных данных. Они воспитывали глубоко человеческое отношение и готовность бескорыстного служения больным (неоднократные случаи дарственных санаторных путевок больным академиком). Хочу вспомнить прежде всего о тех, кого могу назвать своими учителями.

Академик ПРОТОПОПОВ Виктор Павлович (1880–1957), выдающийся советский психиатр и физиолог, лауреат Ордена Ленина (дважды), Ордена Трудового Красного Знамени и многих

других правительственных наград, автор книги «Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении» (1946). Он был предельно прост в общении с сотрудниками, больными, интересовался всегда нашим мнением начинающих врачей, делился прошлым опытом. Как-то, из воспоминаний молодости, он рассказывал нам, как Бехтерев (как известно, Виктор Павлович был учеником великого психиатра и невролога в Петербурге), в 3 часа ночи поднимал аспирантов и вел на обход, чтобы увидеть, что делают больные и персонал в это время в психиатрическом отделении. В многогранных научных поисках неутомимого Бехтерева, в частности физиологических исследованиях психики человека и животных — изучении т. н. «сочетательных» рефлексов (по Павлову «условных») молодой В. П. Протопопов выполнял роль связующего звена в терминологических неувязках двух великих ученых в период становления учения о физиологии высшей нервной деятельности. В дальнейшем разработка новых методических приемов и внедрения их в исследование высшей нервной деятельности у психически больных стало важным и большим разделом его собственных научных достижений.

Научные идеи, темы научных работ в Третьей клинике диктовались не их «диссертательностью» (сроки выполнения вызвали раздражение Виктора Павловича, он говорил — «наука, ограниченная сроком, не есть наука»), а определялись общей направленностью на поиск полезной истины, раскрытие патофизиологических и биохимических основ психопатологического состояния и путей его устранения. К принятию статей для печати он был очень строг. Помню,



Протопопов В. П.

как Виктор Павлович не санкционировал для печати первый случай обнаруженного у мальчика зрения кожей (читал, называл рисунки при приложении их к руке, колену), обнаруженного после перенесенного энцефалита, мотивируя тем, что «мы не можем объяснить пока сущности этого явления». Никогда не приписывался (как и его ближайшие ученики) в соавторство, что стало модой в последующие годы, когда руководитель подчас не читал, а может и не знал, о чем статья (но количество!!!). Протопопов сделал все, чтобы приблизить психиатрию к медицине как науку о болезнях мозга, о болезнях человеческого организма, а не какой-то особой психологической проблеме. Основная направленность его научных достижений — это разработка новых физиологических методик исследования высшей нервной деятельности, в частности больной психики, патофизиологических основ шизофренических расстройств («гипноидный синдром»), создание новой концепции маниакально-депрессивного психоза. Одной из главных особенностей научной работы у Протопопова, как и всего научного коллектива, была четкость и максимальная чистота клинического материала, исключающая случайные смешения за счет большой доли субъективности в оценке симптоматики, гипердиагностики шизофрении, часто для прикрытия недостатка знаний. Поэтому первое задание Виктора Павловича мне: изучить морфологические особенности кожных капилляров при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе оказалось успешным и дополнилось прогностически важным звеном функциональных изменений.

Многие идеи Протопопова: создание летних санаториев, сепараторной системы, повторные лечебно-исследовательские экспедиции на Эльбрус с психически больными в 50–60-е не легкие годы — все это примеры поисков наиболее естественных путей лечения в связи с выявленными нарушениями обмена веществ, предполагаемыми причинами заболевания.

Профессор ПОЛИЩУК Иосиф Адамович (1907–1978), один из наиболее талантливых учеников и соратников В. П. Протопопова, продолжателей патофизиологического направления в психиатрии. Будучи с 1954 г. до конца жизни



Полищук И. А.

заведующим кафедрой психиатрии КИУВ, он оказал значительное влияние на развитие патофизиологического мышления психиатров Украины. Среди широкого спектра научных интересов и соответствующих работ по пониманию биохимической сути, конституциональных и экзогенных факторов, ведущее место занимали

разработки биохимии эндогенных психических заболеваний. Им были установлены явления аминотоксикоза (ароматемии и ароматурии) в состояниях процессуальности шизофрении, предложены биохимические и эндокринно обусловленные понятия гипознергизма и гиперэнергизма, синдром витальной астении, показаний для дезинтоксикационной терапии. Впервые в устах Иосифа Адамовича прозвучала необходимость и конкретные предложения по применению антиоксидантов при шизофрении на Всесоюзном пленуме психиатров в 1976г. в Черновцах, позже широко используемых в психиатрии.

Наиболее полно его научное видение этиопатогенетической сути представлено в его диссертациях: «О токсическом факторе при шизофрении», «Значение особенностей организма и средовых факторов в патогенезе шизофрении и маниакально-депрессивного психоза» и монографии «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967 г.). На протяжении 17 лет И. А. Полищук был главным психиатром МЗ УССР, на протяжении ряда лет работал в должности проректора по науке в институте, долгое время руководил философским семинаром по медико-биологическим проблемам для профессорско-преподавательского состава института.

Иосиф Адамович отличался несравненным трудолюбием, углубленно изучал все достижения мировой психиатрии и биологии, новейшие повороты в науке. Это и его собственные идеи получали отражение в необыкновенной глубине его лекций курсантам, длившихся до 3,5 часов (такая же была по пресенильным психозам и в последний день его жизни), после которых «можно было идти заведовать кафедрами, а не только использовать во врачебной практике» (выражение одного из слушателей). И каждая его лекция не была повторением предыдущей, вносила что-то новое с использованием новейших сведений большой науки. Нельзя не вспомнить 50–60-е годы, ознаменовавшиеся большими открытиями генетики, утверждением новых классов болезней: молекулярных и хромосомных. Генетическая тематика немедленно была включена в программу преподавания курсантам-психиатрам с тесным приложением к практике. И многие из старшего поколения помнят, как Иосиф Адамович неутомимо, осваивая сам, увлеченно учил врачей больницы на еженедельных конференциях самым сложным (непривычным для психиатров после мрачного периода запрета генетики в нашей стране) истинам молекулярной генетики, новым законам переноса информации, новым классам болезней, отношению их к психическим заболеваниям.

Неслучайно диагностика и лечение даже такой распространенной энзимопатии, как фенилкетонурия, начато в Украине не педиатрами или

генетиками, а благодаря Иосифу Адамовичу. Называя распространенность этой болезни, за рубежом писали, что в СССР ее нет (не выявлялась!!!). Он поручил срочно исправить такое позорное положение. Выявлено мною первых 1200 больных в Украине, к сожалению большинство уже глубоко слабоумных (но сотни спасены, получили образование благодаря своевременному диетическому лечению). Установлены частота, варианты клинических проявлений, углублено понимание патогенеза мозгового недоразвития на биохимическом уровне, изданы первые приказы МЗ УССР (еще до Московских) об обязательном обследовании всех новорожденных на предмет этой болезни и применения диетотерапии. По настоянию Иосифа Адамовича защищена мною докторская диссертация по этой теме, а вскоре после его преждевременной смерти издана общая книга «Клиническая генетика в психиатрии».

Научные интересы И. А. Полищука распространялись и на другие наследственные болезни, на проблемы возрастной психиатрии. По его инициативе был организован курс, а затем кафедра детской психоневрологии (вторая в Союзе), которую мне затем пришлось возглавить.

БИРЮКОВИЧ Петр Викторович (1908–1988), верный ученик, крупнейший клиницист, сосредоточил свои силы на тщательном изучении маниакально-депрессивного психоза и дальнейшей разработке вегето-соматической «триады» Протопопова. У него, может больше, чем у других, надо и было чему учиться: тактичному сбору анамнеза, склонению к доверительности пациента и особой деликатности вместе с убежденностью психотерапевтической беседы, абсолютной бескорыстности. Ему была свойственна удивительная способность искреннего сочувствия в горе другому человеку, казалось, превышающего страдание собственного. Поражала тщательность и тонкость оценки психической и сомато-вегетативной симптоматики. Проанализировано и показано даже диагностическое значение сновидений в приступах аффективных психозов, дана оценка проведенным вместе с биохимиком С. П. Зелинским исследованиям изменений в обмене катехоламинов, серотонина, динамике гормональных сдвигов в работе щитовидной железы, гормонов надпочечников. В книгах «Эндокринные нарушения при эндогенных психозах» (1971 г.) и «Циркулярная депрессия» (1979 г.) представлен глубокий анализ этих изменений применительно к разным клиническим вариантам депрессивных состояний.



Бирюкович П. В.

ЗЕЛИНСКИЙ Сергей Павлович (1906 — 1985) — биохимик — ученый с большой буквы, которого П. В. Протопопов настойчиво пригласил из их довоенной лаборатории в Харькове, для создания большой биохимической лаборатории в отделе патофизиологии. Сергей Павлович был душой всех проводимых глубоких исследований, очень принципиальным, знающим глубокую сущность научных проблем. С предельной точностью контролировал и анализировал также исследования, проводившиеся во время высокогорных поездок на Эльбрусе с учетом всех возможных психологических, климатических влияний. Это был контроль, исключая принятие желаемого за действительное. С ним прежде всего решалась направленность планируемой научной работы, обсуждалось значение полученных результатов. Если у кого что-то не ладилось, шли прежде всего к нему за советом для уточнения, глубокого осознания.

РАСИН Семен Давыдович (1909–2004). Постоянный участник работы Третьей клиники, доктор наук с 1955 г по весьма оригинальной теме «Клинико- экспериментальная оценка электросудорожной терапии». В дальнейшем основные его работы были посвящены проблемам эпилепсии, особенностям обмена веществ (в частности брома) при эпилептической болезни и симптоматической эпилепсии, поискам путей ее патогенетической терапии. В те годы еще отсутствия разнообразных новых антиэпилептических средств С. Д. Расин разрабатывал основные принципы комплексного лечения эпилепсии. Комплекс препаратов в виде смесей, получивших наименование «порошков Расина», введен в ряд отечественных фармацевтических справочников.

Энергичный, решительный, он был руководителем всех высокогорных экспедиций, выполняемых по научному замыслу В. П. Протопопова и Сиротинина на Эльбрусе. Талантливо организовал весь медицинский обслуживающий коллектив, учил нас правильному поведению в жизни и тренировочных походах в условиях высокогорья для обеспечения незаметного присмотра за больными при сохранения тактичного поведения в особых открытых условиях пребывания (ибо свобода была одним из лечебных факторов). Вместе писали еженедельно письма-отчеты Протопопову в Киев, получали ответы, советы и уточнение заданий.



Зелинский С. П.



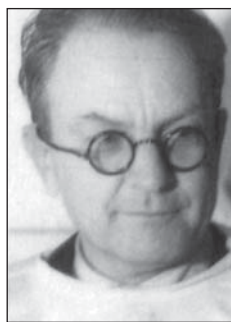
Расин С. Д.



Токмакова-Недбайлова Т. Н.

ТОКМАКОВА – НЕДБАЙЛОВА Татьяна Никитична (1922–1996) — прекрасный умный врач-психиатр, образец для подражания, душа протопоповского коллектива, была моим ближайшим путеводителем в те первые годы в психиатрии. Вела клинические и патофизиологические исследования в тематике отдела. Предметом

ее диссертации было глубокое биохимическое и гормональное исследование больных пресенильными психозами, сказавшее новое слово в науке об этой особо тяжелой форме психозов. Основная публикация в монографии «Эндокринологические нарушения при эндогенных психозах» (в соавторстве с С. П. Зелинским и П. В. Бирюковичем, 1971). Участница всех высочайших экспедиций. Прекрасная мать, вырастившая и воспитавшая двух приемных детей.



Рушкевич Е. А.

РУШКЕВИЧ Евгений Антонович (1906–2004) и Хильченко Антон Ерофеевич — доктора наук, обеспечивавшие высший уровень патофизиологических исследований большой тематики отдела, учили преподавателей и курсантов физиологическим методикам исследований высшей нервной деятельности, их оценке, создавали новые методики.



Хильченко А. Е.

ХИЛЬЧЕНКО Антону Ерофеевичу принадлежит разработка нового методического приема и создание аппарата исследования подвижности основных нервных процессов у больных и здоровых, который и в настоящее время широко используется для определения типа высшей нервной деятельности, профотбора.

РУШКЕВИЧ Евгений Антонович (1906–2004), продолжая начатую П. В. Протопоповым идею, разработал новые принципы физиологического исследования высшей нервной деятельности человека на очень высоком уровне обобщения и отвлечения. Благодаря этому расширено понимание положения И. П. Павлова о специально человеческих типах высшей нервной деятельности, представление о нарушениях второй сигнальной системы при разных формах и степенях выраженности патологии психики. Е. А. Рушкевич принял

большое участие в создании «Атласа для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека» (1968 и 1980 г.г.), крайне необходимого в те годы практически отсутствовавших пособий такого рода. Кроме включения и описания ряда его методик, им представлены в атласе не только психологические, но и физиологические объяснения результатов исследований, чего не было и нет ни в одном подобном издании. Им был издан самостоятельно «Атлас для исследования высшей нервной деятельности человека при некоторых логических операциях» (1975 г.), а монография «Расстройства сложных форм высшей нервной деятельности у психически больных» еще в 1966 г. осталась непревзойденной не только по глубине осмысления предложенных им методик и оценке их при ряде психических заболеваний, но и по глубокому разрешению противоречивых взглядов известных авторов на суть психологических понятий и физиологической их сущности — извечного вопроса философии отношения объективного и субъективного. Уже на десятом десятке его жизни мы, посещая в дни рождения Евгения Антоновича, могли еще и еще удивиться глубине инересных мыслей о сути жизни, мироздания, бесконечности у этого человека.

Поэтому не могу не назвать этих физиологов-психиатров своими учителями. В те годы становления патофизиологического направления в психиатрии такая тематика обязательно вводилась в преподавание как в лекционном курсе, так и в практическое овладение курсантами этих методик. На субботних зачетных докладах ими историй болезни обязательным был и физиологический анализ полученных данных в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности и связи с психопатологической симптоматикой больного. Обучившись этому и изучив глубоко основы павловской физиологии высшей нервной деятельности, а также «Павловские среды» в психиатрии, уже будучи ассистентом, доцентом кафедры — на каждом цикле специализации и усовершенствования я читала весь курс павловской физиологии применительно к психиатрии.

Именно стремление глубокого понимания психических нарушений, физиологических и биохимических и генетических основ развития психики, их патологии, возможность оценить результаты использования этих знаний в лечении больных — это то, что удалось мне постичь, получить от учителей Третьей клиники. К сожалению, их уже нет.

Доминирующий в настоящее время симптоматический подход в психиатрии согласно международным классификациям, несмотря на множество новых конкурирующих психотропных препаратов, назначение их по подготовленным протоколам не может обеспечить полноценное лечение и профилактику психических болезней при игнорировании понимания их сущности, без глубокого патофизиологического анализа.

УДК 616.89 (092)

Памяти профессора А.С. Кронфельда (К 125-летию со дня рождения)



Кузнецов В. Н.



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Кузнецов В. Н.¹, Петрюк П. Т.², Петрюк А. П.³

¹ Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев,

² Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики,

³ Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), г. Харьков

Резюме. Представлені біографічні дані та основні етапи науково-практичної діяльності професора А. С. Кронфельда (1886—1941) — відомого німецько-радянського психіатра, сексопатолога, психотерапевта, психолога феноменологічної орієнтації, який впродовж всього свого життя прагнув створити філософський і психологічний науковий фундамент в психіатрії. Приводиться аналіз його основних наукових досягнень. Підкреслюється значення наукового заділу ювіляра для вітчизняної та світової науки.

Ключові слова: професор А. С. Кронфельд, біографічні дані, наукові досягнення, еміграція.

To memory of professor A. S. Kronfeld (To 125-th anniversary)

Kusnetsov V. M.¹, Petryuk P. T.², Petryuk O. P.³

¹ National medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupic, Kyiv,

² Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche,

³ Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

Resume. Biographic information and basic stages of theoretical and practical activity of professor A. S. Kronfeld (1886-1941) is presented — the known German-soviet psychiatrist, sexual pathologist, psychotherapist, psychologist of phenomenological orientation, which during all life aimed to create philosophical and psychological scientific foundation in psychiatry. An analysis over of his basic scientific achievements is brought. The value of scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined for domestic and world scienc.

Key words: professor A. S. Kronfeld, biographic information, scientific achievements, emigration.

*Добрими делами можно навлечь на себя
ненависть точно так же, как и дурными.*

Н. Макиавелли

Артур Саломон (Салли) КРОНФЕЛЬД (Arthur Salomon (Sally) Kronfeld) (1886—1941) — известный немецко-советский психиатр, сексопатолог, психотерапевт, психолог феноменологической ориентации, доктор медицины, доктор философии, профессор, один из создателей теории психиатрии, автор множества трудов по клинической синдромологии и шизофрении, для лечения которой он впервые применил инсулиновые

шоки. Успешно занимался теоретическими и практическими проблемами психиатрии и психотерапии. Стремился синтезировать различные психотерапевтические методы. Увлекался поэзией и философией. Впервые дал феноменологически корректное обоснование взаимоотношения психологии и психиатрии и использования экспериментальной психологии в психиатрической клинике. Сделал описание мягкой шизофрении (shizophrenia mitis). Активно выступал как психотерапевт, один из организаторов психотерапевтического общества, создатель метода лечебного духовного воспитания — психагогики.

Соредактор «Центрального журналу по психотерапії». Автор учебника по характерологии. Активно в свое время выступал против угрозы нацизма, за что вскоре подвергался преследованиям.

А. Кронфельд в 1933 включен в биографический лексикон выдающихся врачей мира последних 50-ти лет. Это был профессионал высочайшего класса и одна из ярчайших личностей в психиатрической науке [1–15].

Н. А. Корнетов уместно подчеркивает, что А. Кронфельд «является ученым необычайной судьбы, сочетавшим в себе качества оригинального, независимого мыслителя и человека, обладавшего энциклопедическими знаниями. На протяжении всей жизни он стремился создать философский и психологический научный фундамент в психиатрии. Его необычайно широкий круг научных, общественных и клинических интересов нашел отражение более чем в 200 статьях, 500 рецензиях и многочисленных книгах, посвященных различным областям теоретической и клинической психиатрии. В исследованиях А. Кронфельда проявляются аналитическая острота ума ученого, незаурядная проницательность и способность к синтезу. Его работы — это не просто клиническое обобщение, в них делается попытка проникнуть в самую суть явлений, и отражена высокая степень абстракции» [1].

Ю. С. Савенко справедливо отмечает, что А. Кронфельд — «один из самых выдающихся психиатров XX века, начинавший свой путь вместе с Карлом Ясперсом, существенно продвинувший многие разделы психиатрии от общей психопатологии и проблем шизофрении до сексопатологии и психотерапии. Вынужденный бежать из Германии после установления нацистского режима, он внес крупный вклад в отечественную психиатрию как замечательный клиницист и ученый. Он способствовал быстрому внедрению только что разработанной инсулинокоматозной терапии, что было выдающимся шагом на пути лечения острых психозов» [16].

После прихода А. Гитлера к власти А. Кронфельд, к сожалению, был вынужден эмигрировать из Германии в Швейцарию, а затем в Советский Союз. Во время осеннего наступления немецких войск под Москвой А. Кронфельд вместе со своей женой 17 октября 1941 года покончил жизнь самоубийством. Ни в Советском Союзе, ни в Германии не была отмечена некрологом его смерть, а капитальные труды А. Кронфельда оказались в забвении. В настоящее время многими исследованиями отечественных и зарубежных ученых восполняется этот пробел.

А. Кронфельд родился 9 января 1886 года в Берлине в семье адвоката. Он был старший из

четырех детей. Его дед был еврейским кантором из Торна. Отец — дипломированным адвокатом, советником юстиции и королевским нотариусом. Близость ко двору не мешала Кронфельду старшему заниматься делами Берлинской еврейской общины. В течение ряда лет он принимал активное участие в работе комиссии по бедности, помогал нуждающимся соплеменникам.

После окончания гимназии А. Кронфельд решил стать врачом. Изучал медицину и философию в Йенском (1904–1905), Мюнхенском (1905), Берлинском (1906–1908) и Гейдельбергском (1908–1909) университетах.

Еще, будучи восемнадцатилетним студентом, А. Кронфельд в литературном кружке познакомился с будущим основателем литературного клуба молодых поэтов «Кабаре Гну» и влиятельным сотрудником экспрессионистского журнала «Die Aktion» — К. Гиллером. С 1910 года А. Кронфельд публикует в этом журнале и аналогичном по направлению журнале «Der Sturm» свои стихи вместе с такими экспрессионистами, как Георг Кайзер, Эрнст Толлер, Людвиг Рубинер, Вальтер Газенклевер, которые выступали против любого вида насилия, в том числе и классового. К этому же юношескому периоду относится первая его научная публикация в 1905 году, написанная к 70-летию юбилею выдающегося естествоиспытателя-дарвиниста, антрополога, создателя биогенетического закона Э. Геккеля. А. Кронфельд также посвятил ему первую свою книгу «Эволюционно-теоретический трактат о сексуальности и эстетическом восприятии», изданную в 1906 году в Страсбурге. Это произведение послужило поводом для его знакомства с известным сексологом М. Гиршфельдом, который включил в свой сексологический журнал наряду с работами З. Фрейда и других психоаналитиков и психиатров резюме основных положений книги А. Кронфельда под заголовком «Принцип дивергенции и сексуальная контрреакция» в виде большой статьи по сексуальной теории.

Можно предполагать, что увлечение молодого студента экспрессионизмом с его гуманистическим пафосом и способностью к выражению внутренней сущности в обобщенных символах, а также материалистическим монизмом Э. Геккеля способствовали развитию способности А. Кронфельда к синтезу [1].

В 1907 году он вошел в кружок неокантианцев, руководимый Л. Нельсоном. Члены кружка на систематических встречах в дополнение к своим собственным направлениям и взглядам разрабатывали критические статьи И. Канта и его философского приемника Я. Ф. Фриза. А. Кронфельд близко познакомился и подружился с О. Майерхольдом и О. Варбургом, позднее ставшими Нобелевскими лауреатами в

области медицины и физиологии, а также с блестящим математическим логиком П. Бернайсом и К. Греллингом. С их помощью он изучил ряд проблем математики, а затем благодаря этому — предпосылки и основные положения теории относительности А. Эйнштейна.

После получения образования А. Кронфельд стал доктором медицины, а в 1909 году Ф. Ниссл, тогдашний заведующий кафедрой психиатрии Гейдельбергского университета и соратник Э. Крепелина, назначил А. Кронфельда руководителем университетской психиатрической клиники, где он одновременно начал свою клиническую деятельность на кафедре. С 1910 по 1913 годы он работает под руководством Ф. Ниссля и главного врача клиник К. Вильманса, уже известного своими описаниями легких форм маниакально-депрессивного психоза.

Следовательно, А. Кронфельд начал свою научную психиатрическую деятельность в Гейдельбергской клинике, т. е. там, где более чем за 10 лет до этого совершилось низвержение симптоматической психиатрии и откуда началось победное шествие по больницам всего мира клинко-нозологического направления Э. Крепелина.

Ещё до своего назначения А. Кронфельд благодаря широким интересам и огромной способности к познанию был привлечен В. Виндельбандом к работе на философском факультете Гейдельбергского университета, кафедре которого в дальнейшем возглавил К. Ясперс.

В этот период он активно публикует различные рецензии и рефераты по актуальным вопросам философии. Совместно с О. Майерхольдом, О. Варбургом и К. Ясперсом А. Кронфельд выступает с развернутым рефератом по критике психоанализа на годовом заседании кружка Л. Нельсона. Результатом его критического анализа была написанная в 1911 году небольшая книга «О психологических теориях Фрейда и родственных воззрениях», опубликованная в Лейпциге в 1912 году. Эта самостоятельная научно-теоретическая публикация способствовала росту популярности молодого исследователя и была переведена на русский язык. Поскольку сама направленность этой работы была критической, акцентировавшей внимание на ряде слабых сторон, широко обсуждаемых в то время теоретических воззрений З. Фрейда, едва ли было обращено внимание на логико-методическую сторону научного анализа, которая отвечала основным устремлениям А. Кронфельда — *сделать психиатрию, а вместе с ней и психологию строгой наукой*. Тем не менее, критика психоанализа, к удивлению З. Фрейда, получила широкий научный резонанс, и он поручил Г. Розенштейну напечатать отзыв на статью

Полемизировали с работой А. Кронфельда и другие психоаналитики.

В 1911 году А. Кронфельд одновременно с К. Ясперсом выступил с резкой критикой психоанализа, что послужило основанием для издания монографии «Психологическая механика. Критическая оценка учения Фрейда» (1913).

По существу А. Кронфельд уже тогда стремился, анализируя общие логические предпосылки психологии и психиатрии, создать основы познания в психиатрии. К этому же стремился и К. Ясперс. По мнению В. Кречмера, последний видел в А. Кронфельде конкурента. В частности, в своем руководстве по психопатологии К. Ясперс, упоминая А. Кронфельда, не всегда полностью цитирует его. Совсем иначе поступает А. Кронфельд — во всех своих основных трудах он подробно останавливается на работах К. Ясперса, его понимании патологического процесса, патологического развития, теории бредообразования, учении о характере. В. Кречмер, ссылаясь на различные свидетельства, предполагает, что прямой, последовательный и бескомпромиссный стиль работ молодого А. Кронфельда плохо переносился К. Ясперсом, как, впрочем, и З. Фрейдом, К. Юнгом и Е. Блейлером.

В 1912 году А. Кронфельд получил степень доктора философии (с уклоном в психологию) под руководством философа и психолога А. Мессера. В 1913 году он уезжает из Гейдельберга и работает в Берлинской «Даллдорфской клинике душевнобольных» (ныне Клиника нервных болезней им. К. Бонгёффера, Клиника им. Гумбольдта в Берлине-Виттенау) под руководством исследователя афазий Г. Липманна.

Научная карьера А. Кронфельда была прервана 2 августа 1914 года призывом в армию. Воевал он достойно на французском Западном фронте под Верденом в качестве военного врача. Крест Военных Заслуг великого герцогства Мекленбург-Шверин и Знак Раненого позволяют сделать вывод о его впечатляющих подвигах. После легкого осколочного ранения головы под Реймсом весной 1917 года он был направлен в военный госпиталь во Фрайбурге-в-Брайсгау для создания «нервного отделения». Здесь 8 августа 1918 года он женился и через несколько месяцев после крушения кайзеровской монархии как член Фрайбургского солдатского совета начал вносить свой вклад в мирный переход империи к республиканскому правлению [6, 8–10].

Небезынтересно, что, поскольку по национальности его жена была немка, то нацистские чиновники перед эмиграцией А. Кронфельда из Германии предложили ей остаться, как «чистокровной» немке. Но она ответила, что не может предательски оставить мужа, получившего ранение за защиту Германии.

После возвращения в Берлин к Г. Липманну А. Кронфельд смог работать в клинике лишь короткое время. Неожиданная болезнь отца вынудила его частично подчинить свои научные интересы необходимости материального обеспечения семьи. В этот период он вновь встречается с М. Гиршфельдом, которого знал со студенческой скамьи. 6 июля 1919 года А. Кронфельд в Берлине вместе с дерматологом Ф. Вертхаймом и сексологом М. Гиршфельдом основывает Институт сексуальных наук (Institut für Sexualwissenschaft), ставшим самым первым институтом в мире, исследовавшим сексуальность человека, который в последующем был закрыт нацистами в 1933 году. В течение семи лет он вместе с другими врачами работал руководителем «отделения душевных половых расстройств» как «правая рука» М. Гиршфельда. А в марте 1926 он открыл свою собственную врачебную практику в Берлине-Тиргартене.

В 1921 году Институт организовал «Первую научную конференцию реформирования в вопросах секса на основе исследований сексологии». Они были убеждены в том, что новшества в сексологии могут перевести к реформам в обществе. На втором конгрессе института в Копенгагене (1928) была основана «Всемирная лига сексуальных реформ». За ним последовали конгрессы в Лондоне (1929), Вене (1930) и Брюнне (1932). Бюро организации находилось в Институте сексуальных наук в Берлине, но в 1935 году эта организация была распущена. Во время работы в Институте сексуальных наук А. Кронфельд стал известным научным экспертом и опубликовал множество работ по данной теме, хотя сам он оценивал эту деятельность как второстепенную.

Основным же научным достижением А. Кронфельда в этот период следует считать два его крупных труда. Первый из них называется «Суть психиатрического познания» (1920), в котором автор с энциклопедическим размахом выразил свою четко сформулированную точку зрения по основополагающим философским, психопатологическим, психологическим теориям психиатрии, по вопросам бессознательного учения о неврозах. Многие врачи того времени использовали этот труд, как и последующую книгу по психотерапии, в качестве настольного руководства.

В другой работе «Перспективы психиатрии» (1930), он вновь анализирует, критикует различные психиатрические и психологические концепции, развивая свои оригинальные взгляды. Интересно, что в качестве психологического обоснования психических расстройств и учения о болезни он для примера использует шизофрению.

Глубокие теоретические обоснования характерны для всех работ А. Кронфельда, где он обращается к личности человека как точке отсчета в понимании психических нарушений. Его отличает стремление к целостному описанию личности, к подчеркиванию диалектического единства в соотношении высших уровней ее организации с природными свойствами и антропологический подход.

Его взгляды перекликаются с позицией Э. Кречмера, с которым он поддерживал тесный научный контакт и дружеские отношения. Они же сближают А. Кронфельда с Цюрихской психиатрической школой и отдаляют от Гейдельбергской, представленной К. Ясперсом, а позднее К. Шнайдером, из-за их неприятия психологии. Так, под впечатлением второго издания «Общей психопатологии» К. Ясперса в 1921 году А. Кронфельд написал Э. Кречмеру о своем разочаровании сутью и стратегической идеей этого руководства [1].

Сам А. Кронфельд, как мы уже подчеркнули, во главу угла ставил понятие единства человека, включая и его тело, единство психического и соматического. В применении к психическому характерным признаком единства и целостности он считал возможность спонтанности, активности, внутреннего и внешнего действия. Представления А. Кронфельда близки к персонализму У. Штерна с его ориентацией на ценностную духовную сущность личности. В то же время для А. Кронфельда основным свойством личности, предшествующим всем другим определениям, является целенаправленность, которая понимается им в контексте не только какой-либо определенной деятельности, но и переживаний (своего Я по отношению к себе, к окружающим с осознанием своей «самости»), поскольку в своих чувствах человек также на что-то ориентируется и к чему-то стремится. Он вводит также *понятие интенциональности*, с которым связана возможность действия. Интенция — это душевная направленность на потенциальный объект, благодаря которому субъект познает его или что-либо переживает. Таким образом, в интенции заложен момент направленности и активности. Все переживания, каковы бы они ни были, являются центром возможных целенаправленных действий. Концепция центра целенаправленных действий, включая переживания, приводит к понятию индивидуальности. Личность, по А. Кронфельду, — это внутренне осознающая себя индивидуальность в своем переживании, одновременно переживающая и свою «самость». От понятия личности он идет к понятию характера. Дифференцирующим признаком для характера, считал А. Кронфельд, служит действительность, в которой личность находится.

По А. Кронфельду индивидуально-соматическое (телесное) обуславливает влечения, которые являются прообразами психического процесса. Предпосылкой к их существованию является их связанность с организмом. Когда индивид приобретает «самость», он становится личностью, и тогда возникают действия, как основная форма всяческого личностного становления, жизнь личности, которая включается в сознание. Оно не задано раз и навсегда, а конституируется все время по-новому. Иначе личность снижается на уровень индивида. *Два состояния являются большими разрушителями личности: сон и страх.* В чувстве страха А. Кронфельд видит, с одной стороны, толчок для создания «самости», с другой стороны, страх, вызывая субъект из состояния уравнищенности, деструктурирует целенаправленность действия. Сон же снижает личностные возможности, они тускнеют и нивелируются [1].

Свое первое публичное выступление в СССР А. Кронфельд сделал в декабре 1936 года на II Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров. Этот съезд примечателен тем, что на нем развернулась широкая дискуссия вокруг мягких форм шизофрении, сторонниками широкой диагностики которых явились Л. М. Розенштейн и ряд других видных советских психиатров. А. Кронфельд с присущей ему прямоотой и бескомпромиссностью заявил, что мягкая шизофрения московских психиатров — результат непомерного расширения его первоначальной концепции о *shizophrenia mitis*, которую он выдвинул еще в 1928 году и что дает ему право утверждать, что широкое применение этого понятия не обосновано и чревато принципиальными психопатологическими ошибками. А. Кронфельд подчеркнул, что мягкая шизофрения всегда дебютирует острой психотической фазой, часто вслед за псевдоневрастенической или ипохондрической стадией болезни следует развернутый психоз, она не идентична латентной шизофрении Е. Блейлера, так как речь идет о манифестной симптоматике. В заключение своего выступления он подчеркнул необходимость ответственного отношения к нозологическому принципу Э. Крепелина. Это четкое и ясное выступление А. Кронфельда, несомненно, внесло свой положительный вклад в историю сужения границ шизофрении в тот период. На этом же съезде он изложил первые результаты лечения шизофрении инсулиновым шоком. Доклад имел положительный резонанс. Первой крупной публикацией А. Кронфельда в Советском Союзе был широкий обзор «Современные проблемы учения о шизофрении» (1936).

Овладев в достаточном объеме русским языком, А. Кронфельд, уже с 1937 году читал

лекции по психотерапии в Украинском психоневрологическом научно-исследовательском институте в Харькове, являлся консультантом Преображенской больницы в Москве (в дальнейшем Первой московской психиатрической больницы) и Костромской психиатрической больницы. С 1938 года он вошел в редакционную группу по изданию трудов Института им. П. Б. Ганнушкина и трудов Первой московской психиатрической больницы [1].

А. Кронфельд в 1914–1918 годах — врач-психиатр военного лазарета, в 1919–1927 годах — вольнопрактикующий врач в Берлине, а в 1927–1933 годах — приват-доцент Берлинского университета.

Необходимо подчеркнуть, что монографии А. Кронфельда «Сущность психиатрического познания» (1920) и «Перспективы психиатрии» (1930) стали фундаментальным вкладом в теорию психиатрии, примером широких и продуктивных синтезов различных направлений. В докторской диссертации «Психология в психиатрии» (1927) он впервые дал феноменологически корректное обоснование взаимоотношения психологии и психиатрии и использования экспериментальной психологии в психиатрической клинике. В частности, он утверждал, что психические расстройства, их анализ и дальнейшее лечение должны производиться, в первую очередь, психическими же средствами. Им были выдвинуты и обоснованы главные принципы этого лечения и предпринята ещё одна, не первая, и не последняя попытка, поставить психиатрию на «строго научный базис». В 1928 году А. Кронфельд дал описание мягкой шизофрении, а с 1924 года активно выступал как психотерапевт, один из организаторов психотерапевтического общества, создатель метода лечебного духовного воспитания — психагогики. С 1930 года — соредатор «Центрального журнала по психотерапии». В 1932 году издает учебник по характерологии. В эти годы выступает против угрозы нацизма и вскоре подвергается преследованиям [1, 3, 5, 6, 8–15].

В Германии А. Кронфельд был известен, как крупный специалист в области сексопатологии. В течение ряда лет он руководил, как уже отмечалось, отделением «душевных половых расстройств» в «Институте сексуальных наук». Деятельность этого института вызывала активное противодействие консервативно настроенной части немецкого общества. Его представители считали аморальным проникновение в столь интимные сферы человеческого существования и высказывали своё возмущение. В 1933 году, пришедшие к власти национал-социалисты, закрыли институт. Возможно поводом для закрытия, помимо прочего послужил и тот

факт, что значительная часть его сотрудников была евреями.

Кроме этого А. Кронфельд занимался вопросами психотерапии. При его участии было организовано «Врачебное общество по психотерапии». Вместе Э. Кречмером и Й. Х. Шульцем А. Кронфельд, в течение многих лет, входил в руководство этого объединения. Был одним из редакторов, пользующегося популярностью во врачебном мире «Центрального журнала по психотерапии». По его инициативе регулярно созывались врачебные психотерапевтические съезды [3].

А. Кронфельда считали одним из ведущих представителей «психологического направления» в психиатрии. Несмотря на напряженную научную работу, А. Кронфельд не только живо следил за политическими событиями в Германии, но и принимал в них активное участие. Он давал оценку происходящим в стране событиям. Делал публичные заявления. Выступал, в меру сил и возможностей, против набирающих силу в обществе, антидемократических настроений.

А. Кронфельд был членом Социал-демократической партии Германии. Состоял в берлинском «Союзе Социалистических врачей». Входил в «свободный профсоюзный список Берлинской палаты врачей». В 1932 году вместе с Альбертом Эйнштейном, Францем Оппенгеймером, Генрихом Манном, Арнольдом Цвейгом и некоторыми другими известными деятелями науки и искусства А. Кронфельд подписал «Неотложный призыв» «Международного Социалистического Боевого Союза». В призыве говорилось об опасных для страны последствиях успехов на выборах, руководимой А. Гитлером национал-социалистической партии. Подчеркивалась крайняя необходимость образования коалиции всех левых партий в качестве единственно возможной альтернативы надвигающейся угрозе. К моменту прихода А. Гитлера к власти А. Кронфельд находился на вершине успеха. В начале 1933 года его фамилия была внесена, в «Биографический лексикон выдающихся врачей последних 50-ти лет», что свидетельствовало о признании больших заслуг А. Кронфельда и подчеркивало его роль, тоже немалую, в развитии медицины, в целом, и психиатрии, в частности.

Антиеврейские законы, принятые послушным А. Гитлеру Рейхстагом, незамедлительно отразились на положении А. Кронфельда. Евреям в Третьем Рейхе было запрещено заниматься публичной деятельностью. Правда, на первых порах принятый 7 апреля 1933 года дискриминационный «Закон о восстановлении чиновничества» не лишал А. Кронфельда, права вести преподавательскую работу. Особая часть

этого закона предусматривала возможность исключения из общего правила евреев — «бывших фронтовиков». Впрочем, довольно быстро, в указе от 13.12.1934 года, какие-либо исключения, были упразднены. И А. Кронфельда незамедлительно лишили всех ученых званий. До этого он был доцентом клиники Шарите и имел почетное звание «Заочного профессора без чина».

В числе прочих антиеврейских указов был указ, запрещающий страховым кассам оплачивать лечение у врачей-евреев. Что, естественно, отразилось на числе больных, желающих обращаться к ним за медицинской помощью. И А. Кронфельда, имевшего свою клинику в Берлине-Тиргартене, лишили, по сути, средств к существованию.

Посильное содействие в переезде в СССР А. Кронфельду оказал Э. Я. Штернберг, который работал вместе с ним в клинике К. Бонгёффера и считал его своим учителем. В Советский Союз Э. Я. Штернберг эмигрировал в 1933 году, уже освоился с обстановкой и мог способствовать переезду. А. Кронфельд прибыл в Советский Союз в 1936 году. Он прошел конкурс и был назначен заведующим отделением экспериментальной патологии и терапии психозов Московского невропсихиатрического института им. П. Б. Ганнушкина (ныне Московский НИИ психиатрии Министерства здравоохранения и социального развития РФ).

Здесь А. Кронфельд способствовал изучению и внедрению только что разработанной инсулинокоматозной терапии, а также написал большую серию статей по клинике и теории шизофрении и монументальную работу «Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии» (1940). Антифашистские радиовыступления А. Кронфельда на гитлеровскую армию были основаны на личных клинических наблюдениях за лидерами Третьего Рейха, которые были опубликованы в виде двух брошюр в 1941 году.

Время приезда А. Кронфельда в Советский Союз совпало с началом большого террора, который не обошел стороной и эмигрантов из Германии. Их, изначально, зачислили в шпионы, и поступали соответственно. Тот же Э. Я. Штернберг в 1938 году был арестован и свыше 15 лет провел в ГУЛАГе [3].

В 1939 году А. Кронфельда пригласили в НКВД и предложили дать оценку руководителям Третьего Рейха. Произвести психологический анализ, присущих им личностных особенностей и свойств характера. Эти сведения, надо полагать, были нужны, то ли для каких-то оперативных разработок, то ли для углубленного изучения представителей высшего руководства Германии. Чтобы иметь общее представление

о будущем противнике. И, при необходимости, руководствоваться им.

Полученные от А. Кронфельда сведения были засекречены. Их свели воедино и издали в виде предназначенной для служебного пользования брошюры в типографии ЦК РКП (б) в количестве 50 экземпляров. После начала войны с Германией, книга А. Кронфельда, озаглавленная «Дегенераты у власти» была издана большим тиражом. И стала доступна широкому кругу читателей. Вне сомнения, цензура основательно поработала над текстом — заострила характеристики и политизировала их [3].

Из всех вошедших в книгу персонажей, А. Кронфельд лично контактировал только с Гитлером, когда встречался с ним в течение трёх дней во время проведения судебно-психиатрической экспертизы. О выводах, к которым пришёл тогда А. Кронфельд, достоверных данных нет. Неясно, дошла ли оценка присущих А. Гитлеру личностных свойств до судебных органов и повлияла ли она на их решение. И, если повлияла, то как. Неизвестно, также, чем завершилась полемика между В. Абелем, обвинившим А. Гитлера в незаконном получении от Муссолини 10 миллионов лир, и будущим канцлером. Скорее всего, ничем. Мнение А. Кронфельда было обнародовано позднее. Оно, так или иначе, с учетом цензурных правок и дополнений, отражено в книжке «Дегенераты у власти», где дан психологический портрет А. Гитлера, Г. Геринга, И. Геббельса и других руководителей нацистского режима [16].

Ознакомившись с книгой А. Кронфельда «Дегенераты у власти», шеф американской разведки У. Донован поручил известному психоаналитику профессору В. Лангеру произвести анализ личностей А. Гитлера и И. Сталина. Расширив тем самым, круг стоящих у власти дегенератов за счёт вождя всех народов. Вывод профессора В. Лангера основывался на двух, безусловных, с его точки зрения, хотя и спорных, обстоятельствах. Наличия у того и другого навязчивых идей — у А. Гитлера о его мессианской роли; и у И. Сталина — о «коммунизме как светлом будущем всего человечества». Основываясь на этом, профессор В. Лангер счёл А. Гитлера психопатом, а И. Сталина — параноиком.

Несомненно, А. Гитлер, и Г. Геринг, и И. Геббельс были отъявленными преступниками, законченными негодяями, но, отнюдь, не идиотами. Общеизвестно, что и среди гениев, было и есть много лиц с дисгармонией психического склада личности, попросту, психопатов. Судя по всему, эта же дисгармония присутствовала у А. Гитлера и его ближайшего окружения. Ну, а какие механизмы эта дисгармония приводит в действие? Высшие проявления человеческого

духа? Или чудовищные всплески зла и насилия? С точки зрения психологии, вопрос частный. Так повернулось колесо истории. Такова была потребность этого страшного времени [3].

Приход к власти в Германии нацистов сыграл непоправимую роль в истории не только немецкой, но и мировой культуры, в частности, в истории психиатрии. Достигшая высоты с тех пор утраченной, немецкая психиатрия стояла на пороге решения самых фундаментальных и сложных профессиональных задач. Собственно, принципиально ею уже решенных, но требовавших для своего адекватного практического использования определенного уровня и характера интеллектуальной культуры и закрепления в массовой повседневной врачебной практике. Но именно эта почва была сметена тоталитарным режимом и последующей Второй мировой войной.

Германия в силу своей антисемитской политики лишила себя многих великих мыслителей и ученых. В философии это было отстранение Э. Гуссерля и К. Ясперса, эмиграция Э. Кассирера и всей Франкфуртской социологической школы. В психологии это были убийство Отто Липмана, эмиграция Вильяма Штерна, Карла и Шарлотты Бюлер, всех лидеров гештальт-школы и фактически всех видных психоаналитиков. В психиатрии — это была эмиграция пятой части всех профессионалов, в том числе основоположника нейро- и патопсихологии и «гештальт-направления» в психоневрологии Курта Гольдштейна, классика судебной психиатрии Густава Ашафенбурга, отстранение другого классика психиатрии — Карла Бонгёффера, физическое устранение создателя электроэнцефалографии Ганса Бергера, изгнание лидера Гейдельбергской психиатрической школы Карла Вильманса и Вилли Майер-Гросса, и психиатра-энциклопедиста и новатора Артура Кронфельда [7].

Перу А. Кронфельда принадлежит более 700 научных работ, в т. ч. и монографий, а именно: «Эволюционно-теоретический трактат о сексуальности и эстетическом восприятии» (1906), «Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen» (1912), «Психологическая механика. Критическая оценка учения Фрейда» (1913), «Сущность психиатрического познания» (1920), «Hypnose und Suggestion» (1924), «Psychotherapie» (1925), «Experimentelle Telepathie» (1925), «Zur Reform des Sexualstrafrechts» (1926), «Психология в психиатрии» (1927), «Гипноз и внушение» (1927), «Perspektiven der Seelenheilkunde» (1930), «Das Problem der Kultur und die ärztliche Psychologie» (1931), «Lehrbuch der Charakterkunde» (1932), «Sozialtherapie und Psychotherapie in den Methoden der Fürsorge» (1932), «Современные проблемы учения о шизофрении» (1936),

«Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии» (1940), «Дегенераты у власти» (1941, 1993) и другие. Научные труды А. Кронфельда до сих пор переиздаются и служат прекрасными учебниками для нового поколения врачей-психиатров. А психологические тесты и методика отбора и подготовки лиц, поступающих в авиационные училища, разработанные им в конце 1930-х годов, и сейчас не дают сбоев [8].

Особо следует выделить две крупнейшие работы А. Кронфельда, написанные в Советском Союзе, посвященные учению о шизофрении и проблеме соотношения нозологии и синдромологии: «Развитие концепции шизофрении до Крепелина» (1938) и «Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии» (1940).

В этих трудах А. Кронфельд представил историческую канву становления, клико-нозологического направления в психиатрии, тщательно проанализировал трансформацию взглядов от *dementia praecox* Б. Мореля к «раннему слабоумию» Э. Крепелина, от представлений о дегенерации к понятию эндогенного, от деменции к изменениям личности. Он показал, что принципы систематики Э. Крепелина несли в себе предпосылки к клико-нозологическим исследованиям Е. Блейлера. Особое значение имела попытка А. Кронфельда осуществить методологический и теоретический синтез синдромологии клинической нозологии. Его обобщенные тезисы, основанные на тщательном анализе тенденций в психиатрии, сводятся к следующему: 1) клико-нозологическое направление не может быть заменено сочетанием этиологических и синдромологических объяснений. Синдромологические исследования плодотворны лишь когда они ведутся в русле нозологической систематики; 2) оживление учения о синдромах в работах А. Гохе, позднего Э. Крепелина и школы К. Вернике является реакцией на трудности клинической нозологии; 3) отношение синдрома к болезни обусловлено структурой, определяющейся взаимодействием патогенетического процесса с организмом заболевшего. Отсюда центральный вопрос синдромологии — проблема основных синдромологических структур; 4) как и патологический процесс, организм должен пониматься в смысле динамического развития его функции с окружающей средой. Эта точка зрения является решающей в определении влияния наследственности и церебральной локализации на образование структуры синдрома. Обсуждает эти коренные вопросы психиатрии А. Кронфельд через синдромологические концепции Э. Крепелина, А. Гохе и концепцию об экзогенных типах реакции К. Бонгёффера.

В рассматриваемых работах А. Кронфельда проанализирован колоссальный материал, они читаются на одном дыхании, несмотря на то что концентрация мысли такова, что все их положения являются главными, основными, существенными, среди них нет второстепенных. В то же время резким диссонансом к основным положениям книг являются высказывания в адрес генетики и учения о конституциях. В разделе, где обсуждается соотношение экзогенного и эндогенного, неожиданно возникает следующий абзац: «За последние 10 лет противопоставление (речь идет об эндогенном и экзогенном) обострилось... Этому способствует: 1. Поползновение лженаучной психиатрической генетики, пользующейся псевдоматематическими гипотезами о «законах» связи между совершенно произвольными, неизменчивыми «статическими» генами различной валентности. 2. Возникновение и применение недоказанных и туманных понятий о «психологических» конституциях, как «шизоидия», «эпилептоидия» и т. п., включая сюда не только довольно неясные и произвольно выбранные, чисто дескриптивные качества, но и также их «наследственно-биологическую» основу и в связи с этим — патогенез болезни...» (Труды института им. П. Б. Ганнушкина. — М., 1940. — Вып. 5. — С. 7). Далее в тексте встречаются следующие ярлыки: «реакционная наследственная мифология», «псевдонаучные математические толкования», «мистические наследственные факторы». Н. А. Корнетов считает, что эти характерные стандартные выражения того времени, содержащие угрожающие нотки в адрес генетики, многие кавычки вокруг ключевых понятий и не слишком грамотные словесные нагромождения, не принадлежат А. Кронфельду, а они появились в результате чей-то работы над текстом — коллеги, редактора или цензора [1].

Важно подчеркнуть, что фундаментальная работа А. Кронфельда «Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии» была переиздана в Украине в 1996 году к знаменательному юбилею украинской психоневрологии — 200-летию Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) [19].

И. Я. Лагун (2008) аргументировано отмечает, что в конце 2006 года по инициативе Независимой психиатрической ассоциации и благодаря финансовой поддержке Посольства ФРГ, в России был осуществлен репринт фундаментальных трудов из наследия выдающегося психиатра-энциклопедиста А. Кронфельда. Его работы последнего периода жизни (1935-1940) по теории психиатрии, написанные после эмиграции в СССР или в условиях смены одного тоталитарного режима другим, разделив

трагическую судьбу автора, были дружно забыты психиатрами и в России, и в Германии. Кстати, одна из работ Вольфганга Кречмера (сына Эрнста Кречмера) так и называется: «Артур Кронфельд — забытый психиатр». «Запамятование», однако, было неслучайным. А. Кронфельд еще в 1933 году удостоился, как нами уже отмечалось, чести быть включенным в список наиболее выдающихся врачей последнего полустолетия, но уже через 2 года эмигрировал в Швейцарию, а затем оказался в Москве. «Большой террор» не коснулся его по стечению обстоятельств, но повлиял на содержание работ (авторских, либо на их редакцию в духе времени), ориентированных на «физиологическую психиатрию» вкупе с «материалистической критикой». Развязка наступила в 1941 году с началом войны. В атмосфере хамства и организационной неразберихи, лишенный возможности эвакуироваться 17 октября великий психиатр столетия с супругой приняли смертельную дозу веронала... «Неугодным» А. Кронфельд оказался еще в 1939-1940 годах ввиду наметившегося «сближения» А. Гитлера с И. Сталиным. Позже знаменитый психиатр предпочел занятие «идеологически нейтральной» инсулинотерапией, хотя и вынужден был допускать выпады о «лженаучной психиатрической генетике» или суждения о «реакционной псевдонаучной форме, которая идет от Блейлера...». В 50-е годы прошлого века работы А. Кронфельда не были востребованы из-за провозглашенного им «психологического» как неперемнной части психиатрии, а также в виду оголтелой травли всего «чужеродного» в науке и практике. В 1960-1970 годах концепция А. Кронфельда о *schizophrenia mitis* «не вписалась» в ее вялотекущую форму и, вообще, не соответствовала «паншизофрении» школы А. В. Снежневского по причине констатации «социальной сохранности» психиатрических пациентов. (Видимо, поэтому труды А. Кронфельда не переиздавались до начала 90-х). Современным исследователям «не подходит» приверженность А. Кронфельда нозологическому принципу Э. Крепелина, а сам выдающийся психиатр вызывает оторопь своей непоколебимой убежденностью в том, что в своей сути шизофрения есть «*органический процесс соматогенного происхождения, вызывающий в больном специфическую реакцию всей личности в целом...*».

Упомянутый репринт произведений А. С. Кронфельда за 1935–1940 годы озаглавлен «Артур Кронфельд: Становление синдромологии и концепции шизофрении». В книгу вошли труды по вопросам общей психопатологии, по проблемам шизофрении, а также работы, переведенные на немецкий язык.

Анализируя соотношение синдромологии и нозологии в психиатрии, А. Кронфельд заострил вопрос, которого касался К. Бонгёффер: можно ли вообще провести деление на экзогенные и эндогенные заболевания на основе симптоматической картины — *кардинальный вопрос клинической психиатрии*. А в споре создателя нозологии Э. Крепелина и синдромолога А. Гохе автор предпочел первого, считая *путь Э. Крепелина более плодотворным и сулящим лучшие перспективы, чем возражения критиков его клинически-нозологической точки зрения*. Что касается проблематики шизофрении (в плане далее предложенного анализа), то ее освещение соответствует приведенной выше цитате и представляет исторический интерес разве что для апологетов «доказательной» психиатрии. Справедливости ради следует отметить, что публикация насыщена большим фактическим материалом, который включает глубокий анализ развития концепций эпохи до Э. Крепелина, особенности понимания шизофрении французскими психиатрами и современные (для упомянутого периода) проблемы учения о шизофрении. Также в работу включены заметка о *schizophrenia mitis* и совместная с Э. Я. Штернбергом статья о лечении шизофрении инсулиновым шоком [20].

Вплоть до последнего дня своей жизни А. Кронфельд совместно с советскими учеными вел большую пропагандистскую работу. Слово А. Кронфельда в общем антифашистском движении, в разоблачении истинного лица национал-социализма стояло в ряду выступлений таких фигур, как Анри Барбюс, Луи Арагон, Андре Жид, Ромен Ролан и других. 12 октября 1941 года он участвует в двухтысячном антифашистском митинге научных работников Москвы. В «Moscow News» от 13 октября 1941 года под заголовком «Ученые — ко всему миру» расположена фотография, на которой запечатлен момент подписи обращения к ученым всего мира академика Д. Прянишникова. Вокруг стола стоят академики Е. Ярославский, А. Фрумкин, Б. Келлер, профессора А. Тимирязев, П. Александров и А. Кронфельд — последний в позе независимого, уверенного в себе и готового к борьбе человека (каким он собственно и был всю свою жизнь). Казалось, ничто не предвещало трагического конца.

В этот период обстановка в Москве была достаточно сложной и напряженной. После тяжелой для Советской Армии битвы под Брянском и Вязьмой быстро продвигающиеся немецкие войска 12-14 октября 1941 года захватили Калинин, Малоярославец, Калугу, Можайск и Волоколамск, прорвали линию защиты на Можайском шоссе и таким образом оказались перед самой Москвой. Ввиду неблагоприятного

положения в районе Можайской оборонительной линии Государственный комитет обороны 15 октября 1941 года постановил об эвакуации из столицы иностранных миссий, президиума Верховного Совета и Наркомата обороны в г. Куйбышев, а основной группы Генштаба в Арзамас. Когда 16 октября началась эвакуация и ввиду того, что данное постановление не было опубликовано, в Москве начали ходить слухи о введении военного осадного положения. В этот же день готовился к эвакуации в Казань и Центральный невропсихиатрический институт им. П. Б. Ганнушкина. И тогда же, 17 октября 1941 года, А. Кронфельд в 55-летнем возрасте, вместе со своей женой покончили жизнь самоубийством.

Как пишет И. В. Киттел, сразу же после Второй мировой войны И. Бехер заявил, что А. Кронфельд покончил жизнь из страха перед А. Гитлером. Однако такое заявление с самого начала было встречено с недоверием, ибо этот страх противоречил всей личности А. Кронфельда. В. Кречмер, например, характеризует его как чрезвычайно мужественного, цельного человека с большой внутренней самодисциплиной, целенаправленно и независимо формирующего свою жизнь на пути научной и клинической деятельности. Если учесть, что за 3 дня до того этот человек был в гуще общественной деятельности, что ему уже приходилось демонстрировать свою негибкость, то напрашивается предположение о каких-то дополнительных обстоятельствах его трагической кончины.

Проливают свет на эти обстоятельства воспоминания Е. Б. Кербиковой. Она рассказала, что в тот день, 16 октября, все сотрудники Центрального невропсихиатрического института им. П. Б. Ганнушкина спешно готовились к эвакуации. Списки подлежащих эвакуации находились в 1 Московском медицинском институте им. И. М. Сеченова на Пироговке. А. Кронфельд отправился туда, но, увы... своей фамилии в списках не нашел. Транспорт в Москве практически не ходил. Он возвращался поздно вечером пешком домой в Сокольники. Можно представить, что творилось в душе этого сильного человека: о нем забыли, он был никому не нужен, он обречен... Утром 17 октября 1941 года А. Кронфельд и его жена покончили жизнь самоубийством, приняв большую дозу веронала.

Трагичность описываемой ситуации усугубляется и тем, что коллеги не проявили достаточного внимания к семье А. Кронфельда. Ведь его можно было бы еще спасти. Дело в том, что в это время в Москву неожиданно приехал чудом вырвавшийся из немецкого «котла» под Вязьмой А. В. Снежневский, в то время старший врач стрелкового полка. Будучи близким

соседом по дому и коллегой А. Кронфельда, он застал супругов в глубоком коматозном состоянии. А. В. Снежневский сделал все, что мог сделать врач в такой ситуации, включая искусственное дыхание. Однако А. Кронфельд умер, а жена его была отправлена в больницу, где через некоторое время также скончалась. Встретившись через несколько месяцев после этого трагического события с В. М. Морозовым, А. В. Снежневский несколько раз повторил: «Если бы я прибыл на час-два раньше, их можно было бы спасти». А. В. Снежневский также считал, что Кронфельдов в один из самых тяжелых моментов жизни преступно оставили без помощи и внимания. А. Кронфельда, по воспоминаниям Ф. Ф. Детенгофа, поручили опекать довольно известному советскому психиатру А. С. Шмарьяну, но последнему, видимо, было не до А. Кронфельда, как и остальным его коллегам [17]. До сих пор неизвестны места их захоронения. Такова была трагедия его жизни и такова была последняя плата живых умершим на новой своей Родине.

А. Кронфельд в нашей стране считается одним из ведущих психиатров классического периода до начала Второй мировой войны. Благодаря своим работам по шизофрении и инсулинотерапии, он добился в Советском Союзе большого признания. В библиографическом литературном перечне большинства докторских диссертаций отечественных психиатров, посвященных проблемам шизофрении, обязательно цитируются основные его работы, изданные на русском языке. В то же время труды А. Кронфельда по психотерапии, сексологии, характерологии мало известны советским психиатрам и практически не упоминаются [1, 2, 4, 18].

В Германии его имя сейчас мало известно широкому кругу специалистов. Оно упоминается преимущественно в связи с Гейдельбергской школой и феноменологическим направлением К. Ясперса. Забыты более 200 его публикаций, включая 8 книг и 15 небольших монографий. А. Кронфельда постигла судьба, как и вообще многих эмигрировавших из Германии ученых. После изгнания и смерти — еще и забвение, как «второе изгнание».

А. Кронфельд является ученым, способным силой своего ума донести до читателя клинические истины, которые проливают свет на многообразные взгляды и направления, существующие в психиатрии. Однако их способны узнать лишь те, кто, не боясь временных и душевных затрат, прочитает труды А. Кронфельда [1].

Таким образом, профессор А. Кронфельд внес большой вклад в золотой фонд отечественной и мировой науки. Его высокая принципиальность и мужественность как гражданина

и ученого, врача и философа, широта научных интересов и оригинальность мышления, порядочность, большая внутренняя самодисциплина, целенаправленность, независимость, несгибаемость, настойчивость в работе и высокий гуманизм являются наилучшим примером

для молодежи, которая посвятила себя науке и психиатрии. Безусловно, творческая биография и научное наследие А. Кронфельда имеют большой интерес как для истории отечественной, так и мировой науки, и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Література

1. Корнетов Н. А. Артур Кронфельд (к 50-летию со дня смерти) // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 1991. — Т. 91. — № 12. — С. 80–87.
2. Максимов В. Артур Кронфельд. Эпитафия. // Лехаим. — Январь 2006. — Тевес 5766. — 1 (165) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.lechaim.ru/ARHIV/165/d2.htm>.
3. Домиль В. Артур Кронфельд и его книга «Дегенераты у власти» // Заметки по еврейской истории. — 2010. — № 7 (130) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.berkovich-zametki.com/2010/Zametki/Nomer7/Domil1.php>.
4. Овчаренко В. И. Кронфельд (Kronfeld) Артур [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://sites.google.com/site/psychoanalysisbiography/Home/k/kronfeld>.
5. Кронфельд Артур // Российская Еврейская Энциклопедия [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.ruje.ru/index.php>.
6. Киттел И. — В. Памяти Артура Кронфельда // Независимый психиатрический журнал. — 2007. — № 2. — С. 79–84.
7. Савенко Ю. С. Трагедия жизни и творчества Артура Кронфельда — классика и все еще современника (120-летие Артура Кронфельда (9.01.1886-16.10.1941)) // Независимый психиатрический журнал. — 2007. — № 1. — С. 7–15.
8. Kittel I. — W. Arthur Kronfeld on the occasion of his hundredth birthday on January 9th 1986 // Indiv. Psychol. News Letter. — 1986. — Nr. 34. — P. 26–28.
9. Kittel I. — W. Arthur Kronfeld (1886-1941) zum Gedenken — Ein Kapitel vergessener Psychotherapiegeschichte // Prax. Psychother. Psychosom. — 1986. — Nr. 31. — S. 1–3.
10. Kittel I. — W. Zur historischen Rolle des Psychiaters und Psychotherapeuten Arthur Kronfeld in der frühen Sexualwissenschaft // Gindorf R. und E. J. Haeblerle (Hrsg.): Sexualitäten in unserer Gesellschaft. Beiträge zur Geschichte, Theorie und Empirie. Schriftenreihe Sozialwissenschaftliche Sexualforschung 2. — Berlin: Walter de Gruyter, 1989. — S. 33–44.
11. Kretschmer W. Zum 100. Geburtstag Arthur Kronfelds // Z. f. Individualpsychol. — 1986. — Nr. 11. — S. 58–60.
12. Kretschmer W. Arthur Kronfeld — ein Vergessener. Zu seinem 100. Geburtstag // Nervenarzt. — 1987. — Nr. 58. — S. 737–742.
13. Kulawik H. Arthur Kronfeld zum Gedenken // Z. ärztl. Fortbild. — 1991. — Nr. 85. — S. 949–952.
14. Seek A. Arthur Kronfeld (Psychiater, Psychologe, Wissenschaftstheoretiker) über Homosexualität. — Mitt. MHG. — 1994/95. — Nr. 20/21. — S. 51–63.
15. Schröder Chr. Arthur Kronfeld (1886-1941) — Ein Psychiater im Dienste der Psychotherapie // Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig. — 1986. — Nr. 38. — S. 411–418.
16. Кронфельд А. С. Дегенераты у власти / Предисловие Ю. С. Савенко. — М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 32 с.
17. Шакир-Алиев Р. Учитель [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.krugozormagazine.com/show/Uchitel.927.html>.
18. Эткинд А. Толкование путешествий. Россия и Америка в травелогах и интертекстах. — М.: Новое литературное обозрение, 2001. — 496 с.
19. Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии / Предисловие И. И. Кутько, В. Ф. Москаленко. — Х.: Основа, 1996. — 184 с.
20. Лагун И. Я. Причинность шизофрении: Конспект-анализ проблемы. — Липецк: ОАО ПК «Ориус», 2008. — 304 с.

УДК 616.89:614.254

Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук: Доцент Иван Яковлевич Платонов — известный отечественный психиатр, врач-подвижник и бывший сабурянин. Сообщение 1



Петрюк П. Т.

Петрюк П. Т.

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць приведені нові дані про життєвий і творчий шлях доцента І. Я. Платонова – відомого вітчизняного психіатра з династії Платонових, лікаря-подвижника, представника харківської психіатричної школи, який працював у свій час на Сабуровій дачі, котрий сприяв затвердженню нового підходу до лікування нервово-психічних розладів, формуванню гуманного відношення до людини, ураженої цією тяжкою недугою, шляхом створення психіатричної установи нового типу з науково обґрунтованим лікуванням психічно хворих і з відповідним комфортом їх утримання, чим вніс вагомий вклад в розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи. Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукової спадщини, зокрема, його українського періоду життя і наукової творчості.

Ключові слова: доцент І.Я. Платонов, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науковий доробок.

Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences: An associate professor Ivan Jacovlevich Platonov is the known domestic psychiatrist, doctor-devotee and which at one time worked on the Saburova dacha. Report 1

Petryuk P. T.

Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. On the basis of sources of the special literature and scientific labours new information is resulted about the vital and creative way of associate professor I.J. Platonov – the known domestic psychiatrist from the dynasty of Platonovs, doctor-devotee, representative of Kharkiv psychiatric school, working at one time on the Saburova dacha, which was instrumental in claim of new approach to treatment of neuropsychic disorders, forming of humane attitude toward a man, to staggered this severe ailment, by creation of psychiatric establishment of new type with the scientifically grounded treatment mentally of patients and with the proper comfort of their maintenance, than carry in ponderable achievement brought in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school. The necessity of subsequent study of biography and scientific legacy is underlined, in particular his Ukrainian period of life and scientific creation.

Key words: associate professor I. J. Platonov, biographic information, vital and creative way, scientific reserve.

В комплекс нейронаук (neurosciences) входят те области научных знаний, которые имеют отношение к деятельности мозга в норме и при патологии. В современной психиатрии понятие «нейронауки» стало использоваться особенно широко, что подчеркивает их значение для познания сущности и генеза болезней нервной системы. Небезынтересно, что важность нейронаук для психиатрии находит свое отражение и в том, что в структуре Отдела психического здоровья ВОЗ имеется подразделение нейронаук, а в название одного из самых распространенных психиатрических журналов «Биологическая психиатрия» с 1988 года введено

дополнение — «Журнал психиатрических нейронаук» (Biological Psychiatry. A Journal of Psychiatric Neuroscience) [1].

Династия харьковских врачей Платоновых в лице деда Ивана Яковлевича, его сына Константина Ивановича и внука Константина Константиновича внесла определенный вклад в развитие психиатрических нейронаук, будучи специалистами родственных профессий, на чем мы остановимся в данной работе и двух последующих сообщениях, где мы дадим характеристику жизненному и творческому пути каждого представителя из династии Платоновых — деда, сына и внука, каждый из которых в свое время работал на Сабуровой даче.

Доцент Иван Яковлевич Платонов (1852–1920) — был известным отечественным психиатром, представителем «большой психиатрии», прогрессивно настроенным врачом, новатором-практиком, одним из тех врачей-подвижников, которые способствовали утверждению нового подхода к лечению нервно-психических расстройств, формированию гуманного отношения к человеку, пораженному этим тяжким недугом, коллежским советником и членом городской Думы. Иван Яковлевич активно внедрял методы психотерапии, электро-, свето-, трудо-, бальнеотерапии и механотерапии, создал частное специализированное учреждение нового для того времени типа — «лечебница доктора И. Я. Платонова для нервных и душевнобольных и алкоголиков» с научно обоснованным лечением и соответствующим комфортным их содержанием, высказывал ряд предложений по улучшению воспитания молодых кадров для такого вида учреждений. В этой связи справедливо пишет его внук К. К. Платонов: «Я противоречил бы изложенному выше, если бы не начал своих воспоминаний с моих деда и отца — Ивана Яковлевича и Константина Ивановича Платоновых. И это не только потому, что они первыми формировали мое понимание психики человека и мое отношение к ней, но и потому, что имя деда уже включено в историю мировой психиатрии Ю. В. Каннабихом [2] и Т. И. Юдиным [3], а имя отца вошло как в историю отечественной психиатрии [4], так и в историю мировой психотерапии» [5].

Жизненный и научный путь Ивана Яковлевича Платонова типичен для многих врачей XIX века. Его отец — Яков Платонов, дальше которого род Платоновых неизвестен, — был крестьянином, звонарем бедного церковного прихода села Змененчик Щигровского уезда Курской губернии, обладая хорошим музыкальным слухом, славился на всю губернию своими перезвонами. Своего первенца Ивана Яков Платонов мечтал «вывести в люди» — сделать в будущем из него священника.

Ему удалось устроить Ивана учиться в Курскую духовную семинарию за казенный счет. Но сын думал иначе: с четвертого курса семинарии он тайком от отца перешел на медицинский факультет Харьковского университета, который окончил с отличием в 1875 году. Увлечшись еще на пятом курсе нервными и душевными заболеваниями, он, став врачом, проработал ряд лет земским больничным психиатром — в г. Харькове, в Полтавской губернии, а затем в Колмовской психиоколонии Новгородской губернии.

И. Я. Платонов, как и большинство студентов 70-годов XIX столетия, не избежал влияния революционных демократов — Н. А. Добролюбова, В. Г. Белинского, Д. И. Писарева — и стремился

внедрить гуманные и прогрессивные идеи в лечение душевнобольных. В земских больницах он столкнулся с косностью и карьеризмом врачебного персонала. Арсенал лечебных средств был в то время весьма ограничен: смиренная рубашка для буйных и полное невнимание к остальным. «Тихие» больные были предоставлены самим себе, сутками лежали на койках или слонялись без всякого занятия по палатам. Иван Яковлевич решил организовать трудовые процессы для больных и привлечь их к разного рода работам — сельскохозяйственным и производственным. Но для осуществления его идей трудотерапии нужны были средства — на инструменты, помещения, инструкторов. Губернские земские управы — и Полтавская, и Новгородская — отмалчивались на ходатайства И. Я. Платонова об ассигновании сумм на организацию трудотерапии. Земские деятели страшились дать в руки больных такие инструменты, как топор и пила, опасаясь их агрессивности.

И. Я. Платонов своевременно и подробно анализирует плохое санитарно-техническое состояние новгородских колмовских заведений. В частности, он предлагает свой план реконструкции заведения, который включает переоборудование ванн, вентиляции, помещений для пребывания обычных и буйных душевнобольных женского и мужского пола, указывает на неотложную необходимость улучшения санитарно-технического состояния упомянутого заведения. Ивана Яковлевича интересуют также вопросы «продовольствия больных и состав персонала служащих», он утверждает, что «никто не станет отрицать пользы и необходимости садов при больнице и вообще при колмовском заведении», а также объективно отмечает в своих сообщениях, что «в трупном покое нет секционного стола для вскрытия трупов» [6].

Убедившись в невозможности преодолеть консерватизм земства, Иван Яковлевич в 1885 году возвращается в г. Харьков и приступает к осуществлению выношенного им плана — к созданию психиатрического учреждения нового типа с научно обоснованным лечением психически больных и с соответствующим комфортом их содержания. «К этому времени, как подчеркивает К. К. Платонов, дед уже 10 лет был женат на моей бабке — молдаванке Прасковье Львовне Перейма (дочери молдавского помещика), бывшей всю жизнь его первой помощницей и, по его собственным словам, «незаменимой сотрудницей» и подарившей ему пятерых сыновей и одну дочь. Старшие два сына — Константин (мой отец) и Иван — пошли по стопам отца и стали в дальнейшем психиатрами. Получив по линии жены небольшое наследство, И. Я. Платонов арендует (а потом и покупает) усадьбу князя

Оболенского по Нетечинской улице в г. Харькове и оборудует в этом доме Частную психиатрическую лечебницу доктора И. Я. Платонова» [5].

В харьковских газетах и журналах тех лет часто публиковалось рекламное объявление о «лечебнице доктора И. Я. Платонова для нервных и душевнобольных и алкоголиков» следующего содержания: «Помещение для нервных больных совершенно отдельно от помещения для душевнобольных. В нервное помещение принимаются нервно больные: неврастения, истерия, невралгия, функциональные страдания периферической и центральной нервной системы (параличи, сухотка спинного мозга и др.). Применяются: внушение, гипноз и другие виды психотерапии, массаж вибрационный и другой. Имеются водолечебница с углекислыми, кислородными, электрическими и др. ваннами, душами Шарко, восходящими, шотландскими и др. Гимнастический зал и электрический кабинет с приспособлениями для светолечения и рентгенотерапии. Больные принимаются на полный пансион, кроме постельного и носильного белья. Адрес: Харьков, психиатрическое отделение — Скобелевская ул., 14; нервное отделение — Нетеченская ул., 6» (опубликовано в 1916 году) [5].

В дальнейшем на базе этой больницы работала психиатрическая клиника Харьковского университета, так как губернская психиатрическая больница «Сабурова дача» находилась за пределами г. Харькова и мощеной дороги туда не было. Клинические демонстрации больных проводились вначале в губернской земской больнице, а в последствии в лечебнице И. Я. Платонова, где была организована лаборатория и создано, в пределах возможного, все необходимое для наиболее успешного преподавания [2, 3, 5]. Директором этой клиники на протяжении 11 лет проработал известный отечественный психиатр профессор П. И. Ковалевский — автор оригинальной концепции о роли кровообращения и обмена веществ в центральной нервной системе, первого отечественного руководства по психиатрии (1880), основатель первого русского психиатрического журнала «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (1883), организатор при Киевском университете первой в Украине самостоятельной кафедры психиатрии и одной из первых экспериментально-психологических лабораторий. Им выпущен целый ряд иностранных монографий и руководств по наиболее важным вопросам психоневрологии. Ему обязаны отечественные психиатры знакомством с клиническими лекциями Т. Мейнерта, идеи которого были особенно близки П. И. Ковалевскому; изданы были лекции J. M. Charcot, книги W. R. Gowers, O. L. Bienswanger, Ch. Richet и другие. [7].

Затем П. И. Ковалевского на должности директора университетской психиатрической клиники сменил профессор Я. А. Анфимов. Ассистентом, а потом и доцентом у них был И. Я. Платонов. В этой же клинике, в больнице Ивана Яковлевича работал первоначально и его сын Константин Иванович. И в этом же дедушкином «большом доме» на улице Нетеченской, 6, в нижнем этаже, родился 25 мая (7 июня) 1906 года его внук Константин Константинович Платонов — будущий известный отечественный психолог.

И. Я. Платонов считал своей главной целью организацию образцового психиатрического стационара, могущего одновременно способствовать формированию кадров психиатров на уровне современной науки и университетского преподавания. Ни одна больница юга России не имела такого «Цандеровского кабинета механотерапии», как больница моего деда. Под механотерапией понимали метод лечебной физкультуры, основанный на выполнении дозированных движений, осуществляемых с помощью механотерапевтических аппаратов, облегчающих движения или, наоборот, требующих дополнительных усилий для их выполнения.

«Подобный кабинет, кстати, использованный в фильме «Девушка спешит на свиданье», был только на курорте в Пятигорске. Самым большим удовольствием моего детства было «ездить» в этом кабинете, вертя педалями на неподвижном велосипеде, и «грести» на такой же лодке. Я помню Ивана Яковлевича уже пожилым, серьезным и спокойным человеком. Его довольно грузная фигура всегда неторопливо передвигалась по коридорам больницы. Ни разу я не видел его раздраженным или вышедшим из себя и потерявшим над собой контроль. У него была удивительная способность каждого выслушать и с каждым договориться. Это именно с ним произошел случай, вошедший впоследствии в серию анекдотов о психиатрах: группа «тихих» больных, загородив дверь, предложила ему спрыгнуть с третьего этажа в ремонтирующееся окно, на что он, не растерявшись, авторитетно ответил: «Это всякий дурак может сделать, а вы посмотрите, как я снизу вверх прыгну!» — и невозмутимо вышел из комнаты навстречу замешкавшимся санитарам.

Наиболее яркие из моих детских воспоминаний связаны с дедушкиным «большим домом», где мы с сестрой Ольгой бывали каждое воскресенье. Дедушкин кабинет, полный шкафов с книгами, зал рядом с кабинетом, по паркету которого я катался, «как на колззанке», парк, спускавшийся к набережной, манившие меня физиотерапевтические кабинеты — все стоит перед глазами, как будто это было вчера.

Прогрессивные психиатрические идеи Ивана Яковлевича не ограничивались системой «нестеснения» больных, согласно которой прежние «смирительные рубашки» были заменены специально подготовленными и хорошо оплачиваемыми санитарями. Он старался подобрать на эту службу не просто физически сильных «вышибал», но людей определенного душевного склада. На всю жизнь с ранних детских лет мне запомнился санитар Павел Васильевич, гулявший одновременно всегда только с одним больным по парку. В парке подходить к нему мне было запрещено дедом — «чтобы не беспокоить больного». Но когда я стал постарше, лет пяти-восьми, то самыми моими любимыми местами в «большом доме» стали комната Павла Васильевича и еще конюшня с каретным сараем — царством кучера Федора.

Конюшня — конечно, дело сугубо личное, правда, привившее мне на всю жизнь любовь к лошадям. Через много лет в глухом Забайкалье, куда жизнь забросила меня по окончании Ленинградского института медицинских знаний (ГИМЗ) и где я изучал в 1930–1932 годах урзовскую болезнь, эта любовь заставила меня прикупить к казенной «куцей кобыле» собственного Бурку и сдружилась с моим конюхом Ионом Васильевичем, отличным знатоком психологии лошадей. Они все трое отлично понимали друг друга, но и меня Ион Васильевич научил (как я когда-то замечал и у Федора) разговаривать с Буркой во время долгого таежного пути верхом» [5].

А вот любовь Ивана Яковлевича к лошадям и собакам, сохранившаяся у него с его деревенского детства, — дело далеко не личное. Он не раз говаривал мне: «Люби, Малыш (это было мое детское прозвище), и зверей, и людей, люби их и здоровыми, и больными. Больные ведь сильнее нуждаются в твоей любви, чем здоровые, а любить их труднее, так как любить в них надо не только человеческое, но и звериное. Но если ты любишь зверей, то и в человеке будешь понимать и любить звериное» [5].

«Эти же мысли, хоть и в несколько другой редакции, слышал я и от санитаря Павла Васильевича, когда он в своей комнате поражал меня тем, что гнул подковы. «Это к подкове можно приложить силу руки, — говорил он, — а к человеку нельзя. Его жиманешь, а он луснуть может. Он требует силы души».

Всех больных, даже самых буйных, Павел Васильевич называл всегда на «Вы» и по имени и отчеству, говорил с ними ласковым голосом и легко усмирал их.

Найти в народе редкое сочетание физической и душевной силы (а Павел Васильевич был не единственным таким среди персонала), обучить их и воспитать, создав в лечебнице

соответствующий психологический климат, было нелегко и требовало глубокой убежденности и терпения. *Эта заслуга Ивана Яковлевича прославила его больницу больше, чем электро-, свето- и бальнеолечение и даже Цандеровский кабинет.*

Так я впервые услышал от деда и понял то, что потом было названо проблемой социального и биологического в человеке. Работая в 1937–1941 годах в 15-м (психиатрическом) отделении Главного военного госпиталя им. академика Н. И. Бурденко, называвшегося тогда комгоспиталем, я прославился умением уговорить любого беспокойного больного сесть в санитарную машину для эвакуации. По крайней мере, начальник отделения Алексей Иванович Пономарев всегда поручал мне эту процедуру, приурочивая ее к моему присутствию в отделении. Я же в те минуты всегда вспоминал деда и Павла Васильевича, стараясь им подражать и применять их методы» [5].

Среди доступных нам источников на сегодняшний день удалось найти, к сожалению, только 2 научные работы Ивана Яковлевича: «Случай «насильственных представлений» (1881), «Соображения врача г. Платонова по содержанию новгородских колмовских заведений (Приложения к докладу губернской земской управы)» (1884) [6, 8].

В 1916 году И. Я. Платонов, в возрасте 64 лет, решил удалиться на покой и уехать на постоянное жительство в г. Евпаторию к своему второму сыну Ивану Ивановичу, работавшему там курортным врачом. В связи с войной в части больницы располагался госпиталь, но психиатрическая больница и клиника университета в ней продолжали функционировать. Иван Яковлевич безвозмездно передал свою больницу медицинскому факультету Харьковского университета и уехал с женой в г. Евпаторию, где вскоре умер от воспаления легких.

Таким образом, И. Я. Платонов внёс определенный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т. ч. и харьковской психиатрической школы. Вне сомнения, биография и научное наследие Ивана Яковлевича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно что касается проблем психиатрических нейронаук того времени.

Выражение признательности

Автор выражает искреннюю признательность бывшему главному врачу Сабуровой дачи, заслуженному изобретателю Украины, профессору, доктору медицинских наук И. К. Сосину и правнучке Ивана Яковлевича, врачу-невропатологу Л. И. Вельковской за ценные советы в процессе подготовки данной работы.

Література

1. Тиганов А. С. Нейронауки в психиатрии // Руководство по психиатрии: В 2-х т. — Т. 1. / Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 107–227.
2. Каннабих Ю. В. История психиатрии / Предисловие П. Б. Ганнушкина / Репринтное издание. — М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. — С. 388–389.
3. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: Госмедиздат, 1951. — 480 с.
4. Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: Медицина, 1974. — 316 с.
5. Платонов К. К. Мои личные встречи на великой дороге жизни (Воспоминания старого психолога) / Под ред. А. Д. Глоточкина, А. Л. Журавлева, В. А. Кольцовой, В. Н. Лоскутова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. — С. 41–45 (Выдающиеся ученые Института психологии РАН).
6. Платонов И. Я. Соображения врача г. Платонова по содержанию новгородских колмовских заведений (Приложения к докладу губернской земской управы). — Новгород: Типо-Литография Н. И. Богдановского, 1884. — 19 с.
7. Петрюк П. Т. Павел Иванович Ковалевский — известный отечественный психиатр // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Т. 3. — Х.: Б. и., 1996. — С. 57–61.
8. Платонов И. Я. Случай «насильственных представлений». — СПб.: Б. и., 1881. — 17 с. (Отдельный оттиск из «Врачебных ведомостей»).

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна психоневро-
логічна № 1 (Міський науковий інформацій-
но-методичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 5 від 13.05.2010 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна

Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.

Тел.: 468-29-32.

E-mail: mnimc@health.kiev.ua

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»

м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а

Тел./факс: (044) 459-48-67

www.bz-poligraphia.com.ua

Підписано до друку 30.04.2011 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. ____.

© Психічне здоров'я, 2010

| | |
|---|----|
| Вступне слово головного редактора | 3 |
| Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти | |
| <i>Сонник Г. Т., Шиндер В. В.</i> Питання дезадаптації сімейно-шлюбних відносин у жінок, які хворіють на епілептичну хворобу | 4 |
| <i>Петрюк П. Т.</i> Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: этический аспект. Сообщение 2 | 7 |
| Розлади психіки та поведінки, психосоматика | |
| <i>Огоренко В. В.</i> , Анализ различий в клинических проявлениях психических нарушений при первичных опухолях головного мозга | 15 |
| <i>Кушнир Ю. А.</i> Соотношение преморбидных особенностей с различными типами постшизофренических депрессий и дальнейшей динамикой заболевания | 20 |
| Аdditивні розлади | |
| <i>Попандопуло П. Н., Косенкова И. В., Добровольская И. В., Добровольская Е. П., Глущенко В. С.</i> Изменение наркосцены и подходы к лечению зависимости от новых психоактивных веществ | 23 |
| <i>Ревенок О.А., Аймедов К.В.</i> , Комплексна психофармакотерапія патологічного гемблінгу | 25 |
| Дитяча та підліткова психіатрія | |
| <i>Мешков В.М.</i> Деякі медико-психологічні та методологічні аспекти шкільної адаптації та психопрофілактики дітей в освітніх навчальних закладах (на прикладі м. Києва) | 30 |
| Медична психологія та психотерапія | |
| <i>Кузнецов В. Н., Коротоножкин В. Г., Белов О. Б., Уралова Л. Т., Насинник О. А., Бондарчук А. Г., Костюченко С. И., Гончар Т. А.</i> Роль и место психотерапии в клинической практике врача-психиатра: опыт проведения цикла тематического усовершенствования на кафедре психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика | 37 |
| Психофармакотерапія | |
| <i>Кузнецов В. Н., Шевченко С. Л., Коваленко Л. А., Бондарчук А. Г., Зубатюк О. В., Цегельная С. В.</i> Клинический опыт применения препаратов оланзапина и зуклопентиксола с целью купирования острого психомоторного возбуждения | 43 |
| Етичні та правові аспекти психічного здоров'я | |
| <i>Насинник О. А.</i> Теоретический анализ отдельных позиций Закона о психиатрической помощи с рекомендациями по их изменению | 48 |
| <i>Олійник О. П.</i> Клінічні підстави застосування статті 14 Закону України «Про психіатричну допомогу» | 56 |
| <i>Шум С. С.</i> Експертна судово-психіатрична оцінка психічних розладів в осіб з онкологічною патологією в цивільному процесі (сучасний стан проблеми) | 61 |
| <i>Гончар Т. А.</i> Психиатрическая реабилитация пациентов с шизофренией, которые получают стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь в принудительном порядке | 66 |
| Організація і управління психіатричною допомогою | |
| <i>Юрьева Л. Н., Зинченко Е. Н., Юрьев А. Е.</i> Динамика уровня самоубийств в Украине и ее региональные особенности | 75 |
| Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація | |
| <i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Профессор — Бутковский П. А. Основоположник научной и практической психиатрии в Украине (К 210-летию со дня рождения) | 79 |
| <i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук: Профессор Константин Иванович Платонов — известный отечественный психиатр, невропатолог, психотерапевт и бывший сабурянин. Сообщение 2 | 87 |
| До уваги авторів | |
| Вимоги до написання статей | 94 |

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

Contents

| | |
|---|---|
| The opening of the editor in chief. | 3 |
| Mental health: social, biological and psychological aspects | |
| <i>Sonnik G. T., Shynder V. V.</i> Questions of desadaptation of domestic and marriage relations for women with epilepsy. | |
| <i>Petryuk P. T.</i> General modern principles of application physiotherapy in psychiatry: ethics aspect. Report 2. | |
| Mental and behavioral disorders, psychosomatic | |
| <i>Ogorenko V. V.</i> Analysis of differences in clinical manifestations of mental disorders in primary brain tumors. | |
| <i>Kushnir Y.</i> The ration of premorbid features with different types of postschizophrenic depressions and further development of the disease. ... | |
| Addictive disorders | |
| <i>Papadopulo P. N., Kosenkova I. V., Dobrovolskaya E. P., Glushchenko V. S.</i> Changes on narcoscene and approaches toward treatment dependence from new drugs. | |
| <i>Revenok O. A., Ajmedov K. V.</i> The complex psychopharmacotherapy of pathological gambling. | |
| Children's psychiatry | |
| <i>Meshkov V. M.</i> Some medical psychology and methodology perspectives of school adjustment and psychoprophylactics in education institutions (on example of Kyiv City). | |
| Medical psychology and psychotherapy | |
| <i>Kuznetsov V. M., Korotonozhkin V. G., Belov O. B., Uralova L. T., Nasinnyk O. A., Bonarchuk A. G., Kostyuchenko S. I., Gonchar T. A.</i> The role and place of psychotherapy in psychiatrist's clinical practice: experience from thematic course of advanced training at Department of psychiatry of NMAPE named after P. L. Shupik. | |
| Pharmacotherapy of mental disorders | |
| <i>Kuznetsov V. N., Shevchenko L. T., Kovalenko L. A., Bondarchuk A. G., Zubatyuk O. V., Zegeln S. V.</i> Clinical experience of use olanzapine and zuclopenthixole in acute treatment of psychomotor agitation. | |
| Ethical and legal aspects of mental health | |
| <i>Nasinnyk O. A.</i> The theoretic analysis of some statements of Psychiatric Care Law and recommendations on their improvement. | |
| <i>Oleynik O. P.</i> Clinical grounds the application of article 14 of the Law of Ukraine «On Psychiatric Care». | |
| <i>Shum S. S.</i> Expert forensic psychiatric assessment of mental disorders in persons with oncologic pathology in civil process (current state of the problem). | |
| <i>Gonchar T. A.</i> Psychiatric rehabilitation of patients with schizophrenia receiving stationary and outpatient compulsory treatment. | |
| Organization and management in mental health care | |
| <i>Yurjeva L.N., Zinchenko E.N., Yuriev A.E.</i> Dynamics of suicide rates in Ukraine and their regional features. | |
| Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information | |
| <i>Petryuk P.T., Petryuk A. P.</i> Professor P. A. Butkovskiy – founder of scientific and practical psychiatry in Ukraine (To 210-th anniversary). | |
| <i>Petryuk P. T., Petryuk O. P.</i> Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences: Professor Constantin Ivanovich Platonov is the known domestic psychiatrist, neurologist, psychotherapist and which at one time worked on the Saburova dacha. Report 2. | |
| The notice for our authors | |
| Equipments to the articles. | |

Шановні читачі!

7 квітня 2010 року — Всесвітній день здоров'я. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Психічне здоров'я — це дуже цінний капітал будь-якого суспільства. Його слід захищати і зміцнювати, у той час як епізоди психічного нездоров'я необхідно попереджувати і лікувати. Жодне суспільство, навіть найбідніше не може дозволити собі не інвестувати в психічне здоров'я. Саме тому будь-яка політика повинна аналізуватися з погляду її можливого впливу на психічне здоров'я суспільства.

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні Україна і 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. З 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 тягаря хвороб і є причиною 6,2 % випадків непрацездатності.

Дискримінація — це найбільша перешкода на шляху надання медичної допомоги особам із психічними розладами. Нерідко проблеми психічного здоров'я ховаються під ореолом мовчання і сорому. Це перешкоджає доступу цих людей до необхідного лікування, позбавляє їхніх основних прав людини, сприяє дискримінаційній практиці працевлаштування та ізолює людей від їхніх близьких, друзів і рідних. Кожен з нас може відчути на собі проблеми психічного характеру, тому дуже важливо докладати усіх зусиль для усунення чи ослаблення факторів, що підвищують ризик психічних зривів, таких, наприклад, як бідність, безробіття, самотність, втрата ідентичності, безпорадність і безнадійність, коли нам здається, що ми не можемо хоч якось вплинути на навколишній світ.

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,
Головний редактор, професор В. Н. Кузнецов*

УДК 616.853—055.2

Питання дезадаптації сімейно-шлюбних відносин у жінок, які хворіють на епілептичну хворобу



Шиндер В. В.

Сонник Г. Т., Шиндер В. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Резюме. У даній роботі наведені результати обстеження 44 пацієнток, що страждають епілепсією, проаналізований рівень їх родинної дезадаптації. Виявлений всіякий спектр тривожних станів в обстежуваній категорії пацієнток, що необхідно враховувати при виборі терапевтичної тактики.

Ключові слова: епілепсія, родинна дезадаптація.

Questions of desadaptation of domestic and marriage relations for women with epilepsy

Sonnik G. T., Shynder V. V.

Resume. This paper presents the results of the survey 44 patients. These women suffer from epilepsy. Analyzed the level maladjustment of family. Revealed a diverse spectrum of anxiety disorders in the examined category of patients. These results should be considered when choosing a therapeutic tactics.

Key words: epilepsy, marriage, famili, desadaptation.

Питання збереження сімейного образу життя у різних групах соціальної популяції є одним з критеріїв якості життя як кожної особистості окремо, так і загальної популяції людей в цілому. Традиції сімейного образу життя загалом в країні зберігаються, і сім'я продовжує виконувати свої специфічні функції — забезпечення фізичного (біологічного) та соціокультурного відтворення поколінь. За даними перепису населення 2001 року 25,7 % індивідуальних домогосподарств в країні були представлені одиночками, з яких 54 % — люди у віці старше за 60 років і 17,5 % — у віці до 30 років [1]. Виявлено підвищення середнього віку утворення шлюбних відносин. Так, у чоловіків він склав 30,0 років, у жінок — 27,0 [2].

Найбільш розповсюдженим типом сім'ї в Україні є шлюбна пара. Разом з тим, спостерігається досить високий рівень розлучень на людей працездатного віку: у чоловіків 30–49 років — 23 %, у жінок — 31,9 % [3]. Високий рівень розлучень — одне з найбільш несприятливих явищ в шлюбно-сімейній сфері, свідчення складності формування та розвитку сімейних відносин в суспільстві, їхньої нестабільності. Руйнування шлюбу має негативні соціально-економічні, медичні та емоційно-психологічні наслідки для кожної конкретної сім'ї.

З точки зору соціальної психології, сім'я являє собою малу групу, в якій є всі види міжособистісних взаємодій (сексуальні, любовні, побутові, господарські, ділові, фінансові, відносини, пов'язані з виховання дітей, проведенням дозвілля та ін.), більшість цих стосунків носить виражений емоційний характер, що потенціює

виникнення різноманітних конфліктів. За думкою деяких авторів, конфлікти являють нормальне явище в будь-якій сім'ї [4]. Але на думку інших, саме вони в умовах їх інтенсифікації та хроніфікації призводять до дезадаптації міжособистісних відносин, потенціюють зниження особистісної комунікації, спричиняють руйнування сім'ї, продукують розвиток психологічного особистісного конфлікту, породжують усамітнення, страх та невпевненість в ініціюванні подружніх стосунків, знижують функції взаємодії з іншими людьми [5].

На сьогоднішній день гостро стоїть питання якості рівня життя пацієнтів з різноманітними захворюваннями. Серед величезної кількості захворювань досить актуальним є питання вивчення проблеми епілепсії, яка відноситься до суспільно значимих хвороб, потребує значних фінансових витрат, постійної уваги з боку медичних працівників з проведенням реабілітаційних заходів, активної роботи соціальних служб. На епілепсію страждає близько 0,5–1 % населення [6]. Дане захворювання асоційоване з широким спектром соціальних та психологічних проблем, які стоять перед пацієнтом та його родичами. За даними деяких дослідників, якість життя у пацієнтів з епілептичною хворобою нижче, ніж в загальній популяції, вона гірша, ніж у пацієнтів з іншими хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет, розсіяний склероз, бронхіальна астма та ін. [7,8]

Пацієнти з епілепсією регулярно відчувають складності, пов'язані з захворюванням — це проблеми в сімейному житті, зниження персональних та соціальних амбіцій, підвищений рівень

тривожності та депресії, низька самооцінка в порівнянні зі здоровими людьми. Хворі на епілепсію рідше вступають у шлюб, мають складності у формуванні кола спілкування, частіше являються безробітними. [9] Високий рівень безробіття серед пацієнтів з епілепсією являється однією з причин соціальної та економічної дезадаптації [10]. Отже, дослідження епілептичної хвороби на сьогодні являється актуальним питанням, потребує детального аналізу комплексу проблем, які визначають структуру даного захворювання. Саме комплексний та цілісний підхід сприятиме оптимальному вирішенню численних соціальних, демографічних, медичних, психологічних питань.

Метою дослідження було виявлення ступеню подружньої та сімейної дезадаптації у жінок з епілептичною хворобою.

Нами обстежено 44 жінки, які хворіють на епілептичну хворобу та проходили курс стаціонарного лікування в умовах ПОКПЛ ім. О. Ф. Мальцева, стаціонарно та амбулаторно в умовах ПОПНД, неврологічному відділенні ПОКЛ ім. Скліфосовського за період 2008–2010 років. Критеріями включення були згода пацієнтки на участь в дослідженні, судомні напади та безсудомні пароксизми (в т. ч. анамнестично) в рамках діагностованої епілепсії. Вік пацієнток складав від 18 до 65 років (середній вік — $40 \pm 4,6$). Тривалість епілептичної хвороби в середньому складала $23,6 \pm 2,1$ роки.

В наших спостереженнях під наглядом невролога спостерігалось 5 (11,36 %) пацієнток, під наглядом психіатра — 39 (88,64 %). Серед досліджуваної групи хворих 8 (18,18 %) осіб мали різну соціальну активність, 36 (81,82 %) жінок — не працювали.

Обстеження проводилось анонімно за допомогою клінічних карток-опитувальників з врахуванням клінічного діагнозу, соціального стану, даних ЕЕГ, ЕхоЕГ. Під час дослідження був проведений аналіз пацієнток за наступними критеріями: соціальними — наявність сімейного анамнезу, перебування в шлюбних відносинах, наявність групи інвалідності, працевлаштованість; медичними — анамнестичні відомості, клінічний діагноз, форма епілепсії з врахуванням зниження когнітивних функцій. Використовувались звітний та анкетний способи отримання інформації, метод клінічної бесіди, проводилося патопсихологічне обстеження з використанням методики визначення рівня тривожності Тейлора (в адаптованому варіанті Немчиновим Т. А.) [11]. В подальшому всі хворі були поділені на 2 групи. До першої групи увійшли пацієнтки, які мали шлюбні, сімейні відносини або їх сурогатні форми. До другої групи увійшли пацієнтки, які не мали на момент обстеження шлюбних та сімейних відносин.

При проведеному обстеженні 44 жінок з епілептичною хворобою було виявлено, що у 16 (36,36 %) з них перебували у шлюбних відносинах, у 19 (43,18) — їх не було, 1 (2,27 %) пацієнтка мала співмешканця, 5 (11,36 %) були розлученими та 3 (6,8 %) — овдовілими. Тобто, загалом на час обстеження відносини з чоловіками у вигляді шлюбних відносин або їх сурогатних форм були у 17 (38,6 %) пацієнток, а у 27 (61,4 %) — їх не було. Аналізуючи епілептичну хворобу по етіології, виявлено, що ідіопатичну епілепсію мали 14 жінок (31,81 %), симптоматичну — 30 (68,18 %). Серед жінок з ідіопатичною епілепсією виявлено, що в шлюбних відносинах перебувала 1 (7,14 %) пацієнтка та 1 (7,14 %) мала стосунки із співмешканцем (сурогатна форма шлюбних відносин). Сімейних відносин або їх сурогатних форм не мали 12 (85,71 %) пацієнток, в тому числі розлученими були 2 (14,28 %) пацієнтки, овдовілими — 1 (7,14 %). З симптоматичною епілепсією заміжними були 13 (43,33 %) пацієнток, не заміжними — 17 (56,67 %), в тому числі розлученими — 3 (10 %), овдовілими — 2 (6,66 %) особи.

В процесі патопсихологічного обстеження було встановлено, що високий рівень тривожності був відмічений у 10 хворих (22,72 %), середній з тенденцією до високого — у 14 осіб (31,8 %), середній з тенденцією до низького — у 12 пацієнтів (27,27 %), низький рівень тривожності зареєстровано у 8 випадках (18,18 %). Причини та зміст тривожних станів різноманітні навіть у однієї і тієї ж особи. У 41 (93,18 %) хворої були наявні соціальна тривожність, занепокоєння негативною реакцією рідних на хворобу, переживання з приводу розпаду сім'ї, втрати службового становища. 39 (88,63 %) пацієнток переживали фізичну, в тому числі сексуальну неповноцінність, несприйняття сексуальним партнером. 30 (68,18 %) хворих відмічали екзистенційну тривогу, страх перед майбутнім.

Таким чином, з отриманих даних видно, що рівень сімейно-шлюбної дезадаптації у жінок з епілептичною хворобою значно вищий, ніж в їх загальній популяції. Отримані дані свідчать, що у хворих з симптоматичною епілептичною хворобою частота шлюбних та сімейних стосунків більша, ніж у жінок з ідіопатичною епілепсією, при цьому у останніх відмічалася затримка формування відносин з чоловіками.

Епілептична хвороба спричиняє зниження сексуальності жінки, породжує особистісні зміни, які призводять до підвищення сімейної дезадаптації, зниження комунікативних функцій, розпаду шлюбних відносин. Рівень адаптації у жінок з симптоматичною епілепсією має більш виражений характер, ніж з ідіопатичною. Виявлення різноманітного спектру особистісних та тривожних

розладів у осіб з епілептичною хворобою в кожному конкретному випадку має велике значення для вирішення питання щодо відбору тих

або інших терапевтичних тактик для їх корекції в умовах індивідуального підходу до хворих з метою покращання їх якості життя.

Література

1. Изменение брачно-семейной структуры населения в условиях демографического старения //Население Украины — 2003. Ежегодный аналитический доклад /Держкомстат Украины, Институт демографии и социальных исследований НАН Украины — К: 2004, С. 43–72.
2. Семья и рождаемость в Украине [электронный ресурс] / И. Курило, Л. Слюсар, В. Стешенко // Бюллетень «Население и общество». — Режим доступа: www.demoscope.ru/weekly/2007/0285/tema01.php (12.11.10). — Назва з екрану.
3. Державний комітет статистики України [електронний ресурс] / Режим доступа: www.ukrsensus.gov.ua/results/marry (12.11.10). — Назва з екрану.
4. Либих С. С. Сексуальные дисгармонии / Либих С. С. Фридкин В. И. —Ташкент: УзССР, 1990. — 5 с.
5. Агишева Н. К. Системно-структурный анализ супружеских конфликтов /Н. К. Агишева //Международный медицинский журнал. — 2007. — Т13, № 1. — С. 6–9.
6. Міщенко Т. С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні // НЕЙРОNEWS. — 2008. — № 3 (07). — 77 с.
7. Burden of epilepsy: the Ontario Health Survey /S. Wiebe [et al.] //Neurol Sci.— 1999.— 26(4):263. — 70 s.
8. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments // Pharmacoeconomics. — 2002.— 20(15):1039–59.
9. The clinical course of epilepsy and psychological correlates: finding from a UK community study / Jakoby A. [et al.] // Epilepsia.— 1996.— 37: 148–61.
10. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment / Elwes RD. [et al.] //J. Neurol Neurosurg Psychiatry. — 1991.— 54(3):200–3.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты./ Учебное пособие. [Ред. Д. Я. Райгородский.]. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. — С. 64–66.

УДК 616.89:615.83:614.253

Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: этический аспект. Сообщение 2



Петрюк П. Т.

Петрюк П. Т.

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. Проаналізовано питання медичної етики з урахуванням вітчизняних та міжнародних етичних кодексів та інших документів, які могли б відповідати загальним сучасним принципам застосування фізіотерапії в психіатрії, що базуються на сучасних наукових досягненнях і накопиченому практичному досвіді. Дана характеристика найбільш прийнятих етичних документів. Підкреслюється, що етичний аспект, який би міг відповідати основним принципам застосування фізіотерапії в психіатрії і використовуватися при впровадженні даного виду лікування, потребує подальшого доопрацювання та уточнення.

Ключові слова: загальні принципи застосування, фізіотерапія, психіатрія, етичний аспект

General modern principles of application physiotherapy is in psychiatry: ethics aspect. Report 2

Petryuk P. T.

Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. The question of medical ethics is analyzed taking into account domestic and international ethics codes and other documents, which would answer general modern principles of application of physiotherapy in psychiatry which are based on modern scientific achievements and accumulated practical experience. Description of the most acceptable ethics documents is given. It is underlined that an ethics aspect which would answer basic principles of application of physiotherapy in psychiatry and used for introduction of this type of treatment needs subsequent revision and clarification.

Key words: general principles of application, physiotherapy, psychiatry, ethics aspect.

Пациенты могут простить любые технические ошибки, но этические — никогда
Т. Байрам Карасу

В наше время — время этического бума и рассуждений о прикладной или практической этике, — казалось бы, должно быть понятно, что этика в любой научной отрасли и, следовательно, в соответствующей прикладной сфере ссылается на результаты *релевантных гуманитарных наук и на специальные эмпирические основы*, чтобы прийти к обоснованным высказываниям. Под **этикой** (лат. *ethica*, греч. *ἦθος* — обычай) подразумевают одну из форм общественного сознания, определяющую нормы поведения, совокупность моральных правил людей в обществе. Под **этикой медицинской** понимают одну из разновидностей профессиональной этики, которая представляет собой совокупность принципов и норм поведения, обусловленных спецификой их деятельности, а также ролью и положением, которые врачи занимают в обществе [1, 2]. При этом, в основе априори должно лежать широкое понимание этики как самоанализа и систематического осмысления следствий и предпосылок

профессиональных действий, и особенно относительно людей, участвующих в этих действиях и затрагиваемых ими.

Однако этика слишком долго была академически независимой философской дисциплиной, и из-за этой обособленности в смежных дисциплинах не хватало стимулов для исследований в области этики. В настоящее время следствие этого — во-первых, упрек этике в том, что она далека от практики, а, во-вторых — упрек практике в том, что она враждебна теории. Даже существует мнение, что мы уже перешли из «века беспокойства» в «век этического кризиса» [3]. Психиатр, когда-то предоставленный самому себе в тиши своего кабинета, сейчас находится в осаде как изнутри, так и извне. «Внутренний кризис» относится к психиатрам, придерживающимся различных моделей и критериев психического заболевания и методов его лечения, которые, будучи довольно запутанными, вносят раскол в профессию и ее будущее [4]. Атаки извне отражают различие мнений в обществе относительно функций, действий и сферы влияния психиатров [5]. Несмотря на это, используя в этике данные, особенно эмпирические, из других гуманитарных

наук, можно создать базис для этической рефлексии, приближенной к реальности и связанной с практикой [6].

В современной медицине и здравоохранении широкое распространение получила так называемая **этика принципов**. Т. L. Beauchamp, J. F. Childress (1989) ввели четыре главных принципа этического осмысления медицины, весомых не только для соматической медицины, но и для всей сферы лечебно-профессиональной, а также клинично-психологической деятельности [7].

Эти принципы касаются этической ориентации практикующих психиатров, психотерапевтов и психологов (консультантов или исследователей) в их работе с пациентами и клиентами: 1) уважение к автономии пациента (клиента); 2) не вредить (*non-maleficence*); 3) оказание помощи (*beneficence*); 4) справедливость. В этих четырех принципах Т. L. Beauchamp, J. F. Childress попытались свести воедино несколько течений: традицию врачебной этики (клятва Гиппократ, который на первое место ставил требование не вредить и обязательство оказания помощи), идеи философского Просвещения и американского движения борцов за гражданские права с их акцентом на автономии отдельного человека, а также принцип справедливого распределения в здравоохранении высочайших достижений медицины. Эти четыре принципа в целом рассматриваются как универсально значимые и приблизительно нейтральные мировоззренческие ориентиры для медицины и здравоохранения. В зависимости от контекста применения по-разному расставляются акценты и конкретизируются принципы [6].

Общеизвестно, что этические кодексы, регламентирующие поведение врачей, применяются на протяжении многих веков в разных странах. Еще за 1500 лет до новой эры врачи Древней Индии давали профессиональную клятву. Для европейской медицины по сей день непреходящее значение имеет этика Гиппократ (460—370 гг. до н. э.) [2]. Такими кодексами, имеющими отношение к психиатрии, являются, к примеру, Клятва Гиппократ, Клятва врача Украины, обновленный вариант «Принципов медицинской этики», принятых Американской медицинской ассоциацией, Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, Клятва советского врача, а также Правила этики при осуществлении биомедицинских исследований — Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации и «Принципы экспериментальных исследований на человеке» Британской медицинской ассоциации.

К сожалению, специальных этических кодексов для психиатров разработано немного. Нам известны только три из них: «Принципы

медицинской этики с аннотациями к их применению в психиатрии» Американской психиатрической ассоциации, Гавайская декларация Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и Кодекс профессиональной этики психиатра, принятый на Пленуме Правления Российского общества психиатров¹ [2, 8–11], которые наиболее близко отвечают цели нашего исследования. В доступной нам специальной отечественной и зарубежной литературе не удалось найти освещения этических кодексов, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии [12, 13] и использоваться при осуществлении данного вида лечения.

Целью нашей работы явился анализ опубликованных отечественных и зарубежных научных работ, международных правовых документов, а также собственного накопленного опыта, посвященных этическим кодексам, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения.

Материал и методы исследования.

Проведен теоретический анализ большого ряда отечественных и зарубежных научных работ, международных правовых документов, а также собственного накопленного клинического опыта, в которых освещаются этические кодексы, которые могли бы отвечать общим принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения. Проанализирован накопленный нами опыт применения физико-психофармакологических методов лечения (транскраниальная гальванизация и электрофорез, центральная электроаналгезия, электросон и электросон-электрофорез) в комплексной терапии шизофрении и других психических расстройств более чем у 670 пациентов Сабуровой дачи в возрасте от 18 до 60 лет. Методы исследования: исторический, теоретический, системный, клинично-психопатологический и экспертный.

Результаты и их обсуждение.

Медицинская профессия всегда подчинялась этическим нормам, разработанным, первым делом, во благо пациента. Будучи

¹ На проекте Этического кодекса украинского врача, опубликованном еще в 2002 году издательством «Сфера» по инициативе общественной организации «Инициативы в общественной охране здоровья» при поддержке Международного фонда «Відродження», а также на Этическом кодексе врача Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), принятом на общем собрании трудового коллектива упомянутой больницы 29.06.2006 года автор в данной работе не останавливался из-за ограниченного объема статьи.

представителем данной профессии, врач должен признать свою ответственность не только перед пациентом, но и перед обществом, другими специалистами медицинской профессии и перед самим собой.

Приводимые ниже следующие **Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии, принятые Американской медицинской ассоциацией**, не являются законами, но являются *стандартами поведения*, определяющими основы достойного поведения врача. При описании этих принципов выделено семь ниже отмеченных нами разделов, в которых подробно описываются стандарты поведения врачей-психиатров. Аннотации к применению принципов медицинской этики в психиатрии были приняты Американской психиатрической ассоциацией в 1973 году и пересмотрены в 1988 году. Эти принципы отвечают этическому кодексу, который отвечает основным принципам применения физиотерапии в психиатрии и может использоваться при осуществлении данного вида лечения:

1. Врач обязан оказывать компетентную медицинскую помощь, сочувствуя больному и уважая его человеческое достоинство.
2. Врач обязан вести себя достойно с пациентами и коллегами и должен выявлять тех врачей, которые не обладают ни соответствующим характером, ни достаточной компетенцией либо занимаются обманом или подлогом.
3. Врач обязан уважать закон и должен признавать свою ответственность за внесение изменений в те требования, которые противоречат основным интересам пациента.
4. Врач обязан уважать права пациентов, коллег и врачей других специальностей и должен соблюдать конфиденциальность в отношении пациента в пределах закона.
5. Врач должен приобретать, применять и углублять научные знания, распространять соответствующую информацию среди пациентов, коллег и общественности, получать консультации и использовать способности врачей других специальностей, если это необходимо.
6. Врач свободен в выборе пациента, сотрудников и условий, в которых оказывается медицинская помощь, для обеспечения необходимого ухода за пациентом, за исключением экстренных случаев.
7. Врач признает ответственность за участие в деятельности, признанной улучшать общество [8].

С самого начала цивилизации, как подчеркивает **Гавайская декларация ВПА (1983)**, этика была важной частью искусства врачевания.

ВПА считает, что высокие этические стандарты особенно важны для всех, кто занимается психиатрией как наукой и как медицинской специальностью в свете противоречивых обязательств и ожиданий врачей и их пациентов в современном мире и деликатной проблемы взаимоотношений между врачом и пациентом. Упомянутая декларация была написана для того, чтобы обеспечить как можно более точное следование этим стандартам и предупредить злоупотребление психиатрическими понятиями, знаниями и умениями.

Поскольку психиатр является членом общества, а не только врачом, он или она должны принимать во внимание этические стороны, присущие психиатрии, а также этические требования, налагаемые на всех врачей, в т. ч. физиотерапевтов, и социальную ответственность каждого члена общества. Несмотря на то, что этическое поведение основано на сознательном выборе каждого психиатра, письменное руководство необходимо для того, чтобы прояснить этические стороны психиатрии.

Таким образом, Генеральная ассамблея ВПА одобрила эти этические правила для психиатров, имея в виду большую разницу в культурных контекстах и в юридических, социальных и экономических условиях в мире. Должно быть ясно, что ВПА рассматривает эти правила как минимальные требования к этическим стандартам психиатрии, а именно:

1. Целью психиатрии является лечение психических заболеваний и улучшение психического здоровья. Используя все свои возможности, в соответствии с полученными научными знаниями и принятыми этическими принципами психиатр должен служить высшим интересам пациента, и также заботиться об общем благе и справедливом размещении ресурсов здравоохранения. Достижение этих целей требует непрерывных исследований и постоянного обучения персонала системы здравоохранения, пациентов и общественности.
2. Каждый психиатр должен предложить пациенту лучшую из находящихся в его распоряжении и соответствующих его знаниям терапий, и если это принято, должен лечить пациента с заботой и уважением, достойными всякого человека. Если психиатр несет ответственность за лечение, которое проводят другие врачи, он должен осуществлять квалифицированное руководство ими и их обучение. В случае потребности или по обоснованной просьбе пациента психиатр должен обратиться за помощью к своему коллеге.
3. Психиатр стремиться к таким отношениям с пациентами, которые основываются

на взаємному согласии. В оптимальном варианте это требует доверия, конфиденциальности, сотрудничества и взаимной ответственности. С некоторыми пациентами установление таких взаимоотношений может быть невозможным. Тогда контакт должен быть установлен с родственниками или другими людьми, близкими пациенту. Если взаимоотношения установлены не в терапевтических, а в целях судебной психиатрии или иных, их природа должна быть подробно объяснена заинтересованным лицам.

4. Психиатр должен проинформировать пациента о природе его заболевания, терапевтических процедурах, включая различные альтернативы, и о возможных последствиях. Такую информацию следует излагать в тактичной форме, пациенту должна быть предоставлена возможность выбора между необходимыми и доступными методиками.
5. Никакое лечение не должно осуществляться против воли пациента, если только из-за психического заболевания он не может сформировать своего мнения о том, что послужит ему в высших интересах, а также, если без данного лечения вероятно появление серьезного вреда для пациента или других лиц.
6. Как только показания для принудительного лечения исчезают, пациент должен быть освобожден от такового, а для осуществления дальнейшей терапии врач должен получить добровольное согласие пациента. Психиатр должен проинформировать пациента и/или его родственников или других близких лиц о существовании механизмов обжалования, задержания и любых других жалоб, связанных с благополучием пациента.
7. Психиатр никогда не должен использовать свои профессиональные возможности для оскорбления достоинства и нарушения прав какого-либо индивида или группы, и никогда не должен позволять неприемлемым личным желаниям, чувствам, предрассудкам или убеждениям влиять на лечение. Психиатр ни в коем случае не должен использовать приемы своей профессии, если психическое заболевание не было подтверждено. Если пациент или третьи лица требуют действий, которые противоречат научным знаниям или этическим принципам, то психиатр должен отказаться от сотрудничества с ним.
8. Чтобы ни было сказано пациентом или чтобы ни было записано в течение обследования или лечения, это должно быть конфиденциально, если только пациент не освободил психиатра от такого обязательства

или если раскрытие информации необходимо для предотвращения причинения серьезного вреда пациенту или другим лицам. В этом случае, однако, пациент должен быть проинформирован о нарушении конфиденциальности.

9. Для умножения и распространения знаний по психиатрии необходимо участие пациента. Однако должно быть получено информированное согласие на демонстрацию пациента перед аудиторией и, если возможно, на использование истории болезни для научной публикации. При этом должны быть предприняты все разумные меры в целях сохранения достоинства и анонимности пациента, защиты его личной репутации. Участие пациента должно быть добровольным после получения полной информации о целях, процедурах, опасностях и неудобствах исследовательского проекта, а также всегда должно сохраняться разумное соотношение между предполагаемыми опасностями, неудобствами и пользой исследования. Каждый участник клинического исследования должен пользоваться всеми правами пациента. Для детей и других пациентов, которые не могут сами дать информированное согласие, таковое должно быть получено от ближайшего родственника. Каждый пациент или участник исследования волен отказаться по любым причинам и в любое время от любого добровольного лечения и от любой учебной или исследовательской программы, в которой он участвует. Этот отказ, как и несогласие, включиться в программу, никак не должны влиять на усилия психиатра, направленные на оказание помощи пациенту или участнику.
10. Психиатр должен остановить все терапевтические, учебные или исследовательские программы, которые могут войти в противоречие с принципами настоящей декларации.

Следует помнить, что к числу **Базисных принципов биомедицинской этики** относятся *принципы автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости* (1989) [2, 14]. Использование данных принципов регулируется следующими правилами: правдивость, приватность, конфиденциальность, достоверность, информированное согласие [1].

1. Принцип автономии пациента понимается как форма личной свободы пациента, при которой больной совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в её планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Рассматриваемый

принцип предполагает уважение автономии пациента, в частности, то, что выбор, делаемый пациентом, как бы он не расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего.

В каждом случае *ограничение автономии должно специально обосновываться* другими принципами. Иначе говоря, дело не в том, что принцип ни при каких условиях не должен нарушаться, — важно, чтобы мы сами отдавали себе отчет в том, что *нам приходится*, мы вынуждены идти на нарушение. Действие автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно: детей, в т. ч. с психическими расстройствами; пациентов с некоторыми психическими расстройствами (хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие или иное болезненное состояние), признанных судом недееспособными; лиц, находящихся в алкогольном или наркотическом опьянении, и т. п.

Из данного принципа также следует такое отношение к индивиду, которое способствует проявлению и развитию его автономии. Кстати, этической сущностью реабилитационных мероприятий в психиатрической практике является поиск и поощрение, развитие сохранившихся «островков» автономии психически больного, расширение сферы его автономных выборов и действий, восстановление автономии личности в целом.

2. Принцип непричинения вреда («не навреди», *primum non nocere* — прежде всего — не навреди) является одним из старейших медицинских принципов. Этот принцип предписывает обязанность не наносить ущерб пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Для реализации этого принципа и уменьшения вреда или побочных эффектов предлагаются следующие требования: 1) то, что мы намереваемся делать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом; 2) предполагаемый риск не должен быть средством для достижения благой цели; планируемое действие может иметь побочные эффекты, но это не значит, что благая цель оправдывает любые средства; нельзя совершать что-либо безнравственное только потому, что за этим может последовать нечто положительное; 3) побочный эффект не может быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться; 4) для совершения действия, за которым могут наступить негативные последствия, нужны веские основания; это означает необходимость взвешивания возможного блага и риска, причем благо должно перевешивать риск или потерю — так называемое правило «пропорциональности» или «двойного эффекта».

Таким образом, лечение является моральным, если благо для пациента перевешивает негативный эффект, не являющимся средством для доброй цели. Вместе с тем на практике вопрос взаимоотношения цели и средств не так прозрачно ясен, как это декларируется правилом «двойного эффекта», а игра целей и средств, превращающая добро во зло, нередко ставит врача перед неразрешимыми проблемами.

Мораль требует, чтобы врач не только относился к пациенту как к автономному лицу, избегая причинять ему вред, но и оказывал ему помощь, способствовал благополучию пациента. Такие действия, направленные на благо пациента, подпадают под принцип благодеяния.

3. Принцип благодеяния — это принцип «делай добро», требующий позитивных действий. Благодеяние — это профессиональная обязанность врачей, закрепленная во всех кодексах медицинской этики. Считается, что долг благодеяния необходимо осуществлять при наличии следующих условий:

- 1) лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;
- 2) врач располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;
- 3) действия врача, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;
- 4) благо, которое лицо получит в результате действия врача, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.

Из этого следует, что общий принцип благодеяния как бы состоит из двух более конкретных: *принципа позитивного благодеяния*, т. е. обеспечения блага (включая и устранение вреда) и *принципа полезности* (или пропорциональности), который требует взвешивания преимуществ и ущерба.

Однако замена принципа благодеяния *полезностью* может быть легко сориентирована на то, чтобы отдать приоритеты общества в ущерб интересам индивида. Этим принципом можно пытаться оправдать проведение опасных экспериментов, если предполагается их выдающееся значение для общества или расширение масштабов насильственных мер в психиатрии во имя общественного спокойствия. Завышенная оценка общества нередко квалифицируется современным моральным сознанием как *несправедливость*.

4. Принцип справедливости интерпретируется биоэтикой как распределение ресурсов здравоохранения в соответствии со справедливым стандартом. Государство должно обеспечить каждого, независимо от его положения

и возможностей, гарантированными видами и качеством медицинской помощи на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной медицинской практике.

Следует указать, что сфера деятельности психиатров характеризуется наличием такой специфики, при которой этические вопросы и решения играют гораздо большую роль для них, чем для многих других профессиональных групп. Вот несколько кратких примеров:

1. Никто, кроме психиатров, не сталкивается с необходимостью дать оценку состоянию психики пациента в целях вынесения заключения о целесообразности лишения человека свободы ради его психического здоровья. Действительно, это — огромная ответственность.
2. В отличие от других врачей, которые сталкиваются с этим редко, проблемы, стоящие перед психиатром, сопряжены с балансированием между ответственностью перед личностью и ответственностью перед обществом. Границы сферы деятельности психиатра, к сожалению, размыты. У него нет четких ориентиров относительно того, где начинаются его обязанности и где они заканчиваются. Вследствие этого его личное отношение к своим обязанностям может варьировать от «сужения сферы деятельности только до страдающего пациента» [15] до решения «фундаментальных задач общества» [16].
3. До настоящего времени нет единого понятия: что такое психическое расстройство. Характерным примером служат дебаты о том, является ли гомосексуализм диагностируемой патологией, на что, похоже, уже получен отрицательный ответ. Хотя современные системы диагностики, например, такие, как система DSM III-R, принятая Американской психиатрической ассоциацией, и внесли определенный порядок в процесс постановки психиатрических диагнозов, все же неизбежный субъективизм при этом имеет место. Более того, явно не теоретизированный характер системы DSM III-R дал повод для появления новых вопросов этического плана, к примеру, психиатрический диагноз как этическая проблема и другие.

Кодекс профессиональной этики психиатра, принятый на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19.04.1994 года, основан на гуманистических традициях российской психиатрии, фундаментальных принципах защиты прав и свобод человека и гражданина и составлен с учетом стандартов, признанных международным

профессиональным сообществом. Назначение Кодекса состоит в том, чтобы обозначить нравственные ориентиры, дать психиатрам «ключи» к принятию решений в сложных (с этической, правовой и медицинской точек зрения) проблемных ситуациях, свести к минимуму риск совершения ошибок, защитить психиатров от возможных неправомерных к ним претензий, а также способствовать консолидации профессионального сообщества психиатров России. Данный Кодекс профессиональной этики психиатра включает следующих 12 принципов:

1. Главной целью профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому, нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению и защите психического здоровья населения.
2. Профессиональная компетентность психиатра — его специальные знания и искусство врачевания — является необходимым условием психиатрической деятельности.
3. Психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «Прежде всего не вредить!».
4. Всякое злоупотребление психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой.
5. Моральная обязанность психиатра — уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов.
6. Психиатр должен стремиться к установлению с пациентом «терапевтического сотрудничества», основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности.
7. Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации.
8. Психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну, включая сам факт оказания психиатрической помощи.
9. При проведении научных исследований или испытаний новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости в условиях их проведения путем тщательного взвешивания риска причинения ущерба пациенту и вероятности достижения положительного эффекта.
10. Моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость.

11. Во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.
12. Ответственность за нарушение Кодекса профессиональной этики психиатра определяется Уставом Российского общества психиатров (Уставом профессионального сообщества, принимающего данный Кодекс).

Эти принципы также отвечают этическому кодексу, который отвечает основным принципам применения физиотерапии в психиатрии и может использоваться при осуществлении данного вида лечения.

Необходимо подчеркнуть, что актуальность рассмотрения вопроса о концепциях медицины, в частности концепции болезни и заболевания, продиктованы наличием в психиатрии большого количества этических проблем. Эти концепции вообще представляют собой серьезную проблему в медицине, в том числе и психиатрии. Например, психиатры сообщают о проблемах, с которыми они сталкиваются ежедневно. Конечно, эти проблемы различны в зависимости от той области психиатрии, к которой они относятся. И все же некоторые темы являются общими для всех, к примеру: как оценить моральные издержки и приобретения от того, что делается психиатрами в процессе их работы; как совместить конфиденциальность с ответственностью и необходимостью отчитываться; как найти общий язык с критиками психиатрии — как правоведами, так и с коллегами-психиатрами; как совместить эффективность лечения и доверие пациента, с необходимостью объяснять ему характер производимых манипуляций; каким образом, избегая как излишней самоуверенности, так и ложной скромности, определить туманные границы своей собственной деятельности; и, наконец, как найти золотую середину между требованиями равенства, которые начинают доминировать на Западе, и доброжелательного патернализма, который им необходим как врачам; следует ли прерывать беременность, если возникает хоть малейшая вероятность возникновения уродств и пороков развития?; следует ли

реанимировать новорожденного с весом в пятьсот граммов вне зависимости от его состояния?; по какому праву можно решать, вмешиваться или нет в жизнь престарелого человека? [17-20].

Выводы.

Таким образом, в доступной специальной отечественной и зарубежной литературе нам удалось найти освещение этических кодексов, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения. Таковыми являются Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии, принятые Американской медицинской ассоциацией; Гавайская декларация, принятая ВПА; Базисные принципы биомедицинской этики (принципы автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости) и Кодекс профессиональной этики психиатра, принятый Пленумом Правления Российского общества психиатров, на что указывает наш собственный накопленный клинический опыт.

Однако и в представленном виде они, думается, будут способствовать лучшему пониманию и усвоению основ использования лечебных физических факторов в современной медицине, в т. ч. и психиатрии, что в свою очередь приведет к улучшению качества жизни психически больных и будет иметь определенный экономический эффект.

Бесспорно, этический аспект, который мог бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения, требует дальнейшей доработки и уточнения.

Выражение признательности.

Автор выражает признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских наук И. И. Кутько и профессору, доктору медицинских наук В. И. Маколинцу, способствовавшим возникновению и формированию у автора научного интереса к этике психиатрии и ценные замечания, которые помогли устранить некоторые недочеты.

Література

1. Владимирский А. В., Дорохова Е. Т. Этика и деонтология телемедицины // Новости фармации и медицины. — 2008. — № 13–14 (249–250). — Август. — С. 21–22.
2. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. проф. В. А. Тихоненко. — М.: Право и Закон, 1996. — 192 с.
3. Spiegel R. Editorial: on psychoanalysis, values and ethics // Journal of the American Academy of Psychoanalysis. — 1978. — № 6. — P. 271–273.

4. Osmond H., Gordon R. Psychiatry under siege: the crisis within // *Psychiatric Annals*. — 1973. — № 3. — P. 59–81.
5. Freedman D., Gordon R. Psychiatry under siege: attacks from without // *Psychiatric Annals*. — 1973. — № 3. — P. 10–34.
6. Рейтель-Тейль С. Этика в клинической психологии // *Клиническая психология* / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб.: Питер, 2002. — С. 101–120.
7. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. — 3 Aufl. — Oxford: — Oxford University Press, 1989. — P. 3–67.
8. Приложения: Этические кодексы // *Этика психиатрии: Сборник статей: Пер. с англ.* / Под ред. Сиднея Блоха и Пола Чодоффа. — К.: Сфера, 1998. — С. 381–391.
9. Винг Джон. Этика проведения психиатрических исследований // Там же. — С. 308–322.
10. Джозеф Дэвид, Онек Джозеф. Психиатрия и соблюдение конфиденциальности // Там же. — С. 235–255.
11. Wing J. K. The ethics of clinical trials // *Journal of Medical Ethics*. — 1975. — № 1. — P. 174–175.
12. Петрюк П. Т. Основные принципы применения физиотерапии в психиатрии // *Актуальные вопросы в психиатрической практике*. — Вып. 7. — Полтава: Б. и, 1993. — С. 105–107.
13. Петрюк П. Т. Основные современные принципы применения физиотерапии в психиатрии // *Архів психіатрії*. — 2004. — № 4 (39). — С. 141–146.
14. Биологические ритмы и биорезонансная терапия / Под ред. И. 3. Самосюка. — К., 2003. — 132 с.
15. Busse E. W. APA's role in influencing the evolution of a health care delivery system // *American Journal of Psychiatry*. — 1969. — № 126. — P. 739–744.
16. Waggoner R. Cultural dissonance and psychiatry // *American Journal of Psychiatry*. — 1970. — № 127. — P. 1–8.
17. Блох Сидней, Чодофф Пол. Введение // *Этика психиатрии: Сборник статей: Пер. с англ.* / Под ред. Сиднея Блоха и Пола Чодоффа. — К.: Сфера, 1998. — С. 13–21.
18. Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: Сборник статей / Под ред. Ф. Бриссе-Виньо, при уч. Б. Ажшенбом-Бофти: Пер. с фр. — К.: Сфера, 1999. — 248 с.
19. Ежов В. В. Проблемы биоэтики в физиотерапии // *Вестник физиотерапии и курортологии*. — 2004. — Т. 10. — № 3. — С. 98–101.
20. Шмакова И. П. Биоэтика в физиотерапии и медицинской реабилитации // *I-й Національний конгрес з біоетики: Тези доповідей*. — К.: Б. в., 2001. — С. 43–44.

УДК 616.831-006:616.89-008-036

Анализ различий в клинических проявлениях психических нарушений при первичных опухолях головного мозга



Огоренко В. В.

Огоренко В. В.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Резюме. В статті розглянуті результати вивчення психопатологічних порушень у хворих з первинними пухлинами головного мозку. Проведено порівняльний аналіз клінічних особливостей психічних порушень при різній локалізації та гістологічній структурі новоутворень. Виявлені відмінності клінічних ознак в залежності від локалізації та гістологічної структури пухлин головного мозку. Отримані результати можуть використовуватись при диференційній діагностиці в нейроонкологічній практиці.

Ключові слова: первинні пухлини головного мозку, психопатологічні порушення, гістологічна структура, локалізація пухлини.

Analysis of differences in clinical manifestations of mental disorders in primary brain tumors

Ogorenko V. V.

Dnipropetrovsk state medical Academy

Resume. The results of the study of psychopathological disorders in patients with primary brain tumors. Comparative analysis of clinical features of mental disorders in different localization and histological structure of the tumors. The differences in clinical symptoms depending on localization and histological structure of brain tumors. The results can be used in the differential diagnosis in neurooncological practice.

Key words: primary brain tumor, psychopathological disorders, histological structure, localization of the tumor.

Введение.

По данным исследований, касающихся структурального анализа новообразований головного мозга, среди первичных опухолей злокачественные составляют около 60 %, доброкачественные — 40 %; глиомы головного мозга высокой степени злокачественности занимают первое место среди опухолей ЦНС и составляют 2 % всех злокачественных новообразований у человека [1–3]. По данным патогистологического исследования более чем у 50 % пациентов, оперированных по поводу ОГМ, верифицированы менингиомы и новообразования астроцитарного ряда [4]. Психические расстройства зачастую становятся первыми клиническими проявлениями формирования ОГМ [5–7]. Вместе с тем, результаты изучения психопатологической структуры психических расстройств при локальных поражениях головного мозга в большинстве исследований носят обобщенный характер, без дифференциации доброкачественных и злокачественных новообразований и закономерностей распределения частот ранних психопатологических симптомов в зависимости от гистологической структуры ОГМ, а также без уточнения клинической гетерогенности психической патологии. Своевременная и адекватная диагностика ранних психических расстройств при поражении головного мозга

первичными опухолями могла бы способствовать выявлению данной онкологической патологии на ранних этапах.

Цель исследования — сравнительное изучение спектра и частоты ранних психических расстройств в зависимости от локализации и гистологической структуры первичных опухолей головного мозга.

Материал и методы.

Исследована структура психопатологических нарушений у 250 больных с верифицированными диагнозами первичных новообразований головного мозга, клинически манифестировавших психическими расстройствами. Выборку составили 140 (56 %) мужчин и 110 (44 %) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст пациентов составил $44,8 \pm 15,9$ года). Опухоли диагностированы стационарно и верифицированы результатами магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии, а также данными патогистологического исследования операционного материала. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде. Выборку составили больные без преморбидного отягощения психическими расстройствами, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы

и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, а также без нарушений сознания и признаков гипертензионно-дислокационного синдрома на этапе клинической диагностики. Психопатологические расстройства изучены с помощью применения как стандартных психодиагностических инструментов (во многом содержащих субъективную самооценку пациентов), так и непосредственно психиатрического обследования (сбор информации и наблюдение за динамикой процесса в течение дооперационного периода).

Результаты исследования и обсуждение.

Средняя продолжительность наблюдения и обследования (с момента первичной обращаемости до операционного периода) в целом по группе составила 7.4 ± 7.2 месяца: у 37.6 % включенных в выборку пациентов ($n=94$), от выявления той или иной степени выраженности психопатологической симптоматики до верификации диагноза прошло до 2 месяцев, у 57 человек (22.8 %) — до 6 месяцев, период до 1 года отмечен у 20.8 % обследованных ($n=52$), более 1 года — 18.8 % ($n=47$). Таким образом, у всех больных, включенных в выборку, на начальном этапе диагностического процесса психические расстройства предшествовали либо сочетались с минимально выраженной неврологической симптоматикой, что послужило причиной увеличения продолжительности диагностического периода. В соответствии с гистологическими данными у 126 больных (50,4 %) диагностированы первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные злокачественные (ЗНО), у 124 (49.6 %) — доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Нами проанализированы различия в психопатологических проявлениях и их возможная взаимосвязь с гистологической

структурой опухолей внутри выделенных групп и проведен сравнительный анализ между группами, сформированными по признаку злокачественные/доброкачественные опухоли.

Гистологическая структура опухолей в выборке ДНО представлена менигиомами ($n=83$; из них 62,6 % — типические ($n=52$) и — 37,4 % атипические ($n=31$), олигодендроглиомами ($n=23$) и олигоастроцитомами ($n=18$). В зависимости от локализации ДНО распределились следующим образом: лобная локализация диагностирована в 34 случаях (из них 21 наблюдение локализации в правой, 13 — левой гемисферах); височная локализация составила 43 наблюдения (правосторонняя — 25, левосторонняя — 18); одиночные опухоли теменной локализации диагностированы в 47 случаях (из них 27 наблюдений локализации в правой, 20 — в левой гемисферах).

Анализ психических расстройств в изученной выборке больных с доброкачественными опухолями головного мозга выявил преобладание в синдромальной структуре в целом по группе аффективных и астенических расстройств. Астенические и аффективные синдромы в 98,31 % наблюдений были представлены непсихотическим регистром. Психотические синдромы диагностированы в 5,91 % всех наблюдений ($n=11$). Психотический уровень аффективных расстройств в изученной выборке пациентов отмечен лишь в 4 наблюдениях. Психические расстройства психотического уровня, кроме аффективных, представлены галлюцинаторными, параноидными и галлюцинаторно-параноидными синдромами. Достигающие психопатологического уровня синдромы когнитивных расстройств составили 10,21 % (19 наблюдений) (рис.1).

Наиболее широкий спектр психопатологических состояний наблюдался в возрастных группах после 40 лет. Галлюцинаторные и

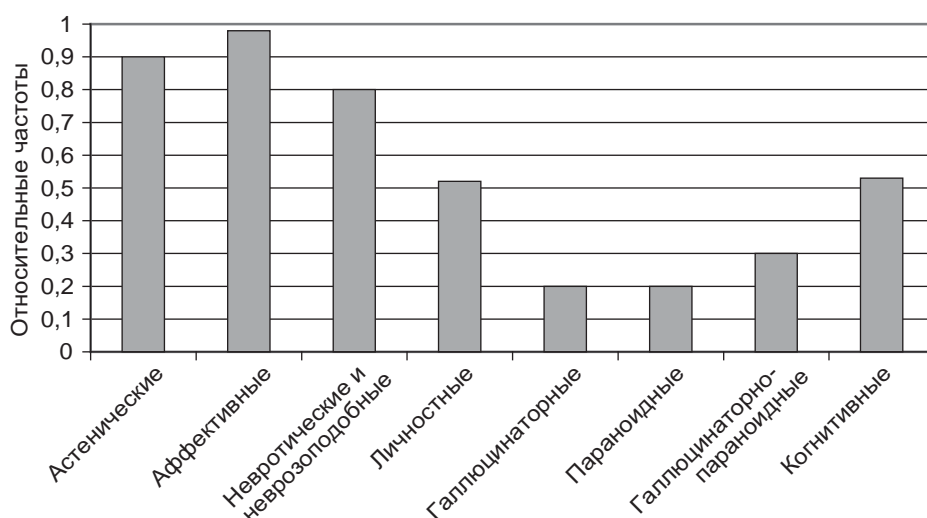


Рис. 1

Средние частоты психопатологических синдромов в группе больных ДНО ($n=124$)

галлюцинаторно-параноїдні синдроми от-
сутствовали в клінічній картині хворих
в віці до 30 років і 31-40 років. Во всіх ві-
східних групах домінували астеничні
станова, афективні розлади, а
також синдроми невротоподібного реєстра.
Характеропатичні зміни і вторинна
психопатизація найбільш виражені в вісхід-
них групах до 30 і після 60 років (розли-
ччя з групами 31–40 і 41–50 років достовірні, $p < 0,05$).

Аналіз частоти психопатологічних
синдромів свідчить про значному
поліморфізмі психічних порушень при
лобній локалізації опухолівого процесу (в
данній групі хворих виявлені симптоми і
синдроми всіх реєстрів), при цьому преобла-
дали порушення афективного, астеничного
і психопатоподібного рівнів. Астеничні і
невротоподібні розлади преобладали в
групах хворих з висхідної і теменною локалі-
зацією. клінічно окреслені галлюцинатор-
ні і параноїдні синдроми.

Найбільший поліморфізм психопатологі-
чної симптоматики відмічений у хворих з ДНО,
відносяться до гістологічної структури к
менингиомам типовим (52 спостереження при
 $n=52$), атипичним (50 спостережень при $n=31$) і
олігоастроцитомам (47 спостережень при $n=18$)
(табл. 1).

Необхідно відзначити, що саме кліні-
чної гетерогенністю і неоднозначністю
симптоматики пояснюється той факт, що коли-
чество спостережень, кваліфікованих як
психічні розлади в відповідності з
діагностичними рубриками МКБ-10 ($N=186$)
перевищує кількість включених в вибірку
хворих ($n=124$).

В групі пацієнтів со злокачественними
новоутворинами головного мозку преобла-
дали особи вісхідної категорії 41 — 60 років
(62 %). Гістологічна структура опухолей
була представлена в 42 % випадків менингио-
мами ($n=53$), в 23 % — олігодендропитами

($n=29$), в 18 % — олігодендрогліобластомами
($n=23$) і в 17 % — астроцитами ($n=21$). У 34 %
обследованих нами хворих злокачественные
супратенториальные інтрацеребральные оди-
ночные опухоли локализовались в лобних до-
лях ($n=43$; из них 24 спостереження локалізації в
правій, 19 — в лівій гемисферах), у 38 % паці-
єнтів діагностована висхідна локалізація
опухолівого процесу ($n=48$; в 27 випадках — в
правій, 21 — лівій гемисферах), в 28 % наблю-
дений виявлена теменная локалізація ЗНО
($n=35$, у 20 хворих діагностована правостор-
оння, 15 — лівостороння локалізація).

У хворих злокачественными новообра-
зованиями головного мозку виявляються інші
пропорції психопатологічних розладів
в порівнянні з пацієнтами ДНО. Це стосується,
в першу чергу, представленості афек-
тивних, психопатоподібних і когнітивних
порушень, а також частот синдромів психо-
тичного реєстра. В відлиіе от групи ДНО,
психотичний рівень розладів відмічений
в 15 % спостережень ($N=34$, $n=16$). Психічні
розлади психотичного рівня представ-
лені галлюцинаторними, параноїдними, гал-
люцинаторно-параноїдними і афективними
синдромами. Характеропатичні зміни і
вторинна психопатизація склали 36,5 %
спостережень. Достигающие психопатологіческо-
го рівня синдроми когнітивних розладів
склали 14 % спостережень ($N=31$, $n=29$), при
цьому в 3 випадках діагностована легка де-
менція (рис.2).

Розлиіа в розподілі пацієнтів со
злокачественными новоутворинами голов-
ного мозку по полу і вісху по порівнянню с
изученной вибіркою хворих ДНО статистиче-
ски не значимі. В відлиіе от вибірки хворих
ДНО, у яких найбільш широкі спектр пси-
хопатологічних станаів наблюдался в віс-
східних групах після 40 років, для вибірки ЗНО
характерна гетерогенність психопатологічних
розладів во всіх вісхідних групах, при

Таблиця 1

*Распространенность психопатологических синдромов в группе в зависимости от гистоло-
гической структуры ДНО (количество наблюдений)*

| Синдромы (регистр) | Гистологическая структура опухоли | | | | Всего |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|-------|
| | Менин-гиомы типические | Менин-гиомы атипические | Олигодендро- глиомы | Олигоастро- цитомы | |
| Астенический | 17 | 14 | 6 | 12 | 49 |
| Афективные | 19 | 12 | 12 | 11 | 54 |
| Невротические и невротоподобные | 7 | 9 | 8 | 10 | 34 |
| Личностные (психопатоподобные) | 5 | 6 | 5 | 7 | 23 |
| Галлюцинаторные | - | 1 | - | 1 | 2 |
| Параноидные | - | 1 | 1 | - | 2 |
| Галлюцинаторно-параноидные | 1 | 2 | - | - | 3 |
| Когнитивные | 3 | 5 | 5 | 6 | 19 |
| Всего | 52 | 50 | 37 | 47 | 186 |

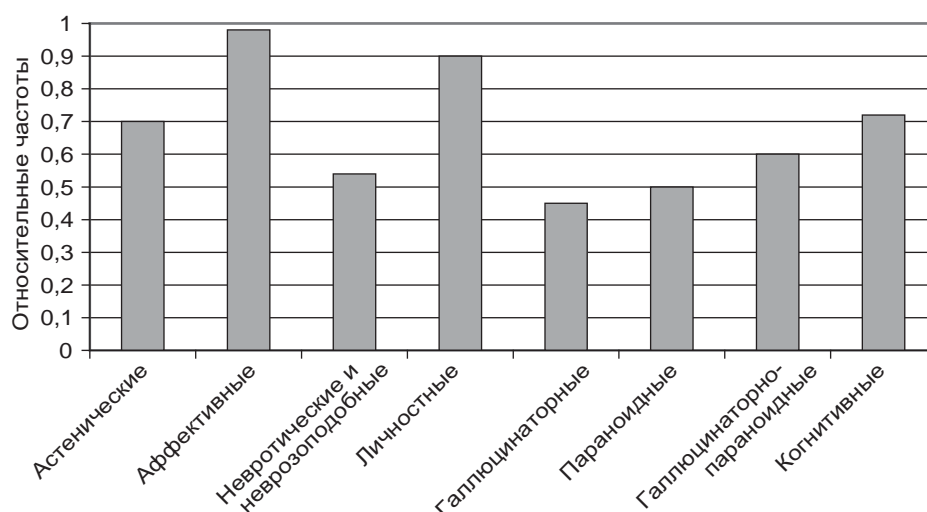


Рис. 2

Средние частоты психопатологических синдромов в группе больных ЗНО (n=126)

этом доминирующими являлись аффективные нарушения; астенический регистр достоверно ниже в возрастных группах после 51 года при сравнении с ДНО ($p < 0,05$). Невротические расстройства во всех возрастных группах при ЗНО достоверно ниже аналогичного признака при ДНО ($p < 0,05$). В отличие от выборки больных ДНО, галлюцинаторные и галлюцинаторно-параноидные синдромы присутствовали в клинической картине больных во всех возрастных группах, преобладали в возрасте после 41 года. Характерпатические изменения и вторичная психопатизация наиболее выражены в возрастных группах до 30 и после 51 года.

Наибольшее количество психопатологических симптомокомплексов и синдромов в выборке больных ЗНО наблюдалось при лобной и височной локализации первичных злокачественных новообразований (в выборке ДНО отмечено более равномерное распределение количества наблюдений относительно локализации новообразований; различия как внутри групп, так и по подгруппам между выборками ДНО и ЗНО не достоверны).

Анализ количественного соотношения зарегистрированных психопатологических синдромов выявил их преобладание у больных с ЗНО, относящихся по гистологической структуре к анапластическим менигиомам, олигодендроглиомам и астроцитомам. Следует отметить, что в выборке больных ДНО также отмечено преобладание психопатологических расстройств при менигиомах, однако при случайном характере отбора в исследованную группу по признаку «гистологическая структура» количество наблюдений синдромов и симптомокомплексов в случае доброкачественных менигиом достоверно выше (55 %, $N=102$ и 30 %, $N=68$ соответственно). При злокачественных новообразованиях наиболее выражен полиморфизм психических расстройств при астроцитомах ($N=61$, $n=21$) и олигодендроглиомам ($N=64$, $n=29$) (табл. 2).

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о более выраженной клинической гетерогенности и неоднозначности психопатологической симптоматики у больных с дебютом ЗНО в виде психических расстройств, по сравнению с группой ДНО: количество наблюдений

Таблица 2

Распространенность психопатологических синдромов в группе в зависимости от гистологической структуры ЗНО (количество наблюдений)

| Синдромы (регистр) | Гистологическая структура опухоли | | | | Всего |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------|-------------|-------|
| | Менигиомы | Олигоастроцитомы | Олигодендроглиобластомы | Астроцитомы | |
| Астенический | 16 | 11 | 8 | 9 | 44 |
| Аффективные | 15 | 18 | 9 | 15 | 57 |
| Невротические и невротоподобные | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| Личностные (психопатоподобные) | 15 | 15 | 8 | 13 | 51 |
| Галлюцинаторные | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| Параноидные | 3 | 2 | - | 3 | 8 |
| Галлюцинаторно-параноидные | 3 | 3 | - | 3 | 9 |
| Когнитивные | 9 | 7 | 2 | 13 | 31 |
| Всего | 68 | 64 | 34 | 61 | 227 |

психических расстройств у пациентов со злокачественными ($n=126$) и доброкачественными ($n=124$) новообразованиями мозга составило 227 и 186 наблюдений соответственно.

Таким образом, проведенное исследование выявило клинические особенности психических нарушений, являющихся первыми признаками формирования новообразований головного мозга. Сравнительный анализ свидетельствует о существовании ряда структуральных различий

психопатологических расстройств на синдромальном и симптоматическом уровнях как в зависимости от признака «локализация опухоли», так и от степени злокачественности и гистологической структуры новообразования. Результаты исследования могут способствовать выявлению онкологической патологии и своевременной и адекватной диагностике причин психических нарушений на ранних этапах формирования первичных опухолей головного мозга.

Література

1. Гринберг Д., Аминофф М., Саймон Р. Клиническая неврология. М., 2004; с. 452–76.
2. Апшкалне Д., Озолиньш Я., Лиєпа З. Комплексное лечение злокачественных глиом головного мозга в Латвии // Матер IV съезд нейрохирургов России — Москва, — 2006 — С. 144
3. Brem S. Cancer Control: J. Moffit Cancer Center. — 1998. — № 5. — P. 95–97.
4. Сафин С. Ш., Ткаченко В., Файзуллин А. Структурный анализ опухолей центральной нервной системы // Матер IV съезда нейрохирургов России — Москва, — 2006 — С.214
5. Абашеев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга. — М. — 1973.
6. Курамшин А. Ф. Оптимизация диагностики метастазов в головной мозг у онкологических больных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2000
7. Сидоренко Ю. С. Метастатическая церебральная болезнь: новые подходы в профилактике и лечении. — Ростов-на-Дону, 2005.

УДК 616.895.8: 616.895.6

Соотношение преморбидных особенностей с различными типами постшизофренических депрессий и дальнейшей динамикой заболевания

Кушнир Ю. А.

Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением, г. Днепропетровск

Ключевые слова: постшизофренические депрессии, клиника, психопатология, преморбидные особенности, динамика процесса.

The ration of premorbid features with different types of postschizophrenic depressions and further development of the disease

Kushnir Y.

Ukrainian psycho-neurological hospital with strict supervision, Dneproopetrovsk's.

Resume. There is the data on actuality of postschizophrenic depressive states, insights on etiology and pathogenesis of the disorder. There analysis has been performed on relations of personal features of the patients before the disease beginning and type of depression developed. Also, author performed analysis on relation between premorbid disorders and further development of the disease. The data of personal observations presented.

Key words: postschizophrenic depressive states; premorbid disorders; development of the disease.

Постшизофренические депрессии (ПШД) вызывают интерес исследователей не только в связи с ростом частоты этих состояний в последние годы, но и с их существенной социально-экономической значимостью (затратность лечения, потери трудоспособности и общественных расходов на больных, неразрешенность проблемы социальной адаптации и реабилитации, высокий процент самоубийств у больных данной группы) (3, 12). В историческом аспекте следует отметить, что внимание к симптомам депрессии, наблюдаемым на разных этапах шизофренического процесса, существует со времен Е. Крепелина, С. Корсакова, Е. Блейлера (10). Однако лишь в последние десятилетия депрессии, возникающие после острого шизофренического эпизода, когда психотические симптомы частично или полностью редуцированы, вызывают истинный практический интерес исследователей. Одни авторы приходят к выводу о том, что ПШД являются этапным состоянием в динамике шизофренического процесса, другие расценивают их как психологическую реакцию на перенесенный психотический приступ (2, 7, 8). В клинко-нозологическом аспекте выделяются следующие основные теории генеза ПШД:

- 1) фрагмент психотического приступа, обусловленный «логикой» самого шизофренического процесса (1, 6);
- 2) самостоятельное аффективное расстройство (5);
- 3) побочный эффект нейролептической терапии (4, 11);
- 4) личностная реакция индивида на перенесенный психотический приступ (9).

В классификаторах болезней данные клинические воззрений нашли отражение в виде упоминаемого в американской диагностической системе DSM-III-R «Большого депрессивный эпизод, накладывающегося на резидуальную шизофрению» (подрубрика «Неспецифическое депрессивное расстройство» — 311.00), «Постпсихотической депрессии» (ППД) в DSM-IV (подрубрика «Неспецифическое расстройство» (F 32.9 или F 33.9 (311) и уже в виде самостоятельной подрубки F20.4-«Постшизофреническая депрессия» (ПШД) в МКБ-10 (раздел «Шизофрения»).

Большое количество работ последнего периода, в которых рассматриваются различные аспекты ПШД — распространенность, генез, дифференциальный диагноз, лечение и др., показывают неоднозначность мнений авторов и свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы.

Нами была попытка определить преморбидную структуру личности на основании расспросов пациента, близких родственников, анализа медицинской и автобиографической документации (характеристики, автобиографии), которая показала следующее. В рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении сенситивные шизоиды среди пациентов с ПШД встречались в 54 % случаев (в 38 % случаев личностные особенности имели уровень психопатии или выраженной акцентуации, в 42,8 % отмечалось утрированное протекание возрастных кризов); в 18 % случаев имела место шизо-истероидная личностная акцентуация (атипия возрастных кризов в 28 % случаев); еще в 12 % случаев

преморбид был расценен как сочетание шизоидных черт с психотеническими. Заболевание в этих случаях характеризовалось выраженностью клинических проявлений, трудной курбельностью, «качелями» смены симптоматики от собственно психотической к аффективной и наоборот. Аффективные проявления характеризовались значительной выраженностью и атипией психопатологических проявлений, а также тенденцией к континуальному течению. В мышлении отмечалась утрата целенаправленности, последовательности, логичности мышления, пессимистическая направленность мышления, трудности осмысления, ощущения пустоты в голове. В эти периоды отмечалось усиление феноменов соскальзывания, «закупорки» мыслей, обрывы мыслей (sperrung). Наблюдалось общее обеднение мышления или его необычность со своеобразием ассоциаций, вплоть до нелепых. Типичная для шизофрении «разноплановость» мышления, проявляющаяся в неоднозначности оценки тех или иных событий, когда одновременно используются как существенные, так и незначительные, второстепенные характеристики их, переплеталась с депрессивной невозможностью принятия решений вследствие одномоментного сосуществования двух противоположных мнений или оценок, признаками амбивалентности.

Аффективные проявления ПШД в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризовались атипией, отсутствием гармонии в их развитии, постепенным нарастанием интенсивности аффекта и литическим его завершением, наличием смешанных состояний, редкостью классической аффективной триады, большей изменчивостью клинической картины и возможностью развития острых бредовых эпизодов, сновидности и кататонических симптомов. По мере развития заболевания приступы становились все более атипичными, диссоциированными и монотонными, преобладающей становилась вялость, безразличие, апатия.

По клинико-психопатологической структуре приступы ПШД в 64,8 % случаев расценивались как аффективно-параноидные и в 22,2 % случаев — как галлюцинаторно-параноидные. Выраженность клинических проявлений заболевания и ее значительная прогредиентность находили отражение в сдвигах личности и проявлениях дефектизации личности. У больных данной группы отмечалась выраженная аутизация, явления эмоциональной выхолащенности с формированием апато-абулического типа дефекта.

При шизоаффективном варианте шизофрении клиника характеризовалась более мягким

проявлением симптоматики, относительно благоприятным течением, сохранностью личности в постприступный период. Преморбид пациентов данной группы характеризовался преобладанием гипертимных черт (32 % пациентов), экспансивных шизоидных (22 % пациентов), а также истеро-шизоидных черт (18,4 %). Психопатии и акцентуации составили 62 % всех случаев, патологическое течение возрастных кризов наблюдалось реже, чем у пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией (28,2 % случаев). Депрессивная симптоматика при данном типе ПШД носила более очерченный характер, в отличие от ПШД при приступообразно-прогредиентном течении в структуре приступа в минимальной степени были представлены атипичные для депрессии явления, состояния были более чувствительны к терапии. Сниженные настроение сопровождалось вялостью, бездеятельностью, преувеличением значимости мелких реальных конфликтов, снижением активности, вегетативными нарушениями. Возникающие расстройства сна характеризовались бессонницей. Периодически у больных возникает ощущение, что с ними что-то должно произойти, что они сходят с ума (острая деперсонализация). Явления дефицитарности проявлялись в эмоциональной уплощенности, в появлении в ремиссии «депрессивных хвостов».

Поведение пациентов данной группы отличалось пассивностью, стойкой астенизацией, элементами самоизоляции, напоминающими явления дрейфа собственно процессуальных больных. Следует отметить, что в периоды спада настроения, пациенты, попадая в те или иные ситуации, могли пассивно подчиняться влиянию извне, под негативным воздействием злоупотребляли алкоголем и наркотиками, при этом не испытывая к ним настоящего влечения. В отдельных случаях пассивно повторяя поступки окружающих их лиц, пациенты могли совершать бестактные либо уровня мелких противоправных нарушений поступки. Иногда это создавать впечатление «психопатического» или «психопатоподобного» состояния. Однако при изоляции от асоциального окружения пациенты с ПШД, будучи вялыми и пассивными, не обнаруживают признаков неправильного поведения.

Приблизительно в четверти случаев отмечались сдвоенные и строенные приступы. В 10–12 % случаев наблюдалось течение по типу continua, с непрерывной сменой маниакальных и депрессивных состояний.

В целом, степень выраженности дефектных отклонений у пациентов данной группы к социально-трудовой дезадаптации не приводила.

Относительная невыраженность дефектной симптоматики определялась благоприятным в целом течением заболевания, а также тем, что ПШД проявлялись в основном в начальном периоде заболевания в рамках «непоздних» ремиссий.

Приведенные данные о преморбидных личностных особенностях и динамике течения заболевания могут иметь важное практическое значение для диагностики и терапии ПШД при разных типах течения шизофрении.

Література

1. Гусева О. В. Профилактическая и противорецидивная терапия психических больных, — Л., 1986; С. 145–154.
2. Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А. Лечение депрессии, развившейся после купирования острого психоза у больных шизофренией. Журн. неврологии и психиатрии 2010; С. 101–106.
3. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Мс, 2004. — 208 с.
4. Мосолов С. Н., Клиническое применение современных антидепрессантов, — С — П., 1995; С. 344–351.
5. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.
6. Barnes, T. R.; Curson, D. A.; Liddle, P. F.; and Patel, M., British Journal of Psychiatry, 1989; P. 486–491.
7. Blanchard J. J., Cohen A. S. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. Schizophr Bull. 2006; P. 238–245.
8. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM- 5 criteria and beyond. Schizophr Bull. 2010; P. 36–42.
9. Buckley P. F., Miller B. J., Lehrer D. S., Castle D. J. Psychiatric Comorbidities and schizophrenia. Schizophr Bull. 2009; P. 383–402.
10. Cunningham Owens D. G., Miller P., Lawrie S. M. Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. Br. J. of Psychiatry 2005; P. 386–393.
11. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management //Advances in Psychiatric Treatment. — 2000. — Vol. 6. — P. 169–177.
12. Parellada M., Boada L., Fraguas D. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. Schizophr Bull. 2011; P. 38–51.

УДК 61689-008

Изменение наркосцены и подходы к лечению зависимости от новых психоактивных веществ



Попандопуло П. Н.



Косенкова И. В.



Добровольская И. В.

Попандопуло П. Н., Косенкова И. В., Добровольская И. В., Добровольская Е. П., Глущенко В. С.
КУ «Черкасская областная психиатрическая больница»

Резюме. У статті розглядається питання зміни наркосцени, вживання септичних психоактивних препаратів, що приводять до швидкої інвалідизації, смерті і можливості лікування у міру появи нових судинних препаратів і антибіотиків.

Ключові слова: наркосцена, дезоморфін, спазмолекс, когнітивні розлади поліоксидоній.

Changes on narcoscene and approaches toward treatment dependence from new drugs

Papadopoulos P. N., Kosenkova I. V., Dobrovolskaya I. V., Dobrovolskaya E. P., Glushchenko V. S.

Resume. This article discusses the changes narkostseny, the use of septic psychoactive drugs, leading to rapid disability, death, and treatment options as new cardiovascular drugs and antibiotics.

Key words: drug scene, desomorphine, spazmoleks, cognitive disorder, polyoxidonium.

В докладе председателя комитета по контролю за незаконным оборотом наркотиков в России, было указано на увеличение конфискации традиционных наркотических веществ: героин, ширка, кокаин. Цифра выше предыдущих годов в 2–3 раза, в то же время отмечается дальнейший рост наркозависимых за счет применения различных кустарно изготовленных веществ и легально продаваемых препаратов. Ситуация в Украине, особенно в «мелких, мертвых городах», где нет промышленности, где реальная безработица среди молодежи достигает 30–40 %, не менее тревожна. Можно говорить о катастрофе государственного масштаба. Официальные цифры отражают не более 20–30 % случаев заболеваемости. Например, в г. Смела на учете у нарколога стоит не более 200 наркозависимых, а в ОО «Диалог» только инъекционные наркозависимые составляют 1400 человек. Думается, в стране в общем ситуация не сильно отличается от ситуации в г. Смела. Новые психоактивные препараты требуют новых подходов к лечению, что и стало причиной нашего исследования. Исследование проводилось

на базе КУ «ЧОПБ» в кабинете функциональной диагностики с подключением к работе психологов, специалистов отделения по лечению психических расстройств вследствие приема психоактивных препаратов. Ранее мы проводили анализ ЭЭГ, что бы выявить изменения на электроэнцефалограмме изменения у больных с зависимостью от трамадола, эффекта, колдакта. В своей второй работе мы с сожалением констатировали, что запрет на продажу трамадола привел к переходу больных на прием ацетиленованного опия, что представляло собой угрозу заражения ВИЧ-инфекцией или «раскаток» из таблеток спазмолекса.

Под наблюдением находились 30 больных, регулярно или эпизодически принимающих «раскатики» из таблеток или более сложно изготавливаемых стимуляторов, также дезоморфина. Патопсихологически выявляется легко или умеренно выраженные изменения органического регистр-синдромов. В трех случаях у больных с длительных стажем наркотизации выявлены изменения мышления, характерные для шизофренического процесса.

На все эти изменения не обращалось должного внимания, учитывая сведения о приеме психоактивных веществ. Лечебные воздействия сосредотачивались на купировании абстинентных расстройств. При исследовании ЭЭГ системой «Нейроком» по программе исследования когнитивных изменений, в первую очередь определялись нарушения концентрации внимания, оперативной памяти. Необходимо добавить наличие у 10 % больных с ВИЧ-инфекцией гепатитов «В» или «С», причем наличие гепатита «В» и «С» по литературным данным всегда превышает количество ВИЧ-инфицированных в несколько раз. Однако отсутствие быстрых тестов на гепатиты «В» и «С» не дает возможности дать точной картины этой группы больных. Обязательно исключение из схемы лечения препаратов, оказывающих токсическое воздействие на печень и иммунную систему. Нами применялась стандартная схема лечения зависимости от опиатов, если они были основными наркотиками, согласно методическим рекомендациям МЗ Украины.

По схеме № 2, предполагающей исключение применения нейролептиков в отличие от лечения зависимости от чистого приема опиатов, при лечении зависимости от «раскаток», с первого дня применялись гепатотропные препараты: гептрал, гепарсил, препараты, улучшающие тканевой обмен — цитофлавин, а при поражении периферической нервной системы хороший эффект давало применение глутатиона, вначале в/в капельное, а затем в капсулах. При тяжелых поражениях сосудов нижних конечностей вводились: реополиглюкин 400мл № 10 в сочетании с тренталом 5 мл и солкосиллом 20 мл, а также эндотелон, детралекс, аесцин. Это давало возможность остановить процесс дальнейшего поражения сосудов. К счастью, только в единичных случаях поступали больные с регулярным приемом дезоморфина или по терминологии наркоманов «крокодила». Кроме поражения ЦНС с астено-депрессивными или психопатоподобными расстройствами, обязательным осложнением была пневмония на фоне резкого снижения иммунитета. Так, согласно данных некоторых авторов, основная смерть от применения дозы морфина наступала в течении первых 6 месяцев регулярного приема, наибольшая длительность жизни таких больных составляла не более года. Показатели общего анализа крови были, как правило, в норме, однако на фоне абсцедирования в легких. Посевы крови, мокроты не выявляли возбудителя ни в одном случае. Таким

образом, можно было предположить, что возбудителем являлся микробный агент, не выявляемый обычными методами исследования. Причем это происходило на фоне изменения иммунной реакции организма. Нами проводилась массивная антибактериальная терапия, например, аугментин, цефтриаксон в сочетании с метрогилом. В последующем применялись более мощные антибиотики гатифлоксацин с обязательным назначением флюконазола.

Нами также применялся новый российский препарат противовирусного действия — полиоксидоний в дозе 6 мг в/м ежедневно № 10. По инструкции данный препарат применяется 10 раз, либо ежедневно, либо через день. Но учитывая состояние больного сразу было применение 10 дней подряд, затем через неделю повторяли еще 5 инъекций данного препарата. Полиоксидоний относится к группе цитокинов и иммуно-модуляторов. Препарат повышает резистентность организма к различным инфекциям. В основе иммуно-моделирующего действия полиоксидония прямое действие на фагоцитирующие клетки и природные киллеры, а также стимуляция антителообразования.

Полиоксидоний оказывает дезинтоксикационное действие, а также повышает стойкость мембран клеток к цитотоксическим веществам. Обладая высокой биодоступностью (89 % препарата достигает максимальной концентрации в крови через 40 минут) быстро распределяется во всех органах и тканях. Первые признаки улучшения мы отмечали после 10 введений препарата, после 15 введений состояние больного практически нормализовалось. На фоне комбинированного лечения антибиотиками, дезинтоксикационной терапии, реосорбитакта, реамберина, противогрибковыми препаратами и полиоксидонием происходило рассасывание патологических изменений в легких или инкапсулирование абсцесса. Таким образом, новые кустарно изготовленные психоактивные вещества представляют реальную угрозу и приводят к быстрой инвалидизации и смерти их потребителей. Процесс лечения крайне дорогостоящий, приводящий в крайне редких случаях к положительным результатам. Кроме того, часто за ширмой наркозависимости скрывается психическое расстройство, не связанное с приемом психоактивных веществ. По этому необходимо мультибригадный подход к диагностике и лечению больных. В бригаду должны входить: психолог, психиатр, врач-терапевт.

Література

1. Попандопуло П. М., Добровольская И. В., Косенкова И. В., «Клинико-электроэнцефалографические изменения у больных с зависимостью от приема трамадола и кустарно изготовленных психоактивных веществ из легально продаваемых лекарственных форм». Психічне здоров'я, № 1 (14) 2007р.
2. Рустамович А. В., Шамрай В. К. «Клиническая Психиатрия в схемах и таблицах» 2006 г. стр. 122-124
3. И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев О наркозависимости в Украине. Украинский вестник психоневрологии. Выпуск 3 (64/2010) стр. 174–175

УДК: 616.89-008.486

Комплексна психофармакотерапія патологічного гемблінгу



Ревенок О. А.



Аймедов К. В.

О.А. Ревенок, К.В. Аймедов

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

Резюме. У статті обґрунтоване застосування комплексного підходу лікування патологічної схильності до азартних ігор залежно від існуючої клінічної симптоматики. При переважанні компульсивних поведінкових розладів перевага віддається моно фармакотерапії антиконвульсантом, при порушенні мислення хворого з формуванням надцінних ідей додатково показаний атипичний нейролептик.

Ключові слова: ігроманія, кіндлінг, надцінні ідеї.

The complex psychopharmacotherapy of pathological gambling

Revenok O.A., Ajmedov K.V.

Resume. In article application of the complex approach of treatment of pathological gambling depending on existing clinical semiology is proved. At prevalence compulsive behavioral frustration the preference is given to monopharmacotherapy anticonvulsive drug, at infringement of thinking of the patient with formation of supervaluable ideas is in addition shown neuroleptic.

Key words: pathological gambling, kindling, supervaluable ideas.

Патологічна схильність до азартних ігор досить розповсюджене захворювання практично в усіх країнах. Україна не є виключенням, не зважаючи на введення мораторію на діяльність ігрових закладів. Друга хвиля ігроманії поширюється за рахунок збільшення лотерей та відкриття добре знайомих гральних залів під новими вивісками покер-клубів, які ліцензуються як спортивні заклади [1].

Пошук терапевтичних підходів до корекції патологічного гемблінгу триває й донині. Це обумовлює актуальність принципово нових технологій у лікуванні даної патології на основі як досконало відомих патогенетичних механізмів порушення мозкового гомеостазу, так і таких, що перебувають у стадії вивчення [2].

Дослідники різних країн у лікуванні патологічної схильності до азартних ігор застосовували майже всі відомі психотропні препарати (антидепресанти, антиконвульсанти, нейролептики, опіатні блокатори та інше), але всі вони не мали конкретної терапевтичної мішені, не були

підкріплені концептуальним розумінням патологічних мозкових процесів, що формували саму ігроманію, і, нарешті, не були комплексними [3, 4]. Зокрема, ми не зустріли у літературі посилань на синдромологічну «прив'язку» різних груп психотропних засобів при лудоманії.

Мета роботи: розробити та дослідити схему комплексного лікування патологічної схильності до азартних ігор залежно від провідного синдрому, який підтримує адиктивний процес.

Завдання дослідження:

1. Створити репрезентативні групи пацієнтів за клінічними, психодіагностичними та соціальними критеріями, які вписуються у основний критерій патологічної схильності до азартних ігор.
2. Вивчити особливості мислення патологічних гравців та винайти дійові терапевтичні мішені, не тільки з боку емоційно-вольової, але і з боку ідеаторної сфери особистості.
3. На тлі сформованих репрезентативних вибірок провести порівняльне дослідження

психофармакологічних підходів та оцінити ефективність методів лікування.

4. Обґрунтувати диференційований підхід до лікування гемблерів, з урахуванням патогенетичних особливостей формування процесу та ступеня задіяності у ньому когнітивної сфери.

Матеріали та методи.

Нами проліковано 86 осіб чоловічої статі віком 23-42 роки з патологічною схильністю до азартних ігор. Вивчалися анамнез життя, анамнез захворювання, сімейний стан, соціальне функціонування, клінічна відповідність діагнозу критеріям МКХ-10 (тест анонімних гравців), проводилось психодіагностичне дослідження (тест «незакінчене речення» та тест «піктограма», а також тести Тейлор та Гамільтон).

Пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи. Перша група (44 хворих) — це гемблери, у яких можна було знайти відповідні помилки мислення на зразок надцінного або обсесивного. Хворим першої групи проведено комплексну терапію антиконвульсантом (депакін-хроно 300 мг на добу) у сполученні з атипичним нейрореплетиком (соліан 200 мг на добу) з подальшою психотерапевтичною роботою. Друга група (42 хворих) — гемблери з аналогічними особливостями формування залежності, але їм психотерапію проведено на тлі монотерапії антиконвульсантом (депакін-хроно 300 мг). Паралельно проводилось психодіагностичне обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення.

Усі пацієнти були чоловічої статі. Середній вік — у першій групі 29,6 років, у другій — 30,7 років. 24 (54,5 %) хворих першої групи та 20 (47,6 %) другої були не одружені, некваліфікованою працею займалися 10 (22,7 %) з першої групи та 13 (31,0 %) хворих другої. Анамнез життя показав, що 31 (70,5 %) хворий з 44 (перша група) та 32 (76,2 %) з 42 (друга група) у дитинстві жили у неповних сім'ях, 34 (77,3 %) хворих першої групи, 29 (69,0 %) хворих другої групи мали досвід хімічної залежності (алкоголізм чи наркоманія), конфлікти у сім'ї та на роботі за рахунок залежностей були у всіх хворих. Термін захворювання складав у середньому 5,4 років (перша група) та 6,3 роки (друга група). Клінічна відповідність діагнозу встановлена у всіх хворих (86) — попередньо за тестом анонімних гравців та остаточно за критеріями МКХ-10.

Проведене психодіагностичне обстеження також указало на тотожність груп хворих — за тестом Гамільтон всі обстежені першої групи показали результати від 20 до 31 балів, друга група — від 19 до 34 балів, що свідчить про ознаки депресії у патологічних гравців. За тестом

Тейлор показник склав від 27 до 39 балів у обстежених двох груп. Таким чином, за усіма основними показниками (відсутність статистично значимої різниці) групи підібрано рівноцінними.

За допомогою методу «Незакінчені речення» ми оцінювали мислення хворого, наявність надцінної ідеї у нього. Сам тест можна віднести до проєктивних, і, незважаючи на те, що у літературі робились спроби кількісної інтерпретації результатів (метод Сакса та Леві), ми вважаємо, що найбільша цінність тесту у тому, що він дає якісну інформацію про те як індивід будує узагальнену картину екзистенціальних алгоритмів, як він зазвичай себе поводить, або яке враження хоче сприяти на інших. У запропонованій нами модифікації ми вибрали за основу бланк незакінчених речень Джуліана Роттера (ISB). У ньому міститься 40 основ, кожне продовження речення оцінювалось за 7-бальною шкалою згідно із ступенем дезадаптації особистості. Надалі сумувались бальні оцінки. Ми вибрали 40 основ, які так чи інакше відносились до ігрової діяльності, а оцінювалась ступінь «надцінності» заключних конструкцій. Якщо у хворого набиралось більше двох третин можливої кількості балів (186 балів і більше), ми з упевненістю говорили, що мала місце надцінна ідея; якщо кількість «надцинних» відповідей у хворого коливалась у межах «одна третина — дві третини» (93 бали і більше), ми вважали, що є тенденція до надцінної ідеї, у всіх інших випадках ми вважали, що мислення хворого позбавлене рис надцінності. Наприклад, речення «Цього вечора гра не йде, тому що...», хворі з надцинним типом мислення доповнювали фразою «...у цієї зміни круп'є виграти неможливо; вони впливають на мене своєю негативною енергетикою» (7 балів), або фразою «...сьогодні несприятливий для мого знаку зодіаку місячний день» (6 балів), або «...за моїм автоматом напевно сидів хтось, хто вже зняв банк» (5 балів) і т.і.

Підкреслимо, що дослідженню методом «незакінчені речення» має передувати встановлення контакту з досліджуваним з метою одержання відвертих та природних відповідей. Однак, якщо суб'єкт розглядав дослідження як небажану для нього процедуру та бажав приховати свої глибинні переживання, а з метою цього давав формальні або умовні відповіді, досвідчений психіатр міг вилучити безліч цінної інформації, що відбивала систему особистісних цінностей та поглядів. У тому ж самому прикладі («Цього вечора гра не йде, тому що...») ми одержували відповідь «...я зайнятий своїми думками про сім'ю, хворобу дитини». Аналіз поведінки хворого, його особистісних характеристик давав нам зрозуміти, що він насамперед намагався сприяти щонайкраще враження на оточуючий його персонал.

Таблиця 1

Розподіл хворих у групах за дослідженням методом «незакінчені речення»

| | 1 група хворих | | 2 група хворих | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Кількість та доля хворих, які набрали більше 186 балів | 14 | 31,8 % | 13 | 31,0 % |
| Кількість та доля хворих, які набрали 93-186 балів | 15 | 34,1 % | 14 | 33,3 % |
| Кількість та доля хворих, які набрали менше 93 балів | 15 | 34,1 % | 15 | 35,7 % |
| Всього: | 44 | 100,0 % | 42 | 100,0 % |

Як видно з таблиці, у кожній з груп кількість хворих з особливостями мислення, які можна було розцінити як надцінні або такі, що наближувалися до надцінних, сягала майже двох третин, і тільки у третини лудоманів ідеяція була повністю або у значній мірі позбавлена схильності до надцінних конструкцій.

Доповнили характеристику мислення хворих тестом «Піктограма», який також відноситься до типу проєктивних. Для піктографічного позначення досліджуваному запропоновано 10 абстрактних понять з тематичного тезаурусу гравця: борг, виграш, честь, шахрайство, фарт, шанс, тощо. Хворі з ознаками надцінності мислення були схильні малювати символічні піктограми, які тим чи іншим чином абсолютизували вплив зовнішніх (але не випадкових) обставин на конкретні ситуації (повний горщик монет, золота рибка, револьвер, виграшну комбінацію з непарного числа сімок, джигів тощо).

Таким чином, застосування атипового нейролептику було обґрунтовано наявністю порушень мислення у хворих, схильних до надцінної ідеяції.

Комплексний диференційований підхід до лікування залежності від азартних ігор, коли враховуються різні ланки її патогенезу, дозволив оцінити значимість терапевтичного впливу на ідеаторний процес як такий, що має безпосереднє значення для становлення ремісії. У першій групі хворих де застосована терапія антиконвульсантом у сполученні з психотерапією, ремісія тривалістю 6 місяців — 1 рік спостерігалась у 17 (38,7 %) хворих, ремісія тривалістю рік та більше — у 9 (20,5 %) і позитивний результат лікування склав більше четверті всіх випадків. Завдяки самій тільки психотерапії, як про це свідчать дані інших дослідників проблеми, отримати подібний ефект неможливо. Ймовірно, що саме вплив на кіндлінгові механізми антиконвульсантом дозволив зменшити емоційно-вольову напруженість хворих та вплинути на імпульсивність поведінки.

Ті ж самі критерії ефективності, застосовані до хворих другої групи (антиконвульсант депакін-хроно у добовій дозі 300 мг застосовувався у комплексі з атиповим нейролептиком соліаном у добовій дозі 200 мг), виявились значно кращими — утримання від акту гри терміном 6 місяців у 19 (45,2 % хворих), утримання протягом року і більше — 14 (33,3 %). Якщо серед пацієнтів, які утримались від гри протягом півроку — рік, не було суттєвої різниці між двома групами, то кількість стабільних ремісії (більше року) статистично достовірно більша саме у другій групі. Це не може бути пов'язано з вище означеними кіндлінговими процесами, оскільки зміни електроенцефалографічних показників в обох групах практично тотожні.

На нашу думку, отримані результати лікування у другій групі зумовлені не тільки пригніченням кіндлінгового (поведінковий гемблінг) процесу антиконвульсантом, але і корекцією порушень процесу мислення, а саме — надцінної ідеяції, викликаній надмірною фіксацією впливу обставин на їхнє життя, діяльності навколишнього середовища та мікросоціального оточення стосовно цього впливу [5].

Наш пошук терапевтичного вектору базувався не тільки на узагальнених підходах до лікування на основі достеменно відомих або гіпотетичних, але ймовірних з огляду на сучасне розуміння роботи мозку, патогенетичних механізмів. Відомо, що у лудоманів поза грою (у стані синдрому відміни) підвищується рівень активації мозку. Це обумовлює високу поведінкову активність контингенту гемблерів, прагнення відновити ігрову діяльність. За нашою концепцією у патологічних гравців відбуваються кіндлінгові процеси. Кіндлінг (займання, спалахнення) — це нейрофізіологічний механізм формування пароксизмальної активності мозку, у основі якого лежить накопичення та сумування підпорогових імпульсів, що забезпечує кінцевий ефект судомного або безсудомного пароксизму, або його еквіваленту у вигляді поведінкової реакції чи іншого психічного феномену, або кіндлінг це пароксизмальна реакція на серію невеличких електричних чи хімічних збуджень [5].

Розуміння цього факту дозволяє під новим кутом розглянути лікувальні підходи. На ранніх стадіях адиктивного процесу лікувальні заходи мають бути спрямовані на ліквідацію кіндлінгової домінанти, що підтримує непереборний потяг до ігрової самореалізації. Та надалі виникає необхідність будування нової домінанти, за допомогою, наприклад, слів, дій, нових поведінкових актів та інше. Т. ч. відбувається психотерапевтичний вплив.

Отже, відштовхуючись від моделі кіндлінга, як теоретичної бази розуміння сутності

адиктивних процесів, ми припустили можливість усунення «патогенетичного» кіндлінгу застосуванням антиконвульсанту та створення нового («саногенетичного») кіндлінгу шляхом навчання хворого принципово іншим стереотипам мислення та поведінки (психотерапія). Чим і було обґрунтоване застосування депакіну-хроно (valproate sodium+valproic acid) в обох групах, який відноситься до протисудомних засобів. Біодоступність вальпроату натрію при пероральному застосуванні (пігулки) — близько 100 %. Вальпроат проникає у цереброспінальну рідину та тканини головного мозку. В експериментальних і клінічних дослідженнях було виявлено два механізми антиконвульсивної дії вальпроату: перший — прямий фармакологічний ефект, пов'язаний з концентрацією вальпроату в плазмі крові та тканинах головного мозку; другий — непрямий пов'язаний з метаболітами вальпроату, які залишаються в тканинах головного мозку, або з модифікаціями нейротрансмітерів, або з прямою дією на мембрану. Найбільш імовірною гіпотезою є те, що після прийому вальпроату підвищується рівень гамма-аміномасляної кислоти. Вальпроат знижує тривалість проміжної фази сну та одночасно збільшує фазу повільно-хвильового сну. Фармакодинаміка. Вальпроат діє переважно на центральну нервову систему. Має антиконвульсивні властивості. Зв'язування з білками плазми стійке і залежить від дози та насиченості. Не індукує ензими метаболічної системи цитохрому P450, тому на відміну від інших протиепілептичних препаратів вальпроат не прискорює ні власної деградації, ні деградації інших речовин, таких як естропрогестагени та антагоністи вітаміну K [6].

Застосування вказаного антиконвульсанту впорядкувало поведінку патологічних гравців, зменшило, а у низки випадків нівелювало компульсивні поведінкові акти, знизилась частота відвідувань ігорних закладів, загальний час гри, відмічалось стабілювання емоційного фону, зникло афективне напруження, збільшилась кількість годин сну. Все це є відбитком позитивної терапевтичної динаміки.

Але розглядаючи отримані результати доказовим є факт необхідності введення в терапевтичну схему атипичного нейролептику соліану (амісульприд), який є антипсихотичним засобом, що належить до класу заміщених бензамідів, та має унікальний біомодальний механізм дії — пресинаптичний та постсинаптичний. Пресинаптичний полягає у блокуванні D₂-D₃ рецепторів префронтальної ділянки, що веде до збільшення викиду дофаміну за механізмом негативного зворотного зв'язку та

редукції негативних симптомів й когнітивного дефіциту, тобто сприяє активній цілеспрямованій діяльності, яка заміщує адиктивну. Постсинаптичний полягає у блокуванні D₂-D₃ рецепторів мезолімбічної ділянки, що веде до зменшення продуктивної симптоматики. Оскільки психопатологічна продукція у досліджених нами патологічних гравців обмежувалась тільки надцінною ідеаторною продукцією, ми, відповідно до результатів попередніх спостережень, вважали за доцільне обмежити дозову дозу амісульприду 200 мг [7].

Надцінні ідеї — це помилка судження, де різні факти, події набувають для хворого надмірного, домінуючого, пригнічуючого інші варіанти ідеаторної активності значення, що не відповідає реальній ситуації, і це супроводжується значним афективним напруженням [8]. Ми спостерігали у обстежених різні види надцинних думок, наприклад надцінні думки, які можна асоціювати з відомими у клініці винахідницькими (інноваційними) ідеями або ідеями, які розкривають призначення особистості, її головне завдання у цьому житті (хворий не просто грає, а винайшов особливу систему, яка от-от «запрацює»). Чи такі, що пов'язані з соціумом та його відношенням до хворого («Мене не розуміють мої друзі, якщо вони підуть у казино та будуть робити ставки, а я пошкодую грошей»).

Клінічно така терапія продемонструвала більш швидке зменшення емоційної напруженості (на другий-третій день лікування у хворих другої групи, порівняно п'ятого-шестого дня у першої групи); особливо афективна складова синдрому надцинних ідей швидко піддалася фармакотерапії. Хворі ставали контактними, розсудливими, були готові до співпраці. Проводилась раціонально-поведінкова психотерапія, головним завданням якої було створення нових патернів поведінки, які б базувались на відмінній від гри системі отримання задоволення (наприклад, від азартного заняття спортом — ігрові види, серфінг, дайвінг, парашутний спорт). Поступово, близько 6-го дня лікування система надцинних ідей повністю розпадалась, з'являлось критичне осмислення свого стану. Оскільки хворі після лікування віддавали перевагу когнітивним формам реагування на навколишню дійсність, з ними створювали раціональну модель залежності від азартних ігор та всебічно її обговорювати. Таким чином, ми досягали ототожнення ятрогенної та внутрішньої картини хвороби.

Теоретично, показники після лікування свідчили про високе активаційне напруження мозку хворих, схильних до формування надцинних ідей, яким не проводилась психофармакотерапія. У них поза грою ймовірно підвищується рівень

активації мозку, а це обумовлює високу пошукову активність даного контингенту, прагнення відновити ігрову діяльність.

Проведена фармакотерапія створювала необхідний фон для наступної психотерапевтичної корекції, яка застосовувалась в обох групах. Під час повторних зустрічей більшість з пацієнтів висловлювала бажання стримувати себе відносно ігрової діяльності у майбутньому.

Таким чином, проведена у другій групі терапія є достатньою для медикаментозної корекції синдрому надцінних ідей у патологічних гравців. Дана терапія створює сприятливий фон для проведення психотерапії і може бути рекомендована для включення її до комплексного лікування даної категорії хворих. Навпаки, антиконвульсант доцільно призначати хворим у тих випадках, коли потяг до гри носить чітко виражений obsесивно-компульсивний характер.

Висновки:

1. Створення репрезентативних за показниками груп пацієнтів відповідаючих діагнозу патологічна схильність до азартних ігор, вивчення їх за клінічними, психодіагностичними та соціальними критеріями дозволило знайти адекватні терапевтичні мішені для подальшої роботи з цим контингентом.
2. Диференційований підхід до лікування патологічних гравців, урахування їх патогенетичних особливостей та присутньої їм симптоматики продемонстрував ефективність методів лікування та дав можливість зробити рекомендації до необхідності застосування тільки антиконвульсанту, чи також і нейролептику.
3. Дослідження дозволило оцінити адекватність запропонованої психофармакотерапії, яка обґрунтовано відповідає патогенезу патологічної схильності до азартних ігор, що дало змогу впровадити метод у наркологічну практику.

Література

1. Эпидемия лудомании — что это? [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://narcolog.com.ua/game/prevalence/epidemiya_ludo_20.html
2. Сиволап Ю. П. К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений / Ю. П. Сиволап // Общество против наркотиков: сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. — Казань: Медицина, 2006. — С. 203–207.
3. Брюн Е. А. Зависимость от азартных игр как наркологическая проблема / Е. А. Брюн, О. Ж. Бузик, Р. В. Власовских // Вопросы наркологии. — 2007. — 1. — С.39–42.
4. Toneatto T. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers / J. Brerman, T. Toneatto // T. Addict. Behav. — 2002. May-Jun. — Vol. 27. — № 3. — P. 465–469.
5. Бітенський В. С. Кіндлінг у патогенезі наркологічних захворювань / В. С. Бітенський, Е. В. Мельник, О.І. Панайотов, К. В. Аймедов / Одеський медичний журнал. — 2003. — 6 (80). — С. 45–48.
6. Skokauskas N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling / N. Skokauskas, R. Satkeviciute, B. Burba // Medicina. — 2003. — N. 9. — P. 838–844.
7. Машковский М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — М.: Новая волна, 2000. — Т.1. — 412 с.
8. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник // М.: Изд-во Московского университета, 1986. — 567 с.

УДК 614.2: 616-053.2-036.86-08-058

Деякі медико-психологічні та методологічні аспекти шкільної адаптації та психопрофілактики дітей в освітніх навчальних закладах (на прикладі м. Києва)



Мешков В. М.

Мешков В. М.

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1. Міський науково-методичний інформаційний Центр з організації психіатричної допомоги

Резюме. Представлені матеріали про особливості формування здоров'я дітей м. Києва. Запропоновані методологічні підходи по оптимізації шкільної адаптації і профілактики.

Ключові слова: діти і підлітки, шкільна адаптація, профілактика.

Some medical psychology and methodology perspectives of school adjustment and psychoprophylactics in education institutions (on example of Kyiv City)

Meshkov V. M.

Resume. The Presented material about particularity of the shaping of health and teenager m. Kiev. The Received data are source for development action on optimization of the professional adaptation and psychorath preventive maintenance.

Key words: Children and teenager, disability, professional adaptation and psychorath preventive maintenance.

В наш час, в зв'язку з проведенням реформи в загальноосвітніх навчальних закладах в нашій країні велика увага приділяється здоров'ю та шкільній адаптації дітей. [1;2;3].

Наукові дані свідчать, що біля 80 % підлітків мають обмеження у виборі професії за станом здоров'я. Тільки кожний 10 підліток придатний за фізичним та психічним станом здоров'я йти служити до лав збройних сил нашої країни [4].

В Україні налічується біля 122 тис. дітей-інвалідів, 9 % — з яких обумовлені розладами психіки та поведінки. В 20 % випадків — це призводить до порушення соціальної, сімейної та трудової та професійної адаптації. Що створює певні об'єктивні бар'єри на шляху удосконалення навчального процесу та досягненні стратегічного розвитку загальноосвітньої та професійної школи. [5;6;7].

Тому, підвищення якості життя підростаючого покоління має велике значення. Так як, включає в себе — ступінь збереження фізичних функцій, успішність учбової та професійної діяльності, психічного стану здоров'я, особливо у дітей з обмеженими можливостями [8].

В даному сенсі ВОЗ визнала, що добрий стан здоров'я починаючи з внутрішньоутробного розвитку до підліткового та юнацького віку, являється одним з джерел успішного економічного розвитку країни, так як це значна вага витрат на лікування та соціальний захист [9].

В науковій літературі є роботи присвячені адаптаційним процесам, показникам здоров'я дітей як соматичного так і психічного [10;11;12;13], заходам по реабілітації інвалідів [14;15;16;17], фізіологічного нормування діяльності підлітків з відхилення в стані здоров'я [18] та інші.

Разом з тим, ще недостатньо висвітлені питання щодо організації, методичного забезпечення по оптимізації шкільної та професійної адаптації підростаючого покоління в зв'язку з впровадженням інтеграційних процесів в освітній простір.

Тому, проблема вдосконалення системи збереження і зміцнення здоров'я дітей та підлітків, проведення постійного моніторингу стану здоров'я, постійного вдосконалення стандартів профілактики на етапах дошкільної, шкільної та професійної освіти має важливе значення.

Метою нашого дослідження було проведення моніторингу стану здоров'я дітей (0–17 років) м. Києва і пошук організаційно-методичних та профілактичних заходів оптимізації шкільної адаптації дітей в освітніх закладах.

Методи дослідження

Були проаналізовані наукові джерела та статистичні дані Київського міського науково-аналітичного центру медичної статистики та Центру медичної статистики МОЗ України за 2001–2009 рр. [19].

Результати досліджень

На першому етапі нашого дослідження, було вивчено стан здоров'я дітей які навчались в дошкільних закладах м. Києва. Виходячи з того, що в законі України «Про дошкільну освіту», передбачено створення рівних стартових умов для дітей п'ятирічного віку до майбутнього навчання в школі. Збереженню та зміцненню здоров'я дітей, забезпеченню особистісного зростання кожної дитини з урахуванням їх нахилів, здібностей, індивідуальних та фізичних особливостей.

Так, в 2009 році в дошкільних закладах, які обслуговувались лікувально-профілактичними закладами ГУОЗ та МЗ перебувало 86989 дітей, серед яких 82,9 % дітей дошкільного віку. Це становить 38,8 %, від кількості дітей та підлітків, які навчаються в загальноосвітніх навчальних закладах столиці.

Вивчення стану здоров'я дітей свідчить, що в 2009 році до першої групи здоров'я було віднесено — 44,39 % дітей, що на 4,26 % більше ніж в 2008 році. До другої групи — 45,78 %. До 3-5 групи здоров'я, відповідно — 9,83 %.

Діти одночасно зі здобуттям дошкільної освіти проходять комплекс лікувально-реабілітаційних заходів у санаторіях та у спеціалізованих садках.

Аналіз свідчить, що протягом останніх років навчання школярів в загальноосвітніх школах стан їх здоров'я значно погіршується.

Наприклад, здоров'я дітей 1–9 класів в період з 2008–2009рр. погіршилось по серцево-судинним захворюванням на — 47,6 %, хворобами нервової системи на — 28,8 %, слуху — 20,1 %. органів травлення — 27,0 %, органів дихання — 18,6 %, сечовидільної системи — 18,2 %, зору — 15,06 %.

Показники поширеності та захворюваності дитячого населення віком від 0-14 років в

динаміці 2008–2009 рр. збільшилась на 11,8 % та 2,47 % і становить відповідно — 194153,0 та 151865,0 (на 100 тис. населення). Аналогічна тенденція у підлітків віком від 15–17 років, де поширеність та захворюваність збільшились на 1,17 % та 3,41 %, відповідно — 224405,9 та 115899,8 (на 100 тис. населення).

В структурі захворюваності дитячого населення перше місце займають захворювання органів дихання — 109649,0 (на 100 тис. населення); на другому місці — захворювання ока та придаткового апарату — 9247,0 (на 100 тис. населення); на третьому місці — травми, отруєння та деякі наслідки зовнішніх причин — 8224,0 (на 100 тис. населення).

Аналіз стану захворюваності на психічні розлади серед дітей віком від (0–14 років) в м. Києві за період 2001–2009 рр. свідчить, що показник знизився з 363,0 до 315,0 (на 100 тис. населення), тобто в 1,2 рази, темп зниження становив — 14 %. Поширеність відповідно з 2483,0 до 1982,0 (на 100 тис. населення), тобто 1,26 рази, темп зниження становив — 21,0 %.

Аналогічна тенденція простежувалась і в захворюваності серед підлітків, де показник знизився з 151, 0 до 85,0 (100 тис. населення), тобто в 1,8 рази, темп зниження становив 44 %. Поширеність — відповідно з 1918,0 до 1401,0 (на 100 тис. населення), в 1,4 рази. Темп зниження становив — 27,0 %.

Так, аналіз показників первинної інвалідності дітей унаслідок розладів психіки та поведінки у дітей (0–17) років в період 2001–2009 рр. в Києві свідчить, що абсолютний показник знизився на 9,0 (на 100 тис. населення), темп зниження становив 45 %. По Україні — відповідно на 7,8 (на 100 тис. населення), темп зниження становив — 39,0 (Рис.1).

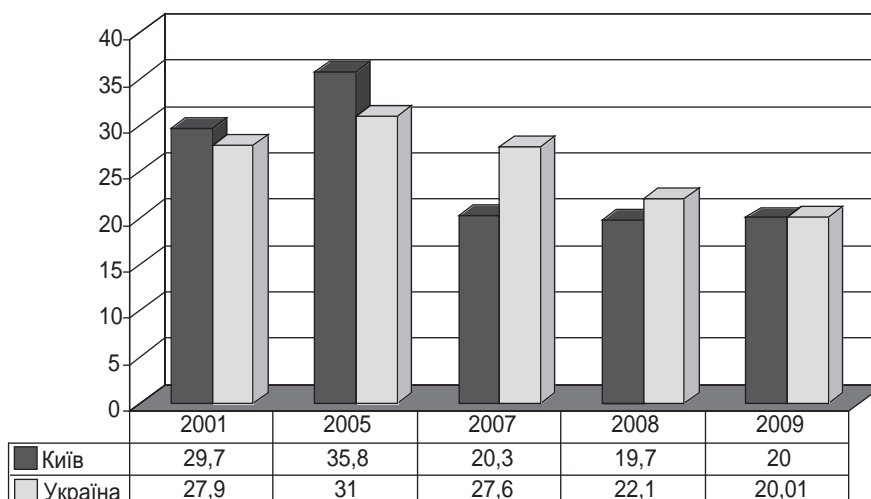


Рис. 1

Показники первинної інвалідності дітей унаслідок розладів психіки та поведінки в період 2001–2009 рр. у дітей віком від (0–17) років (на 100 тис. дитячого населення) м. Києва та України

В структурі захворювань розладів психіки та поведінки інвалідів дитинства м. Києва переважають особи, які страждають розумовою відсталістю — 61,0 % (по Україні 80,9 %), на другому місці — хворі на шизофренію — 3,0 % (по Україні — 3,0 %), на третьому місці — органічні, вкл. з симптомами, розлади психіки — 35,0 % (по Україні — 10,7 %), психічні розлади внаслідок епілепсії — 1,0 % (по Україні — 5,4 %).

Як бачимо, інвалідність дітей з порушеннями психіки та поведінки має тенденцію до зниження, яке в певній мірі зумовлено поліпшенням психоневрологічної допомоги дітям [22].

Разом з тим, аналіз первинної інвалідності дітей від 0 до 17 років по м. Києву в період з 2001 до 2009 рр. свідчить, що абсолютний показник збільшився на 4,04 (на 100 тис. населення), темп приросту становив 31 %. По Україні відповідно — 2,2 (на 100 тис. населення), темп приросту становив — 11 % (Рис.2).

Як бачимо, відмічено динамічне зростання первинної дитячої інвалідності, як в м. Києві, так і в Україні.

В структурі дитячої інвалідності в м. Києві у 2009 році — перше місце займають вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення — 43,8 (на 100 тис. дитячого населення), або 30,34 %; друге — хвороби нервової системи — 22,7 (на 100 тис. дитячого населення), або 15,71 %; третє — розлади психіки та поведінки — 20,1 (на 100 тис. дитячого населення) або 13,54 % (Рис.3) 59,59 % загальної інвалідності та 58,69 % первинної, формуються за рахунок трьох класів хвороб: вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення, хвороби нервової системи та розлади психіки та поведінки.

Як видно з рис. 4, в динаміці 2001–2009 рр. максимальний пік дитячої інвалідності припадає на віковий період 7–13 років, потім має тенденцію до зниження.

Статистичні дані свідчать, що в 2009 році, за станом здоров'я 628 дітей не відвідували загальноосвітні заклади м. Києва, і навчалися в домашніх умовах.

В підсумку, можна простежити тенденцію зростання частоти переходу гострих форм

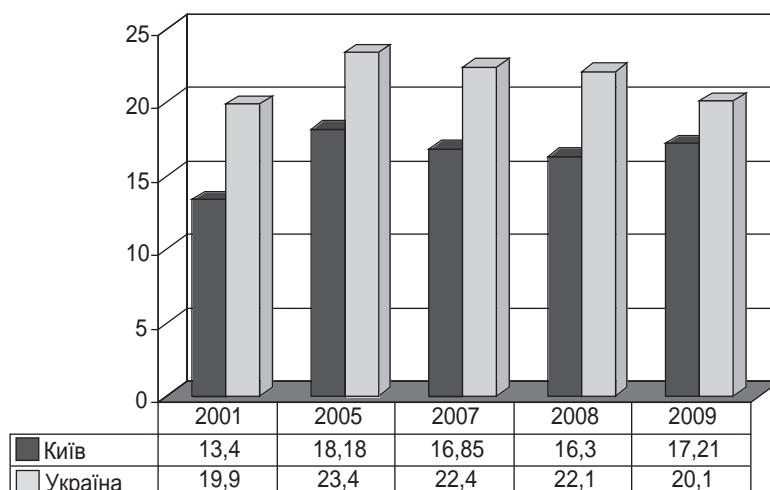


Рис. 2

Показники первинної інвалідності в період 2001–2009 рр. дітей віком від (0–17)років (на 100 тис. населення) м. Києва та України

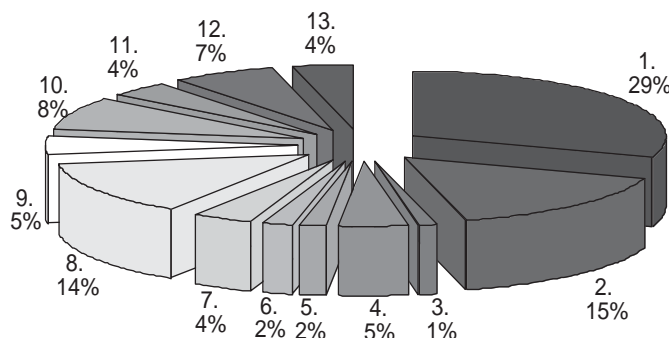


Рис. 3

Структура інвалідності дітей віком від 0–17 років м. Києва у 2009 році(%): 1. Вроджені аномалії; 2. Хвороби нервової системи; 3. Хвороби крові; 4. Інші; 5. Хвороби органів травлення; 6. Хвороби сечостатевої системи; 7. Новоутворення; 8. Психічні розлади; 9. Хвороби кістково-м'язової системи; 10. Хвороби ендокринної системи; 11. Хвороби ока; 12. Хвороби вуха; 13. Хвороби органів дихання

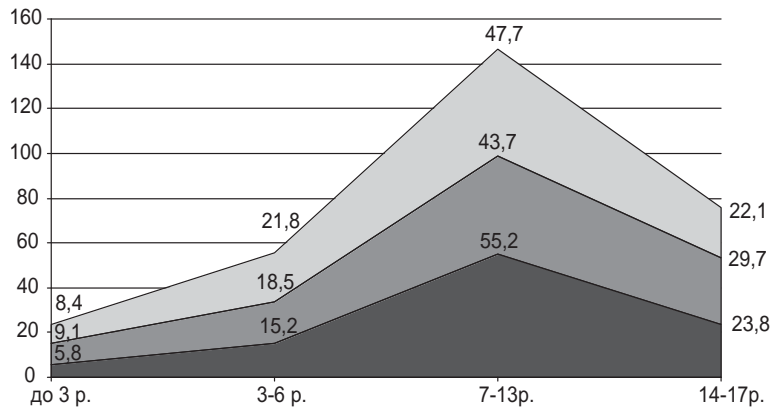


Рис. 4

Динаміка інвалідності дітей віком від 0–17 років м. Києва в залежності від вікової періодизації у 2001–2007–2009роках (%)

хвороб в хронічні, розповсюдженістю серед дітей первинної хронічної патології. Значне погіршення стану здоров'я дітей стали набувати стійкий та незворотній характер. Збільшується число дітей з функціональними та хронічними захворюваннями (4 група здоров'я) і дітей-інвалідів (5 група здоров'я). В випускних класах навчається не більш 5–10 % практично здорових дітей. Це свідчить, про певну недосконалість та неефективність профілактичних заходів.

Тому, важливе значення має постійне вдосконалення діючої моделі стандартів по первинній, вторинній та третинній (реабілітації) психопрофілактиці, для кожного періоду життя забезпечивши умови, адекватні його потребам, які сприяли б гармонічному росту та зміцненню їх здоров'я [20] (Рис. 5).

Важливе профілактичне значення в оптимізації адаптаційних процесів є кількісна оцінка стану здоров'я дітей та підлітків, яка складається з трьох

| | Проведення заходів | Спеціалісти |
|---|--|---|
| Первинна психопрофілактика | Змінити умови , які можуть бути причиною психічних захворювань (чинники ризику) в дошкільних, шкільних та позашкільних навчальних закладах та середовищі(біологічні, психосоціальні, соціокультурні) | Лікар-гігієніст, лікар-педіатр, медсестра, шкільний психолог, педагоги. |
| | Створити умови , які благо приємно впливають на психічний стан дітей. Організація позашкільного виховання (кружки, спортивні секції та інше) Підвищення цінностей внутрішньо сімейних відносин. Формування поведінки на здоровий спосіб життя у дітей та батьків | Лікар-педіатр, медсестра, шкільний психолог, педагоги. |
| | Профорієнтаційна робота | Шкільний психолог, лікар-педіатр |
| Вторинна психопрофілактика | Моніторинг фізичного (соматичного) та психічного стану здоров'я (виявлення індивідів з високим ризиком захворювання) | Лікар-педіатр |
| | Проведення індивідуальних профконсультацій з використанням критеріїв медичного та психофізіологічного добору | Шкільний психолог, лікар педіатр |
| | Тренінгова корекційно-індивідуальна робота з підлітками, в залежності від груп здоров'я, для підвищення фрустраційної толерантності та стресостійкості, мотиваційно-особистісного зростання (короткочасна кризова терапія, телефон гарячої лінії «довіри») | Шкільний психолог, психотерапевт |
| Третинна психопрофілактика (реабілітація) | Медичний супровід (відновлювана Терапія немедикаментозними методами, фітотерапія, ікувальна, розвиваюча фізкультура) | Лікарі-спеціаліст., дитячий психіатр, психотерапевт, невропатолог, лікар-педіатр, фізичний реабілітолог |
| | Психолого-педагогічна (психодіагностика педагогічна діагностика, інтегративне навчання, психокорекція) | Шкільний психолог, педагоги |
| | Фізична, професійна та трудова (профінформація, психофізіологічна профдіагностика, для оптимізації проадаптації розвиток та тренінг професійно значущих навичок) | Дитячий психіатр, психолог, реабілітолог |
| | Соціальна-побутова (соціальна характеристика, соціально-психологічний патронаж, соціальна адаптація) | Соціальний працівник |

Рис. 5

Примірна функціональна модель психопрофілактики захворювань у дітей та молоді в освітніх навчальних закладах

основних компонентів: адаптаційного, адаптаційно-енергетичного та психофізіологічного [21].

Адаптаційний підхід виходить із положень теорії адаптації і оцінюється на підставі оцінки комплексу параметрів психофізіологічного статусу, захворюваності, фізичного розвитку та фізичної підготовленості та особливостей впливу чинників ризику. Адаптаційний потенціал (АП) розраховують за формулою:

$$АП = 0,014СС + 0,014АТс + 0,008АТд + 0,014В + 0,009МТ - 0,009ДТ - 0,27 \quad (1)$$

або при реєстрації ЕКГ:

$$АП = 0,011СС + 0,14АТс + 0,008АТд + 0,006В + 0,19ЕКГ - 0,001ДТ - 1,17, \quad (2)$$

де *СС* — частота серцевих скорочень за 1 хвилину; *АТс* — систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.; *АТд* — діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.; *В* — вік, роки, кг; *ДТ* — довжина тіла, см; *ЕКГ* — ступінь змін ЕКГ за 4-бальною шкалою (1 — ЕКГ у межах норми, 2 — помірні зміни ЕКГ, 3 — фізіологічно значущі зміни ЕКГ, 4 — клінічно значущі зміни ЕКГ).

Розроблені та науково обґрунтовані нормативні значення для підлітків 15–17 років, відповідають різним рівням адаптації: задовільна адаптація — до 1,98 (дівчата, до 2,20 балів (юнаки); напружена адаптація — 1,97–2,23 бали (дівчата), 2,212–2,43 бали (юнаки); незадовільна адаптація — 2,24–2,50 (дівчата), 2,44–2,74 бали (юнаки); зрив адаптації — понад 2,51 балів (дівчата), понад 2,75 балів (юнаки).

Адаптаційно-енергетичний підхід використовується для кількісного критерію здоров'я і рівня фізичної працездатності, і є інтегративною сентенцією функціональних можливостей особи. Оцінити рівень фізичної працездатності, функціональних можливостей центральної нервової системи та фізіологічних резервів серцево-судинної і дихальної систем. Провести ранжування різних підгруп здоров'я, визначати фізичні навантаження з метою збереження ресурсу здоров'я під час навчального процесу в освітніх закладах. Наприклад, величину фізичної працездатності (**ФП**) визначають на підставі реєстрації ЧСС у стані спокою і одразу після закінчення навантаження з наступним обчисленням за формулою:

$$ФП = \frac{N \times (170 - ЧСС \text{ у стані спокою})}{ЧСС \text{ після навантаження} - ЧСС \text{ у стані спокою}},$$

де *N* — потужність навантаження, що дорівнює добутку маси тіла на висоту сходінки і на число підйомів на сходінку за 1 хвилину, кг. м.

Запропонований підхід надає можливість провести ранжування різних підгруп здоров'я серед дітей та підлітків, яких вважають практично

здоровими і отже, відносять до першої групи здоров'я.

До 1А підгрупи відносять школярів, які мають низький рівень фізичної працездатності і, відповідно, низький рівень функціональних можливостей центральної нервової системи та фізіологічних резервів серцево-судинної і дихальної систем; до 1Б підгрупи — учнів, фізична працездатність і функціональні можливості центральної нервової, серцево-судинної та дихальної систем яких знаходяться у межах середніх величин; до 1В — підгрупи — школярів з високою фізичною працездатністю та стабільно досконалим станом регулювання фізіологічних функцій.

Одним з важливих аспектів адаптаційних процесів є **психічна адаптація**, яка є необхідною передумовою успішної реалізації мотивованої поведінки у конкретних умовах перебування, а її характер визначає основні властивості цієї поведінки. Тому, для визначення кількісних характеристик можна використовувати **індекс психофізіологічної адаптації (ІПФА)**, який можна репрезентувати у вигляді співвідношення:

$$ІПФА = \frac{(a + c) - b}{a + b + c},$$

де *a* — кількість випадків з ознаками наявності позитивного розвитку окремих психофізіологічних функцій; *b* — кількість випадків з ознаками наявності негативного розвитку окремих психофізіологічних функцій; *c* — кількість випадків зі стабільними результатами зрушень окремої психофізіологічних функцій;

Дану методику можна використовувати як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

Для того щоб дати можливість випускнику професійно визначитись, в наш час в вводиться профільне навчання в старших класах загальноосвітніх шкіл, яке забезпечить допрофесійну підготовку, з метою вибору майбутньої професії. Вже визначені основні профілі: фізико-математичний, природознавчий, гуманітарний, технологічний, художній та спортивний.

Тому, важливе значення на сучасному етапі має впровадження в практику навчального процесу в старших класах моніторингу індивідуального психофізіологічного статусу, яке сприятиме здійсненню певного медико-психологічного контролю за забезпеченням відповідності змісту навчально-виховного процесу особистим, інтелектуальним та адаптаційно-приспосувальним можливостям учнів.

Так, на думку Холоднюк Г. А. та інших [22] для **соціально-гуманітарного профілю** необхідні наступні психофізіологічні показники, які сприяють ефективності навчання, це: пам'ять, увага, мислення, проста зорово-моторна реакція, врівноваженість, рівень функціональної

рухомості нервових процесів, працездатність головного мозку. Психологічні характеристики — дипломатичність, безпосередність поведінки, вміння спілкуватися, відповідальність, високий творчий потенціал, емоційно-психологічна урівноваженість, творче сприйняття світу.

Для **фізико-математичного профілю** необхідно володіти емоційною стійкістю, високою активністю в соціальних контактах, розсудливістю, високою нормативністю поведінки, самоконтролем. Для успішного навчання за **хіміко-біологічним профілем** сприяють такі психологічні характеристики як тактичність, відзивчивість, високий самоконтроль, багате уявлення, розсудливість, не опосередкованість поведінки.

Інформація про результати досліджень доводяться до вчителів та батьків підлітків з метою оптимізації мотиваційно-поведінкової, емоційно-вольової, когнітивної та адаптаційно-ресурсної складової процесу адаптації на етапі перед профільного навчання.

Останнім часом, спостерігається тенденція щодо посилення інтеграційних процесів дітей та молоді з особливими потребами в загальноосвітній простір [16].

В наш час, в столичних вищих навчальних закладах навчаються певна кількість студентів з обмеженими можливостями. В м. Києві, в 2009 році навчались 3133 студенти-інваліди (в 2008 році було 2122 осіб), з яких у вищих I–II рівня акредитації перебуває 226 осіб, у III–IV рівнів акредитації — 2908 осіб. Крім цього, 2923 особи — це особи з обмеженими можливостями у віці до 18 років.

Наукові спостереження свідчать, що початок навчання в вузах співпадає з віком найбільш високого ризику маніфестації психічної патології, що обумовлено значними стресовими навантаженнями, характерними для навчання [11;23].

Відомо, що люба хронічна хвороба, незалежно від того, яка її біологічна природа, якій орган або функціональна система є враженою, сприяє зниженню фізичної та психічної працездатності, ставить особу в психологічні особливі життєві обставини. Створює такі соціальні обставини для розвиваючої психіки, як соціальну незахищеність.

Тому, якість соціальної адаптації інваліда в певній мірі залежить від його адаптаційних можливостей, значна частина серед яких має доволі низькі адаптаційні показники.

Інвалідність з зовнішнім дефектом, синдромом рухових порушень відіграє велику вагу в актах спілкування. Ці дефекти створюють суб'єктивні перешкоди в встановленні контактів з оточуючими та однолітками.

Для інвалідів з дитинства характерна більш тяжка картина психопатологічного процесу,

більш виражений процес, якій має неблагоприємні клінічні та соціально-психологічні наслідки в порівнянні з дорослими. Вони можуть не повністю усвідомити тих обмежень, які суспільство нав'язує йому. Сприйняття одних обмежень і не сприйняття інших — перший крок до самостійності [7;17].

Тому, ця категорія потребує постійних заходів профілактичних заходів, які ґрунтуються на поєднанні мультидисциплінарної діагностики з прийомами корекції та реабілітаційної допомоги.

Основна вага в даному напрямку надається в спеціалізованих відділеннях та Центрах КМКПНЛ № 1, центрах медико-соціальної і трудової реабілітації дітей — інвалідів № 1,2. Одним із головних завдань в яких, є створення умов для всебічного розвитку, засвоєння знань і умінь.

Перебування дітей-інвалідів, які проходять реабілітацію в Центрі здійснюється в таких підгрупах: 1) для дітей від 2–6 років; 2) соціальної реабілітації для дітей-інвалідів від 6–14 років; 3) професійна орієнтація, для дітей віком від 14–18 років.

Робота провадиться з урахуванням рекомендацій індивідуальних програм реабілітації (ІПР) інвалідів, з метою підготовки та подальшим здобуття базової та повної середньої освіти, професійно-технічної та вищої освіти [6].

Ефективність реабілітаційних заходів, в даному напрямку, ще невисока: наприклад — працюють лише 0,9 % інвалідів з розладами психіки та поведінки, в тому числі на загальному виробництві 0,6 %, а в ЛТМ — 0,3 % від загального числа інвалідів.

На підставі вищевикладеного можна зробити слідує **висновки та пропозиції**:

1. В динаміці навчання дітей в загальноосвітніх навчальних закладах у них значно погіршується стан здоров'я соматичного так і психічного здоров'я, що обумовлено впливом цілого ряду обумовлених чинників ризику.
2. Збільшується число дітей з функціональними та хронічними захворюваннями (4 група здоров'я) і дітей-інвалідів (5 група здоров'я) в освітніх навчальних закладах.
3. Аналіз свідчить, про недостатню виявленість захворювань, розладів психіки та поведінки серед дітей віком від 0–17 років.
4. Необхідно постійне вдосконалення діючої моделі стандартів первинної, вторинної та третинної(реабілітації) психопрофілактики, враховуючи етапи періодизації розвитку дитини. Забезпечивши умови, адекватні його потребам, які сприяли б гармонічному росту та зміцненню їх здоров'я.

5. Медико-психологічне забезпечення діагностичної, прогностичної і корекційної функції навчально-виховного процесу, вивчення стартових можливостей, впровадження діагностики дезадаптаційних станів та донозологічних форм нездоров'я в динаміці розвитку дитини.
6. В зв'язку зі зростанням інтеграційних процесів по залученню дітей з особливими потребами в освітній процес. Створювати та вдосконалювати в загальноосвітніх навчальних закладах повноцінні умови для інтеграційної та інклюзивної освіти.

Література

1. К вопросу о реформировании доврачебного уровня системы охраны психического здоровья детей в Украине/ В. В. Лавзоришинец, Р. А. Моисеева, В. В. Залеская, И. А. Марцинковский и др.//Новости медицины и фармации, 2010. — № 4(309). — С. 3–7.
2. Здоровье учащихся как базовая адаптация и социальная ценности/ Э. М. Казин, Е. К. Айдарин, А. И. Федоров и др.// Валеология, — 2008. — № 3. — С. 18–24.
3. Шелегина А. В. Теоретические основы моделирования педагогической системы развития, формирования и сохранения здоровья школьника// Валеология, — 2009. — № 2. — С. 12–21.
4. Мирская Н. Б. Гигиеническое обучение и воспитание учащихся общеобразовательных учреждений// Гигиена и санитария. — 2009. — № 3. — С. 78–82.
5. Державна типова програма реабілітації інвалідів (затв. постановою Кабінету міністрів України від 08.12.06. № 1686).
6. Система надання психіатричної допомоги дітям в Україні: спроба аналізу/ Т. С. Яблонська, І. А. Марценковський, Н. В. Коваль, О. Ф. Бесараб та інші/ Асоціація психіатрів України. — 2010. — 72с.
7. Семенова Н. Д. Психологические и социальные факторы инвалидности // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта — М.: 2007. — 356 с.
8. Смирнов Н. К. Здоровье сберегающие образовательные технологии и психология здоровья школьников: 2-е изд., исп. и доп. М.. — 2006. — 320 с.
9. Кучма В. Р., Рапорт И. К. Международный опыт профилактики болезней и укрепление здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях // Российский педиатрический журнал. — 2009. — № 2. — С. 44–48.
10. Ильин А. Г. Состояние здоровья подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: Автореф. дис. д. м. н. — М., 2005.
11. Гавенко В. Л., Сінайко В. М. Багатовекторна функціональна модель передхворобливих дезадаптаційних психічних розладів у студентів// Архів психіатрії. — 2004. — № 1(36). — С. 153–155.
12. Булич Э., Муратов И. От понимания сущности здоровья к его диагностике и целенаправленной стимуляции // Валеология. — 2004. — № 1. — с. 4–11.
13. Перфілов О. П. До питання про існуючі стандарти психофізичного розвитку дітей віком від 0 до 18 років та впровадження їх в діагностику індивідуального рівня розвитку дитини// Психічне здоров'я, — 2008.— № 2(19), — С. 46–80.
14. Кириченко Ю. Н. Медико — социальные проблемы совершенствования службы реабилитации детей-инвалидов// Здравоохранение Рос. Федерации. — 2009. — № 1. — С. 37–40.
15. Светличная Т. Г., Нестерова И. В. Особенности инвалидности детей северных территорий России // Здравоохранение Рос. Федерации — 2009. — № 3. — С. 15–19.
16. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: Методичний посібник/ Укл.: А. Луговський, М. Сварник О. Падалка, — Львів: Колесо: 2008. — 144 с.
17. Гурман Р., Скотт С. Детская психиатрия. — 2-е изд. Пер. с англ. — Изд.. «Триада — Х», — 2008 г. — 405 с.
18. Мешков В. М. Гигиеническая оценка нормирования производительного труда старшоклассников с отклонением в состоянии здоровья при освоении электротехнической специальности в учебно-производственном комбинате. — Гигиена и санитария. — 1991. — № 11. — С. 47–50.
19. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва 2009 році. — 02.2010 л., — Київ, — С. 173.
20. Руководство по социальной психиатрии / Под ред.. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положено, 2 — изд. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 544 с.
21. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей та підлітків як гігієнічна проблема: методологічні та прикладні аспекти (огляд літератури)/ Є. Г. Гончарук, В. Г. Бардов, І. В. Сергета, С. Т. Омельчук // Журнал А М Н України. — 2003. — Т. 9 № 3. — С. 523–541.
22. Психофизиологическое сопровождение на этапе предпрофильного обучения //Т. А. Холодюк, Э. М. Казин, Н. А. Литвинова, Л. М. Швачунова / Валеология. — 2009. — С. 59–63.
23. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов/ А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Я. Г. Евдокимова, М. В. Москова // Вопросы психологии. — 2009. — № 3. — С. 16–28.

УДК 616.895; 615.851

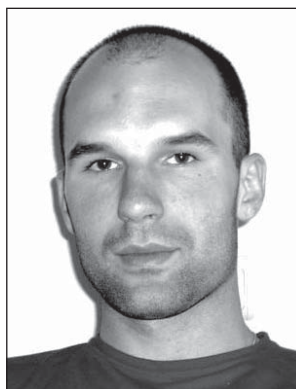
Роль и место психотерапии в клинической практике врача-психиатра: опыт проведения цикла тематического усовершенствования на кафедре психиатрии НМАПО им. П. Л. Шупика



Кузнецов В. Н.



Насинник О. А.



Бондарчук А. Г.



Гончар Т. А.

Кузнецов В. Н., Коротоножкин В. Г., Белов О. Б., Уралова Л. Т., Насинник О. А., Бондарчук А. Г., Костюченко С. И., Гончар Т. А.

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

Резюме. У статті представлена програма циклу тематичного удосконалення «Психотерапія у клінічній практиці лікаря-психіатра». Дана програма має на меті ознайомлення психіатрів з теоретичною базою психотерапії, набуття практичних навичок основних психотерапевтичних підходів, сприяння формуванню цілісного та системного уявлення про роль та місце психотерапії у клінічній практиці на засадах єдності особистісного, клінічного та інтегративного підходів у лікуванні психічних та поведінкових розладів.

Ключові слова: психотерапія, психіатрія, психічні та поведінкові розлади, клінічний, особистісний та інтегративний підходи, тематичне удосконалення лікарів-психіатрів.

The role and place of psychotherapy in psychiatrist's clinical practice: experience from thematic course of advanced training at Department of psychiatry of NMAPE named after P. L. Shupik

Kuznetsov V. M., Korotonozhkin V. G., Belov O. B., Uralova L. T., Nasinnyk O. A., Bonarchuk A. G., Kostyuchenko S. I., Gonchar T. A.

Resume. In the article authors presented a program of thematic advanced training course «Psychotherapy in psychiatrist's clinical practice». The program assumes to introduce psychiatrists in theoretical basis of psychotherapy, getting of practical skills in main psychotherapy approaches; enables to form comprehensive and system imagination about role and place of psychotherapy in clinical practice on background of unity of personal, clinical and integrative approach toward treatment of mental and behavioral disorders.

Key words: psychotherapy, psychiatry, mental and behavioral disorders, clinical, personal and integrative approach, thematic advanced training for psychiatrists.

На протяжении последних пяти лет (с 2005-ого года) на кафедре психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика в рамках плана учебно-методической работы кафедры проводится цикл тематического усовершенствования для врачей-психиатров и психотерапевтов на тему: «Психотерапия в клинической практике врача-психиатра».

Основной целью данного учебного цикла является ознакомление врача-психиатра с

теоретическими основами психотерапии, а также, овладение практическими навыками основных методик индивидуальной и групповой психотерапии для использования их в непосредственной клинической работе врачом-психиатром.

Психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде [7,8,14]. Психотерапия

являясь методом лечения (буквально понимаемый как «терапия словом»), влияющим на состояние и функционирование организма больного как в психической, так и в соматической сферах, приводит не только к устранению или смягчению болезненных проявлений, но и к изменению системы отношений больного в целом: к себе, к своему состоянию, к окружающим его людям и жизни в целом [13,17,22]. Разделение психотерапии на клиническую (биологически-ориентированную) и личностную (психологически-ориентированную) весьма условно, и не отражает всей глубины и широкого диапазона задач, решаемых в процессе психотерапевтической, психореабилитационной и психокоррекционной работы. Личностный подход является одним из важнейших теоретико-методологических принципов психотерапии, а ее интегративность (целостность, холистичность) — основа для системы психотерапевтических воздействий. Личностный и интегративный подходы, реализуемые в процессе психотерапии невозможны без учета и глубокого знания клинической феноменологии психических расстройств, нозологической принадлежности, особенностей проявления психической патологии в статике и динамике. В этом суть клинического подхода в психотерапии.

В течение последних десятилетий отмечается устойчивая тенденция в возрастании роли и удельного веса психотерапии в комплексе лечебных мероприятий в области охраны психического здоровья [10,11,12,28]. При этом лучшие традиции отечественной и мировой психиатрии и психотерапии, тонкий клиницизм и стремление к патофизиологическому осмыслению клинических проявлений являются основой современной психотерапии («восстановительной терапии» по И. А. Полищуку). Только на этой основе можно рационально сочетать биологические, психофармакологические методы и средства лечения с социально-психологическими [1,3,9]. Терапия психических и поведенческих расстройств в целом должна быть комплексной, когда каждый элемент этого комплекса, по выражению В. П. Протопопова, должен соответствовать болезни, ее этиологии и патогенезу [13].

И. А. Полищук указывая на ограниченность наших знаний о сущности психических болезней подчеркивал, что они являются заболеваниями всего организма и, прежде всего, мозга, а также личности, что в их этиологии и патогенезе тесно взаимодействуют соматогенные (биологические, психофизиологические) факторы и психогенные (социально-психологические), поэтому в их восстановительном лечении одинаково важны как соматотерапия и психофармакотерапия, так и психотерапия в самом широком ее понятии. Однако, врач-психиатр в своей клинической практике порой не всегда обоснованно увлечен

методами и средствами, воздействующими на какое-нибудь одно звено патогенеза, будь-то психофармакологическими средствами, или исключительно психологическими. Когда один из методов или средств становится доминирующим в лечении, это зачастую приводит к обесцениванию диагноза, клиники и патогенеза, и в конечном счете не служит на благо больного. Такой односторонний подход к лечению психических расстройств приводит к выхолащиванию всей системы лечебных мероприятий. Врач-психиатр должен в полной мере владеть всеми доступными, клинически обоснованными средствами лечения психических заболеваний, включая психофармакотерапию и всем комплексом психотерапевтических и психореабилитационных мероприятий [21].

На современном этапе в ряду первоочередных задач и перспективных направлений в развитии психотерапии является разработка интегративных методов лечения. Это подразумевает: развитие и усовершенствование уже имеющихся, зарекомендовавших себя как полезных и эффективных методов психотерапии; адаптация и разработка методов, ранее широко не использовавшихся, в том числе в отечественной психотерапии. Несмотря на имеющую научную, практическую и организационную разобщенность психотерапии, в последних десятилетиях в ней происходит формирование так называемой «новой волны» («пятая революция» в психотерапии). Такая революционная смена мировоззрения на фоне эволюционного развития психотехнологий отражает основную динамику исторического развития психотерапии. Этот в свою очередь проявляется в тенденциях, связанных с интегративностью в психотерапии — сближением, соединением — интеграцией различных методов и способов лечения психических расстройств [28].

Еще И. В. Давыдовский писал: «Современная медицина ушла почти целиком в анализ, синтез, отстают обобщающие представления, на которых и можно построить более или менее стройное учение о болезнях» [5].

Кафедра психиатрии НМАПО им. П. Л. Шупика, придерживаясь традиции преемственности в своей научной, клинической и учебно-методической деятельности разрабатывает и внедряет в клиническую практику идею целостного подхода в понимании причин, патогенетических механизмов психических болезней и их лечению, сторонником которой был еще профессор И. А. Полищук. В основу разработанной на кафедре лечебной программы, имеющей название «Интегральная терапия» [10,12,13,19,20,25,26,27,28], положен принцип интеграции (лат. Integratio — восстановление, восполнение, цельный, единый).

Інтегральна терапія — це технологія, яка включає лікувальні методи, направлені на відновлення фізичного і психічного здоров'я, сприяючі особистісному зростанню і встановленню оптимальних міжособистісних стосунків [13,28].

Інтегративний підхід в терапії психічних і поведінкових розладів, реалізується в технології «інтегральної терапії», оснований на двох основоположних положеннях:

Во-перших; інтегративний підхід передбачає не просте поєднання прийомів і методів психотерапії, а передбачає концептуальний синтез різних теоретичних систем психотерапії.

Во-других; інтегративний підхід передбачає розгляд людського організму як багаторівневую систему, включающую: (1) біологічний рівень; (2) психологічний рівень; (3) соціальний рівень і (4) духовний рівень. Особливістю цієї багаторівневої системи є те, що всі її рівні пов'язані між собою прямими і зворотними зв'язками і вона в процесі життєдіяльності саморозвивається, саморегулюється і самовосстанавливается. С точки зору інтегративного підходу здоров'я людини визначається як внутрішньорівнева і міжрівнева інтеграція, а хвороба — як внутрішньорівнева і міжрівнева дезінтеграція [13].

В процесі історичного розвитку психотерапії в ній склалися наступні п'ять основних напрямків і відповідних підходів:

- психодинамічний;
- когнітивно-біхевіоральний;
- гуманістично-екзистенціальний;
- трансперсональний;
- інтегральний.

Психодинамічне напрямлення в психотерапії ґрунтується на класичному психоаналізі його засновника З. Фрейда, його найближчих послідовців і учнів (А. Адлер, К. Г. Юнг, О. Ранк, Ш. Ференці і др.) і шкіл, що виникли після нього (неопсихоаналіз або неофрейдизм): Анна Фрейд, К. Хорні, Жак Лакан, Е. Фромм, Х. Салліван, Е. Еріксон.

З допомогою методів психодинамічної психотерапії вирішуються проблеми, пов'язані з динамічними аспектами психіки: мотивами, влеченнями, побудженнями, внутрішніми конфліктами (протиріччями), існування і розвиток яких забезпечує функціонування і розвиток особистості [4,7,17,29].

Когнітивно-біхевіоральний підхід оснований на вченнях класичного умовлювання І. П. Павлова і теорії оперантного умовлювання Б. Ф. Скіннера, психофізіолога Джона Уотсона, концепції особистості А. Бандури, Д. Роттера, Д. Келлі передбачає

головну мету психотерапії — це зміна поведінкових стереотипів у пацієнта, з допомогою виправлення старих (деадаптивних) і навчання новим (адаптивним) формам поведінки (біхевіоральне напрямлення), а також виправлення порушень розуміння і корекції ірраціональних переконань (когнітивне напрямлення). В радянській школі психотерапії когнітивно-біхевіоральний підхід має широке поширення в клінічній медицині в варіанті так званої «функціональної тренівки» Н. М. Асатиані, І. Е. Вольперта, М. С. Лебединського, А. М. Свядоща і др. Методики аутогенної тренівки (метод прогресуючої м'язової релаксації Джекобсона) ставлять мету навчання пацієнта прийомам релаксації і зняття напруги, а також зміни стосунків до тривожним думкам і почуттям [2,7,17,18,22,23,24,29]. Виникли пізніше методики раціонально-емоціональної (А. Еліс) і емоціонально-стресової (В. Е. Рожнов) психотерапії також використовують когнітивно-біхевіоральний підхід для досягнення позитивних ефектів психотерапевтичних впливів.

Гуманістично-екзистенціальне напрямлення, основоположниками якого є А. Маслоу, К. Роджерс, допомагає подолати відчуження від світу, і сприяє максимально повному дослідженню унікальності і універсальності природи кожної людини.

Гуманістична психологія в основі свого підходу ставить потребу кожної особистості в самоактуалізації, а психічні і поведінкові розлади вважаються результатом блокування цієї потреби. Метою психотерапії в гуманістичному підході є допомога особистості в створенні передумов і умов для отримання нової емоціонального досвіду («пикові переживання»), створенню адекватного і цілісного образу свого «Я» (психосинтез Р. Ассаджіолі) і можливостей для самоактуалізації і самореалізації особистості в процесі її життєвого шляху [7,9,15,17,30].

Трансперсональний підхід передбачає розгляд психіки людини в більш широкому контексті, виходячи за межі переживань особистості як автономної одиниці (інтерперсональний аспект психіки), вводячи нове вимірювання психічного життя людини, його надособистісний (трансперсональний) рівень, передбачаючий зв'язок людини з усім світом, природою, з усім існуючим на землі і всесвітом. С. Гроф, вважаючись основоположником трансперсональної психотерапії і психології, запропонував модель картографії психічного як єдиного і цілісного трьох її рівнів: біографічного, перинатального і трансперсонального. В свою чергу останній

имеет внеиндивидуальный аспект, содержание которого определяется всей человеческой культурой (сходство с концепцией архетипов и коллективного бессознательного К. Г. Юнга), историей и даже процессами и закономерностями неживой природы [7,15,16,28].

Интегральный подход представляет собой концептуальный синтез имеющихся теоретических систем психотерапии, интеграцию различных научных дисциплин и систем знаний, попытка согласованной интеграции почти всех областей знания от физики и биологии, теории систем и теории хаоса, искусства поэзии и эстетики, всех значительных школ антропологии, психологии и психотерапии, великих духовно-религиозных традиций Востока и Запада [7,16]. Существенные возможности для развития интегрального подхода представляет также поиск общего знаменателя для различных теоретических моделей посредством перевода их понятий на общепринятую терминологию или путем описания психотерапевтического процесса с позиций разных направлений [28].

В свою очередь в рамках этих направлений возникают новые течения, формы и методы, методики и технические приемы в психотерапии, названия которых зачастую призваны отражать их уникальность, маскировать их производный характер относительно основных направлений в психотерапии и существующих в них методов.

Программа цикла тематического усовершенствования врачей: «Психотерапия в клинической практике врача-психиатра» предполагает ознакомление врачей-психиатров, психотерапевтов с ролью, местом и значением психотерапии в клинической практике врача-психиатра, историей ее становления и развития, основными современными направлениями и подходами. Особое внимание уделяется вопросам этики и деонтологии во взаимоотношениях «врач-пациент», пониманию больного как личности, его отношения к болезни. Разделы частной психиатрии предполагают знакомство врачей с некоторыми основными методиками психотерапии у больных различными нозологическими группами.

Учебный план цикла тематического усовершенствования врачей включает в себя 156 академических часов и подразумевает теоретическое (в форме лекций) и практическое (в форме семинарских и практических занятий) усвоение знаний по основным разделам психиатрии и психотерапии.

1. Общие основы психотерапии. Организация психотерапии.

Организация психотерапевтической помощи. Правовые вопросы организации психотерапевтической помощи. История возникновения и развития психотерапии. Анализ основных концепций психотерапии.

2. Теоретические концепции психотерапии.

Теоретико-методологические основы психотерапии. Основные направления психотерапии.

3. Основы общей и медицинской психологии.

Патопсихологическая диагностика. Специфика первичного интервью, и его роль в психотерапевтическом процессе. Личность. Структура личности. Внутренняя картина болезни.

4. Методики психотерапии.

Гипносуггестивная психотерапия. Самовнушение и аутотренинг. Рационально-поведенческая психотерапия. Поведенческая психотерапия. Эмпирическая и опосредованная психотерапия. Групповая психотерапия.

5. Общая психопатология.

Психопатологические подходы в психотерапии. Психопатологические синдромы психотического и невротического регистров.

6. Психотерапия в комплексном лечении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Психотерапия тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных расстройств. Психотерапия реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации. Психотерапия депрессивных расстройств. Психотерапия диссоциативных и соматоформных расстройств.

7. Психотерапия в комплексном лечении расстройств личности и поведения у взрослых.

Классификация расстройств личности и поведения у взрослых. Динамика психопатий. Общие принципы психотерапии расстройств личности и поведения у взрослых.

8. Психотерапевтическая тактика в комплексном лечении больных с органическим поражением ЦНС.

Основные принципы терапии больных с органическим поражением ЦНС. Основные методы психотерапии и психореабилитации больных с органическим поражением ЦНС.

9. Психотерапия в комплексном лечении больных шизофренией.

Современный подход и возможности психотерапии и психореабилитации больных с психическими расстройствами.

10. Психотерапия комплексном лечении больных с аффективными расстройствами.

Основные направления, показания и терапевтическая тактика в комплексном лечении больных с аффективными расстройствами.

11. Психотерапевтические подходы в комплексном лечении психических расстройств и нарушений поведения вследствие употребления психоактивных веществ.

12. Особенности психотерапии у детей и подростков.

13. Психотерапевтические подходы в комплексном лечении больных с психосоматическими и соматическими болезнями.

Врач-психиатр должен иметь не только всесторонне широкий взгляд на историю развития психотерапии, ее представленность в виде различных методик и техник, но и владеть практическими навыками психотерапевтической работы с больными. С этой целью разработана программа практических навыков, освоение которых подразумевается на цикле тематического усовершенствования.

Перечень практических навыков цикла тематического усовершенствования: «Психотерапия в клинической практике врача-психиатра»

1. Клиническое интервью как диагностический инструмент перед проведением психотерапии.

Основные задачи клинического интервьюирования:

- проведение комплексной психопатологической и патопсихологической оценки психического состояния больного (психический статус в статике и динамике; экспериментальная, патопсихологическая оценка основных сфер психической деятельности; клиническая дифференциальная диагностика между основными психопатологическими и патопсихологическими синдромами и регистрами психических расстройств).
- сбор и анализ субъективного и объективного анамнеза жизни и болезни пациента.
- выбор психотерапевтической тактики и стратегии — выявление основных симптомов-мишеней системы психотерапевтических воздействий, установление механизмов и сроков реализации психотерапии, и основных клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Выбор критериев и способов оценки эффективности психотерапии.

2. Принципы и формы реализации комплайнс-психотерапии.

Тактика и стратегия привлечения пациентов к активному вовлечению его в систему профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. Лечебное внушение в гипнозе.

Основные виды и средства суггестивного воздействия: вербальные формулы гипнотизации и дегипнотизации, невербальные средства внушения. Методики гипнотерапии.

4. Непрямые способы внушения («Эриксоновский гипноз»).

Основные приемы и техники, используемые для «наведения» транса. Вербальные и невербальные паттерны гипнотизации.

5. Методики нейро-лингвистического программирования.

Техника «мета-моделирования» как комплекс лингвистических средств для сбора информации и восстановления связи речи человека и того опыта, который эта речь представляет. Техники нейро-лингвистического программирования в измененных состояниях сознания с целью изменения неудовлетворяющих стереотипов поведения (симптомов), способов решения и типов отношения к проблеме на более адекватные и адаптивные («рефрейминг», «визуально-кинестетическая диссоциация», «якорение», «взмах»).

6. Методики аутогенной тренировки.

Аутогенная тренировка по Шульцу, формулы внушения по Луте, прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона.

7. Методики эмоционально-стрессовой психотерапии.

Эмоционально-стрессовая психотерапия (императивная суггестия) — комплекс психотехнических приемов, направленных на преодоление барьеров психологической защиты, за счет изменения психофизиологического состояния центральной нервной системы на фоне воздействия на анализаторы различных модальностей предельно-запредельных раздражителей. Методика эмоционально-стрессовой психотерапии в группе. Методика эмоционально-стрессовой групповой психотерапии с использованием гипервентиляции.

8. Методики работы с дыханием, музыкой и телесно-ориентированные техники и приемы.

Реализация психотерапевтического эффект-синдрома происходит за счет использования приемов регулируемого, осознанного дыхания, эмоционально-двигательного отреагирования, динамической работы с переживаниями, музыкального сопровождения, фокусированной работы с телом и арт-терапевтических приемов работы с символикой и образами индивидуального опыта переживаний в психотерапевтической сессии.

9. Методики рациональной психотерапии.

Комплекс техник и приемов логической аргументации в процессе изменения системы установок и убеждений пациента относительно себя и своей болезни. Экспликативная кларификационная психотерапия, психагогика, ресоциализация и реориентация.

10. Методики когнитивно-поведенческой психотерапии.

Комплекс технических приемов по моделированию поведения пациента с целью формирования у него новых, эффективных и более адаптивных паттернов реагирования и изменения системы иррациональных установок.

11. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии.

Основные понятия и концепты (аутентичность, альтруистичность, эмпатия, осознанность, принятие), процедуры и техники экзистенциально-гуманистического подхода в психотерапии.

12. Методы опосредованной психотерапии.

Арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, терапия средой, ландшафтная психотерапия.

Учебный цикл тематического усовершенствования «Психотерапия в клинической

практике врача-психиатра» подразумевает ознакомление врача-психиатра с теоретическими основами, традициями и современными тенденциями в развитии психотерапии; овладение им практическими навыками основных методик и техник психотерапии; способствует формированию у врача-психиатра целостного, системного представления о роли и месте психотерапии в его клинической практике на основе единства личностного, клинического и интегративного подходов в лечении психических и поведенческих расстройств.

Література

1. Буль П. И. Основы психотерапии. М.: Медицина, 1974. — 309 с.
2. Бэндлер Р., Гриндер Д. Трансформация. Нейролингвистическое программирование и структура гипноза. СПб., 1995. — 317 с.
3. Вельвовский И. З., Липгарт Н. К. и др., Психотерапия в клинической практике. К.: Здоров'я, 1984. — 160 с.
4. Групповая психотерапия (Под ред., Б. Д. Карвасарского, С. Ледера). М.: Медицина, 1990, — 384 с.
5. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Гос. Изд-во мед. лит-ры, 1962. — 176 с.
6. Деонтология в медицине (Под ред. Петровского Б. В. в 2-х томах). М.: Медицина, 1988, — 352 с.
7. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком., 1998. — 752 с.
8. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. — 304 с.
9. Кемпінські А. Пізнання хворого. Львів: Видавництво Мс, 2004. — 119 с.
10. Коротоножкін В. Г., Шапкарін В. М., Полієнко Ю. М., Чучук О. Б. Досвід застосування інтегральної психотерапії в лікуванні тривалих неврозів //Український вісник психоневрології. — 1996. — Т.4, вип. 5(12). — С. 325–327.
11. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія. — К.: Здоров'я, 1993. — 344 с.
12. Кузнецов В. Н., Коротоножкин В. Г., Олейник А. В., Насинник О. А., Уралова Л. Т., Чучук О. Б., Полиенко Ю. Н., Зильберблат Г. М., Стороженко В. П. Совершенствование психотерапевтических подходов в комплексной терапии затяжных неврозів // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 5, № 2 (17).
13. Коротоножкин В. Г. Интегральный подход к лечению психических расстройств / Психічне здоров'я. — 2004. — вип.2(3). — С. 52 — 54.
14. Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М.: Медгиз, 1959. — 350 с.
15. Любан-Плоцца Б., Побережная Г., Белов О. Музыка и психика. — Киев: Издательский Дом «АДЕФ — Украина». — 2002. — 199 с.
16. Майков В., Козлов В. Трансперсональная психология. Истоки, история, современное состояние. М.: Изд-во Института трансперсональной психологии, 2004. — 599 с.
17. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия. Х.: ОКО, 2002. — 767 с.
18. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М.: Медгиз, 1962. — 530 с.
19. Позитивне рішення про видачу патенту на винахід по заявці № 98074182; МПК 6 М 21/00. Спосіб лікування психогенних депресій / Чучук О. Б., Кузнецов В. М., Коротоножкін В. Г., Полієнко Ю. М. (Україна); Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України. — від 26.05.99. — 7 с.
20. Позитивне рішення про видачу патенту на винахід по заявці № 97105309; МПК 6 А 61 М 21/00. Спосіб лікування психогенних депресій / Чучук О. Б., Кузнецов В. М., Коротоножкін В. Г., Полієнко Ю. М. (Україна); Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України. — від 26.05.99. — 7 с.
21. Поліщук Й. А. Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра / Нац. Мед. Акад. післядиплом. Освіти ім. П. Л. Шупика. — К., 2007. — 608 с.
22. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. К.: Здоров'я, 1982. — 376 с.
23. Шерток Л. Гипноз. М.: Медицина, 1992. — 224 с.
24. Эрикссон М. Гипноз. 3 т. Харьков: ИМП Рубикон, 1995 — 383 с.
25. Чучук О. Б. Некоторые практические аспекты применения холотропного дыхания в терапии неврозів // Медицинские вести. — 1998. — С. 23–25.
26. Чучук О. Б. Эмоционально-стрессовая методика «динамической активизации холистического отреагирования» в терапии депрессивных невротических расстройств //Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 1(5). — С. 95-99.
27. Чучук О. Б. Роль «незавершених фізіологічних процесів», «травм народження» і «досвід фізичного болю» у формуванні та розвитку тривалих невротичних розладів (за даними клініко-катамнестичного аналізу та результатів лікування) //Практична медицина. — 1999. — № 3-4. — С. 37–41.
28. Чучук О. Б. Интегративный подход в терапии депрессивных невротических расстройств: Дис... канд. мед. наук: 14.01.16. — Киев, 1999. — 222 с.
29. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. СПб.: Питер, 1997. — 606 с.
30. Этика психиатрии / Под ред. С. Блоха и П. Чодоффа / Пер. с англ. — К.: «Сфера», 1998. — 391 с.

Клинический опыт применения препаратов оланзапина и зуклопентиксола с целью купирования острого психомоторного возбуждения



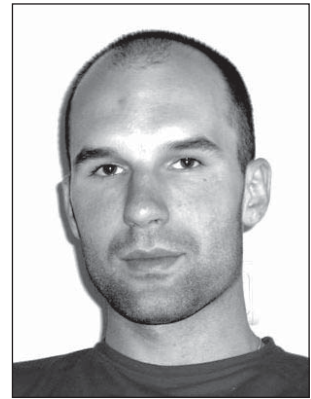
Кузнецов В. Н.



Шевченко С. Л.



Коваленко Л. А.



Бондарчук А. Г.



Зубатюк О. В.



Цегельная С. В.

Кузнецов В. Н., Шевченко С. Л., Коваленко Л. А., Бондарчук А. Г., Зубатюк О. В., Цегельная С. В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1

Резюме. Вивчалась ефективність, безпечність та переносимість препаратів оланзапіну та зуклопентиксола при призначенні з метою купірування гострого психомоторного збудження. В дослідженні приймали участь 48 пацієнтів, яким була проведена діагностика психічних розладів відповідно до критеріїв МКХ-10, а саме – шизофренія та маніакальний епізод біполярного афективного розладу. Отримані дані свідчать, що обидва препарати є високоефективними й безпечними антипсихотичними засобами для купірування психомоторного збудження.

Ключові слова: психомоторне збудження, ефективність лікування, оланзапін, зуклопентиксол.

Clinical experience of use olanzapine and zuclopenthixole in acute treatment of psychomotor agitation

Kuznetsov V. N., Shevchenko L. T., Kovalenko L. A., Bondarchuk A. G., Zubatyuk O. V., Zegelnaya S. V.

National Medical Academy of postgraduate Education named after P. L. Shupik

Kyiv City clinical psychoneurological hospital № 1

Resume. The efficacy, safety and tolerability of use olanzapine and zuclopenthixole in acute treatment of psychomotor agitation in schizophrenia and bipolar affective disorder were been studied. In the study participated 48 inpatients whose diagnoses of schizophrenia and acute mania in bipolar affective disorders were defined in accordance to ICD-10. Obtained results showed that both medicines are highly effective and safe antipsychotic drugs for acute treatment of psychomotor agitation.

Key words: efficacy, olanzapine, zuclopenthixol, psychomotor agitation.

Психомоторное возбуждение наиболее часто наблюдается при таких эндогенных психических расстройствах, как шизофрения и биполярное аффективное расстройство, и имеет характерные особенности в зависимости от общей картины заболевания и ведущего психопатологического синдрома. Зачастую, психомоторное возбуждение, требует оказания неотложной медицинской помощи пациенту, в связи с высоким риском возникновения различных видов агрессивного и/или аутоагрессивного поведения.

При шизофрении, наиболее часто, встречаются галлюцинаторно-бредовый и кататонический варианты возбуждения.

Кататоническое возбуждение характеризуется нецеленаправленным, хаотичным, бессмысленным поведением, внезапными импульсивными действиями, нередко разрушительного характера. В картине кататонического синдрома наблюдается гримасничанье, манерность, нелепость и необъяснимость поступков пациентов. Вышеуказанные симптомы сопровождаются вегетативными нарушениями: мидриаз, тахикардия, усиленное потоотделение.

Галлюцинаторно-бредовое возбуждение возникает на фоне бреда преследования и слуховых обманов восприятия. Пациенты испытывают страх, тревогу, растерянность, иногда следуют в действиях галлюцинаторным императивам. Возбуждение сопровождается аффектом злобы, больные напряжены, недоступны продуктивному речевому контакту, проявляют признаки галлюцинаторного поведения: к чему-то прислушиваются, ведут беседу сами с собой.

Маниакальное возбуждение, в структуре биполярного аффективного расстройства, проявляется повышенным настроением, речевым и психомоторным возбуждением. Временами больным свойственны аффект озлобленности, раздражительности, что может сопровождаться также проявлениями враждебности в отношении окружающих. В отдельных случаях пациенты могут высказывать бредовые идеи различного характера, зачастую, с экспансивной окраской. Больные то веселы, то гневливы, злобны, раздражительны, поют, танцуют, не могут усидеть на одном месте, постоянно находятся в движении, вмешиваются в беседы посторонних, проявляют бурную деятельность, не доводя до конца ни одного дела. Речь быстрая, сумбурная, фразы часто не заканчивают, в разговоре переключаются с темы на тему. Больные переоценивают свои силы и возможности, часто высказывают бредовые идеи величия, в связи, с чем совершают множество нелепых, нередко опасных для жизни поступков. Пациенты аффектируются на замечания, в результате чего могут становиться гневливыми, агрессивными в отношении окружающих. Первые симптомы нарастающего маниакального возбуждения нередко

проявляются нарушениями сна и аппетита, расторможенностью влечений [1,2,3].

Основными проявлениями психомоторного возбуждения обычно является: острое начало; грубые нарушения поведения, проявляющиеся нецеленаправленной двигательной активностью; резко измененное состояние аффекта пациента; в разной степени, выраженные агрессивные, разрушительные, оборонительные или суицидальные тенденции. В силу непредсказуемости поведения пациентов, такие состояния могут представлять риск потенциально опасных действий, как в отношении себя так и окружающих [2,3,4].

Исходя из этого, пациенты, находящиеся в состоянии острого психомоторного возбуждения, нуждаются в проведении неотложных мероприятий медицинского характера, нацеленных на быстрое купирование психотической симптоматики. Учитывая частый отказ психотических пациентов в отношении приема пероральных форм препаратов, наиболее эффективным является применение парентеральных лекарственных форм антипсихотических средств, с целью достижения седации у пациентов с острым психомоторным возбуждением [5,6,7,8].

Как показывает опыт, в клинической практике для купирования психомоторного возбуждения наиболее эффективно используются препараты оланзапина и зуклопентиксола.

Оланзапин (Зипрекса) — атипичный нейролептик класса тиенобензодиазепинов. Установлено сродство оланзапина к серотониновым 5HT_{2A/C}-, 5HT₃-, 5HT₆-рецепторам, допаминовым D₁-, D₂-, D₃-, D₄-, D₅-рецепторам, мускариновым M₁-5-рецепторам, адренергическим α ₁-рецепторам и гистаминовым H₁-рецепторам [9,10].

В экспериментальных исследованиях установлено наличие антагонизма оланзапина в отношении серотониновых 5HT-рецепторов, допаминовых и холинергических рецепторов. *In vivo* и *in vitro* оланзапин обладает более выраженным сродством и активностью в отношении к серотониновым 5HT₂-рецепторам по сравнению с допаминовыми D₂-рецепторами. По данным электрофизиологических исследований, оланзапин селективно снижает возбудимость мезолимбических допаминергических нейронов, и в то же время оказывает незначительное воздействие на стриарные нервные пути, участвующие в регуляции моторных функций [11,12].

Оланзапин снижает условный защитный рефлекс в дозах более низких, чем дозы, вызывающие каталепсию. В отличие от других нейролептиков, оланзапин усиливает противотревожный эффект при проведении анксиолитического теста. После в/м введения максимальная концентрация препарата (C_{max}) в плазме достигается через 15—45 мин. C_{max} при в/м введении 5 мг оланзапина в 5 раз превышает

концентрацию, достигаемую при приеме внутрь эквивалентной дозы. В диапазоне терапевтических доз фармакокинетика линейна. После приема внутрь оланзапин хорошо абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Стах в плазме достигается через 5-8 часов. Концентрация оланзапина в плазме имеет линейную зависимость от дозы (в диапазоне от 1 до 20 мг). Прием пищи не оказывает влияния на абсорбцию оланзапина.

Метаболизм. Оланзапин метаболизируется в печени путем конъюгации и окисления. Основным циркулирующим метаболитом является 10-N-глюкуронид, который, теоретически, не проникает через гемато-энцефальный барьер. Изоферменты CYP1A2 и CYP2D6 цитохрома P450 участвуют в образовании N-десметил и 2-гидроксиметил метаболитов оланзапина.

Выведение. У здоровых добровольцев после приема внутрь период полувыведения (T_{1/2}) оланзапина составляет 33 ч (21 — 54 ч для 5-95 %), а средний клиренс в плазме — 26 л/ч (12 — 47 л/ч для 5-95 %). Около 57 % меченного радиоизотопами оланзапина выводится с мочой, в основном в виде метаболитов. T_{1/2} при в/м введении аналогичен T_{1/2}, наблюдаемому после приема внутрь [13,14].

Зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) — антипсихотическое средство, производное тиоксантена. Влияет на дофаминергическую и адренергическую нейротрансмиссию в центральной нервной системе. Антипсихотическое действие обусловлено блокадой дофаминовых D₂-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной системы, седативное — блокадой адренорецепторов ретикулярной формации ствола головного мозга [7,8].

Биодоступность после приема внутрь составляет около 45 %. Лекарственные формы для в/м введения подвергаются ферментативному расщеплению с выделением активного компонента. Объем распределения составляет примерно 20 л/кг, связывание с белками плазмы — 98–99 %. В высоких концентрациях обнаруживается в печени, легких, кишечнике и почках, в меньших — в сердце, селезенке, головном мозге и крови. Незначительно проникает через плацентарный барьер, и в небольших количествах выделяется с грудным молоком. Метаболизируется тремя путями: сульфокислением, N-деалкилированием и конъюгацией с глюкуроновой кислотой с образованием неактивных метаболитов, которые выводятся преимущественно с фекалиями и в меньшей степени (10 %) — с мочой (0,1 % дозы выводится с мочой в неизмененном виде). Фармакокинетические параметры зуклопентиксола не зависят от возраста больных. Влияние нарушений функций почек и печени не исследовалось, однако, исходя из преимущественно экстраренальной элиминации,

нарушение функции почек не должно существенно влиять на концентрацию вещества в плазме (в отличие от тяжелых нарушений функции печени). Наиболее эффективно устраняет психотические проявления у пациентов с расстройствами поведенческих реакций. В начальном периоде терапии выражен дозозависимый неспецифический седативный эффект, к которому быстро наступает толерантность. При парентеральном введении антипсихотический эффект проявляется через 4 ч и продолжается 2–3 дня, седативное действие проявляется через 2 ч после введения, достигает максимума в течение 8 ч и затем значительно уменьшается [13,14].

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности, безопасности и переносимости препаратов оланзапина (Зипрексы) и зуклопентиксола (Клопиксола — акуфаз) с целью купирования острого психомоторного возбуждения при шизофрении и маниакальном эпизоде биполярного аффективного расстройства.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе клинического отделения № 5 кафедры психиатрии НМАПО им. П. Л. Шупика. В исследовании принимали участие 48 пациентов, диагностированных соответственно критериям МКБ-10, а именно — шизофрения и маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства. Все пациенты (48) — соматически здоровые женщины, в возрасте от 19 до 34 лет (средний возраст 24±2,2 лет), дали информированное согласие на обследование и лечение в условиях психиатрического стационара. Пациенты, которые принимали участие в исследовании, были разделены на 4 группы, соответственно установленному диагнозу и назначенной терапии (Табл. 1).

Исходное распределение пациентов по тяжести расстройства и уровню социальной адаптации было сопоставимым в сравниваемых группах, также группы значимо не отличались по демографическим и клиническим характеристикам. С целью купирования возбуждения, дозы препаратов подбирались индивидуально (Табл. 2).

Методы исследования — клинико-психопатологический, статистический, врачебная оценка эффективности лечения, оценка нежелательных побочных действий лекарственного средства, PANSS-EC — подшкала возбуждения по шкале оценки позитивных и негативных синдромов (соответствующие пункты — напряжение, некооперативность, враждебность, недостаточный контроль импульсивности, возбуждение), шкала оценки возбуждения-седации — Agitation Calmness Evaluation Scale — ACES (Copyright 1998, Eli Lilly and Company).

Таблиця 1*Распределение пациентов в соответствии с диагнозом и назначенной терапией*

| | 1-я группа | 2-я группа | 3-я группа | 4-я группа |
|---|--------------------------------|---|---|---|
| Установленный диагноз в соответствии критериям МКБ-10 | шизофрения | шизофрения | Маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства | Маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства |
| Препарат и доза используемая для лечения | оланзапин (Зипрекса) 10 мг/сут | зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) 50 мг/сут | оланзапин (Зипрекса) 10 мг/сут | зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) 50 мг/сут |
| Количество пациентов | 12 | 12 | 12 | 12 |

Таблиця 2*Особенности использованных вариантов купирования психомоторного возбуждения в условиях стационара*

| | Оланзапин (Зипрекса) | Зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Дозировка | 10 мг | 50 мг |
| Кратность введения в течение суток | однократно | |
| Форма введения | внутримышечно | |
| Частота введения | ежедневно | через день |
| Количество инъекций | 3 | 2-3 |

Результаты исследования

Анализ динамики психического состояния пациентов в процессе лечения показал, что парентеральные формы указанных антипсихотических средств показывают себя эффективными для достижения седации у пациентов с острым психомоторным возбуждением, о чем и свидетельствуют полученные данные.

Использование PANSS-ES (подшкала возбуждения по шкале оценки позитивных и негативных синдромов) дало возможность проанализировать ход редукции симптомов психомоторного возбуждения. Исходные данные во всех исследуемых группах составляют $27,5 \pm 0,5$ — $29,2 \pm 0,9$ ($28,3 \pm 0,6$), чему соответствует — очень сильная и крайняя степень выраженности симптомов психомоторного возбуждения. Начало редукции психомоторного возбуждения отмечалось в течение первых 24 ч после начала внутримышечного введения оланзапина и зуклопентиксола. Результаты показателей PANSS-ES по истечению 24-х часов значительно снизились во всех исследуемых группах на 40-45 %, что клинически соответствует слабой степени выраженности психомоторного возбуждения. По истечению 72-х часов данная динамика сохранялась, редукция симптоматики от исходных данных составила 65–69 %, что клинически соответствует очень слабой степени выраженности симптоматики психомоторного возбуждения.

Нами был проведен анализ уровня возбуждения и седации по шкале оценки Agitation Calmness Evaluation Scale — ACES. Исходные

данные в терапевтических группах составляли $1,2 \pm 0,3$ — $1,3 \pm 0,2$ ($1,25 \pm 0,3$), что клинически соответствует выраженному психомоторному возбуждению, а по истечению 24-х часов показатели седации значительно возросли во всех исследуемых группах в сравнении с исходными.

Следует отметить, что имеются существенные различия между сравниваемыми группами в отношении седативного действия препаратов. В состав групп № 1 и № 3 вошли пациенты с верифицированными диагнозами соответственно критериям МКБ 10 — шизофрения и маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства. Основным препаратом для купирования психомоторного возбуждения являлся оланзапин (Зипрекса) в дозировке 10 мг/сут. Уровень седации по истечению 24-х часов соответствовал уровню мягкой седации и составлял $5,2$ – $5,4 \pm 0,25$. При исследовании уровня седации в группах № 2 и № 4, куда вошли пациенты с верифицированными диагнозами — шизофрения и маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства, а основным препаратом для купирования психомоторного возбуждения являлся зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) в дозировке 50 мг/сут. Уровень седации в обеих группах по истечению 24-х часов соответствовал уровню выраженной седации и составлял $6,7$ — $6,8 \pm 0,7$. Полученные нами данные свидетельствуют о наличии более выраженного седативного эффекта при применении препарата зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз) в нозологически однородных группах.

Важным моментом проделанной работы является характеристика спектра побочных действий в исследуемых группах. Стоит отметить, что в ходе исследования побочных действий в результате приема препаратов, нозологическая характеристика групп существенной роли не играла. У пациентов групп № 1 и № 3, где основным препаратом являлся оланзапин (Зипрекса), наблюдались побочные действия в виде ортостатической гипотензии (8 %; n=2), брадикардии (4 %; n=1), сонливости (20 %; n=5), головокружения (4 %; n=1), сухости во рту (8 %; n=2). Нарушения были умеренно выражены, в связи с чем необходимости в назначении дополнительной медикаментозной коррекции не возникало. Низкий риск возникновения острой дистонии и акатизии при внутримышечном применении оланзапина является преимуществом данного препарата. В группах № 2 и № 4, где основным препаратом являлся зуклопентиксол (Клопиксол — акуфаз). Наиболее часто наблюдалось развитие побочных действий в течение 24-72 часов после первой инъекции, в виде острой дистонической реакции значительной выраженности (28 %; n=7), требовавшей медикаментозной коррекции. Также встречались гипергидроз, головокружение, сонливость, сухость во рту. На протяжении всего исследования показатель летальности составлял «0».

Выводы:

Одним из способов быстрого купирования состояний острого психомоторного возбуждения является применение парентеральных

лекарственных форм высокопотентных антипсихотиков.

У вошедших в данное исследование пациентов в состоянии острого психомоторного возбуждения при шизофрении и биполярном аффективном психозе, психомоторное возбуждение редуцировалось в течение первых 24–72 часов после внутримышечного введения оланзапина (Зипрексы) в дозе 10 мг или зуклопентиксола (Клопиксола — акуфаз) в дозе 50 мг/сут., не зависимо от нозологической принадлежности. Отмечается менее выраженный седативный эффект оланзапина, что соответствует уровню мягкой седации, в сравнении с зуклопентиксом, где уровень седации соответствует выраженной седации. Пациенты в группах зуклопентиксола чаще предъявляли жалобы на существенно более выраженные дистонию, по сравнению с пациентами из группы оланзапина и чаще нуждались в назначении дополнительной медикаментозной коррекции. Низкий риск возникновения острой дистонии и тремора при внутримышечном применении оланзапина является преимуществом данного препарата, что дает возможность применять его соматически ослабленным пациентам.

Однако, следует отметить, что индивидуальные особенности действия каждого из препаратов позволяют рассматривать их как высокоэффективные и безопасные антипсихотические средства для купирования психомоторного возбуждения при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве.

Література

1. Кузнецов В. Н. Ургентная помощь в психиатрии // Психічне здоров'я, 3-4 (24-25) 2009 г.
2. Baldessarini R. J., Tarazi F. I. Медикаментозное лечение психозов и маний. В кн.: Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. М.: «Практика». 2006.
3. Воронков Г. Л., Пуцай С. А., Дзюб Г. К. Неотложная помощь в психиатрии. — К.: изд. НМУ, 1989.
4. Кузнецов В. Н. Неотложная помощь в психиатрии // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2007, № 1.
5. Arana G. W., Rosenbaum J. F. Фармакотерапия психических расстройств. М.: Бином. 2004.
6. Carpenter W. T., Conley R. R., Buchanan R. W. Шизофрения. В кн.: Фармакотерапия в неврологии и психиатрии (ред. Энн С. Д., Койл Дж. Т.). М.: Медицинское информационное агентство. 2007.
7. Аведисова А. С. Подходы к оценке терапии психотропными препаратами. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004.
8. Громов Л., Чайка Л., Гомон О. Фармакодинамические особенности нейролептиков нового поколения // Вісн. фармакол. фарм. — 2003. — № 12.
9. Bartko G. New formulations of olanzapine in the treatment of acute agitation. Neuropsychopharmacol Hung 2006.
10. Belgamwar RB, Fenton M. Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2005; 2: CD003729.
11. Bushe CJ, Taylor M, Mathew M. Intramuscular olanzapine A UK case series of early cases. Ann Gen Psychiatry 2007.
12. Centorrino F, Meyers AL, Ahl J et al. An observational study of the effectiveness and safety of intramuscular olanzapine in the treatment of acute agitation in patients with bipolar mania or schizophrenia/schizoaffective disorder. Hum Psychopharmacol 2007.
13. Бородин В. И. Атипичные антипсихотики — эффективная терапия при шизофрении // Здоров'я України. — 2007. — № 6/1.
14. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В., Кирьянова Е. М., Дороднова А. С., Белокурова Е. А., Мовина Л. Г. Первый психотический эпизод: особенности терапии оланзапином // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14. — № 2.

УДК: 616-089.5:61:34

Теоретический анализ отдельных позиций Закона о психиатрической помощи с рекомендациями по их изменению



Насинник О. А.

Насинник О. А.

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П. Л. Шупика

Резюме. На основі теоретичного аналізу літератури, дослідження критеріїв та порядку застосування психіатричної допомоги в примусовому порядку, а також результатів власного дослідження осіб з тяжким психічним розладом, яким надавалася допомога цього виду, здійснено узагальнення окремих термінів Закону про психіатричну допомогу та внесені пропозиції щодо їх зміни.

Ключові слова: психіатрична допомога в примусовому порядку, критерії та порядок надання, законодавство.

The theoretic analysis of some statements of Psychiatric Care Law and recommendations on their improvement

Nasinnyk O. A.

Resume. Based on theoretical analysis of literature, research of application of criteria and procedure for psychiatric care in the enforcement order and results of the research people with severe mental disorder, which provided assistance of this kind, made some generalizations terms of the Law on psychiatric care and submitted to their changes.

Key words: psychiatric compulsory care, the criteria and procedure, legislation.

Введение

Закон Украины о психиатрической помощи (далее — Закон) учитывает международные достижения в области психиатрии, закрепляет правовой подход к предоставлению психиатрической помощи. Законодательство в области психического здоровья скорее следует рассматривать как процесс, а не как разовое событие, которое случается один раз за многие десятилетия. Такой подход позволяет вносить в Закон необходимые поправки по мере того, как появляются новые методы лечения психических расстройств и пересматриваются принципы организации специализированной помощи [1, с. 3-4.] или возникают другие обстоятельства, требующие изменений. Однако, как показывает практика, одной из проблем Закона на сегодня остается неясность ряда терминов, расплывчатость определений, не говоря уже об отсутствии подробного комментария к Закону. Остаются нечетко сформулированными такие понятия, как «тяжелое психическое расстройство» (ТПР), «непосредственная опасность». Указанные обстоятельства препятствуют адекватной реализации позиций Закона по психиатрической помощи в принудительном порядке.

Таким образом, **актуальной задачей** остается исследование практики применения психиатрической помощи в принудительном порядке,

выявление ее конфликтных проблем с целью обоснования рекомендаций относительно внесения изменений в законодательные и подзаконные нормативные акты по вопросам связанным с предоставлением психиатрической помощи в принудительном порядке.

Материалом исследования являлись результаты собственного изучения лиц, госпитализированных в психиатрическую больницу в неотложном, в том числе недобровольном, порядке, критерии и порядок предоставления им психиатрической помощи, а также системный анализ специальной литературы в области психиатрической помощи в принудительном порядке.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее сложными являются вопросы, связанные с обоснованием терминологии Закона. Определение ТПР дано в Законе: «... расстройство психической деятельности..., которое лишает лицо способности адекватно оценивать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение» (абзац 3 ст. 1 Закона). ТПР соответствуют: «нарушения психотического уровня (психоз) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности)»

[2, с. 189., 3]. Определение ТПР в Законе указывает, прежде всего, на нарушение критических способностей. Однако нарушение критики не является специфическим для психотических расстройств, в связи с чем до настоящего времени, например, нет научно обоснованного определения психозу, что отразилось на действующей Международной классификации (10-го пересмотра) психических расстройств: «Попытки достичь согласия и принятия определений невроза и психоза, которые были бы достаточно точными для их включения в классификацию, обычно терпели неудачу. И это неудивительно, поскольку всякий раз возникали вопросы о введении таких сложнейших понятий, как «инсайт» (критическое отношение к своему психическому состоянию) и «контакт с реальностью», а также о привлечении гипотетических механизмов психологической защиты...» [4, с. 364-365]. В связи с этим, ведущим в принятии решения о принудительной госпитализации при наличии ТПР и связанных с ним поведенческих нарушений, представляющих опасность, является отсутствие осознанного согласия на предлагаемую помощь. Как считает В. А. Тихоненко (2000), «...применительно к Закону [5] тяжелым считается расстройство, лишаящее больного способности принимать осознанные решения в отношении предлагаемых медицинских мер, давать осознанное добровольное согласие». Данный медико-юридический критерий получил в литературе название «некомпетентность психически больного» [3]. Компетентность — обладание знаниями, позволяющими судить о чем либо [6, с. 247.], в данном случае определяется, как возможность понимать, сопоставлять, давать оценку и делать оправданный выбор метода лечения [7]. Концепция компетентности имеет значение только в терминах задания, решения или процедуры, предстоящих субъекту [8]. Операционным определением компетентности (дееспособности) является психическая способность принимать решение в соответствии с целями, интересами и ценностями пациента. Поэтому некоторые авторы предпочитают термин «психологическая правоспособность» [9], «медицинская или клиническая дееспособность/недееспособность» [10]. Наиболее распространен термин для обозначения конкретной компетентности в клинических ситуациях «способность принимать решение» [11]. Компетентность определяется и касается различных сфер приложения. Так, компетентность, или правомочность принятия решений в отношении госпитализации или лечения, подписи осознанного согласия и т. д. Поэтому отличаются как процедуры оценки, так и результаты оценки для одного и того же пациента. Важно

помнить, что пациент может не быть способным к принятию некоторых решений при одновременной сохранности способности к принятию других. «Человек с умственной отсталостью, например, может быть некомпетентен к самостоятельному управлению своими финансами и в то же время быть способным к согласию на прием таблетки для улучшения сна» [12]. Р. Lepping (2003) отмечал: «Когда клиницист определяет, что пациент лишен способности к принятию решения, то практические последствия могут быть те же самые, что и в случае юридической оценки недееспособности» [12]. Исходя из данной литературы, некомпетентность также не всегда свойственна ТПР, или психотическому расстройству, и имеется возможность получения согласия у пациента с таким расстройством на то или иное вмешательство или же отказа от него при сохранной компетентности. Установлено, что между критикой к заболеванию и компетентностью пациента обнаруживаются существенные корреляции [13], однако наличие прямой взаимосвязи не подтверждается. Критика, несомненно, часто соответствует или способствует соблюдению лечения, но устойчивой связи исследователи не подтверждают, критика не может абсолютно коррелировать с комплаенсом и отношением к лечению [14]. Так, пациент с утраченной критикой может обоснованно отказываться от лечения вследствие разумных опасений известного ему побочного действия [15, р. 2104]. Интересно, что пациенты без критики также принимают лечение и отмечают пользу от него [16]. Также J. P. McEvoy с соавторами (1989) указывали, что «многие из лиц, отрицающих заболевание и необходимость лечения... обнаруживают отчетливое желание принимать лечение в госпитале» [17].

Большинство исследователей считает, что критика лучше описывается как многосторонний и изменчивый по ходу течения заболевания феномен, представленный осознанием расстройства и принадлежностью к нему имеющихся симптомов, а также пониманием необходимости их лечения [16, 18, 19]. В оценке критики имеют значение: 1) осознание психического расстройства; 2) понимание социальных последствий расстройства; 3) осознание необходимости лечения; 4) осознание специфичности признаков и симптомов расстройства и 5) соотнесение симптомов с расстройством [20].

К. Ясперс (1913) различал понятия «постижение болезни» и «осознание болезни». Термин «осознание болезни» применяется, когда пациент чувствует, что болен, претерпел изменения (и в какой-то форме выражает свое чувство), но его сознание не распространяется на все множество симптомов и на болезнь в целом. Осознание

болезни не включает объективно верную оценку степени серьезности расстройства и объективно правильное суждение о ее типологии. Только при наличии правильного суждения обо всех симптомах и о болезни в целом с точки зрения ее типологии и серьезности можно говорить о постижении болезни, или признании болезни [21, с. 509–510.]. Осознание болезни определяют в понятиях психологического отношения пациента касательно психиатрической ситуации и оценивают с позиций концепции о роли больного Парсонса (Parsons, 1951) благодаря распознаванию необходимости лечения и принятию терапевтической ситуации. Гипотетически представляется, что осознание является фактором в мотивации получения лечения. Тесно связана с осознанием болезни критика (insight) к болезни, как клинический конструкт, включающий понимание психического заболевания и его симптомов. Усматривается взаимосвязь между ними, однако различия состоят в том, что осознание главным образом касается перспектив пациента, не касаясь точного понимания болезни и симптомов, что с позиций психиатрии входит в определение критики [22]. Т. М. Lincoln с соавторами (2007) считают, что в формировании осознания болезни и необходимости лечения участвуют различные факторы. По их мнению, осознание необходимости лечения, социальных последствий заболевания лучше соответствует определению «отношения к болезни», которое находится под воздействием иных факторов (таких как имеющийся опыт контактов с психиатрической службой или культуральными убеждениями), чем для критики. Авторы подчеркивают, что критика является необходимой предпосылкой отношения к болезни [23].

Несмотря на массу исследований и работ по проблеме критики, этот термин не до конца еще ясен. J. Dawson и R. Mullen (2008) перечисляют ряд проблемных вопросов, которые не учитывают определение критики. Например, насколько критичен пациент, который соглашается с врачом-психиатром, что страдает психическим заболеванием и нуждается в лечении, но не воспринимает установленный ему диагноз? [24]. Настораживает многих авторов оценка отношения пациента к лечению, являющаяся одновременно и показателем его критики [25]. А. Beck-Sander (1998) считает, что «отсутствие критики» определяется часто в тех ситуациях, когда понимание пациентом своего заболевания отличается от мнения профессионала. Констатация некритичности ведет к отсутствию пониманию пациента. Ряд авторов предпочитает не включать в определение критики оценку отношения пациента к лечению, которая является одновременно и показателем его

критики [24, 25], или когда «понимание пациентом своего заболевания отличается от мнения профессионала» [25]. Кроме того, метаанализ работ показал, что выраженность психопатологических расстройств не имеет прямой связи с уровнем критики, являющейся многофакторным образованием, в котором имеют значение прошлый опыт контактов со специалистами психиатрической службы, отношение пациента к своему заболеванию в целом, а также доболезненные знания относительно психического заболевания и его лечения [26]. Имеется ряд определений критики без конкретизации согласия пациента на лечение. Так, Оксфордское руководство по психиатрии определяет критику следующим образом: «Клиническая оценка способности пациента понимать сущность, значение и тяжесть своего заболевания называется критикой» [27]. Критика — способность пациента осознавать и понимать, что он имеет проблемы или заболевание и способен рассматривать возможные их причины и приходить к надежным решениям (достигать надежных решений) [28, р.216.]. Критика — степень осознания и понимания наличия болезни [29]. Ю. С. Савенко (2006) исходит из принятых в психологии и клинической практике более узких определений критичности, как способности: 1) осознавать болезненный характер своих переживаний; 2) адекватно оценивать текущую ситуацию и считаться с ней, корректируя свое поведение и свои ошибки; 3) прогнозировать результаты своей деятельности; 4) соотносить свои цели со своими возможностями [30].

Утрата критики не всегда приводит к нарушению компетентности, как это наблюдалось, например, в нашумевшем судебном процессе *Starson v. Swayze* (2003). В данном случае Верховный Суд Канады подтвердил право профессора Старсона (Starson) на отказ от лечения при недобровольной помощи. Хотя Старсон не соглашался с установленным ему диагнозом психического заболевания, он сохранял способности понимать информацию, касающуюся его состояния, «знал, что он был не нормальным и имел некоторые проблемы». Суд не поддержал мнение Комиссии по определению компетентности и информированному согласию о том, что профессор Старсон не воспринимал последствий отказа от лечения. Еще более значимый вывод из этого случая, что госпитализация без согласия пациента не обязательно подразумевает его неспособность принимать решения касательно его лечения [31, р. 55.]. Кроме того, различия в оценке критики могут возникать «... в контексте дискордантности или несогласия пациента с мнением клинициста» [32]. Критика может быть связана с моделью болезни (Модель

болезни «общего смысла» (Leventhal, 1997) и представлений, часто дивергентных или «парадоксальных» [33] подтекстов сущности болезни, которые могут встречаться у разных лиц.

Вышеизложенное указывает на необходимость отдельной оценки осознания болезни, критики, компетентности у конкретного пациента и на неоднозначность взаимоотношений между ними. Кроме этого, значимым в определении ТПР должно являться не только нарушение или отсутствие критических способностей, но и соответствующее нарушение компетентности пациента, в случаях принудительной госпитализации — утрата способности пациента к принятию решения о лечении. Предлагается внести дополнение к абзацу 3 части 1 статьи 1 Закона: «... расстройство психической деятельности..., которое лишает лицо способности адекватно оценивать окружающую действительность, свое психическое состояние, *поведение и принимать компетентные решения*» (курсив наш. — О. Н.). Необходимо дать в статье 1 Закона определение компетентности: «Компетентность — способность принимать рациональные решения относительно поставленной задачи в соответствии с целями, интересами и ценностями пациента; К. в отношении лечения — способность воспринимать, сохранять информацию, взвешивать пользу и вред от предлагаемого вмешательства, делать выбор и сообщать о нем».

Компетентность определяется и касается различных сфер приложения. Так, компетентность правомочности принятия решений в отношении госпитализации или лечения, подписи осознанного согласия и т. д. Поэтому отличаются как процедуры оценки, так и результаты оценки для одного и того же пациента. Однако при некомпетентности к принятию пациентом согласия на помощь (при наличии всех условий принуждения) вопросы пациента должны решаться при его присутствии в судебном заседании (часть 4 статьи 22 Закона). Поэтому целесообразно определение компетентности пациента касательно способности его участия в судебном рассмотрении, или «возможности предстать перед судом», как это предлагали J. D. Bloom и L. R. Faulkner (1987) [34], и регламентируется частью 2 статьи 34 Закона РФ [5]. Предлагается ввести указание на состояние способности пациента к участию в судебном слушании по вопросу принудительной госпитализации, и часть 3 статьи 16 дополнить фразой «... и оценкою способности пациента принимать участие в судебном заседании». Возможны решения комиссии врачей-психиатров о сохранной или же о нарушенной компетентности к участию в судебном заседании. В случае отсутствия у пациента способности к участию в судебном

заседании, доставка пациента в суд является нецелесообразной. Исходя из запрета Законом заочных решений, необходимо часть 4 статьи 22 дополнить: «Если по решению комиссии врачей-психиатров, пациент признан неспособным по своему психическому состоянию принимать участие в судебном заседании, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении».

Что касается термина «непосредственная опасность», то он остается неопределенным. По сути дела «непосредственность» относится к временному прогнозу [35]. Однако среди исследователей этого вопроса нет единого мнения [36–38]. Так, P. D. Werner и соавторы (1990) отводят 7 дней после целевого обследования пациента на предмет возможного совершения им насильственных действий, но как указывают эти авторы «пациент может и не совершить опасные действия» [39]. K. Tardiff (2002) считает, что «клиницист должен быть способен определить риск насильственных действий в ближайшем будущем, т. е. на период в несколько дней или неделю» [40]. Но большинство авторов соглашается с тем, что не имеется научно обоснованного определения временных рамок «непосредственной опасности», а клиническая точность прогнозирования насилия остается очень умеренной. D. Mossman (1994) при анализе источников литературы пришел к мнению, что кратковременное клиническое прогнозирование (1–7 дней) насильственных действий выглядит не более точным, чем долгосрочное (свыше 1 года) [41]. Обнаружено очень мало специфических факторов, позволяющих достоверно прогнозировать непосредственный риск опасности [42]. Авторы включают угрозы идентифицированным жертвам, доступ к ним и — в качестве подготовки к реализации насилия — приобретение оружия; исключительное значение приобретают выявляемые у пациента мысли о насилии [43]. Казалось бы, что более точное толкование «непосредственной опасности» должно сопровождать законодательства, касающиеся пресечения правонарушений, в частности — против жизни и здоровья личности, например, Уголовный кодекс, Закон о милиции, Кодекс об административных правонарушениях и другие. Но оказывается, в этих актах или комментариях «непосредственная» опасность также не имеет уточнения, законодатели уходят от конкретизации критериев непосредственной опасности. Комментарии же пускают определения по замкнутому кругу, например, непосредственная опасность это «надвигающаяся», «неизбежная» опасность. То же самое выявляется в зарубежных источниках. Так, из разъяснений понятия вытекает, что неизбежная (imminent)

опасность — манипуляции, процессы, действия или состояния, которые представляют непосредственную (immediate) угрозу для жизни или значительные телесные повреждения... [40, 44]. В другом случае — неизбежность опасности определяется тем, насколько скоро эта опасность может проявиться, например, в «ближайшем будущем». Авторы рекомендуют иметь рабочий консенсус в определении понятия «неизбежности» — то ли как «текущая» или в течение 24-х часов (наиболее часто используемые временные рамки) [45]. Кроме того, R. I. Simon и соавторы (2005) указывают, что неизбежность (imminent), непосредственность (immediate) и некоторые другие предиктивные термины опасности являются синонимами [46]. Отечественные авторы, исследуя вопросы насилия и самозащиты, приходят к мнению, что «...непосредственность угрозы применения насилия, опасного для жизни, также принадлежит к числу нормативно не определенных, оценочных признаков. Исходя из уголовно-правовых и судебно-медицинских критериев непосредственная угроза применения насилия, опасного для жизни, имеющая юридическое значение, должна отвечать требованиям наличности, реальности и действительности. Такая угроза должна быть выраженной в очевидной форме и субъективно восприниматься обороняющимся как реально существующая, создавать твердое убеждение в том, что она будет немедленно реализована, если посягающий встретит какое-либо противодействие в свой адрес» [47]. Понятие «непосредственная опасность» расценивается как существенная новация в деле защиты прав пациента и одновременно как наиболее действенное основание для применения медицинских мер купирования патологического поведения. Такой критерий, несомненно, предотвращает ограничение свободы для пациентов при отсутствии явной и текущей опасности. Кроме того, чем более близкий или «непосредственный» прогноз, тем более он достоверный в сравнении с отдаленным [35]. Понятие «непосредственной» опасности более привлекательно и для защитников прав пациентов, которые настаивают на сохранении данной формулировки, только с необходимостью ее конкретизации. В то же время правозащитники отмечают, что такая «правильная» формулировка также используется против пациента в случаях некомпетентных решений со стороны психиатрической службы. Критерий «непосредственная опасность» предназначен для регулирования частоты недобровольной госпитализации с целью ее снижения, удовлетворения защитников прав пациентов, возражающих против необоснованной госпитализации части хроников, вводя временной

критерий, который легче спрогнозировать, чем в отдаленных по времени случаях. Но оказалось, что опасность в жизни не соответствует теоретической опасности. Основное связано с установками службы и компетентностью ее работников. Эти качества работников являются гарантией защиты прав пациента, ибо взаимосвязано с качественной помощью. Сам же критерий «непосредственная опасность», как усматривается, не может служить подспорьем правозащитному направлению, что видно по фактам обжалования принудительной госпитализации. Но еще большая опасность таится в неказании адекватной помощи при отсутствии указанного критерия «непосредственная опасность», как это наблюдалось в случае убийства учащихся в штате Виргиния, которому предшествовало два противоположных мнения квалифицированных психиатров касательно непосредственной опасности пациента. Стереотипами законодателей является то, что «непосредственная опасность» неразрывно связывается с неотложностью действий по ее предотвращению. Необходимость «непосредственной опасности», как критерия недобровольной госпитализации, поддерживается правозащитниками, в частности Ю. С. Савенко (2009) [48], и они правы, отстаивая данный критерий в формулировке российского Закона.

В то же время учеными признается невозможность облечь это понятие в конкретные временные рамки или предоставить приемлемые уточнения. Именно поэтому на практике содержание формулы «непосредственная опасность» трактуется ситуационно и отражает сферу субъективного понимания опасности, в результате чего возможны разновекторные последствия, которые завершаться или необоснованным ограничением личной свободы гражданина и его неприкосновенности, или, наоборот, — непредвиденным ущербом.

Анализ нашего материала показал, что помимо непосредственной, физической опасности для себя или окружающих и беспомощного состояния, имеются еще отдельные категории опасного поведения, которые не подпадают под регламентированные Законом. Мы обозначили их как опасность для себя или других, в том числе для близких лиц, но с отсутствием признака «непосредственности». Имелась «недифференцированная опасность», которая включала всевозможный спектр девиантного поведения, в том числе конфликтность, брутальность, неопределенные угрозы окружению или угрозы совершения действий, не представляющих опасности. Как следует из схематического распределения опасного поведения, непосредственная опасность имела место в незначительном числе случаев (17,6 %).

Под регламентированный Законом порядок принудительной госпитализации подпадает с учетом критерия беспомощное состояние 20 % пациентов. Нельзя отрицать необходимость оказания ПППП остальным пациентам в силу выраженности психопатологических расстройств, сопровождаемых опасным поведением. Однако доказательная база может оказаться недостаточной в случаях обжалования со стороны пациента решения КВП в судебном заседании. Целесообразно поэтому вернуться к статье 14 Закона Украины (опуская критерий беспомощного состояния). Как видно из этой статьи, утверждение «... совершение действий или реальные намерения их совершить...» (курсив наш) указывает на подготовительную стадию, своего рода угрозу предстоящего физического насилия. Угроза — термин более доступный толкованию и хорошо известен юристам. Как считают исследователи данного вопроса, угроза — это крайняя степень опасности (а именно — непосредственная опасность) и содержит два компонента: намерения и возможность нанесения ущерба. Кроме этого, угроза всегда носит персонифицированный, конкретно-адресный характер [49]. Конечно, угроза в действиях или намерениях лица с психическим расстройством не всегда подпадает под однозначную трактовку, но в целом угроза будет соответствовать общепринятой концепции. Поэтому для избегания тавтологии: непосредственная опасность, являющаяся непосредственной опасностью — целесообразно из данной статьи (статья 14 Закона) убрать слово «непосредственная».

Выводы. Вышеизложенное указывает на необходимость отдельной оценки осознания болезни, критики, компетентности у конкретного пациента с использованием соответствующих стандартов оценки. Определение тяжелого психического расстройства должно включать не

только нарушение или отсутствие критических способностей, но и соответствующее нарушение компетентности пациента. Предлагается внести дополнение к абзацу 3 части 1 статьи 1 Закона: «... расстройство психической деятельности..., которое лишает лицо способности адекватно оценивать окружающую действительность, свое психическое состояние, *поведение и принимать компетентные решения*» (курсив наш. — О. Н.). Необходимо дать в статье 1 Закона определение компетентности: «Компетентность — способность принимать рациональные решения относительно поставленной задачи в соответствии с целями, интересами и ценностями пациента; К. в отношении лечения — способность воспринимать, сохранять информацию, взвешивать пользу и вред от предлагаемого вмешательства, делать выбор и сообщать о нем».

Предлагается ввести указание на состояние способности пациента к участию в судебном слушании по вопросу принудительной госпитализации, и часть 3 статьи 16 дополнить фразой «... и оценкою способности пациента принимать участие в судебном заседании». В случае отсутствия у пациента способности к участию в судебном заседании, доставка пациента в суд является нецелесообразной. Исходя из запрета Законом заочных решений, необходимо часть 4 статьи 22 дополнить: «Если по решению комиссии врачей-психиатров, пациент признан неспособным по своему психическому состоянию принимать участие в судебном заседании, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении».

В связи с тем, что понятие «непосредственной опасности» остается в значительной степени неопределенным, как в теоретическом, так и в практическом отношении, и при наличии в формулировке абзаца 2 статьи 14 Закона определений, указывающих на угрозу непосредственной опасности, целесообразно сохранить указанную формулировку без слова «непосредственная».

Література

1. Mental health legislation and human rights (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: World Health Organization, 2003. — 65 с.
2. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии/Под общей ред. проф. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Изд-во «Спарк», 1997. — 363 с.
3. Тихоненко В. А. Некомпетентность психически больного и недобровольная психиатрическая помощь / В. А. Тихоненко // XIII съезд психиатров России/10-12 октября 2000 г. (Материалы съезда). — М.: Российское общество психиатров, 2000. — С. 38.
4. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)/Под ред. Дж. Э. Купера. — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
5. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июня 1992 года. — М.: М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 32 с.
6. Словарь иностранных слов. — 16-е изд., испр. — М.: Рус. яз., 1988. — 624 с.
7. Ward A. D. A new view: Mental handicap law for eastern Europe / A. D. Ward / International League of Societies for Persons with Mental Handicap, 1993. — 245 p.

8. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок — М.: Медицина, 1994. — Т.2. — С. 470.
9. Appelbaum P. S. Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization / P. S. Appelbaum, S. A. Mirkin, A. L. Bateman // *Am J of Psychiatry*. — 1981. — Vol.138. — P.1170–1176.
10. Barton C. D. Clinicians' judgement of capacity of nursing home patients to give informed consent / [C. D. Barton, H. Mallik, W. B. Orr, J. S. Janofsky] // *Psychiatric Services*. — 1996. — Vol.47. — P. 956-960.
11. Lynn J. Informed consent: an overview / J. Lynn // *Behavioural Science and the Law*. — 1983. — Vol. 1. — P. 29–45.,
12. Lepping P. Consent in psychiatry — an ethical review / P. Lepping // *Psychiatric Bulletin*. — 2003. — Vol. 27. — P. 285-289.
13. Melamed Y. Insight and competence to consent to psychiatric hospitalization / Y. Melamed // *Med Law*. — 1997. — Vol. 16. — P. 721-7.
14. Kampman O. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis / O. Kampman, P. Laippala, J. Vaananen [et al.] // *Psych Res*. — 2002. — Vol. 110, — P. 39-48.
15. Eastman N. Legal use of psychiatry and law as an instrument of psychiatric practice / N. Eastman // *New Oxford Textbook of Psychiatry*/Ed. by Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen. — Oxford University Press, 2000. — Vol. 2. — P. 2097–2107.
16. David A. S. Insight and psychosis / A. S. David // *The British Journal of Psychiatry*. — 1990. — Vol. 156. — P. 798–808.
17. McEvoy J. P. Insight into schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology / J. P. McEvoy, L. J. Apperson, P. S. Appelbaum [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1989. — Vol. 177. — P. 43–47.
18. Rickelman B. L. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight / B. L. Rickelman // *Issues Ment Health Nurs*. — 2004. — Vol. 25. — P. 227-242.
19. Kemp R. A. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology / R. A. Kemp, T. J. Lambert // *Schizophr Res*. — 1995. — Vol. 18. — P. 21-28.
20. Amador X. F. Understanding and assessing insight / X. F. Amador, H. Kronengold // *Oxford Univ. Press, New York. A Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*// *Second Edition*. — Oxford Univ. Press, New York, 2005. — P.3-30
21. Ясперс К. Общая патопсихология / К. Ясперс — М.: Практика, 1997. — 1056 с.,
22. Hayashi N. Awareness of being a patient and its relevance to insight into illness in patients with schizophrenia / N. Hayashi, M. Yamashina, Y. Igarashi // *Comprehensive Psychiatry*. 1999. — Vol. 40. — P. 377–385.
23. Lincoln T. M. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review / T. M. Lincoln, E. Lüllmann, W. Rief // *Schizophr Bull*. — 2007. — Vol. 33. — P. 1324–1342.
24. Dawson J. Insight and use of community treatment orders / J. Dawson, R. Mullen// *Journal of Mental Health* — 2008. — Vol. 17. — P. 269–280.
25. Beck-Sander A. Is insight into psychosis meaningful? / A. Beck-Sander // *Journal of Mental Health*. — 1998. — Vol. 7. — P. 25–34.
26. Mintz A. R. Insight in schizophrenia: a meta-analysis / A. R. Mintz, K. S. Dobson, D. M. Romney // *Schizophrenia Research*. — 2003. — Vol. 61. — P. 75–88.
27. Sims A. Descriptive phenomenology / [A. Sims, Ch. Mundt, P. Berner, A. Barocka] // *New Oxford Textbook of Psychiatry*/Ed. by Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen. — Oxford University Press, 2000. — Vol. 1. — P. 55–70.
28. Scheiber S. C. The psychiatric interview, psychiatric history, and mental status examination / S. C. Scheiber // *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Ed. by Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. 2nd ed. — Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1994. — P.187–219.
29. Kaplan H. I. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. / H. I. Kaplan, B. J. Sadock. — Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Williams, 1998. — P. 254.
30. Савенко Ю. С. Что такое расстройство критики? / Ю. С. Савенко // *Независимый психиатрический журнал*. — 2006. — № 4. — С. 26–27.
31. Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. — World Health Organization, 2005. — 243 p.
32. Tranulis C. Insight and Psychosis: Comparing the Perspectives of Patient, and Clinician / C. Tranulis, E. Corin, L. J. Kirmayer // *International Journal of Social Psychiatry*. — 2008. — Vol. 54. — P.225–241.
33. Lysaker J. T. Illness and the disruption of autobiography: Accounting for the complex effect of awareness in schizophrenia / J. T. Lysaker // *Journal of Psychosocial Nursing*. — 2007. Vol. 45. — P. 39–45.
34. Bloom J. D. Competency Determinations in Civil Commitment / J. D Bloom., L. R. Faulkner//*American Journal of Psychiatry*. — 1987. — Vol.144. — P. 193–196.
35. Simon R. I. The myth of «imminent» violence in psychiatry and the Law / R. I. Simon // *University of Cincinnati Law Review*. — 2006. — Vol. 75. — P.631–644.
36. Hirschfeld R. M. A. Assessment and Treatment of Suicidal Patients / R. M. A. Hirschfeld, J. M. Russell // *The New England Journal of Medicine*. — 1997. — Vol. 337. — P. 910–915.
37. Monahan J. Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques / J Monahan. — Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1981. — 183 p.
38. Monahan, J. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorders and Violence / J. Monahan, H. Steadman, E. Silver [et al.] Oxford University Press, 2001. — 208 p.

39. Werner P. D. Aspects of consensus in clinical predictions of imminent violence / P. D. Werner, T. L. Rose, J. A. Yesavage // *Journal of Clinical Psychology*. — 1990. — Vol. 46. — P. 534–538.
40. Tardiff K. The Past as Prologue: Assessment of Future Violence in Individuals with a History of Past Violence / K. Tardiff // *Retrospective Assessment of Mental States in Litigation*/Eds. Robert I. Simon, Daniel W. Shuman. — 2002. — P. 181–208.
41. Mossman D. Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy / D. Mossman// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1994. — Vol. 62. — P. 783–792.
42. Oppenheimer K. Duty to warn: when should confidentiality be breached / K. Oppenheimer, G. Swanson // *J Fam Pract*. — 1990. — Vol. 30. — P. 179–184.
43. Shaw J. Assessing the risk of violence in patients / J. Shaw // *BMJ*. — 2000. — Vol. 320. — P.1088-1089.
44. Riddle Developmental Center. Safety procedure manual / [Электронный ресурс]. — Путь доступа: <http://www.jirdc.org/Files/Safety/S-E-0.pdf>. — Заглавие с экрана.
45. Training Self-Study Handbook/Nebraska Mental Health Board. — October 2008. — 154 p.
46. Simon R. I. On Sound and Unsound Mind: The Role of Suicide in Tort and a Insurance Litigation / R. I. Simon, J. L. Levenson, D. W. Shuman // *J Am Acad Psychiatry Law*. — 2005.— Vol.33. — P. 176–182.
47. Вольдимарова Н. Г. Уголовная ответственность за убийство при превышении пределов необходимой обороны / Н. Г. Вольдимарова // *Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук*. — М., 2003 — 220 с.
48. Савенко Ю. С. 20-летие НПА России / Ю. С. Савенко // *Независимый Психиатрический Журнал*. — 2009. — № 1. — С. 5–18.
49. Гацко М. О соотношении понятий «угроза» и «опасность» / М. Гацко // *Военно-политические проблемы* // *Обозреватель*. — 1997. — [Электронный документ]. — Путь доступа: http://www.rau.su/observer/№07_97/7_06.htm. — Заглавие с экрана.

Клінічні підстави застосування статті 14 Закону України «Про психіатричну допомогу»



Олійник О. П.

Олійник О. П.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Резюме. В статті розкрито клініко-психопатологічні підстави недобровільної госпіталізації в психіатричний стаціонар. Наведена детальна характеристика основних синдромів, що можуть бути небезпечними для оточуючих. Визначені необхідні умови правового застосування недобровільної госпіталізації.

Ключові слова: недобровільна госпіталізація, психічно хворі, клініко-психопатологічні синдроми.

Clinical grounds the application of article 14 of the Law of Ukraine «On Psychiatric Care»

Oleynik O. P.

The Ukrainian research institute social, forensic psychiatry and narcology, Kiev

Resume. In the article the clinic-psychopathologic basis of forced hospitalization in a psychiatric hospital are uncovered. The in-depth characteristic of some main syndromes is adduced, which one can introduce danger for ambient. The indispensable conditions of legal application of forced hospitalization are determined.

Key words: forced hospitalization, mentally ill, clinic-psychopathological syndromes.

Вступ

Одним з важливих напрямів психіатрії є запобігання суспільно небезпечних дій психічно хворих шляхом своєчасного виявлення у них ознак, що свідчать про небезпеку для оточуючих, з наступним застосуванням медичних заходів для усунення суспільної небезпеки. По суті вищенаведене відображає поняття первинної судово-психіатричної профілактики, але на практиці мало відноситься власне до судової психіатрії, а реалізується в рамках щоденної загальнопсихіатричної діяльності.

Під «застосуванням медичних заходів для усунення суспільної небезпеки» мається на увазі госпіталізація та лікування у психіатричному стаціонарі, в першу чергу, з метою тимчасової «ізоляції небезпечного хворого від суспільства». Госпіталізація та лікування відбуваються на загальних підставах за умови інформованої згоди пацієнта, але при наявності ознак, що свідчать про його суспільну небезпеку для оточуючих, може застосовуватись недобровільна госпіталізація у психіатричний стаціонар без згоди особи або її опікуна на підставі статті 14 Закону України «Про психіатричну допомогу». Згідно статті 14 цього Закону, особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити

дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих [1]. В даній роботі мова піде стосовно тієї частини 14 статті Закону, яка стосується небезпеки психічно хворого для оточуючих. Клініко-психопатологічний спектр станів, що можуть провокувати потенційну небезпеку психічно хворих для оточуючих значно ширший, ніж поняття небезпеки хворого для себе, яке передусім, має на увазі наявність суїцидальних думок, намірів і/або спроб.

Синдромальне розмаїття та невизначеність психічних станів, які обумовлюють небезпеку психічно хворих для оточуючих, становлять певні клініко-діагностичні труднощі та правові наслідки застосування недобровільної госпіталізації, з наступним обґрунтуванням її доцільності у суді, навіть для досвідчених лікарів-психіатрів. В умовах діючого законодавства у галузі психіатрії, важливим є своєчасне виявлення у хворих потенційно-небезпечних станів з метою захисту оточуючих, тобто, суспільства, а з іншого боку, необхідним є збереження усіх прав і свобод психічно хворих людей, як повноправних громадян суспільства.

Розв'язання цієї медико-правової дилеми на практиці вимагає широких теоретичних знань, клінічного досвіду, вміння аналізувати і узагальнювати отриману інформацію, для того щоб спрогнозувати можливий розвиток подій і прийняти єдине, правомірне і професійно обґрунтоване рішення щодо застосування або незастосування недобровільної госпіталізації відносно психічно хворої людини.

Актуальності проблеми надає той факт, що найчастіше психічно хворі виявляють жорстоку агресію до осіб з найближчого оточення, як правило — до членів своїх сімей. Вірогідність скоєння тяжких насильницьких дій у колі сім'ї сягає від 58 % до 87 % [2, 3]. Сторонні особи потерпають значно рідше. Тобто, жертвами агресії переважно стають люди, які піклуються про своїх психічно хворих родичів, намагаючись забезпечити їм гідний рівень життя. Позбавляючи життя членів своїх родин, хворі лишаються наодинці зі своїми проблемами, не в змозі їх самостійно вирішити, а подальше піклування про них забезпечують державні медико-соціальні служби, які в сучасних економічних умовах суттєво обмежені в обсязі допомоги, яка необхідна такому контингенту.

Метою роботи є розкриття клініко-синдромальних станів, які обумовлюють високу суспільну небезпеку психічно хворих для оточуючих і можуть виступати підставою для недобровільної госпіталізації у психіатричний стаціонар.

Матеріал та методи дослідження

Обстеженню підлягали 167 психічно (90 хворих на шизофренію, 30 — на органічне ураження головного мозку, 47 — із затяжними алкогольними психозами), що скоїли суспільно небезпечні дії проти життя та здоров'я інших осіб, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру у спеціалізованих психіатричних лікарнях з різними видами спостереження. Ретроспективний аналіз психопатологічних проявів у цих хворих під час вчинення ними агресивних діянь, дав змогу виявити найбільш високо небезпечні клініко-синдромальні стани, їх динаміку, тематику, спрямованість і вплив на поведінку. Для досягнення вищезазначеної мети використовувались клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження.

Результати дослідження

Дослідження проводилось на хворих трьох нозологічних груп: з шизофренією, органічним ураженням головного мозку та затяжними алкогольними психозами. Проте, виділяти нозологічну належність як прогностичний фактор потенційної небезпеки хворого не є доцільним і обґрунтованим. Про це свідчать наукові дані й інших дослідників [4, 5]. Найбільшу прогностичну цінність становить клініко-психопатологічна структура психічних розладів, їх тематика, спрямованість, вплив на поведінку, рівень критичності. Тобто, клінічними підставами недобровільної госпіталізації виступають не нозологічні форми, а симптоматична структура психопатологічних синдромів, які можуть бути подібними в рамках різних психіатричних нозологій.

При порушенні питання про застосування недобровільної госпіталізації необхідно дотримання двох обов'язкових умов: 1) мати відмову хворого від добровільного лікування; 2) мати наявність достовірних підтверджень про наміри або вчинки хворого, що становлять небезпеку для оточуючих.

Високу суспільну небезпеку, з можливістю агресивної поведінки, становлять маячні переживання (у складі маячних, галюцинаторно-маячних, експлозивно-маячних синдромів; дисфорій психотичного рівня тощо), які спрямовані на конкретних осіб, тобто персоніфіковані, та поєднують різні види маячення з обов'язковим персекуторним компонентом. Самі по собі маячні переживання не є підставою вважати їх джерелом небезпеки для оточуючих. Лікаря, перш за все, потрібно з'ясувати їх спрямованість, підтвердити або спростувати їх персоніфікованість, розкрити зміст і тематику, уточнити наміри і плани хворого стосовно розв'язання ситуації, виявити ознаки маячної поведінки. Підґрунтям високої вірогідності небезпечних дій стосовно оточуючих є поєднання маячних ідей відношення, переслідування, впливу, чаклунства або отруєння до певних осіб, з загрозою фізичного знищення, що супроводжуються афективною напругою, тривогою, страхом, ознаками маячної поведінки. Коли політематичне маячення набуває вітального компоненту з відчуттям загрози для власного життя, хворі намагаючись «врятувати себе», здатні позбавити життя інших за мотивами активного маячного захисту, не усвідомлюючи, що їх переживання і страхи є продуктом хворобливої психіки.

Маячення ревнощів, само по собі, є досить небезпечним психопатологічним станом для одного з подружжя. Особливу небезпеку цей стан становить, коли ідеї подружньої невірності додатково супроводжуються ідеями персекуторного змісту (отруєння, чаклунства, впливу, переслідування з боку дружини/чоловіка та «їх коханців»). Підтвердженням реальної небезпеки виступають агресивні висловлювання та наміри хворих, ознаки маячної поведінки, а також факти побиття, знущань у минулому. Здійснення СНД у таких випадках може відбуватись як за мотивами маячного захисту, так і за маячними мотивами помсти, які значно складніше виявити через схильність до їх дисимулятивного приховування. Такі хворі не просять допомоги і захисту, відкрито не висловлюють своїх страхів як при мотивах активного маячного захисту.

Експлозивно-параноїдний синдром з поєднанням психопатоподібних і маячних проявів може виступати джерелом агресивної поведінки до оточуючих. Особливістю цього синдрому є те, що поєднання двох його компонентів обумовлює високий рівень агресивності хворих. Навіть,

монотематичне маячення відношення разом з надмірною роздратованістю, вибуховістю, нездатністю контролювати емоції і вчинки під впливом найменших конфліктних ситуацій, становить небезпеку для оточуючих. Каталізатором агресивної поведінки може виступати і експлозивний, і маячний компонент синдрому.

При усіх видах маячення, без виключення, необхідно враховувати загальну закономірність — чим глибші інтелектуально-мнестичні або дефектні зміни, тим простіша структура маячних переживань може обумовлювати вірогідність агресії до оточуючих.

Психопатологічним підґрунтям високої небезпеки для оточуючих також виступають галюцинаторні «голоси» імперативного змісту, що наказують виконувати дії, спрямовані на завдання шкоди іншим, особливо в поєднанні з маячними переживаннями. Ведучими джерелами небезпеки в рамках галюцинаторно-маячних синдромів можуть бути як власне галюцинаторний, так і параноїдний компонент, взаємообумовлюючи високий рівень агресивності хворих. Наявність хоча б часткової критики до свого хворобливого стану є стримуючим фактором реалізації агресивних дій.

Серед непсихотичних розладів особливу загрозу для оточуючих становлять психопатоподібні синдроми на фоні виразної дефіцитарної симптоматики з поєднанням збудливості, експлозивності, імпульсивності, непередбачуваності поведінки, нетриманням афекту, зниженням критики з морально-етичною деградацією, підкресленою зневагою до соціальних норм, труднощами адекватної оцінки ситуації та своїх можливостей, ригідною гіперактивністю без достатньої оцінки наслідків своєї поведінки. Схильність до зловживання психоактивних речовин, насамперед, алкоголем, асоціальний спосіб життя, інциденти агресії у минулому, є додатковими свідченнями на користь недобровільної госпіталізації хворих з таким психічним станом.

Прийнято вважати, що особи з недоумством не представляють суттєвої загрози для життя та здоров'я оточуючих. Вони більш схильні до дріб'язкових крадіжок, легкого хуліганства тощо, з метою задоволення своїх примітивно-матеріальних потреб. Проте, результати дослідження свідчать, що стан деменції легкого чи помірного ступеня, з певними поєднаннями інтелектуально-мнестичних, емоційно-вольових та поведінкових розладів може бути підґрунтям агресивних намірів і вчинків хворих та виступати вагомою підставою для застосування недобровільного лікування. Особливо небезпечним, з високою вірогідністю агресивного ставлення до оточуючих, є експлозивний (афективний) тип недоумства. При цьому різновиді синдрому на перший план виступають виразні афективні розлади: надмірна

роздратованість, збудливість, злобність, вибуховість з найменших приводів; конфліктність, егоцентризм, нетерплячість до потреб інших осіб, бурхлива реакція на зауваження. Поведінка таких хворих відрізняється розгальмованістю потягів і бажань, спрямована на задоволення виключно власних потреб. Вони нерідко стають ініціаторами сварок і конфліктів, є вимогливими й деспотичними у ставленні до рідних та оточуючих, погрожують їм розправою, застосовують фізичну агресію. Простий (інтелектуально-мнестичний) тип недоумства представляє загрозу лише при умові тривалої психотравмуючої ситуації з провокативною поведінкою оточуючих. Ці особливості слід враховувати при вирішенні проблеми недобровільної госпіталізації.

Дисфоричний синдром може обумовлювати агресивні дії і бути приводом для недобровільної госпіталізації. Під дисфорією розуміють аутохтонно пароксизмально, періодично виникаючий, відносно нетривалий, визначений у часі, розлад настрою, переважно тужливо-злісного забарвлення на тлі напруженого афективного тону, що коливається в своїй інтенсивності, важко переноситься хворим та закінчується незалежно від волі й бажання останнього [6]. Цей стан є болісним для хворих і характеризується підвищеною чутливістю до будь-яких зовнішніх подразників. Дисфоричні розлади можуть бути психотичного та непсихотичного рівня. Особливої уваги, як стани з високою небезпекою для оточуючих, вимагають психотичні дисфорії експлозивного, дистимо-експлозивного та параноїального типів.

Розлади свідомості у вигляді сутінкових станів теж можуть стати причиною проявів агресії до оточуючих. Зазвичай передують розвитку цього синдрому психогенії, соматогенії, астенізація, алкогольне сп'яніння тощо. На користь встановленого синдрому свідчитимуть анамнестичні дані про черепно-мозкові травми та наявність розладів свідомості в минулому. Висока суспільна небезпека афективно-моторного, галюцинаторно-параноїдного та параноїчного варіантів сутінкових розладів свідомості загальновідома [4–6]. Відносно сприятливим є той факт, що такі порушення нечасто зустрічаються в психіатричній практиці.

Підсумовуючи слід зазначити, що при вирішенні питання про недобровільну госпіталізацію, лікарям-психіатрам необхідно впевнитись, що агресивні наміри або вчинки хворого виходять з його клініко-психопатологічного стану, безпосередньо пов'язані з ним і є «логічними» проявами хворобливих переживань. Це допоможе лікарям виключити випадки агресивної поведінки психічно хворих у відповідь на насильство, агресію або провокативні дії з боку самих оточуючих, а також виключити випадки надання неправдивої

інформації про, нібито, агресивну поведінку з метою госпіталізації (до чого нерідко вдаються родичі, щоб на певний час позбавитись від необхідності догляду, спілкування та проживання разом з психічно хворими). За можливості, в кожному випадку, слід вимагати від родичів або інших осіб, які повідомляють про агресивні висловлювання, наміри або дії хворого, письмове підтвердження, як додаткове свідчення суспільної небезпеки.

Своєчасність, якість надання та достатній обсяг психіатричної допомоги суттєво впливають на ризик скоєння СНД психічно хворими з агресивними тенденціями, зменшуючи вірогідність реалізації агресивних дій стосовно оточуючих. Це підтверджують результати досліджень, згідно яких тільки 18 % хворих з тих, що скоїли СНД, регулярно спостерігались лікарями-психіатрами та приймали призначене лікування, інші 82 % хворих або взагалі ніколи не потрапляли в поле зору психіатричної служби або формально перебували на обліку дільничних психіатрів, самостійно не звертаючись за медичною допомогою. Доволі показовими є наступні приклади.

Хворий Є., 1939 року народження. Психічний стан значно змінився за два роки до скоєння СНД: почав погрожувати смертю дружині та дітям, постійно конфліктував з ними, мав безліч претензій, почав бити дружину, звинувачуючи її в подружній зраді, «заподіянні йому хвороб через ворожок...». За порадою доньки звернувся до дільничного психіатра, де амбулаторно пройшов курс лікування з приводу церебрального атеросклерозу з помірно-виразними змінами особистості. Після незначного та нетривалого покращення, психічний стан знову погіршився, в колі сім'ї хворий став нестерпним, агресивним, рідні боялися його, не зачіпали. До лікаря не звертався, медикаментів не приймав. За два тижні до скоєння СНД хворий став вкрай неадекватним: почав робити вдома три труни, запрошував знайомих та родичів на поховання своїх дітей та дружини. За три дні до правопорушення виявляв підозрілу лагідність до рідних, а потім, з метою позбавлення життя, завдав дружині тілесних ушкоджень. Запобігти летальному випадку змогли сусіди, які своєчасно зупинили хворого.

Хворий К., 1956 р. н., тривалість хвороби 19 років, багаторазово лікувався в стаціонарі, востаннє за два роки до скоєння СНД, вдома підтримуюче лікування не приймав. Мешкав з батьками, конфліктував з ними та односельцями, був агресивним, неодноразово завдавав батькові тілесних ушкоджень, постійно ходив по селу з сокирою, погрожуючи оточуючим. Одного разу, в ході незначної сварки завдав батькові тілесних ушкоджень, від яких останній помер.

Обидва приклади демонструють ненадання необхідної психіатричної допомоги агресивно

налаштованим хворим, що призвело до скоєння ними тяжких СНД. Не дивлячись на виразну агресивно-хворобливу поведінку хворих, яка свідчила про їх високу суспільну небезпеку, ні самі хворі (через відсутність критичного ставлення до свого стану), ні їх родичі або оточуючі не звернулись за медичною допомогою. Поясненням цього можуть бути безліч причин, від елементарної необізнаності чи страху перед агресивними хворими, до більш складних економічно-галузевих проблем, пов'язаних з віддаленим проживанням в сільській місцевості або невеликих містечках, що ускладнює отримання спеціалізованої психіатричної допомоги, через нестачу лікарів, наявних транспортних перепон, матеріально-економічних труднощів. Констатуючи суспільну небезпеку хворих для оточуючих, яка є показанням для недобровільної госпіталізації як заходу первинної профілактики СНД, слід враховувати необхідність комісійного огляду хворого не менше ніж двома спеціалістами, але навіть цю умову буває важко виконати через відсутність повної комплектації периферійних медичних закладів лікарями-спеціалістами. Звісно, міському населенню, де є великі психіатричні установи, значно легше отримати необхідну допомогу в повному обсязі лише при умові звернення до лікарів.

Наступні приклади демонструють інші труднощі профілактичної роботи, навіть при своєчасному наданні психіатричної допомоги.

Хворий Б., 1979 р. н., хворіє 5 років. Стосунки з батьками завжди були прохолодними, але останнім часом став вкрай жорстоким до паралізованого батька, звинувачував його, бив матір, ламав вдома меблі, розмовляв сам з собою. Це стало приводом до госпіталізації в стаціонар, де лікувався протягом двох місяців. 23 вересня був відпущений додому з матір'ю у лікарняну відпустку. Того ж дня, вигнавши матір з квартири, за хворобливими мотивами скоїв на-вмисне вбивство свого батька.

Хворий П., 1972 р. н., тривалість хвороби більше 3-х років, мешкає з батьками, до яких неодноразово під впливом маячних переживань, виявляв агресивні наміри, що слугувало частою причиною госпіталізації. Напередодні лікувався в стаціонарі протягом 1,5 місяців, був виписаний з покращенням. Наступного дня скоїв вбивство матері та побиття батька.

Ці випадки вказують на несвоєчасність виписки хворих, недооцінку їх суспільної небезпеки, можливо через наявні дисиммулятивні тенденції або через недосвідченість медичного персоналу.

Таким чином, своєчасна та адекватна за обсягом психіатрична допомога суттєво знижує ризик скоєння СНД у хворих з агресивними тенденціями.

Висновки

Звісно, дана стаття не вичерпує всього розмаїття клініко-психопатологічних станів, які можуть обумовити небезпеку психічно хворого для оточуючих. В кожному конкретному випадку рішення стосовно недобровільної госпіталізації слід приймати індивідуалізовано, з урахуванням не тільки психічного стану, але й фактів агресії у минулому, алкоголізації, показників соціального статусу. Рішення лікарів-психіатрів про недобровільну госпіталізацію психічно хворого повинно бути доказово обґрунтованим на високому професійному рівні, з розкриттям змісту хворобливих переживань, на яких ґрунтуються агресивні наміри і потенційна небезпека особи з психічними розладами. Це дасть змогу лікарям-психіатрам довести у суді, що рішення про недобровільну госпіталізацію, з обмеженням прав і свобод психічно хворого, було єдино правильним і переслідувало мету захисту життя та здоров'я інших членів суспільства.

Вірно обґрунтоване рішення про недобровільну госпіталізацію є свідченням високого рівня професіоналізму лікарів-психіатрів і запорукою їх правового захисту у разі виникнення спірних питань. В умовах недосконалої правової і судової системи України не слід нехтувати цим фактом. Лікарі-психіатри, як і користувачі їх послугами, потребують юридично-правового захисту при виконанні своїх професійних обов'язків.

До того ж необхідно намагатись змінити суспільне ставлення до психіатрії. В умовах діючого законодавства, спрямованого, перш за все, на захист прав і свобод психічно хворих, є неможливим і вкрай проблематичним, незаконне утримання людини у психіатричному закладі. Психіатрія сьогодні, без перебільшення, є однією з найгуманніших і правових галузей медицини. Пріоритетами подальших наукових розробок у цьому напрямі можна вважати розробку чітких стандартів і протоколів застосування недобровільної госпіталізації у психіатричний стаціонар.

Література

1. Закон України про психіатричну допомогу. — К.: Сфера, 2000. — 50 с.
2. Олійник О. П. Агресивні дії психічно хворих у сім'ї: аналіз стану проблеми / О. П. Олійник // Психічне здоров'я. — 2006. — № 1 (10). — С. 70–73.
3. Stuart Heather Насилие и психические заболевания: обзор / S. Heather // Вестник ассоциации психиатров Украины. — 2004. — № 1–2. — С. 44–53.
4. Судебная психиатрия: учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитоновна, С. Н. Шишков. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 592 с.
5. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. — 464 с.
6. Мельник В. И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике / В. И. Мельник. — Киев: Науковий світ, 2005. — 296 с.

УДК: (616–006:616.89)+615.851

Експертна судово-психіатрична оцінка психічних розладів в осіб з онкологічною патологією в цивільному процесі (сучасний стан проблеми)

Шум С. С.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Резюме. у статті проаналізований сучасний стан наукових розробок відносно експертної оцінки психічних розладів при онкологічних захворюваннях. Виділені актуальні завдання для подальших досліджень з врахуванням існуючих реалій в практиці судово-психіатричної експертизи.

Ключові слова: розлади, рак, експертна оцінка, дієздатність.

Expert forensic psychiatric assessment of mental disorders in persons with oncologic pathology in civil process (current state of the problem)

Shum S. S.

Resume. in the article had analyzed the modern state of scientific workings due to expert assessment of mental disease dealing oncological diseases. Actual problems for the future are emphasized considering all existing realities in practice of judicial-psychiatric examination.

Key words: mental disease, a cancer, an expert assessment, capacity.

Зміна ставлення до особистої власності, дозвіл на приватизацію, надали громадянам широкі можливості розпоряджатись своїм майном. З огляду на принципові зміни у ставленні громадян до свого особистого та майнового статку під впливом масштабних соціальних змін, розшарування суспільства, формування класу заможної спільноти, відмічається зростання кількості майнових угод фізичних осіб, особливо купівлі-продажу, оформлення ренти, дарування житлової площі тощо. Як наслідок цього, зростає кількість справ у цивільному судочинстві з вирішення майнових спорів. Проте в нових соціально-економічних і правових умовах однією з найбільш незахищених категорій населення виявились особи з психічними розладами, які не завжди без збитків для себе або для своїх рідних можуть користуватись своїми цивільними правами, наприклад здійснювати угоди. Нерідко розв'язання судової тяжби потребує призначення судово-психіатричної експертизи (СПЕ), що є обов'язковим при необхідності встановити психічний стан особи [1–3].

Значну частину експертиз (понад 80 %) у цивільному процесі складають посмертні СПЕ [2, 4, 6, 7].

Зростання захворюваності на рак і смертності від цього недугу теж безпосередньо відобразились на прирості кількості СПЕ у цивільному процесі, більшість з яких є посмертними. Посмертні СПЕ одні з найбільш складних видів психіатричних експертиз через відсутність особи, стосовно якої вирішуються питання її психічного стану, неповноти та суперечливості матеріалів справи, медичної документації та показань

свідків, що обумовлює високий відсоток випадків неможливості прийняття експертного рішення через недостатність інформації та її суперечливий характер. У зв'язку з цим проблемам посмертних СПЕ приділено багато уваги науковців та практиків у галузі судової психіатрії [6–8].

Метою даної роботи є аналіз сучасного стану результатів наукових досліджень щодо клініко-психопатологічних особливостей психічних та поведінкових розладів при онкопатології та існуючих критеріїв їх судово-психіатричної оцінки, для визначення здатності осіб із злоякісними новоутвореннями усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час оформлення цивільних актів.

Об'єктом дослідження виступали вітчизняні та закордонні літературні джерела, нормативно-законодавчі документи, результати наукових досліджень з питань експертної оцінки психічних розладів у хворих з онкологічною патологією. Матеріалом дослідження також були 146 актів посмертних СПЕ осіб із злоякісними новоутвореннями. Для роботи із зазначеним матеріалом використовувались метод аналітичного огляду літератури та метод експертного аналізу актів СПЕ.

Дослідження психічних розладів в осіб із злоякісними новоутвореннями почали проводитись вже давно [8–10]. Не дивлячись на це, робіт, присвячених вивченню психічних розладів у онкохворих небагато, здебільшого вони виконані на обмеженому вибіркового матеріалі [11–13]. А питанням експертної оцінки психічних розладів у хворих на онкопатологію присвячені лише окремі роботи [1, 14].

Активно проблема судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями почала вивчатись в останні роки не тільки як наслідок зростання кількості СПЕ, але й у зв'язку зі змінами цивільного законодавства, введення нового змісту певних юридичних категорій, насамперед, «обмеженої дієздатності» і необхідністю розробки відповідних медичних критеріїв і експертних підходів, що відповідають існуючим правовим категоріям [1, 14–17].

Історія розуміння поняття «недієздатність» пройшла від часів Римського права до теперішнього часу. Юристи та судові психіатри різних країн шляхом багатовікового досвіду виробляли своє розуміння юридичних категорій «дієздатність / обмежена дієздатність / недієздатність» та медичні критерії, що відповідали суті цих категорій. Проте й на сьогодні не припиняється пошук найбільш оптимальних судово-психіатричних підходів до збереження презумпції психічного здоров'я і, одночасно, захисту цивільних прав осіб з психічними порушеннями, насамперед, при онкологічних захворюваннях [1, 18–24].

Згідно українського законодавства, дієздатність осіб з онкологічними хворобами (як одними з найбільш тяжких соматичних станів, що можуть вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) на можливість керувати ним), можна розглядати у ракурсі кількох статей ЦК України. Так, наразі, у ч.1, ст. 225 ЦК України, що стосується правових наслідків вчинення правочину дієздатною фізичною особою, яка у момент вчинення не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ним, зазначено що «правочин, який дієздатна фізична особа, вчинила у момент, коли вона не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ним, може бути визнаний судом недійсним за позовом цієї особи, а в разі її смерті — за позовом інших осіб, чиї цивільні права або інтереси порушені». Правила статті 225 ЦК можуть застосовуватись за таких умов: 1) фізична особа є дієздатною; 2) у момент вчинення правочину ця фізична особа перебувала у такому стані, що не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними. В коментарях зазначено, що йдеться про такий тимчасовий стан, при якому людина внаслідок функціональних розладів психіки, порушення фізіологічних процесів в організмі або інших хворобливих станів не може розуміти своїх дій або керувати ними. А правочин укладений у такому стані, не відображає справжньої волі особи, щодо встановлення, припинення тощо цивільних прав та обов'язків. Неспроможність дієздатної особи розуміти значення своїх дій та (або) керувати ними може бути викликана різними обставинами: нервовим стресом, шоком від фізичної травми, алкогольним або наркотичним

сп'янінням тощо, і виявляється у двох формах: вольовій та інтелектуальній. Вольова форма виражається в тому, що особа, хоч і усвідомлювала свої вчинки, більш або менш адекватно оцінювала те, що відбувається навколо, але в той же час не могла керувати своїми діями. Інтелектуальна форма вияву такого стану означає, що особа не розуміла значення своїх дій, хоча могла керувати ними. Можливе поєднання вольової та інтелектуальної форм в одній особі [25].

Визнати онкохвору особу недієздатною, тим самим позбавивши її можливості виконувати свої цивільні права та обов'язки можна на підставі ч. 1 ст. 39 ЦК України, в якій зазначено, що «фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними». Застосування цієї статті на практиці, щодо осіб із злжаксними новоутвореннями, можливе лише за життя людини, у відношенні якої вирішуються питання здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними та при наявності у неї хронічного, стійкого психічного розладу. Згідно ч. 1 ст. 40 ЦК України фізична особа визнається недієздатною з моменту набрання законної сили рішенням суду про це, а ч. 2 цієї статті доповнює, що «якщо від часу виникнення недієздатності залежить визнання недійсним шлюбу, договору або іншого правочину, суд з урахуванням висновку судово-психіатричної експертизи та інших доказів щодо психічного стану особи може визначити у своєму рішенні день, з якого вона визнається недієздатною». Обмеження цивільної дієздатності фізичної особи (у т. ч. онкохворої) можливе на підставі ч. 1 ст. 36 ЦК України згідно якої «суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона страждає на психічний розлад, який істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними» [25].

Аналогічно до існуючого вітчизняного законодавства, російські законодавці, відповідно до ч.1 статті 177 ЦК РФ зазначають, що «Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находящимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий и руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения» [26]. У даній статті, як і в аналогічній за змістом статті ЦК України, не сформульований медичний критерій. Оцінки вимагає лише стан особи у момент укладання угоди. Це передбачає більш широкий предмет дослідження, включаючи оцінку не тільки психічного, але й психологічного або будь-якого іншого стану на час укладання угоди, у тому числі

алкогольного сп'яніння, запою, а також станів обумовлених тяжкою соматичною патологією. Предметом СПЕ у справах про визнання угоди недійсною є визначення психічного стану особи в юридично значимий період укладання правочину. Правочин (сделка) — це акт усвідомленої цілеспрямованої вольової дії фізичної особи, здійснюючи яку, вона прагне досягти певних правових наслідків. Сутність правочину складає воля та волевиявлення сторін. Задачею експертизи є визначення впливу психічних розладів на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Для позначення такої здатності в особи, що уклала правочин російські судові психіатри широко користуються терміном «сделкоспособность», український аналог якого досі відсутній через нечисленність досліджень у цьому напрямку [27, 15].

На думку фахівців з судової психіатрії, спеціфікою експертного підходу при кваліфікації «несделкоспособности» є системний аналіз взаємодії психопатологічних, психологічних та соціальних чинників, що співпадає з концепцією «синдром — особистість — ситуація» (Ф. В. Кондратьєв, 2006) у кримінальному праві. Медичний критерій «несделкоспособности» не вичерпується тільки психопатологічними розладами, а представляє собою сукупність клінічних, соціальних, особистісних та соматичних ознак, які системно обумовлюють порушення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на час укладання правочину. Медичний критерій включає стаціонарні (хронічні) стани (деменцію, параноїдні, галюцинаторно-параноїдні синдроми, синдром залежності від алкоголю в кінцевій стадії тощо), а також тимчасові і динамічні психічні розлади (в структурі органічного психічного розладу, афективних синдромів і синдрому порушення свідомості). Доказове експертне значення, незалежно від клініко-психопатологічних розладів, мають психогенні, особистісні і соматичні ознаки, що визначають характеристику «несделкоспособности», такі як:

- порушення сімейної і міжособистісної адаптації, самотність;
- непродуктивність і неконструктивність діяльності з укладання угоди без урахування інтересів особи;
- зміна особистісних цінностей і настанов в структурі патологічного зниження особистості при органічних психічних розладах та синдромі залежності від алкоголю, обумовлюючих порушення критичності, регуляції поведінки і прогнозування наслідків угоди;
- висока чутливість до психогенних факторів та випадкових впливів середовищних факторів з формуванням нових та більш глибоких психопатологічних порушень.

Таким чином, експертний висновок щодо психічного стану особи, яка уклала правочин, визначається результуючою сукупністю клінічних, психологічних, соціальних і ситуаційних чинників, які інтегративно впливають на здатність суб'єкта правочину розуміти значення своїх дій та керувати ними. Одночасно з визначенням тяжкості психічних розладів враховуються динамічні зміни, обумовлені змінами соматичного стану (наприклад, під впливом онкологічної хвороби) чи соціально-психогенними обставинами [15, 27, 28].

Основою експертної оцінки є психопатологічний та психологічний аналіз психічного стану підекспертного на час укладання правочину. Останній обґрунтовує проведення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи із залученням експерта-психолога до вирішення експертних питань, особливо в осіб з невизначеними психічними розладами на фоні соматогенії та психогенії, з проявами декомпенсації та поглиблення психічних порушень на час укладання юридичної угоди. У таких випадках заключення експерта-психолога доповнює висновок психіатра-експерта, розкриває психопатологічні механізми регуляції психічної діяльності та дозволяє надати суду більш повну картину психічного стану особи у період укладання правочину [2, 27, 28].

Експертна значимість соматичних факторів в обґрунтуванні висновків полягає не в самому факті наявності соматичної патології, а в її взаємозв'язку з психопатологічними порушеннями, виразність яких корелює з формою та особливостями перебігу соматичних захворювань, що є важливим фактором прогнозу динаміки психічних розладів. Для осіб з тяжкими формами соматичних захворювань, насамперед онкологічних, з поліорганною недостатністю і виразною інтоксикацією характерним є розвиток енцефалопатії з астеничними та когнітивними порушеннями. Хронічний больовий синдром, знеухомленість, безпорадність суттєво порушують рівень соціального функціонування хворих і є значними психотравмуючими чинниками, які у поєднанні з органічними розладами можуть провокувати розвиток тривожних і афективних порушень. Поглиблення психопатологічних розладів, приєднання афективних і тривожних синдромів може супроводжуватись виразним зниженням адаптативних можливостей, порушенням критичної оцінки ситуації, пов'язаної з укладанням правочину та прогнозу її наслідків [15, 27].

Значні експертні складнощі викликає судово-психіатрична оцінка афективних розладів у вигляді депресивних, тривожних синдромів; різних проявів психоорганічного синдрому від легкого когнітивного розладу (F06.7) до виразного інтелектуально-мнестичного зниження в рамках

органічного розладу особистості (F07.9); а також астеничного симптомокомплексу у вигляді органічного емоційно-лабільного розладу (F06.6). Судово-психіатричні підходи до експертної оцінки цих станів в окремо взятому вигляді в рамках різних психіатричних нозологій викладені лише у поодиноких працях [2, 4, 27, 29]. Але роботи, які були б присвячені судово-психіатричній оцінці сукупності цих станів безпосередньо в осіб з онкологічними захворюваннями, саме при яких найчастіше спостерігається поєднання афективних, астеничних, когнітивних порушень на фоні виразного больового синдрому, застосування наркотичних анальгетиків та проведення інших видів протипухлинної терапії з виразною побічною дією (хіміотерапія, променева терапія, численні травматичні оперативні втручання тощо), наразі на даному етапі розвитку психоонкології та судової психіатрії відсутні.

Взагалі дослідження, що присвячені судово-психіатричній експертизі осіб з онкологічними захворюваннями у цивільному процесі, є вкрай поодинокими [1, 17, 30].

Згідно проаналізованих нами актів посмертних СПЕ на час укладання оспорюваних правочинів переважна більшість (73,2 %) підекспертних перебували у віці старше 60 років, з них у віці понад 80 років підписували правочини понад 17 % осіб. Більше третини досліджених вже під час онкохвороби укладали повторні правочини, змінюючи свої попередні юридичні рішення, на користь віддалених родичів, знайомих, сусідів або взагалі малознайомих людей, керуючись переважно нелогічними, незрозумілими мотивами. У понад 92 % з них онкологічна патологія поєднувалась з кардіологічними, неврологічними, ендокринологічними та іншими захворюваннями, які значно погіршували соматопсихічний стан онкохворих і виступали підґрунтям для розвитку коморбідних психічних порушень. Тяжкість стану онкохворих обумовлювала укладання юридичних документів у лікарні або виклик нотаріуса додому (близько 70 % випадків). Безпосередньо у день смерті або за декілька днів до смерті укладали угоди 17,1 % осіб хворих на рак. Всі підекспертні укладали правочини, перебуваючи на III або IV стадіях онкологічного процесу. Звісно всі ці факти не могли не викликати сумнівів у збереженні здатності

особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на час підписання правочину, на що посилались у клопотаннях про призначення СПЕ таким хворим. У 8,2 % випадках під час проведення СПЕ експерти не змогли прийняти рішення через недостатність та суперечливість даних стосовно психічного стану підекспертних на час укладання юридичних угод, що вкотре свідчить про складність подібних експертиз і практичну необхідність розробки критеріїв експертної оцінки психічних розладів при онкопатології.

Висновки

Таким чином, теоретичний аналіз проблеми судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями свідчить, що в останній час у зв'язку із зростанням захворюваності на рак як в Україні, так й у всьому світі, наукові дослідження з проблеми психоонкології вкрай актуальні.

Численні епідеміологічні дослідження виявляють у хворих на рак широку розповсюдженість психічних розладів різного рівня — невротичного, психотичного та різного ґенезу — соматогенного, психогенного, органічного тощо.

В галузі судової психіатрії переважають нечисленні роботи окремих авторів, присвячені методологічним аспектам проведення посмертних судово-психіатричних експертиз у цивільному процесі та експертній оцінці різних нозологічних форм та станів. Проте, досліджень, які б прицільно стосувались судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів у хворих на рак майже не проводилось.

До сьогодні нерозробленими лишаються критерії експертної оцінки психічних розладів при онкопатології, особливо в разі співіснування декількох неглибоких психопатологічних синдромів. Недостатньо вивченим є кумулятивний вплив психологічних чинників, соціальної дезадаптації, ситуаційних чинників, соматичного стану, на поглиблення психічних розладів і, відповідно, на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на час укладання правочинів. Це підтверджує актуальність наукових розробок у цьому напрямі, особливо у співставленні з результатами практичних сьогоденних реалій у галузі судової психіатрії.

Література

1. Печерникова Т. П. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе (пособие для врачей) / Т. П. Печерникова, Н. В. Бутылина. — М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2003. — 31 с.
2. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — 592 с.
3. Цивільний процесуальний кодекс України. Науково-практичний коментар Я. П. Зейкан. — К, Юридична практика, 2006 р. — 560 с.
4. Первомайский Б. В. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике // В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко / — Киев: Издательская компания «КИТ», 2006. — 394 с.

5. Харитонов Н. К. Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 491–492.
6. Илейко В. Р. Методика оценки медицинской документации при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе / В. Р. Илейко // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2001. — № 1 (8). — С. 35–40.
7. Королева Е. В. Современные аспекты посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой // Сборник научных трудов / Под ред Т. Б. Дмитриевой, А. Ю. Березанцева. — М.: ФГУ «ГНЦССПН Росздрава», 2009. — С. 119–128.
8. Зиман Р. М. Психопатология опухолей мозга // Вопросы невропатологии и психиатрии. — Ростов-на-Дону, 1937. — С. 250–252.
9. Ромасенко В. А. Нервно-психические нарушения при раке / В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов. — М: Медицина, 1961. — 231 с.
10. Гнездилов А. В. Психогенные реакции в онкологических больных: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук. — Л., 1977. — 16 с.
11. Папырин В. Д. Психические нарушения у больных со злокачественными новообразованиями нижней конечности (клиника, лечение, реабилитация): автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Папырин В. Д. — М., 1983. — 25 с.
12. Жилыева Т. В. Психические особенности пациентов с раком легкого: результаты сравнительного исследования / Т. В. Жилыева // Вестник РГМУ. Периодический медицинский журнал. — М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. — 2008. — № 2 (61). — С. 79.
13. Васиянова В. В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций: дисс. ... канд. мед. наук / В. В. Васиянова. — Казань, 1996. — 223 с.
14. Шостакович Б. В. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Б. В. Шостакович, А. Д. Ревенко. — Киев: Здоровье, 1992 — 184 с.
15. Королева Е. В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки: автореф. дисс. на соискание научн. степени док. мед. наук: спец. 14.01.06 «Психиатрия» / Е. В. Королева. — М., 2010. — 42 с.
16. Первомайский В. Б. Ограниченная дееспособность: проблемы и перспективы / В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко // Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. — Киев: Издательская компания «КИТ», 2006. — С. 241–249.
17. Илейко В. Р. Посмертна судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі: автореф. дис...док. мед. наук. — К., 2005. — 32 с.
18. Боткин Я. Р. Роль и значение психиатров при освидетельствовании душевнобольных в Особом Присутствии Губернского правления // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб., 1911. — С. 873–879.
19. Холодковская Е. М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике / Е. М. Холодковская. — Москва: Медицина, 1967. — 112 с. — (Библиотека практического врача).
20. Илейко В. Р. Исторический аспект развития взглядов на проблему дееспособности (Обзор литературы) / В. Р. Илейко // Галицький лікарський вісник. — 2003. — Т. 10, № 1. — С. 118–120.
21. Королева Е. В. Сравнение критериев судебно-психиатрической оценки категорий дееспособности и сделок / Е. В. Королева, А. В. Мишин // Судебная психиатрия. — М., 2007. — С. 114–131.
22. Илейко В. Р. Теоретичний аналіз понять «дієздатність», «недієздатність», «обмежена дієздатність» в Цивільному кодексі України у редакції від 16.01.2003 року / В. Р. Ілейко, В. Б. Первомайський // Архів психіатрії. — 2007. — Т. 13, № 1–2. — С. 38–42.
23. Бутылина Н. В. Психические расстройства у больных онкологическими заболеваниями (по материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз) / Н. В. Бутылина // Рос. психиатр. журн. — 1998. — № 5. — С. 12–15.
24. Харитонов Н. К. Особенности методологии судебно-психиатрического диагноза в гражданском процессе / Н. К. Харитонов, Е. В. Королева, А. В. Мишин // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 4. — С. 21–28.
25. Цивільний кодекс України: Коментар. Видання друге із змінами за станом на 15 січня 2004 року. — Х.: ТОВ «Одисей», 2004. — 856 с.
26. Гражданский кодекс РФ: по состоянию на 14.01.11 года. Части 1–4. — Официальный текст. — Издательство: Омега-Л, 2011. — 478 с. — (Серия: Кодексы Российской Федерации).
27. Судебная психиатрия: учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитонов, С. Н. Шишков. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 752 с.
28. Малкин Д. А. Экспертная оценка психического состояния лиц, совершивших сделки (в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы): автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Малкин Дмитрий Александрович. — М., 2004. — 24 с.
29. Харитонов Н. К. Особенности судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности при экспертизе дееспособности / Н. К. Харитонов, Е. В. Королева, И. А. Козлова // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2008. — С. 223–235.
30. Илейко В. Р. Оценка психических расстройств вследствие онкологических заболеваний при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе / В. Р. Илейко // Арх. психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 3 (34). — С. 55–58.

Психиатрическая реабилитация пациентов с шизофренией, которые получают стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь в принудительном порядке



Гончар Т. А.

Гончар Т. А.

Кафедра психиатрии НМАПО

Резюме. Статья отображает результаты исследования, направленного на разработку комплексной медико-социальной программы реабилитации пациентов с шизофренией, находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном принудительном лечении, представлен анализ исследуемых групп пациентов, представлен алгоритм программы психиатрической реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах.

Ключові слова: психиатрическая реабилитация, принудительное лечение, шизофрения.

Psychiatric rehabilitation of patients with schizophrenia receiving stationary and outpatient compulsory treatment

Gonchar T. A.

Resume. The article represents results of the study intended for development of complex medical-social rehabilitation program for patients with schizophrenia receiving compulsory treatment. An analysis of such groups of patients and algorithm of psychiatric rehabilitation program in stationary and outpatient stages are represented.

Key words: psychiatric rehabilitation, compulsory treatment, schizophrenia.

Проблема принятия решения о необходимости предоставления психиатрической помощи в принудительном порядке лицам с психическими расстройствами, организация и проведение такой помощи является наиболее сложными и ответственными заданиями для специалистов как в общей, так и в судебно-психиатрической практике (Карпов О. А., 1995; Мальцева М. М., Котов В. Г., 1995; Нагнибида А. Н., Нитруца М. И., 2000; Насинник О. А., 2007; Geller J. I., 1986; De Turk B., Van den Berg A., 2000).

Это обусловлено, во-первых, природой психических расстройств, определенная часть которых может составлять угрозу как их носителю, так и окружающим. Во-вторых, такая естественная необходимость применения принуждения к психически больному несет в себе опасность нарушения его прав и способствует искушению преднамеренного использования принуждения ради достижения его цели (Косенко В. Г., Певзнер О. Г., Смоленко Л. Ф., 1995; Шостакович Б. В., 1987; Юрьева Л. Н., 1992; Лехемате И., 1996; Santos A., Thrasher J., 2002).

Введение нового законодательства в психиатрии, прежде всего Закона Украины «О психиатрической помощи», внедряет и новые подходы к предоставлению психиатрической помощи, в частности в принудительном порядке, нуждается в специальных исследованиях и разработке научно обоснованных рекомендаций (Кузнецов В. Н., 2003; Насинник О. А., 2005).

Анализ литературных источников показал, что США, Великобритания, Франция и страны СНГ имеют и накапливают определенный опыт относительно внедрения терапевтических мероприятий лицам, которые находятся на принудительной госпитализации.

В то же время медико-социальная реабилитация лиц, которые страдают на психическую патологию, на сегодня являются одним из важнейших вопросов психиатрии. Поскольку система медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на частичное или полное возобновление биологического или социального статуса пациентов с принудительным лечением получила свою обоснованность только в последние десятилетия, она еще не имеет достаточно четких положений (Назарова Н. В., 1989; Юрьева Л. Н., 1991; Хрящев А. В., 1998; Насинник О. А., 2006).

Также, значительным остается число пациентов, которые не совершали особенно опасные действия, но находятся на принудительном лечении.

Актуальность проблемы обусловлена малым количеством научных исследований из разработки комплексной медико-социальной реабилитации с учетом клинко-типологических особенностей, уровня качества жизни и социального функционирования больных, госпитализированных в стационар в принудительном порядке.

Значимость этого исследования заключается в определении конкретных клинических и социально-психологических механизмов, которые приводят к принудительному лечению и, следовательно, позволяют с большей объективностью его прогнозировать; изучении спектра клинических и социальных характеристик лиц, относительно которых были применены профилактические и лечебные мероприятия по предупреждению общественно опасных действий; разработке комплексной системы медико-социальной реабилитации пациентов, которая включает современные методы психотерапии и социального тренинга и позволит предупредить возникновение состояний дезадаптации в данном контингенте, повысить эффективность терапии, сократить сроки пребывания в стационаре и улучшить уровень социального функционирования.

Цель исследования

Разработать дифференциальную, патогенетически ориентированную программу медико-социальной реабилитации лиц, которые страдают шизофренией и относительно которых были применены мероприятия принудительного характера, с учетом клинко-психопатологических и социально-психологических механизмов и закономерностей, которые обуславливают принудительную госпитализацию.

Материалы и методы исследования

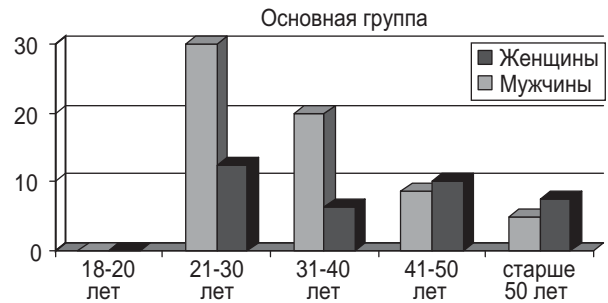
В течение 2002–2010 гг. нами на базе Киевской городской клинической психоневрологической больницы № 1 и Киевского городского психоневрологического диспансера № 4 обследовано 80 больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, 51 лиц мужского и 29 женского пола в возрасте от 20 до 55 и выше лет (основная группа). Группу сравнения составили 75 больных шизофренией (32 мужчин и 43 женщин) в возрасте от 20 и до 55 и старше лет, обратившихся за психиатрической помощью добровольно.

Основными методами исследования были клинко-психопатологический, психологический (шкалы общей оценки функционирования — WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), шкала оценки позитивных и негативных симптомов PANSS (по С. П. Кею, Л. А. Оплеру и Л. Фицбейну), шкала депрессии и тревоги Гамильтона), и статистический (описательная статистика, критерий Стьюдента t , критерий Фишера, корреляционный анализ и многофакторный анализ). Различия считались статистически значимыми при величине $p < 0,05$. Расчеты выполнялись с использованием прикладного пакета программ SPSS.

Диагностика шизофрении проводилась на основании критериев, принятых в отечественной психиатрии и сопоставлялись с рубриками F20 по МКБ-10.

Результаты исследования

Установлено, что 80,5 % больных шизофренией, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, находились в возрастном диапазоне 21–50 лет, причем лиц мужского пола было в два раза больше, чем лиц женского пола.



Отмечен довольно высокий образовательный уровень пациентов из основной группы — 42,5 % больных имели высшее и неоконченное высшее образование, а среднее специальное — 25 %. Причем среди лиц женского пола среднее специальное образование встречалось в 1,5 раза реже, чем у мужчин.

На момент исследования 90 % были безработными, инвалиды по психическому заболеванию составляли 55 %, и только лишь 10 % выборки работали.

Обращал на себя внимание высокий уровень семейной дезадаптации больных шизофренией, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке — у 60 % из них к моменту исследования никогда не было собственной семьи, а в 31,25 % случаев они были разведены.

Длительность заболевания у больных шизофренией основной группы и группы сравнения представлена в табл. 1.

Длительность заболеваний в основной группе составила 2–4 года (28,75 %), а в группе сравнения более 10 лет (26,67 %).

Поступлений в стационар в основной группе в 41,25 % процентах случаев было больше трех. В группе сравнения это 46,67 %. Различия не обладают статистической значимостью.

В основной группе непрерывный тип течения со стабильным дефектом составлял 50 %, в группе сравнения — 56 %, а обследуемых с нарастающим дефектом в основной группе было больше в 1,9 раз. Клиническое выражение ведущего психопатологического синдрома на период госпитализации больных основной группы и группы сравнения представлено в табл. 2.

Таблиця 1

Длительность заболевания у больных шизофренией основной группы и группы сравнения, абс. кол (%)

| Длительность заболевания | Основная группа | | | Группа сравнения | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| | Мужчины (n=51) | Женщины (n=29) | Всего (n=80) | Мужчины (n=32) | Женщины (n=43) | Всего (n=75) |
| 1 год | 6 (7,50) | 10 (12,50) | 16 (20,00) | 1 (1,33)* | 14(18,67*) | 15 (20,00) |
| 2-4 года | 16 (20,00) | 7 (8,75) | 23 (28,75) | 6 (8,00)* | 10(13,33)* | 16(21,33)* |
| 5-7 лет | 15 (18,75) | 3 (3,75) | 18 (22,55) | 3 (4,00)* | 8 (10,67)* | 11(14,67)* |
| 8-10 лет | 4 (5,00) | 5 (6,25) | 9 (11,25) | 8 (10,67)* | 5 (6,67) | 13(17,33)* |
| больше 10 лет | 10 (12,50) | 4 (5,00) | 14 (17,50) | 14(18,67)* | 6 (8,00) | 20(26,67)* |

* различие между основной группой и группой сравнения статистически значимо ($p<0,05$)

Таблиця 2

Ведущий психопатологический синдром на период госпитализации больных шизофренией основной группы и группы сравнения, абс. кол (%)

| Синдром | Основная группа | | | Группа сравнения | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| | Мужчины (n=51) | Женщины (n=29) | Всего (n=80) | Женщины (n=32) | Мужчины (n=43) | Всего (n=75) |
| Галлюцинаторно-параноидный | 29(36,25) | 17(21,25) | 46(57,50) | 20(26,67)* | 25(33,33)* | 45(60,00) |
| Параноидный | 11(13,75) | 8 (10,00) | 19(23,75) | 8(10,67)* | 12(16,00)* | 20(26,67) |
| Психопатоподобный | 4 (5,00) | 1 (1,25) | 5 (6,25) | 1 (1,33)* | - | 1 (1,33)* |
| Депрессивно-параноидный | 3 (3,75) | 1 (1,25) | 4 (5,00) | 2 (2,67) | 4 (5,33)* | 6 (8,00) |
| Тревожно-депрессивный | 1 (1,25) | 1 (1,25) | 2 (2,50) | - | 1 (1,33) | 1 (1,33) |
| Маниоформный | 3 (3,75) | 1 (1,25) | 4 (5,00) | 1 (1,33) | 1 (1,33) | 2 (2,67) |

* различие между основной группой и группой сравнения статистически значимо ($p<0,05$)

Как видно из табл. 2., и в основной группе, и в группе сравнения преобладали пациенты с ведущим галлюцинаторно-параноидным (соответственно 57,50 % и 60 %) и параноидным (23,75 % — 26,67 %) синдромами. Однако количество случаев психопатоподобного синдрома в основной группе превышает то же количество в группе сравнения в 4,7 раза, также оно в 1,8 раз выше количества случаев маниоформного синдрома в основной группе исследования. В то же время в группе сравнения преобладали лица с депрессивно-параноидным синдромом.

Расстройства поведения на фоне психопатологической симптоматики, послужившие поводом для недобровольной госпитализации наиболее часто проявлялись агрессией по отношению к родным, что в сочетании с агрессией к окружающим составило 60 %. В то же время изолированная агрессия по отношению к окружающим составила всего 28,75 %. Данное обстоятельство необходимо учитывать при разработке программы комплексной, социально-психологической реабилитации и реадaptации пациентов в микросоциальной среде.

Расстройства поведения при продуктивно-психотическом механизме их формирования обуславливались бредовыми переживаниями, галлюцинаторными расстройствами и импульсивными агрессивными

поступками. Пациенты угрожали физической расправой родным, избивали их, бросались подручными предметами. Нередко они избивали окружающих, соседей, за что доставлялись в отделение милиции. Непосредственно перед госпитализацией бредовая активность больных возрастала и, соответственно, возрастала агрессивность к окружающим.

В случаях галлюцинаторно-параноидных расстройств с синдромом Кандинского-Клерамбо больные разбивали предметы обихода, так как были уверенными в том, что те являются источниками «лучей», воздействующих на их организм.

Расстройства поведения при негативно-личностном механизме их формирования проявлялись уходами из дома, бродяжничеством, беспорядочной половой жизнью, злоупотреблением алкоголя, воровством денег и ценных вещей из дома. Наряду с этим, они к окружающим относились с неприязнью, грубостью, угрожали физической расправой, были нетерпимы к возмущениям и замечаниям родных.

Анализируя данные исследования, можно утверждать, что у пациентов основной группы отмечалась выраженная социальная отгороженность ($4,50\pm 0,12$), характеризующаяся явной и значительной тенденцией к самоизоляции, недоступностью какого-либо общения. Уход за

собой ($3,74 \pm 0,08$) характеризовався відсутністю гігієни, очевидною заброшеністю, бродяжническим видом. Участво в домашній діяльності ($4,49 \pm 0,06$) зводилося виключно до виконання просьб і рішень інших членів родини, відчужденням від повсякденних справ, або повним виключенням спільного ведення домашнього господарства.

У пацієнтів спостігалось відсутність сексуальної ініціативи до партнера по родині, мали місце певні аверсії або постійне і тотальне відсутність сексуального влечення ($4,48 \pm 0,08$). Відносини пацієнтів основної групи, не перебувають в родині, з протилежним полом характеризувались нереалістичними сексуальними інтересами і ініціативами, демонстрацією ворожобності і агресії, або повним безрозличчям до сексуальним стимулам ($4,29 \pm 0,11$). Родительські функції пацієнтів, маючих дітей, були повністю взяті родичами.

В міжособистісних контактах поза родини пацієнти основної групи були підозріливі, ворожобні, конфліктні, проявляли гнів або агресію до певних осіб ($4,15 \pm 0,10$). Значно була зменшена професійна роль ($4,45 \pm 0,06$), інтерес до отримання роботи ($4,54 \pm 0,06$), інформованість в суспільному житті ($4,59 \pm 0,06$). Як видно з табл. 3, оцінка функціонування групи порівняння значно вище; різниця достовірна ($p < 0,001$).

Реалізація системного підходу до складанню реабілітаційної програми здійснювалась по основним принципам, сформульованим М. М. Кабановим (2001), модифікації алгоритму терапії афективно-бредових розладів у хворих, перебувають на примусовому лікуванні, розроблена А. С. Дмитрієвим, І. Н. Винниковою (2005) і Н. А. Анисимовою (2008).

Таблиця 3

Сравнительная характеристика социального функционирования пациентов основной и контрольной групп

| Оценка функционирования | Основная группа (n=80) | Группа сравнения (n=75) | t | p |
|---|------------------------|-------------------------|--------|-------|
| Социальная отгороженность | $4,50 \pm 0,12$ | $(0,69 \pm 0,06)^*$ | -29,01 | 0,001 |
| Уход за собой | $3,74 \pm 0,08$ | $(0,96 \pm 0,04)^*$ | -30,74 | 0,001 |
| Участво в домашней деятельности | $4,49 \pm 0,06$ | $(0,91 \pm 0,05)^*$ | -47,03 | 0,001 |
| Отношение к супружеству | $4,48 \pm 0,08$ | $(3,10 \pm 0,07)^*$ | -12,83 | 0,001 |
| Интерес и забота о детях | $4,40 \pm 0,06$ | $(1,61 \pm 0,07)^*$ | -31,97 | 0,001 |
| Сексуальная роль | $4,29 \pm 0,11$ | $(1,53 \pm 0,06)^*$ | -21,74 | 0,001 |
| Затруднение в межличностных контактах | $4,15 \pm 0,10$ | $(1,12 \pm 0,04)^*$ | -28,25 | 0,001 |
| Профессиональная роль | $4,45 \pm 0,06$ | $(1,52 \pm 0,07)^*$ | -32,37 | 0,001 |
| Интерес до отримання роботи | $4,54 \pm 0,06$ | $(1,11 \pm 0,04)^*$ | -50,78 | 0,001 |
| Интерес и информированность в общественной деятельности | $4,59 \pm 0,06$ | $(1,49 \pm 0,06)^*$ | -38,56 | 0,001 |

Опираясь на данные результатов исследования причин, способствующих принудительному лечению, нами разработаны и апробированы этапы психиатрической реабилитации для данного контингента больных:

1. Стационарный этап.
 - 1.1. Диагностический этап.
 - 1.2. Этап интенсивной психотерапии.
 - 1.3. Этап стабилизирующей терапии.
 - 1.4. Этап противорецидивной терапии.
 - 1.5. Формирование реабилитационной готовности.
2. Амбулаторный этап.
 - 2.1. Поддерживающая терапия.
 - 2.2. Определение реабилитационного диагноза.
 - 2.3. Постановка общей реабилитационной цели.
 - 2.4. Планирование развития навыков, обучения и программирования.
 - 2.5. Этап долговременных реабилитационных мероприятий.
3. Ассертивное лечение на дому в комбинации с амбулаторным принудительным лечением.

Стационарный этап

1 этап — *диагностический*; продолжительность до 24 часов (комиссионный осмотр, определение ведущего синдрома и верификация поведенческих расстройств, определение режима наблюдения, выбор симптомов-мишеней, купирование острых психотических расстройств, составление заключения в суд).

2 этап — *интенсивная психотерапия* (продолжительность 2–3 недели).

3 этап — *стабилизирующая терапия* (продолжительность 1–2 месяца).

4 этап — *противорецидивная терапия* (продолжительность от 2 недель до 1 месяца).

Психокоррекционные мероприятия для пациентов с шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке с целью формирования реабилитационной готовности

Оценка готовности помогает пациентам оценить, насколько сильна их решимость участвовать в реабилитационных мероприятиях, направленных на ролевое функционирование. Если в процессе оценки готовности они определяют, что не чувствуют себя готовыми приступить к реабилитации, повышение готовности поможет им поднять ее и повысить уровень ожиданий в связи с возможностями психиатрической реабилитации. Оценка готовности помогает пациентам «судить самим», имеет ли для них смысл обратиться к реабилитационной помощи в данном окружении, создаваемом условиями, жизни, работы, учебы, социальными условиями. Готовность к реабилитации — это показатель, оценивающий решимость и заинтересованность участников, а не их потенциал, позволяющий добиться позитивных результатов в ходе реабилитации.

Применялась специальная анкета по оценке готовности к реабилитации, которая позволяет провести оценку по пяти различным направлениям, разработанная Cohen (1990):

Желание перемен, на что указывает отсутствие успеха или удовлетворения в данном окружении.

Приверженность изменениям, выражающаяся в уверенности, что изменения желаемы и возможны.

Близость личных отношений, связанная с отношениями с кем-то, кто поддерживает данное лицо в его желании участвовать в процессе реабилитации.

Самоосознание, а именно осознание персональных ценностей и интересов, относящихся к данному окружению

Осознание особенностей различных окружений представляет собой понимание характеристик и способов жизни, условий работы, учебы и социальных условий, относящихся к тем окружениям, где данное лицо намеревается добиться успеха и ощущения удовлетворенности жизнью.

В форме оценки также предусмотрено место для описания мероприятий, направленных на повышение уровня готовности, т. е. мотивационных или образовательных мероприятий, которые могут повысить личную готовность человека. Такие мероприятия проясняют, следует ли далее вообще принимать участие в реабилитационном процессе.

На этапе стабилизирующей терапии включались психокоррекционные мероприятия, направленные на преодоление виктимизации и

формирование механизмов психологической компенсации для всех групп больных.

Насилие и виктимизация отражают участие больных с тяжелыми психическими расстройствами в инцидентах, где они выступают в качестве лиц, причиняющих вред, либо как те, кому этот вред нанесен.

Для выявления виктимизации в исследуемых группах использовалась специальная анкета, разработанная Р. А. Gallon (2006). Результаты анкетирования показывают высокий уровень виктимизации — более 50 %.

В психотерапевтической работе для всех групп исследуемых использовались техники краткосрочной психотерапии (ассоциация-диссоциация, «фотоаппарат», «калибровка»).

Для формирования реабилитационной готовности использовалась семейная психотерапия с психообразовательной программой и тренинги навыков общения.

Семейная психотерапия проводилась в стиле гештальтподхода с применением техник нейролингвистического программирования.

Целью психообразования являлась разработка интегративной программы, рассчитанной, с одной стороны, на самих пациентов, с другой — на их родных и близких, формирующей у больных и членов их семей адекватное представление о психических расстройствах и привлечение их к активному участию в социо-реабилитационных мероприятиях.

Амбулаторный этап

Амбулаторное принудительное лечение в отличие от стационарного должно быть отражением наиболее корректного плана лечения и быть менее ограничительной альтернативой.

На этапе поддерживающей терапии больные с галлюцинаторно-параноидной, маниформной симптоматикой принимали нейролептики пролонгированного действия, такие как клопиксол-депо 200 мг 1 раз в 3 недели, галоперидол-деканат 25 мг 1 раз в месяц, а также рисполепт 4 мг/сутки.

Для больных с депрессивно-параноидной симптоматикой использовался флюанксол-депо 40 мг 1 раз в две недели, амитриптилин 50 мг в сутки.

Пациенты с психопатоподобным синдромом принимали сонапакс в суточной дозировке 30-75 мг с дальнейшей временной коррекцией доз.

Установка реабилитационного диагноза и общей реабилитационной цели

Психиатрический реабилитационный диагноз применяется для оценки навыков пациента и видов поддержки в контексте окружения, которое пациент выбрал: жизни, учебы, поддержки социальных отношений и работы. Диагноз

содержит три элемента: конечная цель реабилитации, оценка функционирования и оценка ресурсов поддержки.

Конечная цель реабилитации определяет конкретное окружение, которое пациент выбрал для своей жизнедеятельности. Конечная цель реабилитации определяется после нескольких интервью с пациентом, в ходе которых изучаются его личные запросы и альтернативное окружение.

Постановка общей реабилитационной цели включала в себя оценку реабилитационной готовности и выбор цели, перечень важнейших навыков, основных возможностей, оценку использования возможностей. С этой целью использовалась форма записи выбора реабилитационной цели. Данные анкетирования представлены в табл. 4.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с галлюцинаторно-параноидным, депрессивно-параноидным и тревожно-депрессивным синдромами в первую очередь были нарушены навыки когнитивных функций и отмечалась социальная дезадаптация, а для больных с психопатоподобным синдромом — нарушение навыков межличностных отношений и социальной адаптации.

Планирование развития навыков, обучения и программирования

Прямое обучение навыкам включает систему обучающих действий, дающих пациенту возможность компетентно использовать новые формы поведения. Другой путь выработки навыков — программирование — предполагает процесс постепенной подготовки пациента к использованию имеющихся навыков необходимым образом.

Основываясь на анализе литературы по использованию навыков, Cohen, Ridley и Cohen (1985) сформулировали принципы организации вмешательств по развитию навыков, чтобы добиться максимальной генерализации:

- использовать естественные элементы подкрепления, существующие в соответствующем реальном окружении, для поощрения адекватных реакций пациента в ситуации его обучения;
- предоставлять пациенту вспомогательные услуги в соответствующем реальном окружении;
- обучать пациента использованию навыков избирательного поощрения пациента в соответствующем реальном окружении;
- обучать определять внутреннюю мотивацию как замещение внешнего поощрения;
- постепенно увеличивать связь между действием и поощрением;
- обучать пациента реализации навыков в различных ситуациях;
- обучать вариантам применения навыков в одной и той же ситуации;
- обучать самооценке и самопоощрению;
- обучать правилам или принципам, на которых основаны навыки.
- использовать постепенно усложняющиеся домашние задания;
- вовлекать пациента в постановку целей и выбор стратегии вмешательства.

Методики, использовавшиеся для развития навыков пациентов основной группы, представлены в табл. 5.

Все вышеперечисленные техники наиболее эффективно использовались у пациентов с галлюцинаторно-параноидным, параноидным,

Таблица 4

Постановка реабилитационной цели в зависимости от ведущего синдрома

| Ведущий синдром | Реабилитационный диагноз (дисфункция) | Реабилитационная цель |
|----------------------------|--|---|
| Галлюцинаторно-параноидный | Недостаточность навыков приспособления к работе, социальных умений и бытовых навыков | Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов |
| Психопатоподобный | Расстройство межличностных отношений, расхождение между высоким уровнем притязания и возможностями | Улучшение межличностных отношений |
| Параноидный | Нарушение основных когнитивных способностей, снижение способности к обучению | Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов |
| Депрессивно-параноидный | Пессимистическая оценка будущего | Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов |
| Тревожно-депрессивный | Страх утраты контроля в ситуации | Развитие механизмов психологической защиты |
| Маниаформный | Нарушение социальной адаптации | Развитие механизмов психологической компенсации |

Таблиця 5

Использовавшиеся методики развития навыков в зависимости от реабилитационной цели и ведущего синдрома

| Реабилитационная цель | Ведущий синдром | Методики развития навыков |
|---|----------------------------|--|
| Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов | Галлюцинаторно-параноидный | Когнитивно-поведенческая психотерапия, интегративная психотерапия, техники краткосрочной позитивной терапии, семейная психотерапия |
| Улучшение межличностных отношений | Психопатоподобный | Бихевиоральная психотерапия, тренинги в рамках позитивной психотерапии, психокоррекционная работа с гештальт-подходом |
| Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов | Параноидный | Психокоррекционные техники: систематическая десенсибилизация, тренинги релаксации, тренинги восстановления ресурсов «я» |
| Улучшение социального функционирования пациента, координация ресурсов | Депрессивно-параноидный | Когнитивно-поведенческая психотерапия, техники: «использование воображения», «методика прекращения», «метафоры, притчи, стихи» |
| Развитие механизмов психологической защиты | Тревожно-депрессивный | Бихевиоральные подходы: «импловизная терапия», «систематическая десенсибилизация», «репетиция поведения» |
| Развитие механизмов психологической компенсации | Маниоформный | Техники краткосрочной позитивной психотерапии: «работа с объяснениями», «линия проблемы» |

депрессивно-параноидным и тревожно-депрессивным синдромами, в то время как психокоррекционные методики для пациентов с психопатоподобным синдромом оказались менее эффективны.

Етап довгочасових реабілітаційних заходів та асертивне лікування вдома

Асертивне лікування в домашніх умовах — це клієнт-центрирована, орієнтована на відновлення модель надання допомоги психічно хворим, опираючись на значительний обсяг емпіричних даних і направлена на інтеграцію в соціум, психосоціальну реабілітацію і відновлення осіб, страждаючих від важких і тривалих психічних захворювань, показують гострі симптоми і розлади, чиє стан не покращується в результаті участі в традиційних амбулаторних програмах.

Програма асертивного лікування в домашніх умовах була направлена на пацієнтів з галюцинаторно-параноїдним синдромом і вираженим апато-диссоціативним дефектом, чиє стан характеризується складністю, надають руйнівний вплив на функціональні характеристики, і які, в силу традиційних обмежень служб охорони психічного здоров'я, не отримували потрібної допомоги.

Медикаментозна терапія і психокоррекційна робота підбиралися індивідуально для кожного пацієнта в відповідності з його перевагами і встановленими для нього цілями. В межах підходу до кожного клієнта

підкреслювалося значення побудови відносин і активного включення в допомогу особам з важкими і тривалими психічними захворюваннями покращити функціональні показники, краще впоратися з симптомами, досягати особистих цілей і зберігати оптимізм.

За даними опитування, довгочасова терапія з неперервністю надання допомоги вдома, ефективна для хворих з галюцинаторно-параноїдною симптоматикою, депресивно-параноїдною симптоматикою і, як наслідок, у пацієнтів з'являлася можливість рекомпенсації і консолідації досягнутих результатів.

Результати перевірки ефективності проводимої терапії та медико-соціальної реабілітації пацієнтів з шизофренією, знайдених на примусовому лікуванні

Після проведення психіатричної реабілітації 45 пацієнтів основної групи, з метою визначення її ефективності ми провели повторне тестування за допомогою шкал PANSS і загального функціонування. Результати представлені в табл. 6, 7.

Як видно з таблиць, в результаті психіатричної реабілітації 45 пацієнтів основної групи відзначається зменшення позитивних, негативних і загальних психопатологічних симптомів. Різниця є статистично достовірною ($p < 0,05$). При оцінці загального функціонування, після проведення медико-соціальних реабілітаційних заходів, значно зменшилася соціальна відстороненість, зросла потреба в догляді за собою, участь в побуті,

Таблиця 6

Результаты показателей шкалы PANSS основной группы до и после проведенных реабилитационных мероприятий

| Синдромы | До лечения | После лечения |
|---|------------|---------------|
| <i>Позитивные синдромы</i> | | |
| Бред | 5,29±0,18 | (2,89±0,06)* |
| Расстройства мышления | 5,40±0,14 | (2,60±0,92)* |
| Галлюцинации | 3,68±0,27 | (1,58±0,10)* |
| Возбуждение | 5,65±0,14 | (1,13±0,05)* |
| Идеи величия | 3,95±0,21 | (1,20±0,07)* |
| Подозрительность, идеи преследования | 4,35±0,19 | (1,27±0,07)* |
| Враждебность | 5,00±0,16 | (1,18±0,06)* |
| <i>Общие психопатологические синдромы</i> | | |
| Соматическая озабоченность | 3,21±0,18 | (1,22±0,08)* |
| Тревога | 3,86±0,19 | (1,09±0,04)* |
| Чувство вины | 3,51±0,21 | (1,33±0,08)* |
| Напряженность | 4,46±0,17 | (1,58±0,09)* |
| Манерность и позирование | 4,10±0,16 | (1,62±0,09)* |
| Депрессия | 2,73±0,16 | (1,00±0,01)* |
| Моторная заторможенность | 3,10±0,14 | (1,09±0,04)* |
| Малоконтактность | 4,38±0,13 | (1,04±0,03)* |
| Необычное содержание мыслей | 5,26±0,14 | (1,04±0,03)* |
| Дезориентированность | 4,86±0,15 | (1,04±0,03)* |
| Нарушения внимания | 5,56±0,12 | (1,89±0,07)* |
| Снижение критичности | 6,23±0,08 | (2,07±0,04)* |
| Расстройства воли | 5,51±0,07 | (1,73±0,08)* |
| Агрессивность | 5,03±0,11 | (1,26±0,08)* |
| Загруженность психическими переживаниями | 5,60±0,09 | (1,29±0,08)* |
| Активная социальная устранимость | 5,68±0,11 | (1,78±0,07)* |
| <i>Негативные синдромы</i> | | |
| Притупленный аффект | 3,99±0,16 | (1,60±0,07)* |
| Эмоциональная отгороженность | 4,49±0,16 | (2,18±0,06)* |
| Социальная отгороженность | 3,53±0,18 | 2,16±0,05 |
| Трудность в общении | 4,11±0,14 | (2,18±0,06)* |
| Нарушения абстрактного мышления | 4,31±0,11 | (2,31±0,07)* |
| Нарушения спонтанности речи | 4,60±0,12 | (1,93±0,07)* |
| Стереотип мышления | 4,64±0,12 | (1,84±0,11)* |

Таблиця 7

Результаты показателей шкалы оценки общего функционирования основной группы до и после проведенных реабилитационных мероприятий.

| Симптомы | До лечения | После лечения |
|---|------------|---------------|
| Социальная отгороженность | 4,51±0,11 | (0,04±0,01)* |
| Уход за собой | 3,73±0,07 | (0,11±0,01)* |
| Участие в домашних делах | 4,50±0,07 | (0,16±0,03)* |
| Взаимоотношение к супружеству | 4,48±0,09 | (0,30±0,02)* |
| Интерес и забота о ребенке | 4,41±0,05 | (0,25±0,02)* |
| Сексуальная роль | 4,30±0,12 | (0,50±0,01)* |
| Затруднение в межличностных отношениях | 4,17±0,09 | (0,33±0,03)* |
| Проф. роль | 4,44±0,08 | (0,09±0,01)* |
| Интерес в получении работы | 4,57±0,06 | (0,09±0,01)* |
| Интерес и информированность в общественной деятельности | 4,60±0,07 | (0,09±0,01)* |

интерес и забота о детях, профессиональные роли, информированность в общественной жизни, улучшились межличностные отношения вне дома.

Выводы

1. Ведущими психопатологическими синдромами у пациентов с шизофренией, находившихся на принудительном лечении, являлись галлюцинаторно-параноидный, параноидный, психопатоподобный, депрессивно-параноидный, тревожно-депрессивный, маниформный.
2. Клиническими факторами, обуславливающими социальную дезадаптацию пациентов исследуемой группы, являются бред, расстройства мышления, возбуждение, враждебность, эмоциональная отгороженность, трудность в общении, нарушение абстрактного мышления, загруженность психическими переживаниями, агрессивность и снижение критики.
3. Выявлен крайне низкий уровень общего функционирования, характеризующийся социальной отгороженностью, затруднением в межличностных контактах, отчуждением от домашних дел, отсутствием заботы о детях, отсутствием побуждений в получении работы и информированности в общественной жизни.
4. Алгоритм психиатрической реабилитации для пациентов с шизофренией, находящихся в процессе принудительного лечения,

должен включать стационарный этап, амбулаторный этап, асертивное лечение на дому в комбинации с амбулаторным принудительным лечением.

5. Разработанная программа психиатрической реабилитации позволяет существенно повысить уровень социального функционирования, улучшить качество жизни.

Література

1. В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин, В. Я. Гиндикин, В. Д. Бадмаева. Современные проблемы подростковой судебной психиатрии: Клиническая и судебная подростковая психиатрия /Под ред.. В. А. Гурьевой — М., Медицинское информационное агентство, 2007. — С.15–25.
2. Де Тюрк Б., Ван ден Берг А. В защиту принудительного амбулаторного лечения//Вісник АПУ. — 2000. — № 1. — С. 45–67.
3. Дмитриев А. С. Некоторые принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в условиях принудительного лечения // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. — М. — 1982. — С.120–125.
4. Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Кондратьев Ф. В. Социальные факторы и судебная психиатрия: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., «Медицина», 2001. — С.315–339.
5. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., Ткаченко А. А. Первичная профилактика общественно опасных действий: Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко — М., «Медицина», 2004. — С. 443–455.
6. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9–10.
7. Карпов, А. М. Методические проблемы психофармакотерапии и трудовой реабилитации психически больных / А. М. Карпов // Неврологический вестник. — 1994. — Т. 26, № 1–2. — С. 33–35.
8. Кондратьев Ф. В., Мальцева М. М., Василевский В. Г. Комплексная оценка социальной опасности больных шизофренией // Шизофрения (Судебно-психиатрический аспект). — М. — 1983. — С. 67–77.
9. Насинник О. А. Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке//Вісник АПУ. — 2002. — № 2. — С.122–140.
10. Мальцева М. М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1987. — 38 с.
11. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. — М.: Медицина, 1995. — 256 с.
12. Чуркин А. А. К проблеме недобровольной госпитализации психически больных // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов / Материалы международной конференции. — Киев — Харьков — Днепропетровск. — 1994. — Т.2. — С. 5–6.
13. Чуркин А. А. Основные тенденции распространенности шизофрении в современном мире. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М. — 1999. — С. 183–196.
14. Шостакович Б. В. и соавт. Судебная психиатрия. — М.: Зерцало, 1997. — 384с.
15. Шостакович Г. В. Опыт работы отделения для принудительного лечения с усиленным наблюдением // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М. — 1994. — С. 61–64.
16. Юрьева Л. Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М. — 1990. — С. 129–135.
17. Cohen, M. R., Danley, K. S., & Nemec, P. B. (1985). Psychiatric rehabilitation training technology: Direct skill teaching (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric rehabilitation.
18. Compton, S., Swanson, J., Wagner, H. R., Swartz, M. S., Burns, B. J. & Elbogen, E. (2003). Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. Mental Health Services Research, 5, 27–38.
19. Gerbasi, J. B., Bonnie, R. J., & Binder, R. L. (2000). Resource document on mandatory outpatient treatment. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 28, 127–144.
20. Hiday, V., Swartz, M., Swanson, J., Borum, R., & Wagner, H. (2002). Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. American Journal of Psychiatry, 159, 1403–1411.
21. Ridgely, M. S., Borum, R., & Petrilla, J. (2001). The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states. Santa Monica: RandHealth Communications.
22. Swanson J. W., Holzer C. E., Ganju V. K et al. Violence and psychiatric disorder in community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hospital and Community Psychiatry. — 1990. — № 41. — P.761–770.
23. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. Behavioral Sciences and the Law, 21, 473–491.
24. Swartz, M. S., Swanson, J. W., & Wagner, H. R. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. American Journal of Psychiatry, 156, 1968–1975.
25. Taylor P. J., Leese M., Williams D. et al. Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study // British Journal of Psychiatry. — 1998. — № 172. — P. 218–226.
26. Taylor P. J., Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality // British Journal of Psychiatry. — 1999. — № 174. — P. 9–14.
27. Taylor C. B., Liberman R. P. and Agras W. S. treatment evaluation and behavior therapy. In: Lewis J. and Usdin G. eds. Treatment planning in psychiatry. Washington, American Psychiatric press, 2. pp. 151–224.
28. Vaughn C. E., Snyder K. S., Freeman W. E., Jones S., Falloon I. R. H. and Liberman R. P. Family factors in schizophrenic relapse: A replication. Schizophrenia bulletin, 8:425–426, 1982.

УДК-616.89-008.441.44-036.8(477)

Динамика уровня самоубийств в Украине и ее региональные особенности



Юрьева Л. Н.

Юрьева Л. Н., Зинченко Е. Н., Юрьев А. Е.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Резюме. У даній роботі аналізується динаміка рівня самогубств і регіональні особливості поширення суїцидів в Україні. Проведений аналіз динаміки суїцидів в різних регіонах України виявив відмінності по осях Схід-захід, місьکو-сільські регіони. Робляться висновки про необхідність створення міжрегіональних центрів профілактики суїцидів.

Ключові слова: динаміка суїцидів, регіональні особливості, профілактика суїцидів.

Dynamics of suicide rates in Ukraine and their regional features

Yurjeva L. N., Zinchenko E. N., Yuriev A. E.

Dnepropetrovsk State Medical Academy

Resume. In the paper were being analyzed dynamics of suicide rates and regional features of their prevalence in Ukraine. The dynamics analysis showed differences in the following regional dimensions: West-East and urban-rural. The conclusion is: there is necessary to create inter-regional centers of suicide prevention.

Key words: suicide dynamics, regional features, suicide prevention.

Показатель самоубийств является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. Согласно шкале оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделяется три уровня частоты самоубийств:

- низкий — до 10 случаев на 100 000 населения;
- средний — от 10 до 20 случаев на 100 000 населения;
- высокий или «критический» — более 20 случаев на 100 000 населения.

Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов, поэтому разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на предупреждение суицидального поведения является чрезвычайно актуальной.

Нами был проведен анализ динамики уровня суицидов в Украине с 1991 г. по 2009 год. В ходе проведенного исследования установлено, что пик суицидальной активности в Украине был зафиксирован в 1996 году. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершенных суицидов увеличился в 1,4 раза. Рост распространенности суицидов в этот период был стремительным и возрос за 6 лет с 20,6 самоубийств на 100 000 населения в 1991 году до 29,4 в 1996 году. Затем, на протяжении 4 лет (1997–2000 г. г.) уровень суицидов оставался стабильно высоким. С 2001 года по настоящий период ежегодно в Украине отмечается снижение уровня распространенности суицидов.

В 2009 году общеукраинский уровень суицидов снизился до 21,1 на 100 000 населения. Динамика уровня самоубийств в Украине представлена на диаграмме 1.

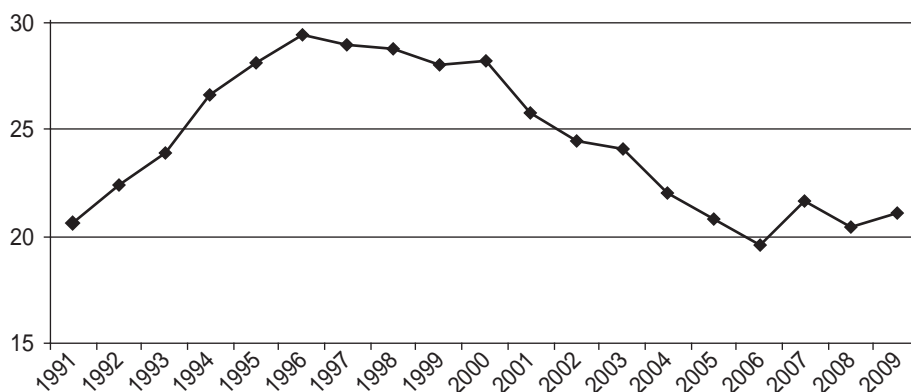


Диаграмма 1

Динамика уровня самоубийств в Украине за 1991–2009 годы (на 100 000 населения).

С целью более детального изучения особенностей динамики суицидов нами был предпринят региональный анализ распространенности суицидов за последние 10 лет (1999–2009 гг.)

Для анализа региональной динамики уровня смертности в результате суицидов нами были вычислены усредненные показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных (без г. Киева) и южных (без г. Севастополя) регионах Украины.

Было выявлено, что **в западных регионах** уровень частоты самоубийств (на 100 000 населения) в среднем на 1,7 раза ниже, чем в целом по Украине. За десятилетний период этот показатель уменьшился на 13,4 %. Согласно шкале ВОЗ все области этого региона относятся к территориям со средним уровнем частоты самоубийств. Исключение составляет Львовская область, которая с 2001 года и по настоящее время относится к территориям с низким уровнем частоты самоубийств.

В восточных и южных регионах частота суицидов приблизительно одинакова и превышает общеукраинский показатель в среднем в 1,2 раза. Причем, если в 1999 году усредненные показатели частоты суицидов в восточном регионе превышали таковые в южном регионе в 1,16 раз, то с 2002 года эти показатели практически сравнялись. Необходимо отметить, что во всех областях этих регионов за 10-летний период распространенность суицидов уменьшилась, хотя согласно шкале ВОЗ все области этих регионов относятся к территориям с высоким или «критическим» уровнем частоты самоубийств. Исключение составляет Харьковская область, в которой за 10-летний период уровень частоты самоубийств снизился с 33,3 на 100 тыс. в 1999 году до 12,4 на 100 тыс. населения в 2009 году. По данным 2009 года это единственная область восточного региона Украины со средним уровнем частоты самоубийств.

В центральных регионах Украины, уровень суицидов ниже, чем в восточных и южных, хотя превышает общеукраинский. Во всех областях этих регионов за 10-летний период распространенность суицидов уменьшилась, хотя согласно шкале ВОЗ в течение этого периода только в Хмельницкой области уровень суицидов уменьшился настолько, что эта область с 2004 года и по настоящее время относится к территориям со средним уровнем частоты самоубийств. Остальные области относятся к территориям с высоким уровнем частоты самоубийств.

Региональная динамика уровня частоты самоубийств в Украине за 1999–2009 годы представлена на диаграмме 2.

Нами, также, был проведен анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения за 10 лет (1999–2009гг.) Было выявлено, что преобладание сельских суицидов над городскими является стабильным на протяжении всего изучаемого периода. По данным 2009 года сельские жители в 1,6 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами. Распространенность суицидов и их динамика за десятилетний период в городах и селах Украины представлен на диаграмме 3.

На диаграммах 4 и 5 представлен рейтинг областей Украины в 2009 году по показателям частоты завершенных суицидов среди городских и сельских жителей (на 100 000 населения).

В ходе проведенных нами исследований установлено, что различие в частоте завершенных суицидов в областях Украины в 2009 году составляет 4,5 раза и колеблется от 7,5 на 100 000 населения в Львовской области до 33,8 на 100 000 населения в Сумской области. В городах Украины эти различия еще более

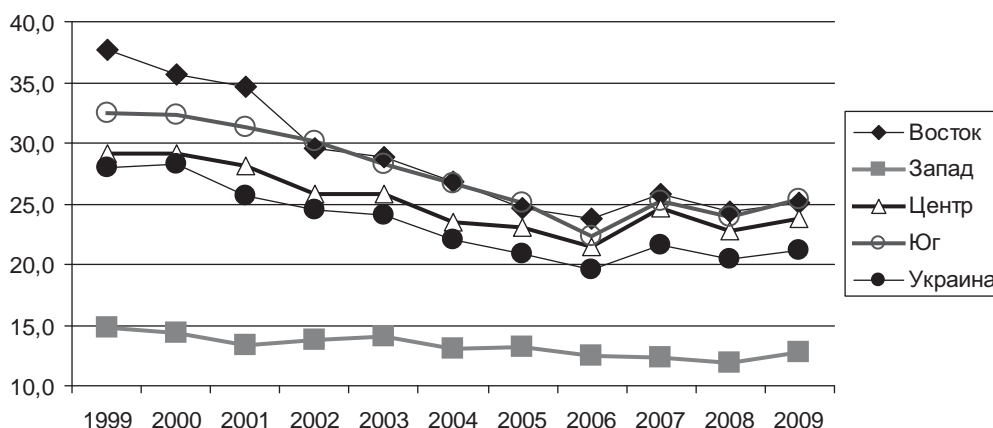
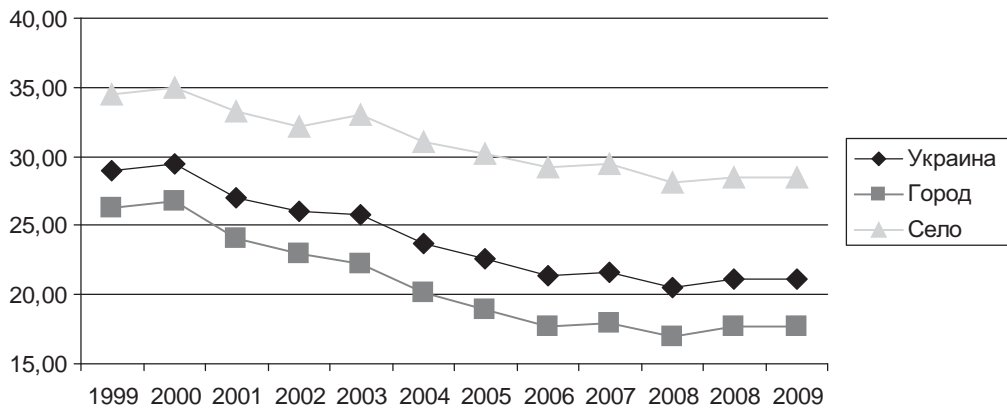
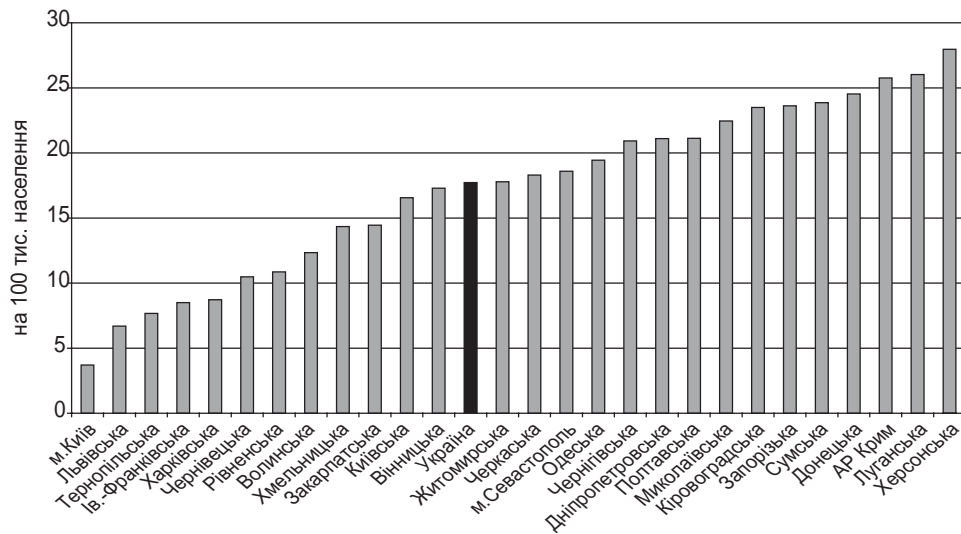


Диаграмма 2

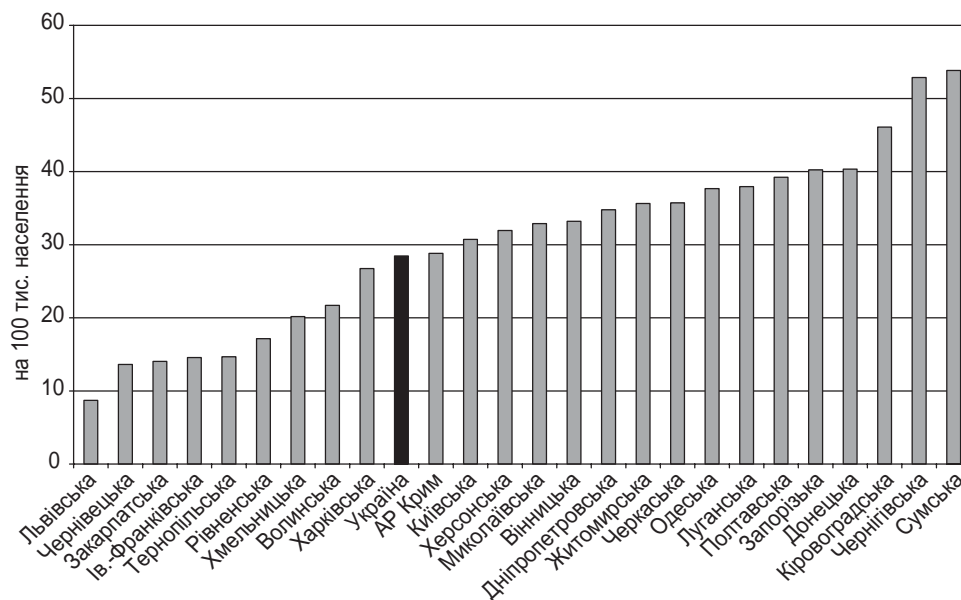
Динамика усредненных показателей уровня частоты самоубийств в регионах Украины за 1999–2009 годы (на 100 000 населения)

**Діаграма 3**

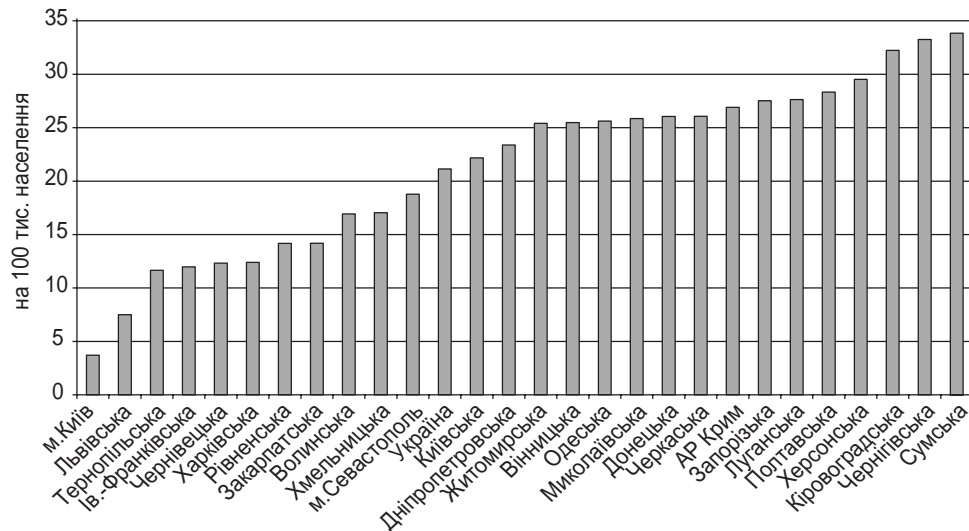
Динамика показателей уровня частоты самоубийств среди городского и сельского населения Украины за 1999–2009 годы (на 100 000 населения)

**Діаграма 4**

Рейтинг областей Украины в 2009 году по показателям частоты завершенных суицидов среди городских жителей (на 100 000 населения)

**Діаграма 5**

Рейтинг областей Украины в 2009 году по показателям частоты завершенных суицидов среди сельских жителей (на 100 000 населения)

**Діаграма 6**

Рейтинг областей України в 2009 році по показателям частоты завершённых суицидов (на 100 000 населения)

выражены: например, в г. Киеве частота завершённых суицидов — 3,8, а в г. Севастополе — 18,8 на 100 000 населения.

По данным 2009 года к регионам с **низким уровнем частоты самоубийств** (до 10 случаев на 100 000 населения) относятся: г. Киев (3,8) и Львовская область (7,5).

К регионам со **средним уровнем частоты самоубийств** (от 10 до 20 случаев на 100 000 населения) относятся: Тернопольская область (11,6), Ивано-Франковская область (12,0), Черновицкая область (12,3), Харьковская область (12,4), Ровенская область (14,2), Закарпатская область (14,2), Волынская область (16,9), Хмельницкая область (17,0), г. Севастополь (18,8).

К регионам с **высоким или «критическим» уровнем частоты самоубийств** (более 20 случаев на 100 000 населения) относятся: Киевская область (22,2), Днепропетровская область (23,4), Житомирская область (25,4), Винницкая область (25,5), Одесская область (25,6), Николаевская область (25,8), Черкасская область (26,1), Донецкая область (26,1), Автономная Республика Крым (26,9), Запорожская область (27,5), Луганская область (27,6), Полтавская область (28,3), Херсонская область (29,5), Кировоградская

область (32,2), Черниговская область (33,3), Сумская область (33,8).

На диаграмме 6 представлен рейтинг областей Украины в 2009 году по показателям частоты завершённых суицидов (на 100 000 населения).

Выявленные региональные особенности распространенности суицидов в Украине позволяют по иному взглянуть на проблему суицида и создавать программы по их профилактике с учетом не только психологических и психопатологических детерминант суицидального поведения, но и с учетом социокультуральных особенностей общества и массового сознания его граждан.

В заключение необходимо отметить, что столь выраженный разброс показателей завершённых суицидов в различных регионах одной страны требует дальнейшего тщательного анализа с целью поиска факторов потенцирующих и лимитирующих частоту самоубийств. При разработке Национальной программы превенции суицидов в Украине необходимо учитывать региональную специфику суицидогенных факторов. Целесообразно, также создание межрегиональных центров профилактики суицидов, в которых будет использован мультидисциплинарный подход и инновационные технологии превенции аутоагрессивного поведения.

УДК 616. 89 (092)

Профессор П.А. Бутковский — основоположник научной и практической психиатрии в Украине (К 210-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Резюме. У роботі викладені біографічні і науково-педагогічні аспекти діяльності професора П. О. Бутківського – автора першого російськомовного підручника з психіатрії, першого професора психіатрії і першого університетського викладача, який викладав душевні хвороби в Харківському університеті в період з 1834 по 1844 роки і зробив значний внесок в загальну, спеціальну та судову психіатрію, який до теперішнього часу не отримав належної оцінки і залишився майже невідомим для ряду поколінь психіатрів.

Ключові слова: професор П. О. Бутківський, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науковою спадщина.

Professor P.A. Butkovskiy — founder of scientific and practical psychiatry in Ukraine (To 210-th anniversary)

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

Resume. The biographic and scientifically-pedagogical aspects of activity of professor are expounded in work. P. A. Butkovskiy — author of the first Russian-language textbook from psychiatry, first professor of psychiatry and first university teacher, which laid out mental affections in Kharkiv university in a period from 1834 to 1844 years and did considerable payment in general, partial and judicial psychiatry, which to the present tense did not get the proper estimation and remained almost unknown for the row of generations of psychiatrists.

Key words: professor P. A. Butkovskiy, biographic information, vital and creative way, scientific inheritance.

*Обернитесь к первоисточнику —
и все ненужное отпадет само собой.
Св. Рерих*

История отечественной психиатрии, как и психиатрия во всем мире, чрезвычайно тесно связана с историей общества, точнее, с его культурно-исторической формацией. Психиатрия как медицинская наука начала развиваться тогда, когда общество стало освобождаться от религиозных догм о происхождении психических

расстройств и началась широкая гуманизация взглядов на жизнь и судьбу человека.

Российское общество в начале XIX века в большей мере стало проявлять внимание к положению душевнобольных. В 20–30 годы данного столетия в популярном издании «Журнал человеколюбивого общества» и в отдельных научных изданиях был представлен ряд сообщений об уничтожении цепей в парижских домах для сумасшедших, биография Ф. Пинеля, возглавившего этот процесс, который в последующем был

назван системой нестеснения, а также описание устройства домов сумасшедших во Франции, Англии, Австрии и Швейцарии [1-3].

В начале XIX века были построены крупные психиатрические больницы в ряде городов России. Эти больницы стали не только центрами по изучению психиатрии, но и школами по обучению теории и практике будущих психиатров. В это время началось преподавание психиатрии в отдельных университетах России, и, в первую очередь, в Харьковском университете [4].

У истоков психиатрии славянских стран стоял автор первого русскоязычного учебника по психиатрии в России, первый профессор «науки о душевных болезнях» и первый ее официальный преподаватель — профессор Харьковского университета П. А. Бутковский. Учебник «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании», опубликованный П. А. Бутковским в 1834 году [5], был значительным вкладом в общую, частную и судебную психиатрию, но до настоящего времени не получил должной оценки и остался почти неизвестным для ряда поколений психиатров. В течение XX столетия об ученом и его «Душевных болезнях...» были опубликованы лишь отдельные упоминания и статьи [6, 7], подготовлена и защищена одна кандидатская диссертация [8], и только в начале текущего века появилось основательное монографическое исследование [9].

В течение длительного времени в России и в других странах имя П. А. Бутковского подвергалось несправедливым нападкам и предавалось забвению. Следует подчеркнуть, что неизвестности, забвению и несправедливой критике упомянутого учебника способствовали и недоброжелательные отзывы на «Душевные болезни...» П. А. Бутковского первых рецензентов, не имеющих медицинского образования [10-12]. Кроме этого, такие психиатры, как Р. Краффт-Эбинг [13], В. П. Осипов [14], Т. И. Юдин [7] полагали, что основоположником психиатрии и автором первого руководства по психиатрии в России является И. М. Балинский. Они отмечали, что И. М. Балинский после защиты в 1855 году докторской диссертации по терапии «*Conspectus hystoricus in febris*» в течение года читал курс детских болезней, а с 1857 года на вновь созданной кафедре психиатрии начал преподавать душевные болезни. Его конспект лекций под названием «Записи по психиатрии», опубликованный в 1859 году гектографическим способом [15], многие авторы ошибочно считали первым руководством по психиатрии в России.

Бутковский Пётр Александрович (1801–1844) — отечественный психиатр, основоположник научной и практической психиатрии

славянских стран, доктор медицины, первый профессор психиатрии и первый официальный преподаватель психиатрии, преподавание которой им проводилось с 1834 года в Харьковском университете на кафедре хирургии и душевных болезней, автор первого учебника на русском языке «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» (1834), в котором впервые употребил в упомянутом русскоязычном издании термин «психиатрия», который был впервые введен в обиход профессором терапии медицинского факультета Университета Галле (Германия) И. К. Рейлем в 1808 году [16]. Кроме этого, П. А. Бутковский первым использовал термин «психиатрия» в названии своего вышеупомянутого печатного труда — учебника психиатрии. Заметим, что Пётр Александрович вкладывал в представление о психиатрии значение «учения о душевных болезнях и их лечении». П. А. Бутковский внес значительный вклад в развитие общей и частной психиатрии, и заложил основы судебной психиатрии, что, несомненно, явилось толчком для развития психиатрии как на Сабуровой даче, так и в России в целом [17–24].

В 1914 году Л. А. Прозоров справедливо привлек внимание к «начальному периоду русской психиатрии», указав, что в 1832 году П. А. Бутковский защитил докторскую диссертацию по психиатрии, а в 1834 году опубликовал первый в России учебник психиатрии. Автор дал позитивную оценку «Душевным болезням...» П. А. Бутковского [25]. Однако в последующем Ю. В. Каннабих (1928), Т. И. Юдин (1951) и Н. Н. Тимофеев (1977), не проанализировав «Душевные болезни...» Петра Александровича, вновь подвергали их несправедливой критике, частично повторяя замечания первых рецензентов. В монографии «История психиатрии» Ю. В. Каннабих (1928) посвятил всего неполных шесть строк анализу «Душевных болезней...» П. А. Бутковского.

Начиная с середины XX столетия отдельные авторы стали указывать на приоритет П. А. Бутковского как первого университетского преподавателя психиатрии в России и на его вклад в различные разделы клинической психиатрии (А. О. Эдельштейн, 1940; М. О. Гуревич, 1949; И. Ф. Случевский, 1957; Д. Д. Федотов, 1957; Г. В. Морозов, 1988; Н. М. Жариков, 1989; И. И. Кутько, 1996; П. Т. Петрюк, Ю. В. Иваников, 1996; С. С. Яновский, 1996; А. Е. Двирский, С. С. Яновский, 2001; А. Е. Двирский, 2010).

При написании «Душевных болезней...» П. А. Бутковский [5] проявил себя как зрелый ученый, владеющий не только глубокими теоретическими познаниями в области душевных

болезней, но и имеющий практический опыт, позволяющий ему оценить состояние психиатрии, причины, задерживающие её развитие, и наметить пути их дальнейшего преодоления.

Его «Душевные болезни» проникнуты чувством любви и сострадания к «несчастливым страдальцам». Возбуждённых больных он рекомендует «лучше оставлять свободными... чем связывать или привязывать к постели».

К факторам, задерживающим развитие психиатрии, П. А. Бутковский относил тяжелое содержание душевнобольных, отставание других наук и метафизический подход к изучению психических заболеваний.

Указав, что препятствием в развитии психиатрии являются «догматы метафизики», П. А. Бутковский излагает естественнонаучные, материалистические воззрения, которые являются важными для понимания причин происхождения и развития психических заболеваний. «Природа, находящаяся в беспрестанном движении, представляет неизмеримое пространство жизненности, никогда не останавливающееся и сопровождаемое всегдашним изменением вещей... Таким образом, — подчеркивает автор, — все от малейшего до величайшего существа состоят во взаимном действии и зависимости».

Пётр Александрович впервые при изложении душевных болезней выделял общую и частную психиатрию и указывал на важность психологических сведений при изложении общей психиатрии. Описывая расстройства восприятия, П. А. Бутковский отмечал, что слуховые галлюцинации «частейшее явление у этих больных... Больные часто слышат голоса,... ведут переговоры». Галлюцинации вкуса и запаха у них наблюдаются реже. Среди зрительных галлюцинаций П. А. Бутковский первым описывал такие, когда «показывают страдающим субъектам предметы, которые ...находятся вне сферы их зрения» (ч. I, с. 46). Е. Bleuler (1920) в последующем назвал их экстракампинными галлюцинациями и указал на их специфичность для шизофрении.

П. А. Бутковский (1834) первым описывал иллюзии ложного узнавания. Больные «не узнают ни родственников, ни друзей, даже почитают их посторонними... и, напротив, в незнакомых находят родителей, друзей». В этом легко обнаруживаются два варианта симптома Капгра, которые J. Vie в 1930 году обозначил как симптом положительного и отрицательного двойника. Этот симптом наблюдается при парафреническом синдроме у больных шизофренией и при синдроме инсценировки при рекуррентной шизофрении.

П. А. Бутковский (1834) описывал расстройства мышления, при которых больные «забывают

все прочие обязанности и предаются умственным напряжениям. Такой субъект ...представляется глубокомысленным». Эти расстройства мышления, по утверждению Л. Б. Дубницкого (1977), Th. Ziehen (1924) обозначил симптомом «метафизической или философической интоксикации», который наблюдается при шизофрении [20].

П. А. Бутковский родился в 1801 году в семье священника в Смоленской губернии. Его детские годы прошли в Харькове, который с 1765 года стал административным центром Слободско-Украинской губернии. В первые десятилетия XIX столетия это был маленький городок, в котором проживало около 10 тысяч жителей. В то же время Харьков был выгодно расположен, находился на пересечении дорог из центра России на юг и из Украины на восток. В городе находились казенное училище, Главное народное училище и старейший коллегиум, из которого вышли такие известные деятели науки и культуры, как ректор Московского университета профессор М. Т. Каченовский, директор Петербургского педагогического института профессор Я. В. Толмачев, поэт и переводчик «Илиады» Н. И. Гнедич [9].

Окончил сначала Харьковский коллегиум, а затем Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию как казеннокоштный воспитанник, по окончании которой с 1823 года Пётр Александрович в течение 10 лет успешно работал военным врачом в Выборгском, Гельсингфорском госпиталях и войсковых частях российской армии, расположенных на территории нынешней Финляндии. В свободное от службы время он посещал лекции в университете, совершенствовал свои знания во французском и немецком языках, изучал шведский язык. Помимо выполнения служебных обязанностей, он много времени уделял лечебной работе среди гражданского населения по лечению не только соматических, но и душевных болезней. В эти годы он усиленно интересовался вопросами психиатрии, изучал научные труды русских и зарубежных психиатров. За успехи в службе его в начале 1825 года назначают старшим врачом артиллерийской бригады. Спустя два года его переводят на должность ординатора в Выборгский военный госпиталь, где через шесть лет он получает обер-офицерское звание штаб-лекаря и награждается «Всемилоостивейшими 500 рублями ассигнаций». В этот период он совершенствует свои медицинские знания, занимается переводом медицинских монографий, работает над диссертацией [13].

На заседании конференции медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге 3 декабря 1832 года штаб-лекарю П. А. Бутковскому

после защиты написанной на латинском языке диссертации «О нарушениях психической жизни вообще» была присвоена степень доктора медицины по психиатрии. Защита диссертации им была подтверждена 24 декабря 1832 года и в Гельсингфорском университете в г. Або (в настоящее время — г. Турку). Защита диссертации за границей давала преимущества в продвижении научной карьеры в России. В следующем году он оставил службу и принялся за написание руководства «Душевных болезней...». Этому способствовало то, что при написании диссертации он имел возможность «познакомиться со всеми психиатрическими сочинениями иностранных авторов». «Наблюдения, сделанные мною в продолжение десятилетних практических занятий на службе, — отмечал П. А. Бутковский [5], — убедили меня в преимуществе системы, которой я следовал при начертании душевных болезней».

Большой интерес к психиатрии, «отсутствие руководства в психиатрии» и «желание передать соотечественникам об успехах психиатрической части медицины» побудили П. А. Бутковского написать первый двухтомный учебник психиатрии на русском языке «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» (1834), в основу которого легли материалы его докторской диссертации «De vitae psychicae anomalia generatim», написанной, как уже нами отмечалось, на латинском языке. Книга была написана в тяжёлой для русской науки исторической обстановке. Это были годы разгула николаевской реакции, наступившей вслед за подавлением восстания декабристов.

В 1834 году Пётр Александрович был избран членом-корреспондентом Петербургского общества русских врачей. Министр народного просвещения С. С. Уваров обратил внимание на ученые труды П. А. Бутковского и 15 ноября 1834 года утвердил его ординарным профессором Харьковского университета по кафедре хирургии и науки о душевных болезнях (в то время психиатрия не была отдельной специальностью), в котором с 1837 года дополнительно начал преподавать частную патологию и терапию, в том числе фармакологию, рецептуру, диетику и заведовать фармакологическим кабинетом. Работа П. А. Бутковского в Харьковском университете явилась периодом его большой творческой деятельности [26].

Нужно было иметь гражданское мужество и научную принципиальность, чтобы в неблагоприятных для науки условиях высказывать ряд смелых материалистических идей. К числу таких людей относился и П. А. Бутковский. На первых страницах учебника он писал: «Природа,

находящаяся в беспрестанном движении, представляет неизмеримое пространство жизни, никогда не останавливающейся и сопровождаемой всегдашним изменением вещей... Организм представляет единство природы в малом и орган есть член такого единства, который хотя по себе существует, но, будучи отделён от целого, не способен поддерживать себя». По данным Ф. С. Текутьева (1898), до издания этого фундаментального учебника, в России по психиатрии имелось всего лишь два переводных сочинения [27]. Поэтому данное руководство, явившееся первым учебником по психиатрии, было встречено студентами-медиками с огромным удовлетворением.

П. А. Бутковский утверждал, что душевные заболевания обусловлены поражением мозга и нервных узлов, «человеческий мозг как прекраснейшее изобретение органической природы без сомнения представляет в себе высочайшее пластическое произведение», что мозг, являясь «общим чувствительным», получает раздражения от внешнего мира и обеспечивает психическую деятельность. П. А. Бутковский сформулировал понятие душевной болезни: «Болезнь душевная есть то состояние, при котором теряется... владычество над всеми или над некоторыми только отправлениями психической жизни.... При всяком душевном страдании внутренне расстроились... ум, воображение, память, сила чувствования и вождения, ... поражается гармония духовной жизни. ...Патогномонический признак всех душевных расстройств... состоит в неправильности силы суждения, в ложном чувствовании и порочном стремлении желательной силы».

Профессор П. А. Бутковский смело утверждал, что психические процессы находятся в неразрывной связи с соматическими процессами, что «душа» и «тело» соединены между собой не внешними, механическими, а внутренним динамическим образом, что «жизнь обоих существенно есть идентичная». «Все душевные расстройства, по мнению Петра Александровича, происходят от посторонней силы, которая поражает гармонию организма», причём под посторонней силой он подразумевал «физические и духовные раздражения...».

Пётр Александрович (1834) отмечал: «Душа одарена тремя главными способностями... чувствованием, размышлением и вождением... Все действия оной можно привести к трем классам — к отправлениям сердца, духа и воли... а) сердце или сердечно-душевная способность (тэмос, animus, Gemueth): чувства, вождения, внутреннее возбуждение, страсть...; б) дух (ноис, mens, Geist: понятие (perceptio), сила воображения, на высоте — фантазия; ум (способность

размышления, память); разум (ratio, Vernunft) — высшая способность души... в) воля (бойлз, voluntas, Wille)...

Но та способность души, которая составляет настоящее душевно-человеческое отправление, которое проникает во все означенные душевные действия и совокупляет многообразные виды оных в единство, есть самосоведение, *sui ipsius conscientia, Selbstbewusstsein*. Самопроизвольная, самосоведующая сила есть... кормило, без него жизненное судно наше... обуреваемо страстями» [5].

П. А. Бутковский писал: «Поставляя сущность душевных болезней в психической отрицательности, как расположении со стороны души и соматической положительности, как ближайшем условии со стороны тела и принимая три главных рода душевных действий, как то: умопредставление, чувствование и вождделение, кои имеют главное свое отношение к трем отделениям или органам нервной системы, к мозгу, к узловатой системе груди и брюха, хотя преимущественно в мозге сосредоточиваются, мы основываем свое разделение душевных болезней на началах, сообразных сим трем действиям души и органов нервной системы. Поелику впрочем состояние гиперстении и астении можно допустить только в оживотворенном, к возбуждению способном душевном органе, но не в самой душе, как предполагает Гейнрот, то и болезненное возвышение или понижение деятельности органа, состоящего в непосредственном отношении к умственным отправлениям, к сердечно-душевной и желательной способности, причисляем мы к соматической ингредиции душевных болезней» [5].

П. А. Бутковский отличал душевные заболевания от психопатий, последние довольно определённо были им охарактеризованы. Примечательно, что причины, обуславливающие возникновение душевных заболеваний, Пётр Александрович разделял на соматические, или физические, и психические, т. е. заболевания, возникающие психогенно.

При постановке диагноза должны учитываться, говоря словами П. А. Бутковского, «личность больного, его дела и поведение, его употребление жизненных потребностей, состояние его отправления, вообще весь соматический и психический образ больного». Однако, и за рубежом, и в России официальная наука, поддерживающая николаевский режим и являющаяся в своей основе реакционной, встретила в штыки прогрессивные идеи П. А. Бутковского. И впоследствии труды Петра Александровича не раз подвергались критике за то, что в них имели место материалистические высказывания и критическое отношение к западной психиатрии.

Интересны взгляды профессора П. А. Бутковского на происхождение отдельных психопатологических симптомов, в частности, бредовых идей и галлюцинаций. Особенный интерес представляет его оценка влияния соматических заболеваний на течение и исход психических расстройств: «Соматические сопряжения оказывают на психическое расстройство более или менее явственное значение..., которое либо на время прекращается, либо совершенно исчезает и больной совершенно выздоравливает». Это предположение послужило основой для открытия метода лечения прогрессивного паралича пиротерапией, сделавшего переворот в психиатрии.

Прогностически неблагоприятными Пётр Александрович считал случаи, которые заканчивались безумием и глупостью, т. е. слабоумием, сопровождались эпилептическими припадками, осложнялись параличом или апоплексическим ударом. Он, вопреки мнению Ж. Эскироля, который считал, что выздоровление совершается критически, утверждал, что «весьма часто течение душевной болезни происходит очень медленно и неприметным образом». В этой связи П. А. Бутковский течение душевных заболеваний разделяет на три типа: непрерывное, ослабляющее (ремиттирующее) и перемежающееся (интермиттирующее).

Профессор П. А. Бутковский составил свою классификацию душевных болезней, в основу которой положил учение о трёх психосоматических сферах: умственной сферы, непосредственно связанной с деятельностью головного мозга, чувственной сферы, связанной с деятельностью узловато-нервных сплетений, и сферы побуждений, отражающей деятельность узлов брюшной полости. Данная классификация в настоящее время имеет лишь историческое значение, однако она была использована в дальнейшем психиатрами более позднего периода.

П. А. Бутковский горячо рекомендовал употребление медикаментозных средств, хотя в учебнике упоминает некоторые меры стеснения, которые никогда не выставлял в качестве ведущих. При этом лечебные мероприятия он направлял на соматическую основу болезни, с одной стороны, а с другой — предлагал психотерапевтические вмешательства.

Свойственный отечественным врачам гуманизм сказался и в совете П. А. Бутковского, что там «где врач помочь не может, по крайней мере, он не должен вредить».

П. А. Бутковский выступал против обильных кровопусканий, которые могут оказать вред больному. В комплексном лечении важная роль отводится «рукоделию и земледелию». В качестве психотерапии рекомендуется молитва. В

реализации гуманного отношения к больным важная роль отводится планировке больниц и окружающему ландшафту сельской местности. Во всём этом ощущается влияние И. К. Рейля, которого Ю. В. Каннабих (1928) называл материалистом [24].

Вопросам судебной психиатрии Пётр Александрович также уделял внимание. Им выделена глава, посвященная «распознаванию сомнительной душевной болезни... у подсудимых людей» (т. 1, с. 60). Здесь он впервые четко представил критерии невменяемости, согласно которым «человек, лишенный ума, не может владеть собою и пользоваться правильно свободным самоопределением» (т. 1, с. 25). Это определение соответствует юридическому критерию невменяемости, как неспособность осознавать противозаконность своих деяний при их совершении. Помимо этого, П. А. Бутковский [5] подчеркивал, что *delirium tremens* хотя и отличается от помешательства своей непродолжительностью, но «в бреду в горячках... они лишаются на несколько часов употребления свободы и самосведения» (т. 1, с. 26). В этих случаях больной лишается возможности сознательных действий, что важно при решении вопроса о вменяемости. Кроме того, Пётр Александрович подробно изложил четыре метода выявления симуляции душевных болезней у «подсудимых людей», которые имеют значимость и в настоящее время. Необходимо отметить, что описание психопатий под названием «класс чудаков» П. А. Бутковский представил в главе «распознавание сомнительной душевной болезни... у подсудимых людей» [5]. Автор, очевидно, предвидел повышенную криминогенную активность этих пациентов.

В. Гризингер в «Предисловии» к своему второму изданию «Душевных болезней» (1867) [28] пытался закрепить за собой приоритет в создании основ судебной психиатрии, ссылаясь на первое издание своего руководства, изданного в 1845 году. Естественно ему не было известно о более раннем вкладе в развитие судебной психиатрии П. А. Бутковского [5]. Однако, как отмечает Ю. В. Каннабих [29], Ш. Валлона и Жениль-Перрена в 1912 году впервые сообщили, что основоположником судебной психиатрии следует считать Р. Засchia, который еще в 1624 году издал «Судебно-медицинские вопросы», где были отражены аспекты судебной медицины и судебной психиатрии.

Перу профессора П. А. Бутковского принадлежат следующие работы: 1) «Подробное и основательное наставление к распознаванию и лечению геморроидальной болезни, сост. по сочинениям Рау, Гизе и пр.» (СПб., 1830); 2) «*De vitae psychicae anomalia generatim*»; diss. D. Med. (Abo, 1832); 3) «Душевные болезни,

изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» в 2 ч. (СПб., 1834); 4) «*Diatribae isagogicae de statu medicinae hodierno deque creando aptiori systemate nosologico morborum, ad chirurgiam spectantium*» (Харьков, 1835); 5) «*Diatribae isagogicae de statu pathologiae hodierno etc.*»; речь, произнесенная в Харьковском университете 30 августа 1835 года; 6) «Начертание частной патологии и терапии человеческих болезней, изд. для руководства в преподавании», 2 ч. (Харьков, 1840) и др. Кроме того, он опубликовал несколько переводов научных работ с иностранных языков [30].

Высокие успехи в научной и преподавательской деятельности в 1838 году П. А. Бутковского отмечены попечителем Харьковского учебного округа и в этом же году он был пожалован в коллежские советники. В 1839 году по представлению Министра народного просвещения за отличную и усердную службу в университете получает монаршее благоволение, а в 1840 году его отмечают Знаком отличия «15 лет беспорочной службы».

В 1841 году выходят из печати первые два тома «Начертания частной патологии и терапии человеческих болезней». Два других тома этого руководства были подготовлены к печати. Это сочинение было написано в духе практической медицины и на него были опубликованы положительные рецензии в ряде отечественных журналов. За эти высокие творческие успехи в науке П. А. Бутковский в 1842 году был награжден орденом Св. Анны 3-й степени, а в 1843 году — произведен в статские советники.

В последние годы жизни, занимаясь работой над руководством по преподаванию частной патологии и терапии, П. А. Бутковский продолжал читать душевные болезни, которые преподавал в течение 10 лет работы в Харьковском университете, и готовил к переизданию «Душевные болезни...» [5].

Умер П. А. Бутковский, состоя на службе, 21 ноября 1844 года на 43-м году жизни от кровоизлияния в мозг. В некрологе, помещённом в «Прибавлении к журналу Министерства народного просвещения на 1844 год» отмечается, что П. А. Бутковский обогатил психиатрию собственными наблюдениями и примечаниями.

Таким образом, харьковского профессора П. А. Бутковского следует считать автором первого фундаментального учебника по психиатрии на русском языке и, следовательно, основоположником научной и практической психиатрии в Украине. Будучи зрелым ученым, высококвалифицированным врачом-психиатром, талантливым исследователем, он впервые описал различные психические заболевания,

психопатологические синдромы и симптомы. Он внес значительный вклад в развитие общей и частной психиатрии, и заложил основы судебной психиатрии. Положительная оценка вклада П. А. Бутковского в развитии психиатрии представлена в работах М. О. Гуревича (1949), И. Ф. Случевского (1951), Д. Д. Федотова (1951-1957), Л. Б. Дубницкого (1977), И. И. Кутько (1994), С. С. Яновского (1994-1997), А. Е. Двирского, С. С. Яновского (1995-2001), П. Т. Петрюка,

Ю. В. Иваникова (1996), А. П. Чуприкова (1994), А. Е. Двирского (2010).

Бесспорно, жизненный путь и творческое наследие профессора П. А. Бутковского нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, а его имя как первого профессора психиатрии и автора первого учебника по психиатрии на русском языке по достоинству должно быть оценено в Украине и мире, и увековечено благодарными потомками.

Література

1. Невский В. А., Федотов Д. Д. Отечественная неврология и психиатрия в XVIII и первой половине XIX века (1700–1860 гг.): Библиографический указатель. — М., 1964. — 256 с.
2. Петрюк П. Т. Система нестеснения и Сабунова дача // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1999. — № 1. — С. 174–183.
3. Подкорытов В. С., Бачериков А. Н., Петрюк П. Т., Кутько И. И., Двирский А. Е., Яновский С. С. Вопросы устройства и управления психиатрических больниц в руководстве профессора Харьковского университета П. А. Бутковского «Душевные болезни...» (к 170-летию выхода первого руководства по психиатрии на русском языке) // Укр. вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13. — № 2. — С. 115–118.
4. Развитие психиатрической помощи и преподавания психиатрии. Краткий исторический очерк [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.medical-enc.ru/15/psychiatry/history_shtml.
5. Бутковский П. А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании: В 2 частях. — СПб.: Тип. И. Глазунова, 1834. — Ч. 1. — 168 с.; Ч. 2. — 160 с.
6. Маудсли Г. Физиология и патология души: Пер. с англ. И. Исаина. — СПб.: Издание О. И. Бакста, 1871. — 525 с.
7. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии / Под ред. Б. Д. Петрова. — М.: Медгиз, 1951. — 480 с.
8. Яновський С. С. Внесок в розвиток психіатрії засновника психіатрії слов'янських країн П. О. Бутківського: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Український НДІ соціальної та судової психіатрії; Яновський Сергій Степанович. — К., 1996. — 24 с.
9. Двирский А. Е., Яновский С. С. П. А. Бутковский — основоположник психиатрии славянских стран и его «Душевные болезни». — Симферополь: Таврия, 2001. — 208 с.
10. Грум К. Положения к работам по психиатрии в связи с выходом в свет книги П. Бутковского «Душевные болезни» // Друг здравия. — 1834. — № 37. — С. 209–210.
11. Грум К. Рецензия на сочинение д-ра Петра Бутковского «Душевные болезни» // Друг здравия. — 1835. — № 6. — С. 47–48.
12. Сенковский О. И. Душевные болезни. По поводу сочинения «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии доктором медицины Бутковским» // Библиотека для чтения. — 1834. — Т. V. — С. 1–16.
13. Краффт-Эбинг Р. Учебник психиатрии: Пер. с нем. — СПб.: Издание К. Л. Риккера, 1897. — 889 с.
14. Осипов В. П. Руководство по психиатрии. — М., Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
15. Балинский И. М. Записи по психиатрии: В 2 частях. — СПб, 1858–1859. — Ч. 1. — 176 с.; Ч. 2. — 80 с.
16. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday // The British Journal of Psychiatry. — 2008. — V. 193. — № 1. — P. 1–3.
17. Петрюк П. Т., Иваников Ю. В. Харьковский профессор П. А. Бутковский — основоположник научной психиатрии в Украине // История Сабуновой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуновой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Т. 3. — Х.: Б. и., 1996. — С. 61–64.
18. Волошин П. В., Марута Н. А., Кутько И. И., Двирский А. Е., Яновский С. С. П. А. Бутковский — основоположник отечественной психиатрии // Universitates. Наука и просвещение. — 2005. — № 1. — С. 54–59.
19. Бутковский Петр Александрович // Великие люди России [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://greatrussianpeople.ru/info2198.html>.
20. Двирский А. Е., Яновский С. С. Симптоматика, свойственная шизофрении, в «Душевных болезнях» (1834) П. А. Бутковского (к 175-летию выхода первого руководства по психиатрии) // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — № 1. — С. 109–111.
21. Федотов Д. Д. П. А. Бутковский (К истории отечественной психиатрии первой половины XIX века) // Неврология и психиатрия. — 1951. — Т. XX. — № 6. — С. 69–75.

22. Двирский А. Е. Роль П. А. Бутковского в развитии психиатрии в России (к 175-летию преподавания и публикации первого руководства по психиатрии) // Журн. невролог. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2010. — Т. 110. — № 6. — С. 90–94.
23. Чуприков А. Професор Петро Бутковський — засновник психіатрії слов'янських країн? // Медична газета України. — 1998. — Січень. — № 2–3 (168–169). — С. 7–8.
24. Кутько И. И. Приоритет харьковского профессора П. А. Бутковского в развитии психиатрии // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Т. 1. — Х.: Б. и., 1994. — С. 86–87.
25. Прозоров Л. А. Первые русские учебники психиатрии // Современная психиатрия. — 1914. — Т. VIII. — № 12. — С. 922–939.
26. Історія Харківського державного медичного університету: 200 років: 1805–2005 // Харківський державний медичний університет / За ред. А. Я. Циганенка. — Х.: Б. в., 2005. — 742 с.
27. Текутьев Ф. С. Исторический очерк кафедры и клиники душевных и нервных болезней при Военно-медицинской академии. — СПб., 1897. — С. 16–17.
28. Гризингер В. Душевные болезни: Пер. с нем. — 2-е изд. — Петербург, 1867. — 610 с.
29. Каннабих Ю. История психиатрии. — М.: Госмедиздат, 1928. — 520 с.
30. Бутковский Петр Александрович [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://print.biografija.ru/?id=14423>.

УДК 616.89.8:615.851:614.254

**Династия Платоновых и проблемы
психиатрических нейронаук: Профессор
Константин Иванович Платонов — известный
отечественный психиатр, невропатолог,
психотерапевт и бывший сабурянин.
Сообщение 2**



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць приведені нові дані про життєвий і творчий шлях професора К. І. Платонова — відомого вітчизняного психіатра, невропатолога, психотерапевта з династії Платонових, представника харківської психіатричної школи, який працював у свій час на Сабуровій дачі, творця харківської школи психотерапевтів, що зіграв велику роль в розвитку радянської психотерапії, котрий своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок в розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукової спадщини, зокрема, його українського періоду життя і наукової творчості.

Ключові слова: професор К. І. Платонов, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науковий доробок.

**Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences:
Professor Constantin Ivanovich Platonov is the known domestic psy-
chiatrist, neurologist, psychotherapist and which at one time worked
on the Saburova dacha. Report 2**

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

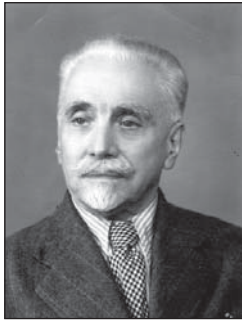
² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

Resume. On the basis of sources of the special literature and scientific labours new information is resulted about the vital and creative way of professor C.I. Platonov — the known domestic psychiatrist, neurologist, psychotherapist from the dynasty of Platonovs, representative of Kharkiv psychiatric school, working at one time on the Saburova dacha, creator of Kharkiv school of psychotherapists, playing a large role in development of soviet psychotherapy, which brought in ponderable payment the scientific achievement in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school.

The necessity of subsequent study of biography and scientific legacy is underlined, in particular his Ukrainian period of life and scientific creation.

Key words: professor P. A. Butkovskiy, biographic information, vital and creative way, scientific inheritance.



Константин Иванович Платонов (1877–1969) — известный отечественный ученый, психиатр, невропатолог, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки УССР, действительный член Украинской психоневрологической академии,

представитель харьковской психиатрической школы, бывший заведующий кафедрой душевных и нервных болезней Харьковского медицинского института (ХМИ), создатель харьковской школы психотерапевтов, сыгравшего большую роль в развитии советской психотерапии на основе физиологического учения И. П. Павлова. Особое внимание Константин Иванович уделял концепции о двух сигнальных системах человека. Подверг критике взгляды Ж. М. Charcot на патогенную природу гипноза. Автор клинических и физиологических исследований природы гипноза и внушения. Развивал теорию и практику психотерапии, создал ряд новых психотерапевтических методик. Широко внедрял психотерапию в клинику других клинических медицинских дисциплин — в акушерстве, гинекологии, хирургии, внутренних болезней, дерматологии и детских болезнях. Показал влияние гипноза на ряд важных соматических функций [1–5].

А. П. Слободяник справедливо отмечает, что фактически отцом советской психотерапии является К. И. Платонов, автор книги «Слово как физиологический и лечебный фактор» [6].

К. И. Платонов родился в г. Харькове 30 октября 1877 года во врачебной семье. Его отец — Иван Яковлевич Платонов был известным отечественным психиатром, врачом-подвижником, представителем так называемой «большой психиатрии», прогрессивно настроенным врачом, новатором-практиком, одним из тех врачей-подвижников, которые способствовали утверждению нового подхода к лечению нервно-психических расстройств, формированию гуманного отношения к человеку, пораженному этим тяжким недугом, а имя его сына Константина Ивановича и для психиатров, и для психологов, и для науки ассоциируется с «неврологией» и, конечно, с психотерапией. В 1898 году он окончил Харьковскую гимназию № 3 и получил среднее образование. В том же году поступил на медицинский факультет Харьковского университета.

Однако учился он шесть лет, так как за участие в «студенческих волнениях» в 1899 году был исключен на год из университета. Его отец, хоть и прогрессивно настроенный врач, но все

же коллежский советник и позже член городской Думы, так никогда и не узнал, что в диване в его кабинете, среди книг по психиатрии, сын прятал от обысков в своей комнате нелегальную литературу. Чтобы уберечь сына от надзора полиции (а может быть, и отвратить от политики, а также от нежелательного романа с очаровательной француженкой — дочерью гимназического учителя французского языка!), отец отправил его в 1900 году за границу знакомиться с исследованиями по физиотерапии в университетах Германии, Франции и Швейцарии. В дальнейшем, в 1908 году, Константин Иванович еще раз ездил за рубеж, в Бельгию, для изучения анатомии нервной системы в Лувенском католическом университете — самом старом и самом известном университете Бельгии [4].

Окончив Харьковский университет в 1904 году и получив звание «лекаря с отличием», Константин Иванович начал специализироваться в области психиатрии, неврологии и психологии. Особенно его увлекали проблемы внушения и гипноза, интересовавшие его еще в студенческие годы.

С 1 января 1906 года по 1 июля 1909 года Константин Иванович занимал должность ординатора при кафедре душевных и нервных болезней Харьковского университета. А с 1 сентября 1909 года и по 1 марта 1912 года находился в научной командировке в нервно-психиатрической клинике Петербургской военно-медицинской академии (директор клиники В. М. Бехтерев), где работал над докторской диссертацией на тему: «О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные световые + звуковые раздражения», которую успешно защитил в феврале 1912 года и был удостоен степени «доктора медицины» (№ диплома, хранящегося в Военно-медицинской академии — 13/2015). В этой диссертации первоначально была глава, написанная с позиций учения И. П. Павлова, работами которого Константин Иванович всегда восхищался. Но по настоянию В. М. Бехтерева она была исключена. Небезынтересно, что во всей своей дальнейшей деятельности К. И. Платонов как клиницист был последователем В. М. Бехтерева, но как физиолог — И. П. Павлова.

Не раз, встречаясь с И. П. Павловым, Константин Иванович сохранил все же более близкие личные связи с В. М. Бехтеревым, у которого он часто бывал в Петрограде (а затем в Ленинграде) и который приезжал к нему в 1925 году в г. Харьков. После успешной защиты диссертации К. И. Платонов возвращается в 1912 году уже на всю жизнь в г. Харьков.

С 15 марта 1913 года по декабрь 1919 года Константин Иванович состоял ассистентом

нервной клиники Женского медицинского института Харьковского медицинского общества при директоре клиники С. Н. Давиденкове, где в 1915/16 учебном году читал курс лекций по психиатрии. С 30 ноября 1918 года по декабрь 1919 года — частный преподаватель того же Института по выбору совета профессоров (Уведомление директора института о выборе советом профессоров в число преподавателей с чтением необязательного курса по психопатологии от 30.11.1918 года № 2395).

Но расцвет деятельности К. И. Платонова наступает уже после революции. В Украине он был первым, как тогда говорили, «советским профессором», так как в феврале 1918 года был избран профессором Женского медицинского института, а в декабре 1919 года — заведующим кафедрой психиатрии ХМИ, а с 1922 года по 1928 год заведовал кафедрой невропатологии с клиникой упомянутого института, читал обязательный курс учения о нервных болезнях. Утвержден в звании профессора Укрглавпрофобром. Его внимание все больше сосредоточивалось на применении в клинике методов внушения и гипноза, но это не было его единственным и узким интересом.

Он придавал огромное значение ознакомлению с больным, с его личностью, с причиной заболевания. Он всегда отрицал применение гипноза без предварительного психологического изучения пациента. Его интересовала клиника неврозов, особенно роль эмоций в их происхождении и течении. В поисках истоков данного невроза он часто применял метод гипнорепродукции, переводя усыпленного больного при помощи внушения во все более ранние периоды его жизни и выявляя начало заболевания. Найдя, таким образом, давно забытую пациентом причину, вызвавшую болезнь, он внушал ему, что этой причины вообще не было, что ее не существовало в его прошлой жизни. И больной, проснувшись и, конечно, совершенно забыв о том, что с ним происходило в гипнотическом сне, чувствовал себя гораздо лучше, а зачастую выздоравливал чрезвычайно быстро, после одного-двух сеансов гипноза.

Многим это казалось чудом, передавалось из уст в уста, популярность К. И. Платонова росла, и это, вероятно, способствовало успешному излечению последующих больных, так как они в него уже заранее верили. В то время Константин Иванович стал жить отдельно, «своим домом»; этому, кроме личных причин, способствовали значительные успехи его в научной, лечебной и педагогической работе, завоевавшие ему большой авторитет и известность, как среди больных, так и среди врачей. Уже в это время к нему доходят письма с кратким адресом: Харьков, профессору Платонову.

В то же время с 1923 по 1930 годы он одновременно заведовал сектором функциональных заболеваний и психотерапии научно-исследовательской кафедры психоневрологии ХМИ, проводил работу в этой области по усовершенствованию врачей и руководил научными работами сотрудников.

С 1920 года по 20 сентября 1941 года Константин Иванович работал в Украинском психоневрологическом институте (УПНИ) и заведовал психотерапевтическим отделением, ведя научно-исследовательскую работу с аспирантами и врачами по циклу усовершенствования. УПНИ ставил своей задачей не только изучение психоневрологии и нейробиологии, но также занимался и общими вопросами изучения и воспитания личности, индивидуальности человека. В институте психической проблематикой занимался ряд структурных подразделений: отделение психофизиологии с экспериментальной фонетикой и учением о реакциях человека (заведующий Л. А. Квинт), педологический (научный руководитель Л. А. Квинт) и психотерапевтический (научный руководитель К. И. Платонов) отделы, отделения диспансера, а также психологический кабинет (руководитель Л. А. Квинт). С апреля 1917 года по 20 сентября 1930 года Константин Иванович работал на железнодорожном транспорте в качестве консультанта по нервным и душевным болезням сначала в приёмном покое Курско-Харьковской больницы, затем при поликлинике ЮЖД и Донецкой железной дороги и при психоневрологическом диспансере ЮЖД и Донецкой железной дороги [4, 7].

С 1930 года и 23 сентября 1941 года он работал в Транспортном психоневрологическом институте ЮЖД в качестве заведующего клиническим отделением неврозов и в качестве преподавателя железнодорожного филиала Института усовершенствования врачей: вел лекционный и практический курсы по линии интернатуры, и также курс усовершенствования для врачей по разделу неврозов и психотерапии.

В 1941 году во время эвакуации жителей г. Харькова Константин Иванович лежал с тяжёлым приступом почечной болезни, не был эвакуирован и оказался, таким образом, вдвоем с женой в оккупированном немцами городе. Людмила Калининна вывезла его, ещё слабого, в г. Миргород Полтавской области, к его бывшему пациенту, жившему там в своем доме, со своим крестьянским хозяйством. После выздоровления К. И. Платонов работал в г. Миргороде рядовым врачом в районной поликлинике на самокупальности. Сохранились документы, подтверждающие, что он с риском для собственной жизни спас от угона в Германию и даже от смерти, укрывая и ставя ложные диагнозы, ряд молодых людей,

в частности З. С. Бакало, М. А. Корсунскую, Н. Гасуху, В. Ксенза, Д. Кучеренко, В. Ермакова, Е. Яковича, написавших ему после войны теплое благодарственное письмо. И это тот самый Константин Иванович, над которым в семье ранее подсмеивались, потому что он боялся находиться в комнате, в углу которой стояло охотничье ружье сына! А вдруг оно заряжено?! [4].

После освобождения г. Харькова он возвращается в родной город по личному вызову Наркомздрава УССР (от 25.10.1943 года № 1–97) на восстановительную работу в ХМИ, где временно исполнял с 15 декабря 1943 года по 17.05.1944 года обязанности заведующего кафедрой невропатологии с чтением курса лекций по нервным болезням на лечебном факультете, и тогда же получает квартиру 31 в доме 19 по Рымарской улице, вместо разбомбленной и стертой с лица земли квартиры на улице Змиевской, 4.

В 1947 году Константину Ивановичу пришлось вторично защищать докторскую диссертацию, так как по своей рассеянности он в 1945–1946 годах пропустил срок перерегистрации лиц, ранее получивших ученые степени и звания. Таким образом, он — доктор медицины с 1912 года и профессор с 1918 года — оказался врачом без ученой степени. Тогда он представил в Ученый совет свою монографию «Слово как физиологический и лечебный фактор» и, защитив ее, вторично, в 70 лет, получил ученую степень доктора медицинских наук. Эта защита приняла тогда форму, близкую к юбилею. В ученой степени доктора медицинских наук утверждён ВАКом при Министерстве высшего образования СССР 13 декабря 1947 года [4].

Профессор К. К. Платонов полагает, «что удачливостью своей лечебной психотерапевтической практики Константин Иванович был обязан также необычайному обаянию своей личности. Не совсем удобно, может быть, мне, сыну, писать так о своем отце, но улыбке его, право, невозможно было противостоять. Улыбнется — и собеседник уже завоеван! Внешне он ничем особенным не выделялся: среднего роста, изящные, небольшие руки и ноги, до старости сухошавая фигура и легкая походка. Тонкие, довольно правильные черты лица он унаследовал от матери, наполовину молдаванки. Носил усы и небольшую бородку клинышком. У женщин он имел успех необычайный, и надо сознаться, что он их вниманием тоже не обходил. Это не значит, что он был «бабником» в вульгарном смысле этого слова, но романтические увлечения интересными женщинами были ему не чужды» [4].

До ликвидации эвакогоспиталей в г. Харькове Константин Иванович работал в качестве консультанта в ряде Харьковских госпиталей, а

также и в госпитале, развернутом на базе бывшей клинической больницы ЮЖД до декабря 1944 года. С января 1945 года заведовал отделением неврозов и психотерапии в восстановленной Клинической больнице ЮЖД, затем переименованной в Центральную нейрохирургическую психоневрологическую больницу МПС (ныне Государственное лечебно-профилактическое учреждение «Дорожная клиническая больница ст. Харьков»), где вел лекционный курс по вопросам психотерапии по линии усовершенствования врачей-акушеров-гинекологов при разработке методик психопрофилактики более в родах. Кроме того, одновременно К. И. Платонов работал в качестве консультанта в Украинском научно-исследовательском психоневрологическом институте и Центральной психоневрологической больнице МПС (ныне Государственное лечебно-профилактическое учреждение «Центральная клиническая больница «Укрзалізниці»).

К. И. Платонов принимал активное участие в общественной жизни: работал в дореволюционное время врачом в нелегальной рабочей кассе печатников «Металлист». С 1904 до 1917 года был секретарем Харьковского общества невропатологов и психиатров. С 1917 по 1924 годы был председателем упомянутого общества. С 1924 по 1928 годы — председатель организованной Константином Ивановичем гипнологической секции Харьковского медицинского общества (ХМО). С 1930 по 1941 годы — председатель научных конференций Транспортного психоневрологического института ЮЖД, с 1938 по 1941 годы — председатель научных конференций диспансера УПНИ. В 1920 году К. И. Платонов принимал близкое участие в организации УПНИ. В 1930 году был избран в члены психоневрологической секции ученого совета НКЗ УССР. В 20-х годах прошлого века был членом Украинского антиалкогольного общества.

В 1932 году был избран депутатом Червонозаводского районного совета, а в 1939 году — депутатом Сталинского районного совета в г. Харькове. 21 ноября 1943 года был избран членом правления психоневрологической секции ХМО, а затем постоянно избирался членом правления Харьковского филиала Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. А 1945 году был избран в члены Всесоюзного общества распространения политических и научных знаний.

Научная работа К. И. Платонова выражалась в разработке, начиная с 1910 года, избранной проблемы — «неврозы и их психотерапия», которая носила характер экспериментально-лабораторный и экспериментально-клинический. Она была направлена на освещение неврозов и психотерапии с позиций Павловской

физиологической школы и к практическому применению различных методов психотерапии не только в области психотерапии, но и в области других клинических медицинских дисциплин — в акушерстве, гинекологии, хирургии, внутренних болезней, дерматологии и детских болезнях. Все эти научные работы были отражены более чем в 50-ти печатных трудах, а также и докладах на всесоюзных и республиканских съездах, на конференциях научно-исследовательских институтов и научных обществ городов Харькова, Москвы, Ленинграда и Киева. Научно-исследовательская деятельность Константина Ивановича обобщена в значительно расширенном и переработанном третьем издании (первое издание — Х., 1930; второе издание — М., 1957) монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова» (М., 1962), переведенной на английский и испанский языки [3, 4, 8-12].

Вопрос о сущности телепатических явлений, которыми занимался Константин Иванович, так и остался малоизученным и не получил ответа до сих пор. К. И. Платонов позже мало занимался проблемами телепатии, «но меня тогда эти опыты увлекли и повернули мое внимание к области человеческой психики и работам отца. Я не буду здесь пересказывать всех случаев экспериментального гипноза, описанных отцом в его монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор». Скажу только, что не было такой физиологической функции (частота пульса и дыхания, состав крови, мочи и желудочного сока, водный обмен, кожная реакция на внушенный ожог), которую нельзя было бы изменить внушенным словом. Здесь уместно вспомнить, что в 1956 году к Константину Ивановичу обратился с просьбой о консультации и помощи молодой врач парашютно-десантных войск Леонид Павлович Гримак. Он применял метод гипнорепродукции для изучения отдельных этапов парашютного прыжка. Отец направил его ко мне. В результате в 1963 году Л. П. Гримак защитил по этой теме кандидатскую диссертацию, а, успешно применяя в дальнейшем экспериментальный гипноз для тренировки космонавтов к невесомости, защитил и докторскую. Позже он издал под моей редакцией монографию «Моделирование состояний человека в гипнозе (Экспериментальный гипноз)» (М., 1978), посвятив ее столетию со дня рождения К. И. Платонова [4].

Так идеи Константина Ивановича «вышли в космос»! Глубоко принципиальный человек в науке, неуклонно пропагандирующий идеи психотерапии, Константин Иванович в быту был, как правило, необычайно мягким, добрым и порядочным человеком [4].

Следует подчеркнуть, что метод гипнорепродукции является экспериментальным методом, который позволяет формировать заданные психические состояния, то есть создавать определенные психические модели эмоций, свойств и состояний человека применительно или к измененному ходу времени (как в данном, описанном К. К. Платоновым случае), или к определенным условиям деятельности (как это описано в упомянутой книге: А. П. Гримак, 1978).

Вопрос о телепатических явлениях действительно мало исследован. И, несмотря на то, что опубликован ряд работ советских исследователей по этой проблеме, в данном вопросе нет ясности и определенности (Л. Л. Васильев, 1959, и др.).

К. И. Платонов является автором, как уже отмечалось выше, более 60 научных работ. Среди важнейших работ Константина Ивановича следует отметить «Внушение и гипноз (В акушерстве и гинекологии)» (1925), «Внушение и гипноз в практической медицине» (1925), «Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова» (1930, 1957, 1962), «Вопросы психотерапии в акушерстве (Родообезболивание и неукротимая рвота беременных)» (1940) и другие, которые являются уникальными руководствами в данной области психоневрологии. Многие его работы переведены на английский, немецкий и французский языки. Под его руководством выполнено 8 дипломных работ в ХМИ и 3 кандидатские диссертации по вопросам психотерапии. Пять из дипломных работ вошли в сборник УПНИ, т. XII, «Психотерапия» под редакцией К. И. Платонова (1930). Кроме этого, с 1923 года и по пятидесятые годы прошлого века был оппонентом и рецензентом многих кандидатских и докторских диссертационных работ, а также и рецензентом многих статей и монографий различных авторов.

Следует отдельно сказать о брошюре Г. Ю. Малиса «Психоанализ коммунизма с предисловием проф. К. И. Платонова» (Харьков, 1924). Это предисловие Константина Ивановича является неоднозначным. В этой связи по данному поводу он обращался в редакцию газеты и просил напечатать нижеследующее: «... Брошюра эта является изложением популярной лекции автора, под заглавием — «Проблемы бессознательного» (психоанализ), со вступительным словом, к которой выступил и я. Содержание моего выступления было согласовано с заглавием и тезисами лекции и в нем я стремился изложить в возможно популярной форме источник происхождения психоанализа и отметить положительные и особенно отрицательные стороны его». Далее К. И. Платонов

сетует на то, что без его согласия поменяли название брошюры и не дали перед печатанием для корректуры его 16-страничное предисловие. «Вопрос о психоанализе коммунизма слишком серьезен, сложен и широк, чтобы можно было касаться его впервые на страницах печати в популярной брошюре, три четверти содержания которой посвящено изложению основных положений всего учения Фрейда. Подобное заглавие обязывало бы ко многому также и автора предисловия, которое, в связи с этим, было бы иначе и построено, о чем и довожу до сведения прочитавших брошюру» [13].

Трудно переоценить вклад В. М. Бехтерева в развитие отечественных нейронаук. На рубеже столетий Владимир Михайлович был крупнейшим неврологом, психиатром, психологом, нейроморфологом, физиологом и патофизиологом. Блистательную научную школу В. М. Бехтерева составляют имена М. И. Аствацатурова, В. Я. Анфимова, Е. Л. Вендеровича, А. В. Гервера, Б. С. Дойникова, М. Н. Жуковского, М. П. Никитина, Л. О. Оморокова, Л. М. Пуссепе, В. П. Осипова, В. Н. Мясищева, П. К. Анохина, Л. Л. Васильева, К. И. Платонова, Б. Г. Ананьева, А. Г. Иванова-Смоленского и др. [14].

За многолетний и добросовестный труд Константин Иванович неоднократно получал благодарности и премии: от директора УПНИ благодарность и грамоту за широко поставленную работу в области психогигиены и психотерапии и за пропаганду их среди врачей и за работу по подготовке кадров врачей психотерапевтов (1933), благодарность за проводившуюся психогигиеническую работу на предприятиях и заводах и железнодорожном транспорте г. Харькова (1934), благодарность от Министра здравоохранения УССР с занесением в трудовую книжку за плодотворную работу в области психотерапии в честь 150-летия Сабуровой дачи (1946), премию имени И. П. Павлова, присужденную Харьковским научным обществом за психопрофилактическое ведение родов в свете учения И. П. Павлова (1952). За участие во Второй мировой войне Президиумом Верховного Совета СССР награжден медалью «За победу над Германией» (№ 3366), за непорочную 30-летнюю службу награжден Орденом Ленина (№ 214654).

Облик Константина Ивановича был бы неполным, если не сказать о его интересе к искусству. Он страстно любил театр, особенно оперу. В доме его постоянно бывали актеры и музыканты. Квартира его на Рымарской улице находилась вплотную рядом с Оперным театром, и в опере для него всегда было забронировано персональное кресло в первых рядах партера. Не будучи пианистом, но, обладая великолепным слухом и безукоризненным музыкальным вкусом, он посвящал свой досуг игре на фоноле — приставке к роялю. Он настолько овладел техникой игры на этом инструменте и вкладывал в нее такую индивидуальную интерпретацию, что не один музыкант-профессионал, сидя в соседней комнате, спрашивал, кого из известных пианистов он слушает.

К. И. Платонов был и талантливым художником-самоучкой. Его рисунки карандашом и углем (в основном пейзажи) имели успех на выставке в Харьковском доме народного творчества в 1958 году. Этих рисунков сохранилось более тридцати, часть из них — в нашей семье, большинство же передано в мемориальный музей его имени в Березовских Минеральных Водах под Харьковом [4].

Таким образом, К. И. Платонов, будучи ярким и талантливым представителем харьковской психиатрической школы, внес значительный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т. ч. и харьковской психотерапевтической школы, сыгравшего большую роль в развитии советской психотерапии на основе физиологического учения И. П. Павлова. Вне сомнения, биография и научное наследие Павла Ивановича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно его украинский период жизни и научного творчества.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских наук И. И. Кутько и внучке Константина Ивановича, врачу-невропатологу Л. И. Вельковской за ценные замечания, которые помогли устранить недочеты при работе над более ранней версией данной статьи.

Література

1. Платонов Константин Иванович [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://mma-ps.narod.ru/psy-person.htm>.
2. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (К физиологии психотерапии). — Х.: Госиздат Украины, 1930. — 116 с.
3. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова. — 3-е изд., с некот. доп. и измен. — М. Медгиз, 1962. — 532 с.

4. Платонов К. К. Мои личные встречи на великой дороге жизни (Воспоминания старого психолога)/Под ред. А. Д. Глоточкина, А. Л. Журавлева, В. А. Кольцовой, В. Н. Лоскутова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. — С. 46–56. (Выдающиеся ученые Института психологии РАН).
5. Платонов К. И. Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова: Научно-популярный очерк. — М.: Медгиз, 1951. — 56 с.
6. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.biysk.ru/~zimin/pcih.html>.
7. Автобиография доктора медицинских наук профессора К. И. Платонова, составленная и подписанная им в г. Харькове 12.04.1957 года // Из личного архива П. Т. Петрюка.
8. Платонов К. И., Шестопап М. В. Внушение и гипноз (В акушерстве и гинекологии). — Кременчуг: Госиздат Украины, 1925. — 77 с.
9. Платонов К. И. Внушение и гипноз в практической медицине. — Х.: Научная мысль, 1925. — 127 с.
10. Платонов К. И. Вопросы психотерапии в акушерстве (Родообезболивание и неукротимая рвота беременных) / Под ред. и с предисл. И. З. Вельвовского. — Х.: Б. и., 1940. — 111 с.
11. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации. — Х.: Око, 2002. — 768 с.
12. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
13. Малис Г. Психоанализ коммунизма / Предисловие проф. К. И. Платонова. — Х.: Космос, 1924. — 87 с.
14. Михайленко А. А., Одинак М. М., Голохвастов С. Ю., Лобзин В. Ю. Первая отечественная кафедра нервных и душевных болезней (к 150-летию учреждения кафедры в Императорской медико-хирургической академии) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — Т. 109. — № 7. — С. 82–86.

До уваги авторів:

1. До журналу «Психічне здоров'я» приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» на розгляд до журналу «Психічне здоров'я» прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу — українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків), резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку 0151 1,5; шрифт — Times New Roman; розмір шрифту — 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 зустрічі в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Усі 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 повинен бути 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»*



Перша Національна Соціальна Програма
“З турботою про співвітчизника”

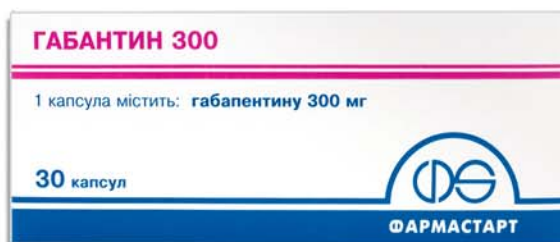
КАРБАМАЗЕПІН-ФС

КАРБАМАЗЕПІН



ГАБАНТИН 300

ГАБАПЕНТИН



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія



Ми робимо якісне лікування доступним!

ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8

Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua

10 лет успешного опыта применения
в психиатрической практике

Зипрекса®
Оланзапин
ПОМОГАЕТ ЖИТЬ

Оптимальное решение на всех этапах терапии шизофрении и биполярного расстройства

Мое будущее было
ограничено
больничными стенами

Разнообразные формы выпуска препарата Зипрекса®:

- Помогают подобрать лечение
согласно индивидуальным
потребностям каждого пациента^{1,2,4}
- Обеспечивают преемственность
этапов терапии^{3,5}

Комплаентность
Ажитация

Низкая

Высокая

Высокая

Низкая



Теперь я хочу большего

ЗИПРЕКСА® (ZYPREXA®). Регистрационный номер П N014208/01. Международное непатентованное название (МНН): оланзапин. Антипсихотическое средство (нейролептик). **Показания к применению.** Шизофрения у взрослых: лечение обострений, поддерживающая и длительная противорецидивная терапия больных шизофренией и другими психическими расстройствами с выраженной продуктивной (бред, галлюцинации, автоматизмы и др.) и/или негативной (эмоциональная уплощенность, снижение социальной активности, обеднение речи) симптоматикой, а также сопутствующими аффективными расстройствами. **Биполярное аффективное расстройство у взрослых:** лечение острых маниакальных или смешанных эпизодов и предотвращение рецидивов заболевания. **Противопоказания.** Установленная повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая терапевтическая доза оланзапина составляет от 5 мг до 20 мг в сутки. **Побочное действие.** К числу очень частых ($\geq 10\%$) побочных эффектов относятся сонливость и увеличение массы тела. Частые ($< 10\%$ и $\geq 1\%$) побочные эффекты, связанные с приемом оланзапина в клинических испытаниях, включали головокружение, астению, акатизию, увеличение аппетита, периферические отеки, ортостатическую гипотензию, сухость во рту и запоры. Изредка наблюдалось транзиторное, асимптоматическое повышение показателей печеночных трансаминаз (аспартат- и аланинаминотрансферазы) в сыворотке крови. **Передозировка.** Очень частыми (частота $\geq 10\%$) симптомами при передозировке оланзапина были тахикардия, возбуждение/агрессивность, расстройство артикуляции, различные экстрапирамидные расстройства и нарушения сознания разной степени тяжести (от седативного эффекта до комы). **Медицинская помощь при передозировке.** Специфического антидота для оланзапина не существует. Показано симптоматическое лечение в соответствии с клиническим состоянием и контроль над функциями жизненно важных органов. **Форма выпуска.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг и 10 мг. **Условия хранения.** Список Б. При температуре 15-30°C в сухом и защищенном от света месте. Хранить в местах, недоступных для детей. **Срок годности.** 3 года. Не использовать по истечении срока годности. **Условия отпуска из аптек.** По рецепту.

1, Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Polvin AH, Andersen SW, Beasley CM Jr, Tollefson GD: Double blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. J Clin Psychopharmacology 1997;17:407-418. 2, Beasley Jr CM et al.: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. J Clin Psychopharmacology 2003;23:582-594. 3, P.Wright, M.R.C, Psych, M.D., et al. A Comparison of the Efficacy and Safety of Olanzapine Versus Haloperidol During Transition from Intramuscular to Oral Therapy. Clinical Therapeutics, 2003;25(5):1420-1428. 4, Kinon BJ et al.: Olanzapine Orally Disintegrating Tablets in the Treatment of Acutely Ill, Non-compliant Patients with Schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2003;8:97-102. 5, Adapted from Haro J et al.: Antipsychotic treatment discontinuation in the out-patient treatment for schizophrenia, 24-months results from the pan-european SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study, Poster presented at XX. International Congress on Schizophrenia Research, Program No. 117778, Savannah, GA USA, April 2-6, 2005

UBM-CNS-AD-01-010610

Эли Лилли Восток С.А.
01004, Украина, Киев, ул. Красноармейская, 9/2, офис 15
Тел.: (044) 490 25 85 /86 /87, факс: (044) 490 25 88

Lilly