

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

MENTAL HEALTH

3-4 (28-29) 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.**

Старший лаборант кафедри
психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика **Кричун Ю. Я.**

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

За зміст рекламних матеріалів
відповідає рекламодавець.

СПОНСОРИ ВИПУСКУ:



ООО «Универсальное агентство
«ПРО-ФАРМА»,
г. Киев, ул. М.Котельникова, 1 оф. 97
Тел.: +38 044 422 5070
www.pro-pharma.com.ua



ТОВ «Фарма Старт», Україна,
03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8
Тел.: +38 044 404 8505
www.phs.com.ua



ТОВ «Серв'є Україна»
01054, Київ, вул. Воровського, 24
Тел.: +38 044 490 3441,
факс: +38 044 490 3440
Р/п МОЗ України № UA/4972/01/01
от 19.08.11
www.servier.ua

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.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 – 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 6 від 16.06.2010 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznecov@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

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
Уралова Л. Т., Гончар О. А., Трускавецький Б. Л. Кореляція психічних порушень та даних ультразвукових та магнітно-резонансних досліджень у хворих з вогнищевими ураженнями печінки	4
Петрюк П. Т. Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: деонтологический аспект. Сообщение 3.	7
Огоренко В. В. Феноменология психических расстройств в зависимости от клинических характеристик новообразований головного мозга.	14
Аdditивні розлади	
Животовська Л. В. Порушення нейрокогнітивних функцій в структурі психопатологічних проявів при психічних та поведінкових розладах внаслідок вживання алкоголю	17
Аймедов К. В. Профілактика та медико-соціальна реабілітація осіб, залежних від азартних ігор	21
Афанасьєва А. В. Характеристика факторов анамнеза больных параноидной шизофренией, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества.	27
Медична психологія та психотерапія	
Андрух П. Г., Андрух Г. П. Структура ейфорії, емоційні порушення та сполучені розлади в осіб із наркоманіями, як предиктори психотерапії	31
Коростій В. І. Психологічні особливості (прогностична здатність, механізми психологічного захисту, алекситимія і агресивність) у молодих осіб із психосоматичними захворюваннями	38
Психофармакотерапія	
Кузнецова С. М. Влияние Афобазола на психо-эмоциональное состояние, мозговое кровообращение и биоэлектрическую активность головного мозга у больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт	42
Бурчинский С. Г. Антидепрессанты рецепторного типа действия в стратегии лечения депрессий	48
Етичні та правові аспекти психічного здоров'я	
Насинник О. А. Критерии непосредственной опасности и беспомощного состояния при неотложной (недобровольной) госпитализации	56
Гончар Т. О. Стаціонарні та амбулаторні заходи, спрямовані на реабілітацію хворих на шизофренію, під час надання психіатричної допомоги у примусовому порядку	60
Шум С. С. Критерії та методологія експертної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями при проведенні судово-психіатричних експертиз	65
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
Петрюк П. Т. Психиатрия при нацизме: характеристика некоторых трагических особенностей. Сообщение 1	71

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 and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Uralova L. T., Gonchar O. A., Truskavetskiy B. L.</i> Correlation of mental disturbances between ultrasound and MRT investigations in patients with local liver demange	4
<i>Petryuk P. T.</i> General modern principles of application of physiotherapy are in psychiatry: deontological aspect. Report 3	7
<i>Ogorenko V. V.</i> Phenomenology of mental disorders in relation to clinical characteristics of brain tumors	14
Addictive disorders	
<i>Zhyvotovska L. V.</i> Violations of neurocognitive functions in the structure of abnormal psychology displays at psychical and behavior disorders because of the use of alcohol	17
<i>Aimedov K. V. B.</i> Prevention and medical-social rehabilitation of compulsive gamblers	21
<i>Afanas'eva A. V.</i> Patients with schizophrenia, who use or don't use substances: anamnesis factors characteristic	27
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Andrukh P. G., Andrukh G. P.</i> The structure of euphoria, emotional and related disorders of persons with narcomania as predictor of psychotherapy	31
<i>Korostiy V. I.</i> Psychological characteristics (predictive ability, defense mechanisms, alexithymia, and aggression) in young persons with psychosomatic disorders	38
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Kuznetsova S. M.</i> Afobasol effect on mental and emotional state, brain blood circulation and bioelectrical activity in older patient after ischemic stroke.	42
<i>Burchinsky S. G.</i> Antidepressants of receptor type of action in strategy of depressive illness' treatment	48
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Nasinnyk O. A.</i> Criteria of direct dangerous and helpless state in cases of emergency (involuntary) hospitalization.	56
<i>Gonchar T. O.</i> Inpatient and outpatient measures in rehabilitation of patients with schizophrenia during involuntary psychiatric treatment	60
<i>Shum S. S.</i> Criteria and methodology of expert assessment in persons with oncological diseases in process of psychiatric forensic expert assessment	65
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P. T.</i> Psychiatry at Nazism: description of some tragic features. Report 1	71

Шановні читачі!

10 жовтня — Всесвітній день психічного здоров'я. На теперішній час залишається актуальною Європейська декларація з охорони психічного здоров'я і Європейський план дій з охорони психічного здоров'я, прийняті в Гельсінкі в 2005 році. Заходи в галузі охорони психічного здоров'я більше не зводяться суто до питань лікування і інституціоналізації осіб із проблемами психічного здоров'я. Декларація визнає, що політика і послуги в цій галузі спрямовані на те, щоб досягти добробуту і соціальної інтеграції на основі комплексного підходу до задоволення потреб і принесення користі від різноманітної діяльності в галузі охорони психічного здоров'я як для населення в цілому, так і для представників груп ризику й осіб із проблемами психічного здоров'я. Поступово ширший спектр послуг надається за місцем проживання.

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

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

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні кожна європейська країна, проблеми в цій галузі виникають практично в кожного четвертого жителя Європи протягом його життя. Відсоток різного роду психічних захворювань, що виникають у певні періоди, дуже високий у Європі. 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.

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. М. Кузнецов*

Кореляція психічних порушень та даних ультразвукових та магнітно-резонансних досліджень у хворих з вогнищевими ураженнями печінки



Уралова Л. Т.



Гончар О. А.



Трускавецький Б. Л.

Уралова Л. Т.¹, Гончар О. А.¹, Трускавецький Б. Л.²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика.

² Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти

Резюме. У статті розглядаються результати вивчення психічних розладів в залежності від локалізації уражень печінки засобами УЗ та МР. Результати, що були отримані, уможливають своєчасну терапію психотропними засобами та за допомогою психотерапії.

Ключові слова: вогнищеві ураження печінки, психічні розлади, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна терапія.

Resume. The paper presents an outcome of the study of dependence between psychic disorders and liver damage conducted on ultrasound and magnetic resonance data. Obtained results make it possible to provide for timely therapy with psychotropic medicines and with the help of psychotherapy.

Вступ

В усьому світі за останній час значно зросла кількість осіб із різними захворюваннями та ураженнями печінки, що привертає увагу медичних працівників. Разом з тим результати досліджень психопатологічної структури психічних розладів за даної патології мають здебільшого узагальнений характер. Діагностика психічних розладів в залежності від локалізації уражень печінки сприяла б своєчасній та адекватній терапії даного контингенту хворих.

Мета

Вивчення спектру психічних розладів в залежності від локалізації уражень печінки за результатами УЗ та МР досліджень.

Матеріали та методи

За період 2007–2008 рр. нами було проведено комплексне обстеження 36 пацієнтів, що включало виконання УЗД та безконтрастної МРТ, а також проведення трепан-біопсії

під ультразвуковим контролем, з метою подальшої морфологічної верифікації. УЗД проводилися на апаратах ALOKA SSD-3500 та Esaote MyLab 50 в сірошкальному В-режимі, які доповнювались доплерографічним дослідженням в режимі кольорового картування, енергетичного, імпульсного доплера або їх комбінації. Для стандартизації проведення обстеження і зменшення суб'єктивних помилок, були застосовані стандартизовані УЗ- та МР-ознаки вогнища (кількість, розмір, локалізація, форма, контури, внутрішня структура, ехогенність/інтенсивність, васкуляризація) та печінки (розміри, контур, структура, архітектоніка, звукопровідність/інтенсивність). Результати УЗД зіставлені з даними МРТ (Siemens Somatom 1.0 T), а також з даними гістології верифікації.

Ультразвукове дослідження це перша ланка обстеження у разі підозри на ураження печінки і вирішення питання щодо застосування методик другої ланки. Ехографія в режимі «сірої шкали» — один з провідних методів

діагностики вогнищевих уражень печінки, але досить часто провести диференціальну діагностику за даними традиційного ультразвукового дослідження неможливо, оскільки багато патологічних утворів характеризуються схожими ознаками. Абсцеси печінки часто асоціюються з конкрементами жовчних протоків та їх обструкцією. Проте ультразвукове дослідження (УЗД) є найбільш доступним методом, що забезпечує високу роздільну здатність і є методом вибору для скринінгу пацієнтів з підозрою на патологічні ураження печінки.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) — високоінформативний, часто використовуваний метод для виявлення характерних як дифузних захворювань, так і фокальних уражень печінки. МРТ дозволяє використовувати програми різних імпульсних послідовностей та контрастного підсилення, що надає можливість під час одного обстеження виконати уточнення природи вогнищового патологічного процесу в печінці хворої людини.

Психопатологія вивчалася за допомогою стандартних психодіагностичних методів та психіатричного обстеження та спостереження за динамікою психічних розладів даного контингенту хворих.

Результати

Проведено клініко-радіологічне обстеження 36 пацієнтів (20 чоловіків та 16 жінок віком 21–27 років). У чотирьох з 36 (11,1 %) хворих виявлено кісти печінки; у дев'яти (25 %) — абсцеси різної етіології, у 23 (63,9 %) пухлинні утвори печінки. Черезшкірна пункцій на аспірація вмісту патологічного утвору надала можливість підтвердити наявність абсцесів у всіх 9 випадках.

У 23 з 36 хворих наявні солідні утвори розмірами від 0,9 до 18 см. За даними УЗД, МРТ та морфологічної верифікації у дев'яти з 23 (39,1 %) пацієнтів з солідними утворами діагностували злоякісні пухлини печінки; у 12 хворих (52,2 %) — доброякісні пухлини та у двох — (8,7 %) — циротичні вузли печінки. Всім хворим проведено адекватне терапевтичне та хірургічне лікування.

Результатом застосування клініко-катамнестичного та патофизиологічного методів обстеження було виявлення у хворих з кістами печінки неврастенічних, тривожно-депресивних та іпохондричних розладів. Характерними для них є синдром роздратованої слабкості, фізична та психічна стомлюваність, схильність до емотивних спалахів. Підвищена збудженість під час захворювань печінки відома як

«жовчна дратівливість». Фон настрою є нестійким, здебільшого сумний, пригнічений. Сон поверхневий, тривожний.

Такі хворі є неспокійними, метушливими, скаржаться на моторну напругу, відсутність розслаблення, тремтіння у тілі; вегетативну гіперактивність, яка характеризується епігастральним дискомфортом, сухістю в роті, сенестопатіями («бажання все з себе зняти»); свербіння, жар по всьому тілу. Скарги іпохондричного характеру, стурбованість своїм соматичним станом, прагнення та постійні вимоги багатьох додаткових обстежень та лікувальних процедур.

У групі обстежуваних з абсцесами печінки відзначалися змішані тривожно-депресивні розлади, епізодична пароксизмальна тривога (панічний розлад), тривожно-фобічний розлад. Гепатогенна інтоксикація, що зростає, обумовлює розвиток енцефалопатії з епізодичним порушенням свідомості — делірієм.

Пацієнти з пухлинами у печінці, страждали як від неспокійних психічних розладів, для яких характерною є епізодична пароксизмальна тривога, генералізованих тривожних та тривожно-фобічних розладів, так і від симптоматичних гострих та довготривалих психозів.

У тяжких фазах цирозу печінки, які супроводжуються гепатопортальною недостатністю, виникають енцефалопатії з «епізодичною» та хронічною рецидивуючою печінковими комами. Анастомози між системою порожнин та воротною веною, що розвиваються, призводять до надходження у кров великої кількості токсичних продуктів з шлунково-кишкового тракту, наслідком чого є порушення свідомості: оглушення, сопор, коматозний стан.

Висновки:

1. За наявності патологічних уражень печінки хворого необхідним є використання психотропних засобів та застосування методів психотерапевтичної корекції.
2. Діагностичний процес в кожному випадку є індивідуальним і має базуватися на узагальнених даних всіх обстежень. На першому етапі методом вибору є діагностики ехографія, в той час як вибір високоінформативних методик варто проводити залежно від отриманих результатів попередніх досліджень.
3. Діагностична ефективність УЗД при вогнищевих ураженнях печінки складає: чутливість — 92 %, специфічність — 86 %, точність — 91 %.

Література

1. Шмурун Р. И. Первичный рак печени и внепеченочных желчных протоков в 40-е — 50-е годы и сорок лет спустя // *Вопр. онкологии*. — 1998. — № 3. — С. 350–353.
2. Jane A. Bates MPhil DMU DCR. Abdominal Ultrasound How, Why and When // Second edition. — 2004. — 79p.
3. Jovitas Skucas, MD. Advanced Imaging of the Abdomen // Springer-Verlag. — London Limited, 2006. — 312p.
4. Reimer P., Parizel P. M., F. — A. Stichnoth (Eds.). Clinical MR Imaging A Practical Approach Second, completely revised and updated edition // Schering; Printed in Germany. — 2006. — 272p.
5. Reimer P., Parizel P. M., F. — A. Stichnoth (Eds.). Clinical MR Imaging A Practical Approach Second, completely revised and updated edition // Schering, Printed in Germany. — 2006. — 298p.
6. Yuko Kono, MD, PhD, Robert F. Mattre, y MD. Hepatic Imaging // Radiologic clinic of North America. Elsevier Inc. — 2005. — 815p.

УДК 616.89:614.254

Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: деонтологический аспект. Сообщение 3



Петрюк П. Т.

Петрюк П. Т.

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

Резюме. Проаналізовано питання медичної деонтології з урахуванням вітчизняних та міжнародних наукових робіт, міжнародних правових документів, які могли б відповідати загальним сучасним принципам застосування фізіотерапії в психіатрії, що базуються на сучасних наукових досягненнях і накопиченому практичному досвіді. Дана характеристика розроблених деонтологічних принципів. Підкреслюється, що деонтологічний 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, деонтологічні принципи, деонтологічний аспект.

General modern principles of application of physiotherapy are in psychiatry: deontological aspect. Report 3

Petryuk P. T.

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

Resume. The question of medical deontology is analyzed taking into account the domestic and international advanced studies, international legal 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 developed deontological principles is given. It is underlined that a deontological 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, deontological principles, deontological aspect.

*Духовное лекарство заслуживает право
на такое же место,
как и весь прочий аптекарский припас
А. Н. Радищев*

Исключительно важной проблемой для врачей любой специальности, в т. ч. психиатров и физиотерапевтов, является деонтология и медицинская этика, которые являются основой воспитания медицинских работников в духе высоких гуманистических, морально-этических и эстетических принципов, требуют от них постоянного совершенствования профессионального уровня [1–3]. **Деонтология** (от греч. δέον (δέοντος) — должное, необходимое и λόγος — слово, учение) — раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и моральных требований. Данный термин введен английским философом И. Бентамом, который употреблял его для обозначения учения о нравственности в целом, науки о поведении человека любой профессии. Частью общей

деонтологии является медицинская, или врачебная, деонтология, изучающая принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.

В современной системе охраны здоровья деонтология — это медицинская, профессиональная этика медицинских работников, принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения. Она включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, проблему меры ответственности медицинского работника за жизнь и здоровье больного, вопросы взаимоотношения медицинских работников между собой и в системе «врач-пациент». Или **медицинская деонтология** (по Н. Н. Петрову и Г. А. Царегородцеву) — учение о должном поведении медицинского персонала, направленное на максимальное повышение общественной полезности и максимальное

устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы [4].

Основными аспектами медицинской деонтологии являются врач и пациент, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента. К деонтологии имеют отношение такие проблемы, как ятрогенные заболевания, право медика экспериментировать на себе и на людях, проведение медицинского вмешательства без согласия больного, трансплантация органов и тканей, генная инженерия, нетрадиционная медицина, искусственное оплодотворение, эвтаназия, пренатальная диагностика [4]. Здесь уместно вспомнить слова академика А. Ф. Билибина о том, что врачебная деонтология — это самая суть, сердцевина, душа или самая вершина врачевания, вершина врачебной подготовки [5].

Деонтологические проблемы физиотерапии мало разработаны и получили освещение лишь в нескольких публикациях [1, 6, 7]. Между тем развитие деонтологии достигло того уровня, при котором и для нее характерен процесс дифференциации и систематизации, свойственный развитию медицины в целом. Поэтому хотелось бы в настоящей работе восполнить эти пробелы, касающиеся деонтологических принципов, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии [8, 9] и использоваться при осуществлении данного вида лечения. В доступной нам специальной отечественной и зарубежной литературе не удалось найти освещения деонтологических принципов, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии [2, 10] 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 клинического опыта, посвященных деонтологическим принципам, 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 опыта, в

которых освещаются деонтологические принципы, 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 (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

Исторический, теоретический, системный, клиничко-психопатологический и экспертный.

Результаты и их обсуждение

Медицинская профессия всегда подчинялась деонтологическим принципам, разработанным, первым делом, во благо пациента. Общие принципы медицинской деонтологии, включающей совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, верны и для психиатрии и физиотерапии [2, 10–15]. Однако деятельность физиотерапевта протекает в особых профессиональных условиях, что обуславливает некоторую специфичность деонтологических принципов в физиотерапии при лечении психических расстройств. Среди известных особенностей деятельности физиотерапевтов следует упомянуть лишь основные [1]:

Первая из них заключается в том, что *деятельность физиотерапевта осуществляется в своеобразной многокомпонентной системе, составными элементами которой являются:*

- 1) психически больной;
- 2) медицинская сестра;
- 3) физиотерапевтический аппарат;
- 4) лечащий врач — психиатр.

Физиотерапевт осуществляет сложное взаимодействие между всеми составными элементами системы, а сам, как правило, не ставит диагноз и не проводит лечебных процедур. Кроме этого, физиотерапевтическая аппаратура в какой-то степени разделяет врача и больного, девальвирует представления о ценности и значении психологического контакта во врачебной деятельности, необходимости индивидуального лечения, что также предъявляет повышенные требования

к деонтологічному потенціалу фізіотерапевтів.

Вторая особенность обусловлена природой и механизмом влияния лечебных физических факторов на организм. В основе действия физиотерапевтических факторов лежит системная реакция, стержнем которой являются условно-рефлекторный рефлекс и следовые влияния в психопатологии. Поэтому *лечение физическими факторами предполагает в качестве важнейшего условия обязательное соблюдение деонтологических принципов*. Оно во многом определяет как реакцию организма на физиотерапевтическое воздействие, так и эффективность лечения, в конечном счете.

Третья особенность состоит в том, что *профессия физиотерапевта многогранна, требует овладения основами многих клинических специальностей, в практике которых физические методы занимают достойное место*. Если учесть множество врачебных специальностей, то получается, что он должен мыслить, как психиатр, терапевт, педиатр, невролог, травматолог, хирург, акушер-гинеколог и т. д., а действовать как физиотерапевт. В этой связи, столь же обширными должны быть и деонтологические знания у работающих в этой специализированной отрасли медицины.

Проблемы деонтологии включают все стороны работы физиотерапевта и добавляют свои особенности в связи с работой в специализированном психиатрическом учреждении (подразделении). На этих аспектах его профессиональной деятельности, определяющих, как нам представляется, деонтологические принципы, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения, целесообразно остановиться подробнее.

1. Создание охранительного режима в физиотерапевтическом отделении (кабинете) имеет важное деонтологическое значение, которому физиотерапевт должен постоянно уделять внимание. Больного на протяжении всего процесса лечения должны окружать тишина, чистота, удобные и уютные условия для ожидания процедуры и отдыха после нее. Решению данной задачи не способствуют большие очереди у кабинета, шумные разговоры больных и персонала, неадекватное поведение пациентов в силу наличия психических расстройств, поспешность в проведении процедур и их проведение в иное, чем врачом

назначенное время, а также недоброжелательность медицинской сестры.

2. Первая встреча (беседа) врача с больным имеет огромное значение не только деонтологическое, но и для успешного лечения физическими факторами. Прямым нарушением деонтологических принципов применения физиотерапии в психиатрии является избегание встреч с больным, назначение физиотерапевтических процедур по истории болезни или по направлению лечащего врача. Нельзя забывать, что лечение — это прежде всего процесс взаимодействия врача и больного.

Во время этой встречи физиотерапевт должен получить полное представление о характере заболевания, его психическом статусе, наличии сопутствующей патологии и в соответствии с этим назначить лечение. Врач должен разъяснить суть назначенных лечебных процедур, вызываемых ими ощущений, рекомендовать больному, как себя вести во время физиотерапевтического лечения и после него, каков должен быть порядок приема лечебных воздействий. При этом необходимо помнить, что при лечении психически больных необходимо ориентироваться на параметры аппаратуры, а не на ощущения больных, т. к. порог чувствительности у них нередко изменяется. Важно сразу добиться продуктивного контакта с больным, вселить уверенность в полезность и эффективность назначенных процедур, создать доминантную установку на физиотерапевтическое воздействие, что значительно повышает терапевтический эффект.

3. Особую деонтологическую окраску приобретают повторные встречи с больным. Они помогают оценить адекватность, динамику, переносимость и безопасность назначенного лечения. Важно помнить, что лечение должно быть динамичным в зависимости от течения психических расстройств и изменений в состоянии больных. Неизменные и шаблонные назначения или схемы лечения быстро приходят в несоответствие с изменяющимся состоянием больных, что приводит в свою очередь к тому, что лечение становится менее эффективным либо вообще не дает результата.

4. С деонтологических позиций должен рассматриваться и вопрос об анализе результатов лечения, что прямо влияет на деонтологический потенциал всей лечебной работы. С одной стороны, результат лечения — это венец, итог всей лечебной

деятельности, смысл и цель всего, что делает врач и весь персонал отделения, их реальная помощь больному. С другой стороны, анализ результатов лечения — это школа самообучения врачей и медицинского персонала, школа совершенствования профессиональных знаний и приобретения клинического мышления.

5. Соблюдение деонтологических принципов при отмене физиотерапевтом назначаемых лечащим врачом физиотерапевтических процедур. Врачи клинических специальностей, в т. ч. и психиатры, к сожалению, недостаточно владеют знаниями по физиотерапии. Изменять назначения следует в высшей степени корректно, нисколько не принижая авторитета лечащего врача, с которым больной контактирует постоянно, тогда как с физиотерапевтом контакт лишь временный. Необходимо помнить, что лечащий врач — инициатор, координатор, организатор и основной исполнитель коллегиальной лечебной работы. Уместно подчеркнуть, что физиотерапевт не вправе делиться сомнениями в правильности действий своего предшественника или лечащего врача с пациентом, а тем более открыто осуждать тактику другого. Такое поведение должно рассматриваться как серьезное нарушение деонтологии, как тяжелый врачебный проступок, который неизбежно отразится на авторитете врача и успешности дальнейшего лечения.

6. Одним из важнейших принципов современной физиотерапии является преемственность лечения [16]. Физиотерапевт обязан уточнить, какие физиотерапевтические процедуры получил ранее больной и когда, как он их переносил и какой они дали результат, без чего нельзя добиться максимально возможного терапевтического эффекта. Нельзя забывать физиотерапевту и психиатру о возможной *первичной резистентности (и непереносимости)* к физиотерапевтическим процедурам, обусловленной индивидуальными особенностями организма, прежде всего особенностями его биоэнергетики и биорегуляции. Встречается она чаще всего у тучных людей, а также у перенесших интоксикацию, обширные ожоги, злоупотребляющих курением и алкоголем. *Вторичная резистентность* обнаруживается после начала лечения и чаще всего связана с передозировкой или неадекватностью физиотерапевтических процедур, что нередко встречается при лечении больных с психическими расстройствами, сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями.

7. Важным деонтологическим принципом для физиотерапевта следует считать и учет пожеланий больного, естественно, в нашем случае с учетом степени выраженности и характера психических расстройств, а также критики к своему состоянию. Практика утверждает, что не самая эффективная с профессиональной точки зрения, но желаемая больным процедура нередко дает лучший терапевтический результат, чем более показанная, но менее нравящаяся больным. Патерналистский подход, отрицающий желание больного, в профессии физиотерапевта должен считаться недопустимым явлением, за исключением редких случаев в процессе применения физических факторов при лечении психических расстройств. Необходимо подчеркнуть, что разговор врача с больным должен быть убедительным, внушать больному уверенность, стремление следовать врачебным рекомендациям [1]. В этой связи известный клиницист М. В. Черноруцкий [17] справедливо говорил: «Каждый врач, чтобы с успехом выполнять свои высокие и благородные обязанности, должен в какой-то мере быть и психологом и психотерапевтом». От себя хочется добавить, что при применении физиотерапии в психиатрии, физиотерапевту не мешают знания основ психиатрии.

Владение врачебным словом совершенно одинаково обязательно как для каждого психиатра, так и для каждого физиотерапевта, входит в курс их прямых обязанностей, умений, в их профессиональную подготовку. Ведь не зря говорят, что разговор врача с больным — искусство.

8. Важным в работе физиотерапевта является обучение деонтологическим принципам медицинской сестры, с которой больной общается больше, чем с врачом. Решению этой задачи способствуют специальные и обязательные для всех работников отделения деонтологические семинары, на которых обсуждаются общие вопросы, проблемы, анализируются конкретные нарушения, жалобы, конфликты, случаи психологической несовместимости в коллективе, проводится обучение служебному этикету. Медицинская сестра физиотерапевтического кабинета должна в совершенстве владеть профессиональными навыками и уметь продуктивно работать с больными, а именно: информировать о их правах, правилах поведения до процедуры, во время и после нее, о сути вызываемых физическим фактором

ощущений и реакций, о целесообразности отдыха после процедуры и т. п.

Важным деонтологическим моментом считается не только постоянное наблюдение медицинской сестры за состоянием больного и показаниями аппаратуры, но и уважительное обращение с ним. Дефекты и нарушения работы физиотерапевтической медицинской сестры, нарушения ею деонтологических норм и принципов могут приводить к негативной психогении — сестрогении. Желательно, чтобы процедуры проводились одной и той же сестрой, в одно и тоже время, в одной и той же кабине, в удобном для больного положении. Возникающий при этом определенный стереотип позволяет закрепить условно-рефлекторные связи, что положительно сказывается на лечении [1, 7, 16].

9. Установление основанных на взаимоважении и доверии отношений между медицинской сестрой и врачом является одним из необходимых условий успешного лечения больных физическими методами и важнейшим элементом деонтологии применения физиотерапии в психиатрии. Совершенно недопустимо, чтобы медицинская сестра не соблюдала указанные в физиотерапевтическом рецепте параметры воздействия, критиковала назначение врача или самовольно отменяла применяемые больными процедуры. Как это ни парадоксально, но этим чаще всего грешит опытный персонал.

Врач, особенно начинающий, иногда может допустить ошибку. В этом случае медицинской сестре следует сообщить о ней врачу, и вместе они должны внести коррекцию в назначенное лечение. Надо во имя истины уметь признавать свои ошибки, поступаться в интересах больного самолюбием и собственной амбицией. Если же врач действительно принял решение о проведении физиотерапевтической процедуры при особых или необычных дозиметрических параметрах, то он, по мнению В. С. Улащика (1991), по аналогии с требованиями фармакопеи, выписывая физиотерапевтический рецепт, должен поставить восклицательный знак как символ того, что хорошо продумал свое назначение [1].

10. При лечении физическими факторами важное значение следует придавать психотерапии потому, что психоэмоциональное состояние заметно влияет на эффективность проводимого лечения. В этой связи, еще великие философы древности постоянно подчеркивали, что нельзя лечить тело, не

врачуя душу, ибо тело и душа едины и неразделимы.

Физиотерапевтические методы активизируют или уравнивают возбудимые и тормозные процессы, увеличивают их подвижность, благоприятно влияют на психику и мотивации, способствуют снятию утомления, повышают общий тонус, чем создают благоприятную почву для последующего применения различных методов психотерапии.

Как отмечали многие исследователи [1, 7, 15], наиболее эффективным способом устранения чувства тревоги, внутреннего напряжения, беспокойства, коррекции нарушений в индивидуальных психоэмоциональных реакциях психически больных в процессе назначения и проведения физиотерапии является разъяснительная или рациональная психотерапия. Беседы следует проводить систематически на протяжении всего курса лечения. В них важно констатировать положительные сдвиги в течении заболевания, достигаемые с помощью физических факторов.

Кроме этого, хороший психоэмоциональный фон для лечения психически больных физическими факторами создает пропаганда физиотерапевтических и психофармакотерапевтических знаний. Поэтому врачи должны осознавать, что без активной работы в этом направлении сохранять высокий авторитет упомянутых специальностей, достичь успехов в укреплении здоровья с помощью физиотерапевтических средств и создать нужную психоэмоциональную настройку больных на лечение физическими факторами вряд ли возможно.

11. Серьезные проблемы возникают перед психиатрами и физиотерапевтами при внедрении новых методов лечения. Этот сложный процесс требует строгого соблюдения определенных и регламентированных правил, в т. ч. и деонтологических принципов, налагает особую ответственность на врачей. Многое здесь остается спорным. Ясно лишь главное — внедрение нового метода должно проводиться лишь в тех случаях, когда имеются убедительные данные (экспериментальные и клинические) о его большей эффективности и других достоинствах по сравнению с известными методами. Практика же дает немало примеров применения в лечебных или реабилитационных целях недостаточно обоснованных и плохо проверенных физиотерапевтических методов и методик [1, 18, 19]. И дело здесь, как нам представляется, не только в деонтологических нарушениях и профессиональных недостатках.

12. Деонтологическое значение имеет и профессиональная подготовка физиотерапевта. Только грамотному врачу, владеющему секретами специальности, будут доверять больные и медицинский персонал, что является необходимым условием успешного лечения. На развитие физиотерапии существенно влияют успехи физики и техники, достижения медико-биологической науки, клинических и смежных дисциплин. Более того, постоянную работу над собой, развитую профессиональную способность к неустанной учебе и постоянному совершенствованию многие специалисты считают основополагающей чертой врачебного характера [1, 2, 19]. Еще М. Я. Мудров в свое время подчеркивал, что во врачебном деле нет людей, закончивших свою науку [20].

13. Одним из важных деонтологических принципов является соблюдение врачебной тайны. Физиотерапевту нередко приходится назначать процедуры больным с психическими расстройствами, с новообразованиями или оперированным ранее по поводу этой патологии. Иногда пациент не догадывается о своем заболевании, просит назначить ему процедуры, которые прежде вызывали улучшение состояния, но в настоящее время не показаны. В таком случае физиотерапевт должен осторожно и тактично убедить пациента в том, что в настоящее время более эффективен будет другой метод физиотерапевтического лечения.

14. Деонтологические аспекты в физиотерапии весьма разнообразны. Одним из них является общение с контингентом больных пожилого и старческого возраста, страдающих психическими расстройствами. Эта группа больных требует от врачей и всех медицинских работников большего внимания, терпимости и сострадания. Несомненно, при лечении такой категории больных требуются специальные знания особенностей применения физиотерапии в пожилом возрасте [7, 21, 22].

Проблемы деонтологии в физиотерапии далеко неисчерпаемы и можно лишь в настоящее время очертить их некоторые стороны,

что и сделано в настоящей работе. Поднятые в ней вопросы деонтологического аспекта применения физиотерапии в психиатрии должны привлечь, как нам думается, к этим проблемам внимание, как практических врачей, так и научных работников, что будет способствовать научной обоснованности отмеченных выше принципов, содействовать пропаганде данных дисциплин, улучшению качества психиатрической и физиотерапевтической помощи, а также повышению качества лечения указанного контингента больных.

Выводы

Таким образом, в доступной специальной отечественной и зарубежной литературе нам удалось найти освещение деонтологических принципов с учетом собственного накопленного клинического опыта, которые могли бы отвечать общим современным принципам применения физиотерапии в психиатрии и использоваться при осуществлении данного вида лечения. Однако и в представленном виде они, на наш взгляд, будут способствовать лучшему пониманию и усвоению основ использования лечебных физических факторов в современной медицине вообще и в психиатрии в частности, что в свою очередь приведет к улучшению качества жизни психически больных и будет иметь определенный экономический эффект.

Бесспорно, деонтологический 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 особую благодарность и признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских наук И. И. Кутько и профессору, доктору медицинских наук В. И. Маколинцу за конструктивные замечания, которые в значительной степени помогли сделать работу более понятной и уточнить многие аспекты.

Література

1. Улащик В. С. Актуальные вопросы деонтологии в физиотерапии // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1991. — № 2. — С. 67-70.
2. Деонтология в медицине: В 2 т. / Под общ. ред. Б. В. Петровского; АМН СССР. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1: Общая часть. — 1988. — 347 с.; Т. 2: Частная деонтология. — 1988. — 412 с.
3. Завилянский И. Я., Завилянская Л. И. Деонтология в психиатрии. — К.: Здоров'я, 1979. — 128 с.
4. Владимировский А. В., Дорохова Е. Т. Этика и деонтология телемедицины // Новости фармации и медицины. — 2008. — № 13-14 (249-250). — Август. — С. 21-22.

5. Билибин А. Ф. Врачевание и некоторые принципы врачебной деонтологии // Клин. мед. — 1972. — № 6. — С. 142-145.
6. Бродерзон Б. М. Деонтология в физиотерапии // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1979. — № 6. — С. 28-30.
7. Оржешковский В. В., Парамончик В. М., Кузнецова И. Г. Деонтология в физиотерапии // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1986. — № 3. — С. 64-65.
8. Петрюк П. Т. Основные принципы применения физиотерапии в психиатрии // Актуальные вопросы в психиатрической практике. — Вып. 7. — Полтава: Б. и., 1993. — С. 105-107.
9. Петрюк П. Т. Основные современные принципы применения физиотерапии в психиатрии // Архів психіатрії. — 2004. — № 4 (39). — С. 141-146.
10. Медицинская этика и деонтология / Александровский Ю. А., Бадалян Л. О., Билибин А. Ф. и др.; Под ред. Г. В. Морозова, Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1983. — 270 с.
11. Этика психиатрии: Сборник статей: Пер. с англ. / Под ред. Сиднея Блоха и Пола Чодоффа. — К.: Сфера, 1998. — 391 с.
12. 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.
13. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными: Пер. с венг. — 5-е изд., перераб. и доп. — Будапешт: Изд-во академии наук Венгрии, 1988. — 338 с.
14. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология: Учебное пособие для мединститут. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: Вища школа, 1988. — 186 с.
15. Рожнов В. Е. Медицинская деонтология, психология и психотерапия. — М.: ЦОЛИУВ, 1975. — 36 с. (серия «Учебное телевидение»).
16. Боголюбов В. М., Улащик В. С. Принципы современной физиотерапии // Клин. мед. — 1984. — № 8. — С. 5-9.
17. Черноруцкий М. В. Современный врачебный сборник. — Л., 1946. — С. 6-7.
18. Улащик В. С. О недостатках и ошибках в исследовании и применения лекарственного электрофореза // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1987. — № 3. — С. 5-10.
19. Улащик В. С. Общин принципы разработки методик лекарственного ультрафонофореза и их нарушения в практике // Вопр. курортол., физиотерап. и леч. физич. культуры. — 1988. — № 3. — С. 1-7.
20. Мудров М. Я. Избранные произведения / Под ред. и вступит. статьей А. Г. Гукасян. — М.: Изд-во АМН СССР, 1949. — 296 с.
21. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. — М.: Медицина, 1989. — 208 с.
22. Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном: Пособие по медицинской деонтологии. — 2-е изд-е. — К.: Вища школа, 1978. — 176 с.

УДК 616.831-006-036:616.89:130.121

Феноменология психических расстройств в зависимости от клинических характеристик новообразований головного мозга

В. В. Огоренко, канд. мед. наук

Днепропетровская государственная медицинская академия (г. Днепропетровск)

Резюме. У проведенному дослідженні виявлені особливості психічних розладів у хворих з первинними пухлинами головного мозку (ПГМ). Виділено клініко-феноменологічні особливості психопатологічних порушень залежно від клінічних ознак новоутворень. Проведено порівняльний аналіз психопатологічних розладів на синдромальному і симптоматичному рівнях. Встановлено залежність структури і ступеня вираженості психічних розладів від локалізації, ступеня злоякісності, гістологічної структури ПГМ. Результати роботи можуть сприяти своєчасній та адекватній діагностиці психічних порушень при первинних ПГМ.

Ключові слова: первинні пухлини головного мозку, психічні розлади, феноменологічні особливості, ступінь злоякісності, гістологічна структура, локалізація ПГМ,

Phenomenology of mental disorders in relation to clinical characteristics of brain tumors

V. V. Ogorenko

Resume. In the current study examined characteristics of mental disorders in patients with primary brain tumors (PBT). Marked clinical and phenomenological features of the psychopathological disorders based on clinical signs of tumors. A comparative analysis of psychopathological disorders on symptomatic and syndromal levels. The dependence of the structure and severity of mental disorders on the location, grade, histology PBT. The results may contribute to timely and adequate diagnosis of mental disorders in primary BT.

Key words: primary brain tumors, psychiatric disorders, the phenomenological features, the degree of malignancy, histological structure, localization PBT.

Введение

Отмечающийся в последние десятилетия рост онкологической патологии головного мозга актуализировал проблему диагностики новообразований на ранних этапах их формирования. 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]; более чем у 50 % пациентов, оперированных по поводу ОГМ, верифицируются менигиомы и новообразования астроцитарного ряда [4; 5]. Формирование ОГМ в большинстве случаев сопровождается изменениями психического состояния. Вместе с тем, многочисленные данные о психических расстройствах при локальных поражениях головного мозга в большинстве своем касаются клинически манифестировавших очаговыми либо общемозговыми синдромами случаев. Практически не изучены особенности и закономерности распределения частот ранних психических нарушений в зависимости от таких клинических признаков новообразований как степень злокачественности, гистологическая структура при различных локализациях ОГМ.

Целью исследования явилось изучение феноменологии ранних психических

расстройств в зависимости от злокачественности, 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. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде. При формировании выборки учитывались такие критерии, как отсутствие в преморбиде психических расстройств, сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, нарушений сознания. В соответствии с критериями исключения в исследовании не могли участвовать пациенты, у которых когнитивные расстройства на начальном этапе исследования достигали клинического уровня легкой деменции. Использовался метод клинического психиатрического (включавшего клинико-анамнестическое) обследования с изучением объективных данных из доступной медицинской документации и наблюдением за динамикой процесса в течение дооперационного периода.

Результаты исследования и обсуждение

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. 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.

В таблице 1 приведены данные о распределении больных в зависимости от признаков «гистологическая структура» и «злокачественность/доброкачественность» ОГМ.

Гистологическая структура опухолей в выборке больных с доброкачественными новообразованиями (ДНО) представлена менингиомами ($n=83$) и глиальными опухолями ($n=41$, из них 56,1 % составили олигодендроглиомы и 43,9 % — олигоастроцитомы). У 34 пациентов выявлена лобная локализация ДНО; височная локализация диагностирована в 43 наблюдениях; у 47 больных диагностированы одиночные опухоли теменной локализации. В группе пациентов ЗНО гистологическая структура опухолей была представлена в 42 % случаев менингиомами ($n=53$); у 73 больных гистологически верифицированы глиальные опухоли (в 39,7 % случаев — олигодендроглиомы, в 31,5 % — олигодендроглиобластомы и в 28,8 % — астроцитомы). У 34 % обследованных нами больных злокачественные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли локализовались в лобных долях ($n=43$), у 38 % пациентов диагностирована височная локализация опухолевого процесса ($n=48$), в 28 % наблюдений выявлена теменная локализация ЗНО ($n=35$).

Таблица 1

Гистологическая структура и признак злокачественности ОГМ в изученной выборке больных

Гистологическая структура опухоли	ЗНО	ДНО	Всего
Менингиомы типические	-	52	52
Менингиомы атипические	-	31	31
Менингиомы анапластические	53	-	53
Астроцитомы	21	-	21
Олигоастроцитомы	-	18	18
Олигодендроглиомы	-	23	23
Олигодендроглиобластомы	23	-	23
Олигодендроглиомы	29	-	29
Всего	126	124	250

В таблице 2 приведены данные о распределении психопатологических синдромов в зависимости от анализируемых клинических характеристик новообразований головного мозга.

В выборке больных с доброкачественными опухолями головного мозга преобладали синдромы аффективного (54 %), астенического (49 %) и неврозоподобного (34 %) регистров, при этом в 98,3 % наблюдений психические нарушения представлены непсихотическим уровнем. В структуре психических расстройств психотического регистра преобладали аффективные синдромы. Достигающие психопатологического уровня синдромы когнитивных нарушений составили 9 % наблюдений. У больных злокачественными новообразованиями головного мозга выявляются иные пропорции психопатологических расстройств. Это касается, в первую очередь, представленности аффективных (57 %) синдромов, личностных (51 %) и когнитивных нарушений (12 %), а также частот синдромов психотического регистра. В отличие от группы ДНО, психотический уровень расстройств отмечен в 15 % наблюдений. Психические расстройства психотического уровня представлены галлюцинаторными, параноидными, галлюцинаторно-параноидными и аффективными синдромами.

В выборке больных ЗНО выявлено достоверное преобладание психопатологических синдромов и симптомокомплексов при опухолях глиальной структуры, у больных с доброкачественными ОГМ — при опухолях, относящихся по гистологической структуре к менингиомам. Анализ внутригрупповых различий при ДНО выявил преобладание при менингиомах аффективных (30,4 %) и астенических (30,1 %) нарушений; на втором месте

Таблица 2

Сравнительная оценка распределения психопатологических синдромов в зависимости от гистологической структуры ОГМ в группах ДНО и ЗНО

Синдромы	% наблюдений	
	Менингиомы (ДНО/ЗНО)	Глиомы (ДНО/ЗНО)
Астенический	30.1 / 30.0	21.7 / 17.6
Аффективные	30.4 / 28.0	27.7 / 26.4
Невротические (неврозоподобные)	15.7 / 9.4	21.7 / 9.4
Личностные (психопатоподбные)	10.8 / 28.4	14.5 / 22.6
Галлюцинаторные	1.0 / 3.8	- / 3.0
Параноидные	1.0 / 5.6	- / 3.0
Галлюцинаторно-параноидные	3.0 / 5.6	- / 3.8
Когнитивные	8.0 / 20.0	13.3 / 13.8

по частоте наблюдений — неврозоподобные синдромы (15,7 %); личностные и когнитивные расстройства составили 11 % и 8 %; доброкачественные глиальные опухоли характеризовались преобладанием аффективных (28 %), астенических и неврозоподобных (по 22 %) синдромов; когнитивные нарушения при глиомах выявлены в 13,3 % наблюдений; кроме достоверных различий в распространенности когнитивных нарушений, при глиальных ДНО, в отличие от менигиом, не зарегистрированы галлюцинаторные и галлюцинаторно-параноидные состояния. При ЗНО выявлено преобладание астенических (30 %), аффективных (28,3 %) синдромов, характеропатий (28 %), а также когнитивных нарушений (20 %) при анапластических менигиомах; при злокачественных опухолях глиальной структуры преобладали синдромы аффективного (26 %), личностного (23 %) и астенического (18 %) регистров. Межгрупповые различия выявлены в преобладании синдромов аффективного и неврозоподобного регистров при менингеальных ДНО, личностных и когнитивных нарушений при анапластических менигиомах. При

злокачественных глиомах достоверно преобладали личностные нарушения, галлюцинаторные, параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы. При доброкачественных глиомах значимые положительные корреляционные связи зарегистрированы с синдромами неврозоподобного регистра.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование выявило клинические особенности психических нарушений, являющихся первыми признаками формирования новообразований головного мозга. Сравнительный анализ свидетельствует о существовании 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 психических нарушений на ранних этапах формирования первичных опухолей головного мозга.

Література

1. Гринберг Д., Аминофф М., Саймон Р. Клиническая неврология. — М. — 2004. — С. 452–476.
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. Медяник И. А., Фраерман А. П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 12. — С. 71–74.
5. Сафин С. Ш., Ткаченко В., Файзуллин А. Структурный анализ опухолей центральной нервной системы // Матер IV съезда нейрохирургов России — Москва. — 2006. — С. 214.

УДК 616.89:614.254

Порушення нейрокогнітивних функцій в структурі психопатологічних проявів при психічних та поведінкових розладах внаслідок вживання алкоголю



Животовська Л. В.

Животовська Л. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме. Проведен аналіз нейропсихологічних показателів вищих психічних функцій з урахуванням конституціональних характерологічних особливостей у 290 пацієнтів з алкогольною залежністю. Дана оцінка вираженості нейрокогнітивних розладів у даного контингенту больних.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, нейрокогнитивные нарушения.

Violations of neurocognitive functions in the structure of abnormal psychology displays at psychiatric and behavior disorders because of the use of alcohol

Resume. The analysis of neuropsychological indexes of higher psychical functions is conducted taking into account constitutional characterologic features for 290 patients with alcoholic dependence. The estimation of expressed of neurocognitive disorders is Given at this contingent of patients.

Key words: alcoholic dependence, neurocognitive violations.

Актуальність проблеми алкогольної залежності визначається як зростанням кількості осіб, що вживають алкоголь, так і важкими медико-соціальними наслідками зловживання. За офіційною статистикою, в Україні кількість осіб з алкогольною залежністю та алкогольними психозами становить близько 900 тисяч. Окрім того, щорічно реєструється близько 50 тисяч нових хворих, а захворюваність на алкогольні психози за останні десять років зросла більше ніж удвічі [1].

Протягом останніх років отримані переконливі дані щодо патогенетичного значення психологічних складових, що здійснюють патопластичний вплив на формування алкогольної залежності [2]. Патоморфоз сучасних форм алкогольної залежності обумовлює значні ускладнення її клінічної картини з поглибленням соматичних, неврологічних та психічних порушень, підвищує ризик трансформації їх в гострі алкогольні психози, призводить до соціальної дезадаптації [3]. Тому удосконалення методів діагностики, лікування та профілактики алкогольної залежності — одне із головних завдань охорони здоров'я.

Хронічна інтоксикація алкоголем призводить до дисбалансу в системах нейромедіації, змінює функціонування регуляторних систем, які приймають участь у формуванні патологічного потягу до алкоголю, що на

клінічному рівні проявляється розвитком абстинентного синдрому [4]. Зміни постсинаптичних рецепторів та процесів нейротрансмісії, зниження інтенсивності метаболізму кисню та глюкози викликають зменшення активності нейронів, внаслідок чого можуть розвиватися різноманітні нервово-психічні порушення. Актуальність вивчення дисфункцій мозкових структур у пацієнтів з алкогольною залежністю пов'язана з необхідністю виявлення та оцінки функціональних порушень, пов'язаних як з безпосереднім токсичним впливом етанолу на мозок, так і з опосередкованими механізмами дисметаболічного ґенезу, які призводять до формування та поглиблення нейропсихологічного дефекту [5, 6].

Складний характер розладів, що виявляються при алкогольній залежності, обумовлений складністю механізмів, на яких вони ґрунтуються, від біохімічних у вигляді порушень метаболізму в різних мозкових структурах до виражених органічних, що морфологічно проявляються атрофією великих півкуль та інших відділів головного мозку [7]. З іншого боку, можливість відновлення порушених функцій після припинення вживання алкоголю свідчить про переважання в ряді випадків функціональних механізмів [8]. Раннє виявлення нейрокогнітивних порушень у пацієнтів з алкогольною залежністю має важливе значення для підбору адекватних методів

терапії, прогнозування її ефективності, тривалості та якості ремісії [9].

Метою дослідження було вивчення особливостей нейрокогнітивних функцій у пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю.

Обстежено 290 хворих з алкогольною залежністю, всі чоловіки, віком від 20 до 61 років (середній вік $35,9 \pm 2,5$ років) з тривалістю зловживання алкоголем від 3 до 27 років. В групу порівняння було включено 30 практично здорових чоловіків віком від 25 до 59 років. Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10. При оцінці важкості захворювання (етап, стадія) використовувалися класифікації Ф. Ф. Портнова, І. Н. П'ятницької та Іванца М. М. [10], в яких зберігається клініко-динамічний підхід, що відбиває загальну патологічну модель перебігу хронічних захворювань. Поряд з традиційними клініко-психопатологічним та патофизиологічним методами, використовувалися нейропсихологічні методи дослідження [11]. Статистичний аналіз проведено за допомогою параметричних та непараметричних критеріїв. Нейропсихологічні дослідження проводилися після закінчення курсу дезінтоксикаційної та загальнозміцнюючої терапії. Використовувалася схема оцінки нейропсихологічних симптомів за 5-бальною шкалою, в залежності від ступеню вираженості порушень та засобів їх корекції (від відсутності порушень до виражених порушень, що не корегуються).

З урахуванням конституційно-особистісних характерологічних особливостей всі обстежені пацієнти були розподілені на 4 групи: 1 група — 86 (29,7 %) осіб з синтонними характерологічними особливостями, 2 група — 92 (31,7 %) особи з характерологічними особливостями збудливого типу, 3 група — 59 (20,3 %) осіб з астенічними та 4 група — 53 (18,3 %) особи з дистимічними характерологічними особливостями.

Виявлена нейропсихологічна симптоматика свідчить про дифузний характер нейрокогнітивних порушень з переважанням дисфункції тої чи іншої кіркової зони та дезінтеграцію кірково-підкіркових зв'язків.

У пацієнтів 1 групи найбільш вираженими виявилися порушення уваги (81,4 %), слухо-мовної (76,2 %) та оптико-просторової пам'яті (68,1 %) переважно в сенсі відставленого відтворення запропонованого матеріалу. Порівняно з контрольною групою найбільш вираженими виявилися порушення для завдань на вербально-логічне мислення, слухомовну пам'ять, динамічний праксис та рахунок

($p < 0,01$), а також конструктивний праксис, слухомоторні координації, оптико-просторову пам'ять, увагу ($p < 0,05$). Виявлені порушення свідчать про ураження переважно задньо-лобних та тім'яно-скроневих ділянок лівої півкулі. При прогресуванні захворювання та формуванні психоорганічного синдрому, відбувалося розширення нейропсихологічного симптомокомплексу з приєднанням до процесу нових мозкових структур, а саме медіобазальних відділів лобних та скроневих ділянок мозку на фоні дифузної органічної симптоматики з парадоксальним поєднанням імпульсивності та ригідності, які формують синдром порушення пластичності психічних процесів (синдром емоційно-особистісних та мнестичних розладів).

У пацієнтів 2 групи порівняно з контрольною групою достовірно гірше були результати тестів на слухомовну та оптико-просторову пам'ять ($p < 0,001$), переважно при відставленому відтворенні, які виявлялися в 75,0 % випадках, вербально-логічне мислення, увагу, рахунок, конструктивний праксис, динамічний праксис, слухомоторні координації ($p < 0,01$), зоровий та оптико-просторовий гнозис, експресивну мову ($p < 0,05$). Локалізацію ураження кіркових функцій у хворих з характерологічними особливостями збудливого кола можна відмітити в лобних, тім'яно-скроневих та потиличних ділянках, переважно лівої півкулі, з зацікавленістю конвексимальних відділів скроневих ділянок. Прогресування захворювання характеризувалося формуванням психоорганічного синдрому з афективними розладами у вигляді лабільності емоційних реакцій, збудливості та зниженням здатності до емоційного контролю.

В 3 групі найбільш вагомими були розлади слухомовної пам'яті (81,3 %). Крива запам'ятовування була знижена порівняно з контрольною групою як при дослідженні короткочасної пам'яті, так і при відстроченому відтворенні, особливо за умов виконання інтерферуючого завдання. Таким же чином порушувалася і оптико-просторова пам'ять (69,5 %). У пацієнтів даної групи найбільш вираженими були порушення слухомовної пам'яті, вербально-логічного мислення, уваги, конструктивного та динамічного праксису ($p < 0,001$), рахунку, слухомоторних координацій, оптико-просторового гнозису та оптико-просторової пам'яті ($p < 0,01$), експресивної мови, тактильного гнозису ($p < 0,05$). В 3 групі пацієнтів, на відміну від хворих 1 та 2 групи, відмічалися порушення просторового праксису (59,3 %), $p < 0,05$. Локалізація кіркової

дисфункції визначалася в тім'яних, задньо-лобних, скроневих та потиличних ділянках як лівої, так і правої півкулі. З прогресуванням захворювання приєднується ураження медіо-базальних відділів скроневих ділянок та глибинних відділів лобних ділянок мозку, які охоплюють також і лобно-діенцефальні зв'язки, що клінічно проявлялося порушенням цілеспрямованої поведінки (аспонтанністю), торпідністю та ригідністю психічних процесів, емоційною монотонністю, неадекватністю емоційного реагування.

У пацієнтів 4 групи розлади оптико-просторової пам'яті відмічалися в 79,2 % випадків як при дослідженні короткочасної пам'яті, так і при відстроченому відтворенні. Таким же чином у 75,4 % осіб була порушена і слухо-мовна пам'ять. Найбільш вираженими порівняно з даними контрольної групи були порушення оптико-просторової пам'яті, просторового та конструктивного праксису, рахунку ($p < 0,001$), динамічного праксису, слухо-мовної пам'яті, оптико-просторового та тактильного гнозису, уваги, вербально-логічного мислення, експресивної мови ($p < 0,01$), слухо-моторних координацій ($p < 0,05$). Виявлені порушення свідчать про ураження тім'яно-скроневих та задньо-лобних ділянок як лівої, так і правої півкулі. При прогресуванні хвороби приєднувалася дисфункція медіобазальних відділів скроневих (гіпокамп) та лобних ділянок мозку. В клінічній картині при цьому відмічалися афективні депресивні розлади, а також пароксизми

туги, тривоги, страху в поєднанні з вегетативними реакціями.

Центральне місце серед патогенетичних механізмів нейрокогнітивного дефіциту у хворих з алкогольною залежністю займають порушення, пов'язані як зі специфічною структурою нейропсихологічного синдрому, так і з конституційно-особистісними характеристиками. У осіб з астеничними та з дистимічними характерологічними особливостями виявлені статистично вірогідні відмінності по більшості досліджуваних показників порівняно з пацієнтами з синтонними характерологічними особливостями та характерологічними особливостями збудливого кола (таблиця 1). Виразність нейрокогнітивних порушень, важкість клінічної картини та прогресування захворювання зумовлені ступенем функціональної зацікавленості в патологічному процесі правопівкульних та глибинних структур головного мозку.

Таким чином, динаміка стану функціональних структур по мірі прогресування захворювання та поглиблення психоорганічного синдрому в результаті хронічної алкогольної інтоксикації є одним із важливих біологічних факторів, що обумовлює когнітивне функціонування у даного контингенту хворих. Дослідження нейрокогнітивних процесів дозволяє оцінити не тільки особливості пізнавальної діяльності, але і визначити функціональний стан головного мозку та підійти до вирішення питань більш адекватного вибору методів терапії та реабілітації.

Таблиця 1

Попарні порівняння результатів нейропсихологічного дослідження хворих в залежності від преморбідного типу особистості

Блоки завдань	1-2 група	3-4 група	t-value	p
Експресивна мова	0,7652	1,1294	-3,4437	<0,01
Розуміння мови	0,6174	0,9412	-3,5640	<0,01
Письмо	0,6870	0,9176	-2,4887	<0,05
Читання	0,6348	0,9294	-3,1579	<0,01
Рахунок	1,6087	2,2118	-4,8835	<0,001
Конструктивний праксис	1,5478	2,2706	-6,4566	<0,001
Динамічний праксис	1,4174	2,1647	-7,0203	<0,001
Просторовий праксис	1,0435	1,8235	-6,5528	<0,001
Слухо-моторні координації	1,6348	1,8588	-1,8180	>0,05
Тактильний гнозис	0,7652	1,1882	-4,1687	<0,001
Зоровий гнозис	1,1478	1,3765	-1,9399	>0,05
Оптико-просторовий гнозис	1,4609	1,8706	-3,5061	<0,01
Оптико-просторова пам'ять	1,7739	2,3059	-4,8141	<0,001
Слухо-мовна пам'ять	1,9826	2,5765	-5,4074	<0,001
Мислення	2,0957	2,4588	-3,3600	<0,01
Увага	1,7304	2,1647	-3,3950	<0,01
Інтегративний показник	20,9130	28,1882	-5,1796	<0,001

Література

1. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр. — Х., 2010. — 160 с.
2. Слободянюк П. М. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності /П. М. Слободянюк //Український вісник психоневрології. — Харків, 2010. — Т.18, вип. 3 (64). — С.57-61.
3. Сосин И. К. Наркология (Монография) /И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
4. Семке В. Я. Нейробиологические механизмы алкоголизма (по данным зарубежной литературы последнего десятилетия) /В. Я. Семке, Т. Н. Мельникова, Н. А. Бохан //Журнал неврологии и психиатрии. 2002. — № 8. — С. 61-66.
5. Егоров А. Ю. Профили функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом и наркоманией /А. Ю. Егоров, Т. В. Тихомирова //Журнал эволюционной биохимии и физиологии. — 2004. — Т. 40, № 5. — С. 450-454.
6. Касимова, Л. Н. Нейропсихологическое исследование дефицитарных состояний /Л. Н. Касимова, Е. В. Акимова, А. Д. Лунев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. — № 1. — 1. — С. 98-100.
7. Nixon S. J. Neurocognitive deficits and recovery in chronic alcohol abuse /S. J. Nixon, J. A. Phillips //CNS Spectrums. — 1999. — V. 1.4 (1). — P. 95-110.
8. Mann K. Intracranial CSF volumetry in alcoholics: studies with MRI and CT /K. Mann, H. Opitz, D. Petersen et al. //Psychiat. Res. — 1989. — V. 29. — P. 277-279.
9. Тархан А. У. Возможности нейропсихологического метода исследования для изучения алкоголизма /А. У. Тархан //Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — № 11. — С.69-75.
10. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Вопросы классификации наркологических заболеваний /Н. Н. Иванец, М. А. Винникова //В кн.. Руководство по наркологии (под ред. Н. Н. Иванца). — М.: «Медпрактика-М», 2002. — Т.1. — С. 189-197.
11. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга /А. Р. Лурия — М.: Академический проспект, 3-е изд. — 2000. — 506 с.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

Профілактика та медико-соціальна реабілітація осіб, залежних від азартних ігор



Аймедов К. В.

Аймедов К. В.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме. В исследовании разработана социальная программа по профилактике последствий зависимости от азартных игр, предмет которой — создание экологического, психологически безопасного социальной среды для пользователей услугами игорных заведений.

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, профилактика, медико-социальная реабилитация.

Prevention and medical-social rehabilitation of compulsive gamblers

Resume. In the research develops the program of social implications for prevention based on gambling. The subject of program — creation of environmental, social psychologically safe environment for users of gambling establishments..

Key words: pathological penchant for gambling, prevention, medical and social rehabilitation.

Усі заходи із профілактики та медико-соціальної реабілітації осіб, залежних від азартних ігор, базуються на загальних поглядах щодо механізмів виникнення поведінкових адикцій, які можна узагальнити у дві групи [1–4].

1. Антропологічні концепції, в яких основна роль відводиться несприятливій спадковості та певним хворобам. У даних концепціях значну роль відводять неврозам, що виникають на фоні загальної спадковості і особливо тим, які особа пережила у дитинстві. Вважається, що люди народжуються з потребою в іграх, у тому числі і азартних. Біологічна основа гри обґрунтовується наявністю її проявів у вищих тварин і однотипність ігор у дитячому віці у всіх народів світу. Відповідно, кардинальним шляхом профілактики поведінкових адикцій вбачається «придушення» психопатології та використання медичних технологій лікарями психіатрами.
2. Соціологічні концепції головними чинниками поведінкових адикцій вбачають політичні та економічні чинники, характер соціальної інтеграції індивіда, вплив на нього соціальних норм, переоцінка значення і можливостей матеріальних та фінансових цінностей, фіксована увага на своєму фінансовому стані, користолюбство, намагання виділитись будь-якою ціною тощо. Відповідно, основним шляхом профілактики поведінкових адикцій вважається створення певних умов життя та виховання.

Таким чином, у руслі профілактики можна зазначити загальні критерії діагностики поведінкових залежностей:

1. Гіпертрофовано великий час, що витрачається на об'єкт адикції.

2. Зацикленість на об'єкті адикції, постійні думки про нього, «прокручування» в уяві старих та мрійливих бажаних майбутніх образів.
3. Витиснення соціально важливих установок новими інтересами.
4. Контр-продуктивна поведінка всупереч вимогам оточуючих.
5. Нездатність прогнозувати наслідки своїх вчинків.
6. Втрата контролю над своїми діями.
7. Суттєвий душевний дискомфорт (що супроводжується головним болем, порушенням сну, занепокоєнням, тугою, депресією, порушенням концентрації уваги тощо) в разі неможливості задовольняти свої бажання.
8. Відкидання замінників та сурогатів об'єкту адикції.
9. Періодично виникаючі стани напруги, які зникають лише після оволодіння об'єктом захоплення.
10. Прагнення до ризиків і отримання задоволення від них.
11. Зниження здатності «блокувати» небажані дії, легке попадання під вплив інших адиктивних осіб, нездатність їм протистояти.

Також у контексті профілактики підліткового гемблінгу, варто акцентувати увагу на формуванні раціональних потреб, самостійного критичного мислення, виховання таких якостей, як бережливого ставлення до своїх грошей, усвідомлення чесних законних способів заробляння грошей, вміння складати і підтримувати свій бюджет.

Більшість пацієнтів які страждають на залежність від азартних ігор це працюючі люди.

На теперішній час виділяють ряд ознак, по яких можна запідозрити гемблінг у свого співробітника, і звичайно йому пропонують ряд заходів профілактичного характеру, аж до конфіденційної телефонної лінії для консультацій зацікавлених осіб [5].

Також існують рекомендації Каліфорнійської ради по профілактиці ігрової залежності [цит. за 6]. У них викладено 20 рекомендацій, які апелюють до здорового глузду і ясній свідомості потенційного ігromана (тобто до того, чого в нього саме бракує). Моралізаторські сентенції, як то: «...відіграйте, усвідомлюючи... ухвалюйте обмірковані розв'язки... розцінюйте азартну гру, як... усвідомте, що... зберігайте ясність мислення...» і т. д., дуже нагадують «профілактичні» обивательські ради лікарів «не нервувати... уникати стресів і т.і.», тобто робити (або не робити) те, чому хворий саме й розраховував навчитися в докторів.

За результатами дослідження М. Гріффітс [7–11], існує величезне число публікацій про негативні прояви й наслідки адиктивної поведінки, у той час як для певної частини людей адикції мають свою привабливість, принаймні з їхньої суб'єктивної точки зору, яка полягає в наступному:

- надійний спосіб зміни настроїв та суб'єктивний досвід;
- позитивний досвід від задоволення, релаксація;
- розгальмовування поведінки;
- підтримка емоційної дистанції;
- копінг-стратегія для подолання будь-яких неприємностей (образи, щиросердечні рани, соціальна тривога, страхи, напруга і т. д.);
- полегшення для ухвалення рішення й здійснення різних видів діяльності;
- стратегія для лікування, опору, помсти і т. д.
- джерело самоідентифікації й/або сенсу життя.

У дослідженні розроблена соціальна програма щодо профілактики наслідків залежності від азартних ігор виглядає наступним чином. Мета програми — створення умов функціонування ігорних закладів, які б по своїй суті перешкоджали вільному залученню в гру, а тим більше встановленню ігрової залежності.

Об'єктом програми є взаємодія ігорних закладів і наукових установ, спрямоване на забезпечення здоровішого способу життя клієнтів, схильних до патологічного гемблінгу. Предмет програми — створення екологічного, психологічно безпечного соціального середовища для користувачів послугами ігорних закладів.

Програма включає наступні напрямки:

А. Профілактичний напрямок:

1. Проведення ігорними закладами попереджувальних заходів щодо захисту населення від пристрасті до азарту.
2. Ведення спільної роботи із психологічними службами по профілактиці лудоманії серед своїх клієнтів.
3. Медикаментозне лікування. Індивідуальна, сімейна або групова терапія. Створення й підтримка анонімних груп лудоманів. Методи психотерапії: поведінкова терапія (терапія відрази, іманжінальна десенсибілізація, реструктурування досвіду розв'язку проблеми, тренінг соціальних навичок, навчання навичкам запобігання зривів), гештальт-терапія, асертивний тренінг. Приклад алгоритму реалізації плану терапії в пацієнтів, залежних від азартних ігор, відображено на рис. 1.
4. Проведення постійної інформаційної акції для клієнтів закладу при надаванні послуги в контексті даної програми (наочна агітація, консультації).

Б. Інформаційний напрямок:

1. Аналіз проблеми лудоманії в регіоні: соціологічні опитування клієнтів, моніторинг

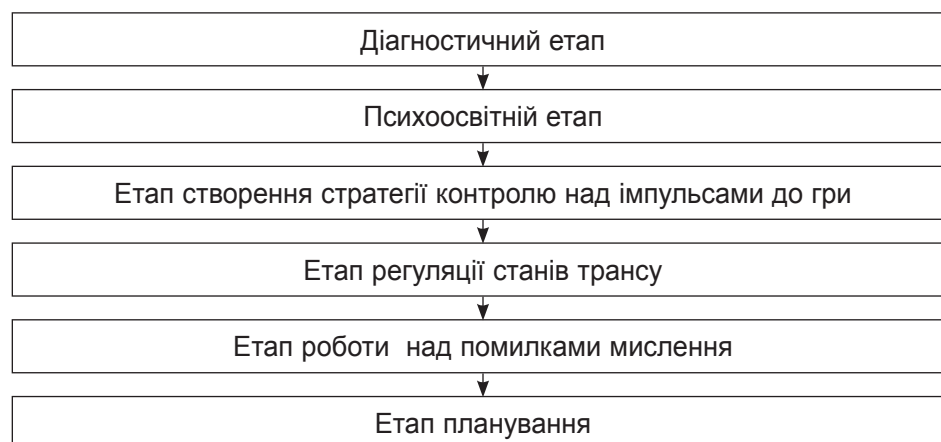


Рис. 1.

Приклад алгоритму реалізації плану терапії у пацієнтів, залежних від азартних ігор

психологічних інститутів з метою виявлення ступені серйозності проблеми ігromанії.

2. Проведення Рr-акцій і публікації роз'яснювальних статей у ЗМІ.
3. Проведення в ЗМІ рекламній кампанії по пропаганді здорового способу життя (наприклад, захоплень без наслідків звикання до гри).
4. Створення суспільної організації й руху відповідної до спрямованості. Освітні програми. Випуск книг і методичної літератури. Створення інформаційного сайту.
5. Лекції й тренінги.

В. Організаційний напрямок:

1. Забезпечення навчання й підвищення психологічної компетентності персоналу (тренінги, семінари, рольові ігри);
2. Облік і статистика клієнтів, поведінка яких можна кваліфікувати як патологічна пристрасть до азартних ігор, тобто лудоманів (опитування, моніторинг). Спостереження за «проблемними» клієнтами. Створення реєстру «групи ризику».
3. Створення в ігрових закладах спеціальної служби психологічної допомоги гравцям, наприклад, психолог або психотерапевт, який в екстрених випадках може надати професійну допомогу. Діяльність служби спрямована на вивчення даної проблеми й надання своєчасної психокорекції, оповіщення медичних установ.
4. Створення спеціального фонду (наприклад, Фонд боротьби з ігromанією) — засобу, що збирає кошти на боротьбу з ігromанією з ініціативи зацікавлених підприємств ігрового бізнесу. На зібрані засоби фінансуються лікувальні й реабілітаційні програми, спонсуються психологічні служби допомоги, проводяться Рr-акції й здійснюється публікація роз'яснювальних статей у ЗМІ.

У часі Програма реалізується в кілька етапів:

1. Ініціальний етап — заходи інформаційного напрямку.
2. Основний етап — заходи інформаційного й організаційного напрямків.
3. Заклучний етап — заходи інформаційного й профілактичного напрямків.

Окремим аспектом профілактичної роботи залежності від азартних ігор є надання допомоги абонентам через «телефонну лінію». Дане питання, що розроблялось О. А. Плющеву [12], а також із власними розробками [13] за результатами досліджень у змісті включає наступне.

У ході професійної підготовки консультанти навчаються навичкам активного слухання, що включає приймання заохочення висловлення абонента, використання відкритих питань,

перефразовування, повторення, фокусування, узагальнення, відбиття почуттів і відносин у контексті бесіди; одержують знання про етапи ведення конструктивного діалогу, висновку контракту з абонентом про предмет бесіди, а також видах конфронтації, кризової інтервенції, роботи з абонентами, що маніпулюють, абонентами, що перебувають у гострому емоційному, агресивному стані, що переживають тривогу, страх, втрату та інше. Навчаються розумінню принципів роботи механізмів психологічного захисту й вивертів «драматичного трикутника», відомого як «трикутник Карпмана», у якому консультант і абонент ризикують «застрягти», міняючись ролями: Жертва, Переслідувач, Рятувальник. Кожна з ролей має на увазі знецінювання, зневажливе відношення до себе, до іншого, або до здатності іншого ухвалювати самостійні рішення. Якщо консультант не буде уважний, то може виявитися утягненим у ту або іншу роль і «бродити» з абонентом по колу.

Ціль консультанта залишатися «зовні», не граючи драми, уникаючи вступу в якусь із цих ролей. Найбільш актуальним для консультантів є питання на перших етапах роботи: способи роботи з агресивним, що маніпулюють, «в'язкими» абонентами, а також абонентами, що перебувають у гострому, негативному емоційному стані, що плачуть, переживають кризу або, що проявляють суїцидальні тенденції. Ці питання також були темами занять у навчальних групах, з відпрацюванням практичних навичок.

Однієї із проблем, що явно виявилися в роботі «гарячої лінії», є перенос навичок роботи з інформаційно-довідкового телефону, де бесіда з абонентом будується в досить стислому, вузькому форматі. Тобто консультанти часто обмежувалися видачею інформації про роботу центру, способах наданої їм допомоги й запрошенням записатися на очну консультацію до фахівця, що, як з'ясувалося в ході проведення перевірки, абонентами оцінювалося негативно, сприймалося ними як формальна присутність, що нав'язує запрошення на очне приймання й викликав опір подальшому співробітництву. Крім того, при проведенні ряду індивідуальних супервізій частою темою проявлялося недостатньо ефективне використання навички відбиття в процесі бесіди почуттів абонента й своїх почуттів, їх конструктивне «відреагування», що, у свою чергу, чревато формуванням синдрому вигорання.

До правил розмови з гравцем, залежним від азартних ігор, «телефонної допомоги» віднесено [12]:

1. Знайомство, встановлення рапорту, вислуховування, допомога вербалізувати емоції, відчуття, почуття абонента, його думки, дії.

2. Прояснення запиту, ситуації, сформованість проблеми (залежності / созалежності).
3. Діагностування стану абонента (кризовість, екстремність психологічного стану, суїцидальні тенденції, необхідність запропонувати звертання до стаціонарної допомоги).
4. При необхідності працює з емоційним станом абонента, надає психологічну підтримку, звертається до його ресурсів, формує, зміцнює мотивацію на видужання, лікування.
5. Подає інформацію про можливу допомогу й підтримку відповідно запиту, того хто дзвонить: людини, що первинно звернулася за допомогою, пацієнта, що переживає або пережив «зрив» або того, хто вже пройшов курс лікування й шукає підтримки.
6. Відповідно до запиту абонента й оцінкою його стану, консультант може запропонувати йому безкоштовне й анонімне відвідування консультанта первинного приймання, відповідно до заявленої проблеми ігроманії або созалежності, дати інформацію про групи самодопомоги, їх координатах, адресах, годиннику зустрічей і повідомити про можливість його участі в амбулаторній реабілітаційній програмі.
7. Завершує бесіду, резюмуючи, проговорюючи досягнуту угоду й уточнюючи, чи збігається це з розумінням результатів бесіди абонентом, задовольняє чи його цей підсумок. А також повідомляє, у випадку потреби, режим роботи «гарячої лінії» для повторного обігу.

Слід зазначити, що основним завданням консультанта на телефоні є запрошення до подальшого співробітництва абонента, і результативний дзвінок. Таким чином, побічно розглядається причина, виходячи з того, чи прийшла людина на очну консультацію, на яку записався по телефону. Проте, це не повинне ставати первинною необхідністю.

Важливо звертати увагу на ступінь готовності й «зрілості» рішення того хто дзвонить, рішення повинне виходити від самого абонента, відповідати його «етапу» розуміння своєї проблеми і його можливості на цей момент ступеня турботи про себе. А якщо ні, то передчасна мотивація тільки підсилить опір, і скоріше абонент навіть не подзвонить наступного разу.

У той же час важливо й не перетворювати телефонну бесіду у варіант первинної «очної» консультації, де раппорт очевидно є більш сильним, що підвищує у свою чергу ймовірність сформувати, зміцнити мотивацію на зміни, лікування й участь в амбулаторній програмі. Тобто, у певному змісті не знизити рівень тривоги до тієї планки, де, повісивши трубку, людей скаже: «Ну що ж, не усе так погано, мабуть, почекаю ще небагато».

Фахівці, що працюють на телефонних лініях з азартними гравцями повинні не забувати про ряд особливостей особистості цих абонентів, із чим властиво й йде робота в лікувальній програмі, і враховувати їх у розмові:

- страх відкриття дійсної глибини своєї проблеми, у т. ч. суми своїх боргів, що може звучати як скритність, будучи на ділі психологічним захистом — мінімізацією проблеми, крайня нестійкість мотивації, що є єдиною рисою усіх адикцій,
- емоційна незахищеність (компульсивний гравець почуває емоційний комфорт, тільки відіграючи),
- незрілість, інфантильність особистості, перекрученість самооцінки, нездатність і небажання сприймати реальність як таку,
- відхід у світ фантазій, бажання все здобувати без особливих зусиль зі своєї сторони,
- стійкість ірраціональних переконань (про гру, про відносини до ситуації, людей, про себе, про світ),
- алекситимія, нездатність до розуміння й адекватному вираженню своїх почуттів.

Виходячи із цього, консультант повинен мати стійкість і відповідні якості та навички й бути готовим до можливості обговорення з абонентом питань:

- вираження почуттів і емоцій,
- зняття напруги,
- самоконтролю,
- системи установок, цінностей,
- власної значимості, самореалізації,
- вибудовування взаємин у родині.

При дзвінку на телефон гравця, що вперше розв'язав звернутися по допомогу, знайомство з ним і питання, що проявляють ситуацію й оцінюючі ступінь залучення в азартну залежність, можуть бути приблизно наступними [12]:

- Про що Ви прагнете поговорити?
- Що в цій проблемі Вас найбільше турбує?
- Як давно Ви відіграєте, у що? Як часто Ви відіграєте?
- Як довго Ви можете відіграти за один раз, втрачаєте чи при цьому відчуття простору й часу?
- Чи заробляєте гроші, щоб витратити їх на гру?
- Чи програєте більше, чим намітили?
- Чи є борги, кому, яка сума? Чи продовжуєте відіграти, незважаючи на це?
- Як Ви себе почуваєте до, під час і після гри? Як велике бажання відігратися за програш?
- Думаєте чи про гру будинку, на роботі або коли Ви один?
- Чи проявляється тривожне занепокоєння, якщо немає можливості реалізувати азарт?
- Що змінилося у Вашому житті у зв'язку із грою?

- Чи наносить гра збиток Вашим заняттям, благополуччю родини?
- Чи намагалися зупинитися самі? Як надовго, яким образом? Як себе почували в цей час? Як почали знову відіграти?
- Вас відвідували думки про самогубство?
- Знають чи і як ставиться Ваша родичка, колеги до того, що Ви відіграєте?
- Як Ви ставитеся до свого «захоплення», а як ставилися до нього раніше?
- Як Ви розумієте, що це для Вас — хвороба, звичка, слабовілля або щось ще? Що Ви знаєте про цю проблему, про проблеми залежностей?
- Ви зверталися до інших за допомогою, чи лікувалися вже у фахівців? Який був результат?

Якщо на «гарячу лінію» звернувся гравець, що пережив «зрив», важливими є вже інші моменти [12]:

- прояснити почуття, переживання гравця,
- дати можливість, допомогти йому виразити їх, проговорити,
- підтримати гравця («не варто зневірятися», «те, що Ви подзвонили це вже крок до відновлення»),
- звернути його до ресурсів («зрив — це частина хвороби, давайте використовуємо його як Ваш досвід», «тепер Ви знаєте про себе й про свою хворобу більше»),
- пошукати разом, де він може прямо зараз знайти для себе підтримку, у кого.

Узагальнюючи інформацію з роботи із залежними від азартних ігор, хочеться привести рекомендації та принципи роботи із гравцями на «гарячій лінії». У телефонному консультуванні слід приділяти увагу наступним обставинам [12].

По-перше, дуже важливо виявляти ступінь суїцидального ризику абонента й обговорювати його емоційні переживання. Вони характеризуються майже повним неусвідомленням й ніяк не зв'язуються з ігровою залежністю або саморуйнуючим стилем життя. Разом з тим страх і розпач є його постійними супутниками, тому психічний біль може з'явитися раптово й зробити суїцидальні дії імпульсивними.

По-друге, впливає з усією серйозністю ставитися до самих по собі проявам ігрової залежності як формам само руйнуючої поведінки й сприяти виникненню цього усвідомлення в абонента.

По-третє, стимулюючи його роботу над емоційними переживаннями в сьогоденні, важливо забезпечити його навичками опису (вербалізації) свого стану, обумовлений ігровий залежністю.

По-четверте, слід ухвалювати в увагу потужність психологічних захистів (заперечення,

витиснення, регресії), які, безумовно, зустрінуться в бесіді.

По-п'ятих, слід підкреслювати, що можливі позитивні результати телефонної бесіди є тільки початком у тривалому шляху упорення з ігровою залежністю й вимагають від абонента подальших зусиль і наполегливості.

Тепер про те, якщо дзвонить родичка гравця. Розмова з ними буде будуватися скоріше в іншому ключі й стосуватися вже інших питань. У бесіді впливає, спочатку виявивши йому емоційну підтримку й, таким чином, сформувавши певну «зону довіри», тактовно, але наполегливо переводити акцент уваги з його «підопічного» — гравця (часто про своїх близьких, їх уживанні й поведінці созалежна родичка готова розмовляти скільки завгодно) на, що відбувається з ним самим:

- «А як ця проблема торкається Вас самих, Вашу родину?»;
- «Але зараз мені подзвонили Ви й мені важливо в першу чергу те, що відбувається з Вами, розповідайте мені про себе»;
- «А як його (її) гра відбивається на Вас, як Ви себечуваєте?».

Часто ця сторона зовсім ігнорується созалежним й приводить до порушення його власного здоров'я й щиросердечної рівноваги, аж до виникнення депресій, неврозів, соматичних розладів. Рекомендуйте йому самому звертатися до фахівця, який подбає про нього й розповість про механізми розвитку созалежних відносин (запропонуєте записатися на приймання), розповідайте про групові форми роботи й підтримки для родичів. Крім того, можна обговорити наступні рекомендації фахівців:

- Не поспішайте обвинувачувати себе в тому, що відбувається з Вашими близькими й брати всю відповідальність за його вчинки, здоров'я, борги на себе.
- Не треба віддавати його лікуванню увесь свій час і сили, але й не варто ігнорувати проблему, залишаючись у пасивній позиції стосовно, що відбувається у Вашій родині.
- Не залишайте людину без підтримки, особливо якщо він заявляє про неї, говорите йому про свої почуття, про те, що Ви його досі любите й готові допомагати в проходженні їм процесу лікування.
- З однієї сторони не дайте зайво на гравця, але й не послабляйте контроль, укладіть з ним угоду про те, що гроші сімейного бюджету в перший період видужання будуть залишатися у Вашому розпорядженні, в такий спосіб у гравця не буде більших сум на руках, що знизить ризик «першої ставки».
- Намагайтеся уникати скандалів і обвинувачень, це тільки збільшить ситуацію, а гравець буде «тікати» від них у казино.

- Пред'явлення ультиматуму на лікування навряд чи допоможе гравцеві прийняти відповідальний вибір за видужання, а тільки ще більше підсилить взаємну недовіру в родині.
- Не намагайтеся соціально ізолювати гравця, це може виявити лише короточасний ефект, а потім гра повернеться в подвоєній силі.
- Проводите більше часу разом, шукайте спільні інтереси, налагоджуйте сприятливу атмосферу взаєморозуміння.
- Обговоріть з ним, у чому причина, що відбувається, що привело до таких наслідків і подіям у Вашій родині, що Ви замовчували, не зауважували раніше.
- Обговорюйте із близьким варіанти лікування, необхідність звертання до кваліфікованих фахівців, довідайтеся про різні способи професійної допомоги, залишіть вибір за ним.
- Опікуйтеся про своє здоров'я, нехай Ваше гарне самопочуття завжди має для Вас першорядне значення й залишається на першому місці.

Узагальнюючи вищенаведене, можна дійти до висновку, що, усі заходи із профілактики та

медико-соціальної реабілітації осіб, залежних від азартних ігор, базуються на загальних поглядах щодо механізмів виникнення поведінкових адикцій (антропологічні та соціологічні концепції). У контексті профілактики залежності від азартних ігор необхідним є спирання на загальні критерії їх діагностики, а також акцентувати увагу на формуванні раціональних потреб, самостійного критичного мислення.

Таким чином, сучасні уявлення про залежність від азартних ігор, а також наші власні наукові розробки дозволяють створити ефективну систему первинної та вторинної профілактики лудоманії. Профілактика залежності від азартних ігор вимагає взаємодії науково-практичних медичних закладів з бізнес-структурами, задіяними у наданні ігрових послуг. Профілактичні програми мають бути розроблені індивідуально з урахуванням максимальної кількості факторів, що зумовлюють адиктивну поведінку. Телефонне консультування у структурі центрів допомоги патологічним гемблерам спрямоване на попередження небезпечних дій з боку лудоманів, воно враховує специфіку контингентів, залежних від азартних ігор.

Література

1. Marks I. Non-chemical (behavioural) addictions / I. Marks // *British Journal of Addiction*. — 1990. — vol. 85. — P. 1389–1394.
2. Hawley C. E. Problem gambling in the workplace, characteristics of employees seeking help / C. E. Hawley, M. Glenn, S. Diaz // *Journal of Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. — 2007. — vol. 29, № 4. — P. 331–340.
3. Glenn M. Self reported substance abuse problems among problem gambling helpline callers / M. Glenn, S. Diaz, L. Moore // *Journal of Teaching in the Addictions*. — 2006. — vol. 5 (1). — P. 31–44.
4. Великий В. М. Сутність і профілактика залежності від азартних ігор / В. М. Великий // *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*. Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–8.04.2008, м. Львів. — Львів, 2008.
5. Problem Gambling and the Workplace (2004) [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.nevadacou.../workplace>.
6. Зорин Н. Игромания (гемблинг, или лудомания) Часть I [Электронный ресурс] / Н. Зорин // *Consilium medicum. Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2006. — Т. 8, № 4. — Режим доступа до журн.: http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/06_04/64.
7. Griffiths M. D. Trends in technological advance: Implications for sedentary behaviour and obesity in screenagers / M. D. Griffiths // *Education and Health*. — 2010. — vol. 28. — P. 35–38.
8. Griffiths M. D. Internet gambling: Preliminary results of the first UK prevalence study [Electronic resource]. / M. D. Griffiths // *Journal of Gambling Issues*. — 2001. — vol. 5. — Access mode: <http://nottinghamtrent.academia.Edu/MarkGriffiths/Papers/410569>.
9. Griffiths M. D. Gambling technologies: Prospects for problem gambling / M. D. Griffiths // *Journal of Gambling Studies*. — 1999. — vol. 15. — P. 265–283.
10. Griffiths M. D. Gambling in the Internet: A Brief Note / M. D. Griffiths // *Journal of Gambling Studies*. — 1996. — vol. 12 (4). — P. 471–497.
11. Griffiths M. D. Behavioural Addictions: An issue for everybody? / M. D. Griffiths // *Employee Counselling Today*. — 1996. — vol. 8 (3). — P. 19–25.
12. О. А. Плющева Организация и специфика оказания помощи абонентам «горячей линии» по вопросам игровой зависимости [Электронный ресурс] / Плющева О. А. — Режим доступа: <http://www.igroki-nan.ru/stati-159, article-5>.
13. Аймедов К. В. Досвід надання допомоги залежним від азартних ігор та їхнім родинам / К. В. Аймедов // *Медична психологія*. — 2010. — Т. 5, № 4. — С. 45–49.

УДК: 616.89-008.446

Характеристика факторов анамнеза больных параноидной шизофренией, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества



Афанасьева А. В.

Афанасьева А. В.

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, ИПН АМНУ

Резюме. У статті проаналізовано особливості анамнестичних факторів у хворих на параноїдну шизофренію, які вживають та не вживають психоактивні речовини (у судово-психіатричній практиці).

Ключові слова: шизофренія, канабіс, психостимулятори, «подвійний діагноз».

Patients with schizophrenia, who use or don't use substances: anamnesis factors characteristics

Resume. In this article we have analyzed anamnestic factors of patients with schizophrenia, who have used or not used substances (in forensic psychiatry practice).

Key words: schizophrenia, substance abuse, «dual diaznosis».

В последние годы увеличился интерес как отечественных и российских [1,2,3], так и зарубежных исследователей к проблеме формирования наркоманий на фоне предшествующей психической патологии.

В литературе последних лет имеется множество указаний как на рост общей численности злоупотребляющих психоактивными веществами, так и на высокую распространенность наркоманий среди психически больных. [4,5] По данным ННЦ наркологии исследования последних двух десятилетий показывают, что среди больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями почти пятая часть (20 %) обнаруживает процессуальные эндогенные психические заболевания. По их же данным среди больных шизофрений и маниакально-депрессивным психозом не менее одной трети (30 %) злоупотребляют различными ПАВ [6]. На фоне общемировой тенденции увеличения числа лиц, злоупотребляющих каннабиоидами, и числа лиц с зависимостью от них увеличивается и количество больных с сопряженной психической патологией, систематически злоупотребляющих каннабиоидами. [7]

Наше исследование было проведено на базе отделения судебно-психиатрической экспертизы Харьковской клинической психиатрической больницы № 3. В основу исследования легли две группы больных по 60 человек в каждой. Первая — больные (подэкспертные) параноидной шизофренией; вторая — больные параноидной шизофренией, сопряженной с употреблением психоактивных веществ

(каннабиса и психостимуляторов). Больные обеих групп были привлечены к уголовной ответственности и проходили судебно-психиатрическую экспертизу в период с 2007 по 2010 год.

Анализируя факторы анамнеза, мы выбирали из них только те, что имеют значение и оцениваются с помощью экспертного метода при принятии экспертного решения.

Распределение больных по полу и возрасту представлено на рисунке и таблице 1.1 и 1.2. В этих и последующих таблицах представлено относительное число больных, выраженное в процентах, и его погрешность (\pm m).

Таблица 1.1

Распределение больных по полу

Пол	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Мужской	76,7 \pm 5,5	81,7 \pm 5,0
Женский	23,3 \pm 5,5	18,3 \pm 5,0
$\chi^2 = 0,76$; $p > 0,05$		

Таблица 1.2

Распределение больных по возрасту

Возраст	Исследуемая группа, %	Контрольная группа, %
<29	63,3 \pm 6,3	33,3 \pm 6,1
30—39	20,0 \pm 5,2	36,7 \pm 6,3
40—49	10,0 \pm 3,9	20,0 \pm 5,2
>50	6,7 \pm 3,2	10,0 \pm 3,9
$\chi^2 = 18,2$; $p < 0,001$		

Представленные диаграммы наглядно демонстрируют преобладание лиц мужского пола в обеих группах больных, и отсутствие достоверных различий в распределении по полу между контрольной и исследуемой группами ($p > 0,05$).

Напротив, в распределении по возрасту имеются качественные отличия между двумя группами ($p < 0,001$). Так, в исследуемой группе относительно контрольной значительно преобладают лица молодого (до 29 лет) возраста (их на 30 % больше), подэкспертных в возрасте от 30 до 49 лет в исследуемой группе меньше на 16,7 %, чем в контрольной, а лиц, старше 50 лет, в обеих группах — приблизительно равное количество (6,7 % и 10 % в исследуемой и контрольных группах соответственно). «Пик» возрастной кривой в исследуемой группе приходится на возраст до 29 лет ($63,3 \pm 6,3$). В контрольной группе лица до 29 и от 30 до 39 представлены приблизительно в равном количестве ($33,3 \pm 6,1$ % и $36,7 \pm 6,3$ % соответственно), далее возрастная кривая идет на спад, количество больных в возрасте от 40 и более 50 лет плавно уменьшается.

Из таблицы 1.3 видно, что в контрольной группе преобладают подэкспертные, получившие высшее образование и окончившие среднюю школу ($p < 0,001$). В исследуемой группе 25 % подэкспертных не окончили среднюю школу, в то время, как в контрольной не было выявлено ни одного человека, не получившего среднего образования. В отношении лиц, получивших средне-специальное образование, статистически значимых различий мы не обнаружили.

В исследуемой группе ни один человек на момент проведения экспертизы не имел места работы, в то время как в контрольной группе 15 % обследованных подэкспертных работали — как официально, так и «неофициально» (без оформления трудового договора). Достоверно больше ($p < 0,001$) подэкспертных в исследуемой группе не работали, не имея при этом группы инвалидности по психическому заболеванию (51,7 %). Количество инвалидов по шизофрении в обеих группах не имеет статистически значимых различий.

Представленная диаграмма наглядно демонстрирует статистически значимые различия ($p < 0,003$) по факторам «женаты» и «разведены» между контрольной и исследуемой группой: количество лиц, состоящих в браке в контрольной группе на 13,4 % превышает таковое в исследуемой. Кроме того, в исследуемой группе значительно (на 8,4 %) преобладают ранее состоявшие в браке, а теперь разведенные лица.

Таблица 1.3

Распределение больных по полученному образованию

Образование	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Высшее	15,0 \pm 4,6	5,0 \pm 2,8
Неоконченное высшее	6,7 \pm 3,2	11,7 \pm 4,2
Средне-специальное	48,3 \pm 6,5	45,0 \pm 6,5
Средняя школа	28,3 \pm 5,9	11,7 \pm 4,2
Вспомогательная школа	1,7 \pm 1,7	1,7 \pm 1,7
Не окончили СШ	0	25,0 \pm 5,6
$\chi^2 = 38,4$; $p < 0,001$		

Таблица 1.4.

Распределение больных по занятости

Работа	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Работают	15,0 \pm 4,6	0
Не работают, не будучи инвалидами	30,0 \pm 6,0	51,7 \pm 6,5
Имеют группу инвалидности по шизофрении	55,0 \pm 6,5	48,3 \pm 6,5
$\chi^2 = 20,7$; $p < 0,001$		

Таблица 1.5

Распределение больных по семейному положению

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Состоят в браке (в т. ч. гражданском)	16,7 \pm 4,9	3,3 \pm 2,3
Разведены	13,3 \pm 4,4	21,7 \pm 5,4
Холостые/незамужние	70,0 \pm 6,0	75,0 \pm 5,6
$\chi^2 = 11,2$; $p < 0,003$		

Таблица 1.6

Распределение больных по количеству судимостей

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Ранее не судимы	73,3 \pm 5,8	28,3 \pm 5,9
Имели 1-2 судимости	23,3 \pm 5,5	41,7 \pm 6,4
Имели 3-4 судимости	3,3 \pm 2,3	18,3 \pm 5,0
Судимы более 5 раз	0	11,7 \pm 4,2
$\chi^2 = 47,3$; $p < 0,001$		

Таблиця 1.7*Распределение больных по «стажу заболевания»*

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Менее 1 года	5,0±2,8	8,3±3,6
От 1 года до 5 лет	18,3±5,0	38,3±6,3
От 5 до 10 лет	33,3±6,1	35,0±6,2
От 10 до 20 лет	26,7±5,8	16,7±4,9
Более 20 лет	16,7±4,9	1,7±1,7
$\chi^2 = 22,5; p < 0,001$		

Таблиця 1.8*Распределение больных по количеству госпитализаций в психиатрический стационар*

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Однократно	13,3±4,4	10,0±3,9
От 2 до 5	46,7±6,5	58,3±6,4
От 6 до 10	31,7±6,0	20,0±5,2
Более 10	6,7±3,2	8,3±3,6
В стационаре не лечились	1,7±1,7	3,3±2,3
$\chi^2 = 51; p > 0,05$		

Таблиця 1.9*Распределение больных по сопутствующей патологии*

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
ЧМТ в анамнезе	11,7±4,2	40,0±6,4
Бронхиальная астма	1,7±1,7	
$\chi^2 = 5,24; p = 0,02$		

Таблиця 1.10*Распределение больных по нарушенным формам поведения в детстве*

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Были	5,0±2,8	38,3±6,3
Не было	95,0±2,8	61,7±6,3
$\chi^2 = 32,7; p < 0,001$		

По количеству судимостей между контрольной и исследуемой группой были выявлены значительные отличия ($p < 0,001$). Так, не судимых ранее в контрольной группе на 45 % больше, чем в исследуемой; наоборот, лиц, судимых 1-2 и 3-4 раза больше на 18,4 % и на 15 % соответственно в исследуемой группе. Среди больных шизофренией, не употреблявших психоактивные вещества, отсутствовали

лица, судимые более 5 раз, в то время, как в исследуемой группе их выявлено 11,7 %.

Под «стажем заболевания» мы понимаем количество лет, в течение которых больной страдает шизофренией. В исследуемой группе существенно преобладает количество лиц, болеющих шизофренией от 1 до 5 лет (таких больных на 20 % больше), а в контрольной — от 10 до 20 лет (их на 10 % больше). ($p < 0,001$). Огромное различие (16,7 % и 1,7 % в контрольной и исследуемой группах соответственно) определено по «стажу заболевания» более 20 лет.

В обеих группах большее количество подэкспертных ранее находилось на лечении в психиатрической больнице от 2 до 5 раз (46,7±6,5 % в контрольной и 58,3±6,4 % в исследуемой группе). Среди тех, кто госпитализировался однократно, более 10 раз и не госпитализировался совсем в обеих группах статистически значимых отличий не выявлено ($p > 0,05$).

На 28,3 % больше больных исследуемой группы получали черепно-мозговые травмы, чем больных контрольной группы ($p = 0,02$).

В нарушенные формы поведения входят конфликтность, склонность к дракам, прогулы уроков и другие формы раннего делинквентного поведения. Нарушенное поведение в детстве отмечалось у больных исследуемой группы гораздо чаще, чем у больных контрольной — в 38,3 % и 5 % случаев соответственно ($p < 0,001$).

Выводы

Анализ полученных данных показал, что привлекаются к уголовной ответственности и направляются на судебно-психиатрическую экспертизу чаще больные шизофренией мужчины (81 %). Среди больных шизофренией, употребляющих психоактивные вещества, преобладают лица молодого возраста (до 29 лет — их на 30 % больше) ($p < 0,001$). По нашему мнению, это обусловлено изменением «социального статуса» каннабиса и следующего из этого различия в отношении к нему у нынешней молодежи и представителей предыдущих поколений. Употребление каннабиса более не стигматизирует лицо как асоциальное, он воспринимается как «легкий» наркотик, в определенных компаниях заменяет алкоголь как средство релаксации, часто упоминается в СМИ, книгах и фильмах. Преобладание в контрольной группе лиц от 30 до 39 лет (в исследуемой группе их меньше на 16,7 %; $p < 0,001$), вероятно, объясняется большим стажем заболевания, а, следовательно, и большей степенью выраженности негативной

симптоматики, которая часто является причиной асоциального поведения. Больные шизофренией, употребляющие психоактивные вещества, характеризуются худшими показателями социальной адаптации относительно больных контрольной группы. В детстве у них чаще отмечаются нарушенные формы поведения (38,3 % в исследуемой и 5 % случаев в контрольной группе, $p < 0,001$), которые, вероятно, становятся препятствием для получения даже среднего образования и интеграции в социум еще до манифеста эндогенного заболевания. Больные исследуемой группы достоверно реже ($p < 0,001$) получают высшее образование (5 % против 15 % в контрольной группе). Никто из подэкспертных исследуемой группы на момент экспертизы не имел работы, и реже, чем больные контрольной группы, имели группу инвалидности (48,3 % против 55 % в контрольной группе). Свидетельствует о низкой социальной адаптации этих больных и мизерное число лиц, состоящих в браке (3,3 %), и высокое относительно контрольной группы число разведенных (21,7 % против 13,3 %) ($p < 0,01$). Больные шизофренией, употребляющие психоактивные вещества, склонны к асоциальным действиям и криминальному поведению. Число ранее не

судимых лиц в контрольной группе существенно превышает таковое в исследуемой (73,3 % против 28,3 %) ($p < 0,001$). Лиц, судимых 1-2 и 3-4 раза больше на 18,4 % и на 15 % соответственно в исследуемой группе. Среди больных шизофренией, не употреблявших психоактивные вещества, отсутствовали лица, судимые более 5 раз, в то время, как в исследуемой группе их выявлено 11,7 %.

Среди больных шизофренией, употребляющих наркотики, преобладают лица с небольшим «стажем заболевания» — от 1 до 5 лет лет (таких больных на 20 % больше), что обусловлено, вероятно, молодым возрастом данной категории подэкспертных. Той же причиной объясняется практически отсутствие среди исследуемой группы больных со стажем заболевания более 20 лет. На 28,3 % больше больных исследуемой группы получали черепно-мозговые травмы, чем больных контрольной группы ($p = 0,02$). Речь идет о бытовых ЧМТ, полученных в драках, при падениях и так далее. Этот факт взаимосвязан со склонностью этой категории больных к асоциальному поведению и, соответственно, более частому их попаданию в ситуации, способствующие получению черепно-мозговых травм.

Література

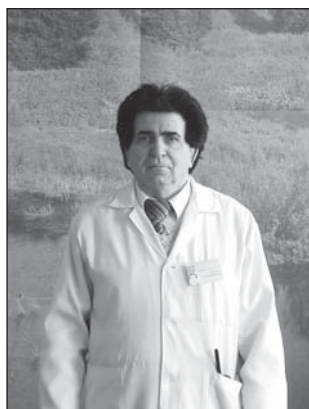
1. Клименко Т. В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспект) / Т. В. Клименко — Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 1996. 33 с.
2. Дмитриева Т. Б. Клинический патоморфоз зависимости от каннабиноидов у больных шизофренией (по данным отдаленного катамнеза) / Т. Б. Дмитриева, Т. В. Клименко, И. И. Дудин — Наркология. 2008. № 1. С.41-45.
3. Шитов Е. А. Краткий обзор проблем «Двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) / Е. А. Шитов, Д. Н. Киселев, Д. И. Шустов // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова — 2009 — № 2 — с. 100-105
4. Гофман А. Г. Опыт изучения эндогенных психических заболеваний, сочетающихся с опийной наркоманией / А. Г. Гофман, И. В. Яшкина, Н. А. Пономарева — Социальная и клиническая психиатрия — 1999 — № 3 — с. 79-80
5. Михайличенко И. П. Особенности течения наркоманий, формирующихся на психопатологически отягощенной почве / И. П. Михайличенко — Актуальные вопросы наркоманий — Омск, 1982 — с. 108-111
6. Чирко В. В. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ / В. В. Чирко — Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т.1. — С 385-407.
7. Кондратьев Ф. В. Гашишизм и шизофрения: психопатология и динамика их сочетанности. / Ф. В. Кондратьев, А. Р. Расулов — Вопросы наркологии. 1992; 3-4: 39-43

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Структура ейфорії, емоційні порушення та сполучені розлади в осіб із наркоманіями як предиктори психотерапії



Андрух П. Г.



Андрух Г. П.

Андрух П. Г. , Андрух Г. П.

Кафедра психотерапії Харківської медичної академії послідипломного образования МОЗ України

Резюме. В роботі теоретично обоснована і практично розв'язана актуальна наукова проблема розробки принципів і систем психотерапії і реабілітації осіб з залежністю від різних видів психоактивних речовин на основі порівняльного клініко-психопатологічного, медико-психологічного і клініко-психосоматологічного аналізу виявлених у них емоційних порушень і супроводжуваних розладів, а також специфіки патоперсоналогії і особливостей емоціогенезу.

Установлено, що особливості емоціогенезу у осіб з наркоманіями суттєво різняться: при залежності від алкоголю — збереженість основних процесів і стадій емоціогенезу; при залежності від опіоїдів — порушення основних процесів і відносна збереженість стадій емоціогенезу; при залежності від психостимуляторів — порушення основних процесів і стадій емоціогенезу. В результаті вживання різних видів психоактивних речовин формуються чотири складно організовані і ієрархічно підпорядковані вектори: 1) екзогенний (ейфорія різної структури і частоти виникнення в результаті застосування наркотичного засобу); 2) семиотичний (функціональні емоційні порушення); 3) патоперсоналогічний (специфічна емоційна дефіцитність); 4) динамічний (інтронізація емоційних переживань).

Розроблена система психотерапії осіб з наркоманіями базується на основі: принципів емотивності, стресорності, інтрузивності, конгруентності, наростаючої масивності, поліфокальності, мультиоб'єктності, соціометричності; аналізу виявлених клініко-психопатологічних і медико-психологічних характеристик емоційних порушень і супроводжуваних розладів, специфіки патоперсоналогії і особливостей емоціогенезу; оцінки психосоматологічного статусу пацієнта, і складається з компонентів (емотивний (в психотехнічній, клінічній і персоналогічній проекції), телесно-орієнтований, особистісно-реконструктивний, мотиваційний, аутогенний, сімейний і конативний (во зовнішній і внутрішній проекції)) і етапів (оціночно-діагностичний, індивідуально-психотехнічний, індивідуально-клінічний, індивідуально-персоналогічний, аутогенний, сімейний, апробаційний, катamnестичний).

Ключові слова: залежність, наркоманія, психоактивні речовини, емоціогенез, емоційні порушення, психотерапія.

The structure of euphoria, emotional and related disorders of persons with narcomania as predictor of psychotherapy

Resume. The thesis is theoretically grounded and practically solved an actual scientific problem-valued design principles and systems of psychotherapy and rehabilitation of persons with dependence on different types of psychoactive substances on the basis of a comparative clinical and psychopathological, medico-psychological and clinical psihofenomenological analysis revealed their emotional breaking-tions and related disorders, the specifics and peculiarities patopersonologcal emotiongenesis.

Established that emotiongenesis especially in patients with psychoactive substance dependence substantially differ: for alcohol dependence — the preservation of the main processes and stages emotiongenesis, with dependence on opioids — violations of fundamental processes and the relative safety of the stages emotiongenesis, with dependence on psycho-stimulants — violation of basic processes and stages emotiongenesis. As a result, they use different types of surfactants formed by four hard of organized and hierarchically sub-ordinate to the vector: 1) exogenous (euphoria of different structure and frequency of occurrence as a result of drug), 2) semiotic (functional emotional disturbances), 3) patopersonologic (specific emotional deficit), 4) dynamic (enthronement of emotional distress).

The developed system of psychotherapy, individuals with psychoactive substance dependence based on the basis of: principles emotivity, stress, intrusiveness, congruent, increasing massiveness, polifokalnosti, multiobektnosti, sotsiometrichsion, in its analysis of clinical psychopathology and medico-psychological characteristics of emotional disturbances and related disorders, special features and

graphs patopersonologii emotsiogeneza; evaluation psihofenomenologicheskogo status of patients, and consists of component (emotive (in psychotechnic, clinical and personological projections), body-oriented, learner-receptive, motivational, autologous, family, and connotative (external and internal projections of an interior)) and phases (estimation-diagnostic, individual psihotekcanoni-cal, individual clinical, individually personological, autogene, family, approbation, catam-nesis).

Key words: dependence, narcomania, psychoactive substance emotsiogenez, emotional disturbances, psychotherapy.

Традиційна клінічна класифікація порушень емоцій і відчуттів, що має на увазі категорії патологічного посилення і ослаблення, а також порушення рухливості і адекватності, не відображає повноти змін емоційної сфери при наркоманіях, оскільки стосується лише семіотико-клінічного аспекту. Поза увагою залишаються два найважливіші компоненти, а саме — існування ейфорії від прийому наркотичного засобу (принцип гедонізму) і формування специфічної емоційної дефіцитарності (що досягає рівня патоперсоналогії), а також динамічний аспект, що виражається у формуванні специфічного модусу інтронізації емоційних переживань.

Крім того, в клінічній класифікації не враховується медико-психологічний аспект, а саме — порушення функцій емоцій: переважання одних функцій (перемикальної, підкріплюючої, компенсаторної, спонукальної, передбачаючої, дезорганізуючої) і послаблення, аж до елімінації, інших (відбивно-оцінної, евристичної, синтетичної, активуючо-мобілізаційно, експресивної).

Також зазвичай вилучається з уваги, що кожній психоактивній речовині (ПАР) властива специфічна, особлива структура ейфорії, незважаючи на наявність деяких загальних властивостей для всіх них (за винятком наявності компонентів емоційної приємності і емоційного підйому, це некерованість, мимовольність власної психічної діяльності, інтрапсихічна дисоціація, протопатичність, кореляція з рівнем активності свідомості).

У тематичній літературі часто мова йде про формування особливого, специфічного «наркоманічного дефекту» або «наркоманічної особистості» (А. А. Козлов, М. Л. Рохліна, 2000) [1]. Це вказує на залучення різних психічних сфер, що створюють нову особистісну констеляцію. Адиктивна патологія, що включає специфічний світогляд і пов'язану з ним поведінку, а також стилістику життя осіб з наркотичною залежністю, заснована на патологічних фіксаціях, є не тільки психопатологічний, але і більшою мірою, — патоперсоналогічний феномен.

Проте недостатнім залишається вивчення деяких «сферних» розладів, перш за все емоційних, оскільки серед мотивацій до вживання ПАР мотивація гедонізму грає провідну роль вже через існування споживчого циклу з компонентом гедонії. Те ж саме є справедливим й відносно наслідувальної мотивації (і, частково, відносно мотивації атарактичної), оскільки саме

на уявленні про переживання цього компоненту гедонії побудовується у даному випадку наркотична ініціація. Це обумовлює щонайтісніший зв'язок і взаємодетермінацію гедонізму і наркотизму (Д. В. Колесов, 1991) [2].

Виявлення ж провідної етіопатогенетичної ланки схожого плану є необхідним для досягнення мети подальшої психотерапії (Б. В. Михайлов та співавт., 2002 [3]; В. В. Чугунов, 2002 [4], 2008 [5], 2010 [6]), оскільки в даний час у терапії залежностей саме мотиваційним системам відводиться провідна роль (J. R. Volpicelli et al., 2001) [7].

Психотерапевтичні стратегії, що застосовуються у терапії емоційних порушень внаслідок вживання ПАР, можуть мати конфронтуючий, індіферентний або синтонний характер. Проте всі вони традиційно використовуються без урахування характерного для пацієнта психофеноменологічного статусу, хоча саме останній зазнає виражених модифікацій під впливом наркотизації.

Все це необхідно враховувати задля розробки адекватних реабілітаційних програм щодо осіб, залежних від ПАР.

Мета дослідження

Розробити принципи і диференційовані системи психотерапії і реабілітації осіб із залежністю від різних видів ПАР на підставі порівняльного клініко-психопатологічного і клініко-психофеноменологічного аналізу виявлених в них емоційних порушень і поєднаних розладів, а також відносин співзалежності в їхніх сім'ях.

Методи дослідження

Клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний, медико-соціологічні, статистичні.

Контингенти

За усвідомленої інформованої згоди і відповідно до принципів доказової медицини нами було обстежено 726 осіб, які страждали на залежність від різних видів психоактивних речовин, серед яких були виділені наступні основні контингенти (470 осіб):

- особи із залежністю від алкоголю (200 хворих);
- особи із залежністю від опіоїдів (180 хворих);
- особи із залежністю від психостимуляторів (90 хворих).

Дані три групи були вибрані завдяки наступним критеріям:

- широка поширеність вживання даних видів ПАР у популяції;
- соціальна значимість (важкі соціально-економічні втрати: висока залученість осіб молодого, працездатного віку; виражена криміногенність);
- «модельність» цих груп залежностей по багатьом параметрам відносно змін процесів емоціогенезу і, зокрема, проявів емоційних порушень і поєднаних розладів психіки.
- наявність чітких клінічних критеріїв і офіційно встановленого діагнозу;
- можливість відмежування їх як «мононаркоманічних» форм.

Додатково з метою порівняння було проведено спрямоване специфічне обстеження трьох груп осіб (256 чоловік) із залежністю або епізодичним вживанням інших видів ПАР:

- особи, що вживають амфетаміни (епізодичне вживання — у клубах, на дискотеках і таке інше; дані отримані при проведенні опитування серед студентської молоді) (20 чоловік);
- особи, що вживають канабіноїди (епізодичне вживання; дані отримані з повсякденної клінічної практики) (23 людини);
- особи із залежністю від нікотину (хронічний нікотинізм; дані отримані з повсякденної клінічної практики) (213 чоловік).

Порівняльну характеристику клінічних проявів ейфорії при вживанні різних видів ПАР наведено в табл. 1.

Аналіз результатів проведених досліджень у сукупності з даними контент-аналізу тематичної літератури дозволив виділити ряд

змістовних позицій, що підлягають компаративному аналізу за різними видами залежності від ПАР. Ці позиції стосувалися порушень в емоційній сфері та поєднаних розладів. Об'єднання порушень і розладів з різних психічних сфер носить концептуальний характер і диктується вимогами клінічної практики, оскільки ізольовані емоційні розлади у чистому вигляді при наркоманіях не зустрічаються. Через це під час оцінки психопатологічного впливу кожної ПАР необхідно виділяти не лише характер емоційних змін і порушень, але також і характер розладів сприйняття, порушення мислення, форму і глибину порушень свідомості.

Виділені позиції відносно емоційних порушень і пов'язаних розладів були наступними.

1. Структура ейфорії.
2. Онтогенетичний компонент гедонії (запам'ятовування і значимість позитивного емоційного переживання, досвіду).
3. Наявність і швидкість формування дефіцитарності емоційної сфери.
4. Швидкість розвитку емоційних порушень.
5. Зв'язок з іншими «сферними» розладами.
6. Характер симптоматики.
7. Швидкість формування «гомеостатичного плато».
8. Здатність до емпатії.
9. Наявність критики власного стану.

В узагальненому вигляді порівняльна характеристика емоційних порушень і поєднаних з ними розладів за умов вживання різних видів ПАР представлена у табл. 2.

Нами було введено поняття «гомеостатичного плато», медико-психологічний зміст якого полягає у віддзеркаленні швидкості формування залежності (а саме — інсталяції

Таблиця 1

Порівняльна характеристика клінічних проявів ейфорії при вживанні різних ПАР

Ейфорія	Види хімічної залежності					
	Алкоголізм	Опіоїди	Метамфетамін (первітин)	Амфетаміни	Канабіноїди	Нікотин
Клінічні прояви	ейфорія виражена слабо; емоційні зміни поєднуються з суб'єктивно приємною руховою і інтелектуальною загальмованістю	стан соматичної насолоди на тлі емоційного спокою, блаженства без інтелектуальної загальмованості	ейфорія супроводжується припливом сил, нескінченним потоком думок, що швидко змінюють один одного; також спостерігаються стереотипність мислення, анорексія, порушення регуляції серцево-судинної системи, атактичне мислення	ейфорія супроводжується фізичним і інтелектуальним проясненням, відчуттям загального підйому життєдіяльності з вторинним позитивним емоційним зрушенням	ейфорія поєднується із змінами сприйняття і мислення, особливим містичним, фантастичним станом свідомості	Незначно виражена ейфорія

Таблиця 2

Порівняльна характеристика емоційних порушень за умов вживання різних ПАР

Емоційні порушення і поєднані розлади	Види ПАР					
	Алкоголізм	Опіоїди	Метамфетамін (первітин)	Амфетаміни	Канабіноїди	Нікотин
Структура ейфорії	стереотипна однорідна	монотонна з гіпокінезією	поліморфна з гіперкінезією і патологічною продуктивністю	стереотипна з гіперкінезією	поліморфна з психічною дисоціацією	стереотипна з тенденцією до згасання
Онтогенетичний компонент гедонії (запам'ятовування Позитивного емоційного переживання, досвіду)	формується поволі, помірно виражений	формується швидко, сильно виражений	формується миттєво, виключно сильно виражений	формується миттєво, виражений сильно	формується поступово, помірно виражений	клінічно незначимий
Наявність і швидкість формування дефіцитарності емоційної сфери	помірна	Висока	дуже висока	дуже низька	низька	клінічно незначна
Швидкість розвитку емоційних порушень	низька	Висока	дуже висока	низька	низька	низька
Зв'язок з іншими «сферними» розладами	вольова інтелектуально-мнестичний	Вольова	вольова	інтелектуальний	вольова	вольова
Характер симптоматики	стереотипність, компактність	монотонність	поліморфізм, «рихлість»	поліморфізм, динамічність	поліморфізм, дисоціативність	клінічно не виражена
Швидкість формування «гомеостатичного плато»	низька	Висока	дуже висока	середня	низька	низька
Здатність до емпатії	нерізко знижена	значно знижена	різко знижена	різко підвищена у момент наркотичного сп'яніння	підвищена у момент наркотичного сп'яніння	не змінена
Наявність критики до власного стану	наявна	Відсутня	відсутня	відсутня	відсутня	наявна

наркотика і його метаболітів у метаболічний цикл людини). Фактично мова йде про медико-психологічну площину розгляду поняття залежності з позицій уявлень про емоційний гомеостаз з урахуванням компоненту гедонізму. Під емоційним гомеостазом розуміють постійний рівень емоцій (емоційний фон), властивий людині в його звичайному пробудженому стані і що визначає психосоматичний стан «норми» при взаємодії даної людини з оточенням. При залежності від ПАР стан емоційного гомеостазу порушується: з одного боку, формується постійне спонукання до повторення стану емоційного задоволення,

ейфорії, з іншої — прагнення повернутися до звичайного рівня емоційної рівноваги.

Вищезгадані позиції, об'єднані в декілька крупних груп, які фактично є етіопатогенетичними векторами формування залежності від ПАР і її клініко-психопатологічних наслідків, формують своєрідний **паспорт емоційних порушень** за умов вживання різних видів хімічних наркотичних сполук.

До першої групи була віднесена позиція *структура ейфорії*, яка розцінюється як феномен (а частіше — синдрому) «чистої» екзогенії.

До другої групи були віднесені позиції: *характер симптоматики*, *швидкість розвитку*

емоційних порушень і зв'язаність з іншими «сферними» розладами.

До третьої групи були віднесені позиції: наявність і швидкість формування дефіцитарності емоційної сфери, швидкість формування «гомеостатичного плато», здатність до емпатії і наявності критики до власного стану.

До четвертої групи була віднесена позиція онтогенетичний компонент гедонії (під яким розуміють запам'ятовування і значущість позитивного емоційного переживання, досвіду).

Таким чином, клініко-психопатологічна характеристика емоційних порушень і поєднаних розладів у осіб із залежністю від ПАР така:

- 1) емоційна сфера при залежності від алкоголю характеризується стереотипністю, однорідністю структури ейфорії, повільним формуванням і помірною вираженістю онтогенетичного компонента гедонії, помірною швидкістю формування дефіцитарності емоційної сфери, низькою швидкістю розвитку емоційних порушень, наявністю зв'язку із іншими «сферними» розладами (перш за все, вольовими та інтелектуально-мнестичними), стереотипністю і компактністю симптоматики, низькою швидкістю формування «гомеостатичного плато», нерізким зниженням здатності до емпатії, наявністю критики до власного стану;
- 2) емоційна сфера за умов залежності від опіоїдів характеризується монотонністю структури ейфорії у поєднанні з гіпокінезією, швидким формуванням і сильною вираженістю онтогенетичного компонента гедонії, високою швидкістю формування дефіцитарності емоційної сфери, високою швидкістю розвитку емоційних порушень, наявністю зв'язку із іншими «сферними» розладами (перш за все, вольовими), монотонністю симптоматики, високою швидкістю формування «гомеостатичного плато», вираженим зниженням здатності до емпатії, відсутністю критики до власного стану;
- 3) емоційна сфера за умов залежності від психостимуляторів характеризується поліморфністю структури ейфорії у поєднанні з гіперкінезією і патологічною продуктивністю, миттєвим формуванням і виключно сильною вираженістю онтогенетичного компонента гедонії, дуже високою швидкістю формування дефіцитарності емоційної сфери, дуже високою швидкістю розвитку емоційних порушень, наявністю зв'язку із іншими «сферними» розладами (перш за все вольовими), поліморфізмом і «рихлістю» симптоматики, дуже високою швидкістю формування «гомеостатичного плато», різким

зниженням здатності до емпатії, відсутністю критики до власного стану.

Підсумовуючи, слід зробити висновок, що в результаті вживання різних видів ПАР формуються чотири складно організованих і ієрархічно підлеглих вектора:

- вектор перший (екзогенний): ейфорія різної структури і частоти виникнення в результаті застосування наркотичного засобу;
- вектор другої (семіотичний): функціональні емоційні порушення;
- вектор третій (патоперсонологічний): специфічна емоційна дефіцитарність;
- вектор четвертий (динамічний): інтронізація емоційних переживань.

Під **емоціогенезом** розуміється кількісна і якісна сукупність процесів емоційного гомеостазу в його онтогенетичному (стадійності) і повсякденному (функціонування) виразі. Модельними ж вважаються ті його розлади, які відповідають критеріям клініко-семіотичної завершеності і якісної специфічності.

До виявлених особливостей емоціогенезу у осіб, що страждають на залежність від ПАР відносяться:

- в осіб із залежністю від алкоголю: збереження основних процесів і стадій емоціогенезу;
- в осіб із залежністю від опіоїдів: порушення основних процесів і відносно збереження стадій емоціогенезу;
- в осіб із залежністю від психостимуляторів: порушення основних процесів і стадій емоціогенезу.

Базуючись на результатах досліджень, були розроблені наступні принципи **психотерапії**:

- емотивності;
- стресорності;
- інтрузивності;
- конгруентності;
- зростаючої масивності;
- поліфокальності;
- мультиоб'єктності;
- соціометричності.

Встановлено, що психотерапія осіб із залежністю від ПАР повинна базуватися на ретельному аналізі виявлених клініко-психопатологічних та медико-психологічних характеристик емоційних порушень і поєднаних розладів, специфіки патоперсонології та особливостей емоціогенезу.

Облігатним є облік особливостей психофеноменологічного статусу пацієнта.

Проведені дослідження виявили, що клініко-психофеноменологічна характеристика осіб із залежністю від ПАР відрізняється за умов вживання різновидів останніх.

Так, до особливостей клініко-психофеноменологічного статусу за умов залежності від алкоголю відносяться: перевага гіпнабельності та сугестивності із підвищенням легкості появи цих феноменів, а також наявність проявів дефензивних феноменів високого ступеню залученості особистості.

До особливостей клініко-психофеноменологічного статусу осіб із залежністю від опіоїдів відносяться: зменшення вираженості вортутних феноменів; ускладненість формування трансперсональних феноменів із легким виникненням феноменів конформних (індукційних).

До особливостей клініко-психофеноменологічного статусу осіб із залежністю від психостимуляторів відносяться: зниження рівня вкпливості; абортивність саногених феноменів; складність досягнення групових феноменів; значний процент інтеркурентних феноменів и артефактів.

Розроблена на основі проведених досліджень система психотерапії має нижченаведені компоненти.

1. Метод / методика / психотехніка (умовно-рефлекторна\ психотерапія як варіант класичної біхевіоральної або модифікація поведінки як варіант когнітивно- біхевіоральної в імперативно-сугестивному або тренінговому модусі екзистенціального аранжування різних рівнів складності в залежності від культурно-інтелектуального рівня хворого).

Апробація різних психотехнік наведеного кола із застосуванням клініко-психофеноменологічного методу виявила, що доцільним є використання у якості першочергової базової методики «першого вибору» модифікованої нами стресорно-аверсійної терапії по Г. П. Андруху [8] за рахунок залучення додаткових *компонентів*: *емотивного* (у психотехнічній проекції) та *тілесно-орієнтованого*.

2. Вплив на виявлені й ідентифіковані у хворих в процесі дослідження психопатологічні та патопсихологічні особливості і порушення, перш за все емоційної сфери, за рахунок *емотивного компоненту* (у клінічній проекції).

3. Використання *тілесно-орієнтованого компоненту* з акцентом на скомпроментовані системи й органи («профільна патологія»), з урахуванням не тільки наявності специфічної коморбідної патології (з урахуванням індивідуальних особливостей), але й факту широкої представленості й вираженості соматичних проявів в абстинентному періоді:

- при залежності від алкоголю: гепатобіліарна і серцево-судинна системи, полінейропатичні прояви та ін.;

- при залежності від опіоїдів — кістково-м'язові болі та ін.;
- при залежності від психостимуляторів — набуті косметичні дефекти зовнішності (наприклад, внаслідок дифузних остеомієлітів щелеп) та ін.

4. Введення й використання *особистісно-реконструктивного, мотиваційного і емотивного* (у персонологічній проекції) *компонентів* з урахуванням виявлених патоперсонологічних особливостей і параметрів порушень емоціогенезу.

5. «Аутогенізація» масивного психотехнічного впливу і перманентне підвищення «аутогенної компетентності» хворого (*аутогенний компонент*).

6. Вплив на відношення співзалежності (*сімейний компонент*) диференційовано з урахуванням певних параметрів: вектору, форми й рівня; застосовуються різні форми сімейної терапії, що належать до різних психотерапевтичних парадигм.

7. Формування и закріплення абстинентного модусу поведінки (у зовнішній та внутрішній проекціях) з використанням *конативного компоненту* (у зовнішній та внутрішній проекціях).

Таким чином, розроблені *етапи* психотерапії такі:

- оцінювально-діагностичний;
- індивідуально-психотехнічний;
- індивідуально-клінічний;
- індивідуально-персонологічний;
- аутогенний;
- сімейний;
- апробаційний;
- катмнестичний.

В узагальненому вигляді етапи і зміст компонентів системи психотерапії осіб із залежністю від ПАР представлено у табл. 3.

Катмнестичні відомості за результатами двохрічних спостережень свідчать, про те, що ефективність розробленої системи психотерапії осіб із залежністю від ПАР в порівнянні з контрольною групою досягає наступних показників: 72 % — в осіб із залежністю від алкоголю, 64 % — в осіб із залежністю від опіоїдів та 51 % — в осіб із залежністю від психостимуляторів.

Таким чином, у результаті проведених досліджень була вирішена актуальна проблема розробки принципів і ефективної системи психотерапії осіб із залежністю від різних видів психоактивних речовин, базуючись на порівняльному клініко-психопатологічному і клініко-психофеноменологічному аналізу виявлених в них емоційних порушень та сполучених розладів.

Таблиця 3

Етапи і зміст компонентів системи психотерапії осіб із залежністю від ПАР

Система психотерапії		
Етапи	Компоненти*	Зміст
оцінювально-діагностичний	– « » –	ідентифікація нормальної і клінічної психотерапевтичної феноменології та оцінка психофеноменологічного статусу хворого
індивідуально-психотехнічний	емотивний (у психотехнічній проекції); тілесно-орієнтований	підбір, апробація, модифікація та використання психотехнічного арсеналу «першого вибору» імперативно-сугестивно-аверсійного напрямку
індивідуально-клінічний	+ емотивний (у клінічній проекції)	вплив на виявлені й ідентифіковані психопатологічні та патопсихологічні особливості й порушення, перш за все, емоційної сфери
індивідуально-персонологічний	+ особистісно-реконструктивний; + мотиваційний; + емотивний (у персонологічній проекції)	вплив на патоперсонологічні особливості і формування мотивації до лікування; позитивне сприйняття стану фізіологічної абстиненції
аутогенний**	Аутогенний	потенціювання вираженості «аутогенізації» та «аутогенної компетентності» хворого
сімейний	+ сімейний	вплив на відношення співзалежності у родині й найближчому середовищі
апробаційний***	+ конативний (у зовнішній та внутрішній проекціях)	формування й закріплення абстинентного модусу поведінки (у зовнішній та внутрішній проекціях)
Катамнестичний	– « » –	оцінка результатів й ефективності проведеної терапії

* — Мова йде не про солітарність вказаного компоненту, а про більшу вираженість, оскільки введення кожного з компонентів на будь-якому етапі, як правило, розуміє його використання на всіх наступних етапах.

** — Мається на увазі скоріше декларативна актуалізація аутогенного модусу використаних методик / включених компонентів як кінцевої мети впливу, оскільки «аутогенізація» у значенні «інтронізації» є обов'язковим фактором ефективності психотерапії й відрізняється лише ступінню вираженості.

*** — Споріднений із процесом реабілітації.

Література

1. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 7. — С. 23–27.
2. Колесов Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма / Д. В. Колесов. — Москва: Педагогика, 1991. — 312 с.
3. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 768 с.
4. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с.
5. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.
6. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз: Навч. посіб. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.
7. Volpicelli J. R. Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the BRENDA approach / J. R. Volpicelli [et al.]. — New York — London: The Guilford Press, 2001. — XVI, 208.
8. Андрух Г. П. Клиника и психотерапия хронического никотинизма / Г. П. Андрух. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — Харьков, 1979. — 20 с.

УДК 616.33–002.44+616.12-008.331.1+616.248]:616.895.4

Психологічні особливості (прогностична здатність, механізми психологічного захисту, алекситимія і агресивність) у молодих осіб із психосоматичними захворюваннями

Коростій В. І.

Харківський національний медичний університет. Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Резюме. Стаття посвячена патогенетическій ролі психологіческих особностей личности больных с психосоматическими заболеваниями молодого возраста в развитии непсихотических психических расстройств. Определена значимая комбинация алекситимичности, низкой продуктивности психологической защиты, относительно высокой прогностической способностью, высоким уровнем «непрямой» агрессивности.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, непсихотические психические расстройства, алекситимия, психологическая защита, прогностическая способность, агрессивность.

Psychological characteristics (predictive ability, defense mechanisms, alexithymia, and aggression) in young persons with psychosomatic disorders

Korostiy V. I.

Kharkiv National Medical University

Resume. Article devoted to pathogenic role of psychological characteristics of individual patients with psychosomatic diseases in the development of young non-psychotic mental disorders. Determine the significance of combination alexithymia, low productivity of psychological defense, a relatively high predictive power, high level of «indirect» aggression.

Key words: psychosomatic disorders, nonpsychotic mental disorders, alexithymia, psychological defense, the predictive ability, aggression.

Введення

Зростання захворюваності і розповсюдженості, висока частота хронічного перебігу психосоматичних захворювань у класичному розумінні цього терміна (зокрема артеріальної гіпертензії, бронхіальної астми, виразкової хвороби) обумовлюють актуальність пошуку нових, більш ефективних шляхів їх лікування та профілактики. Частота психосоматичних розладів серед населення складає 15-50 %, а в загальномедичній практиці частка таких хворих сягає, за даними різних авторів, від 30 % до 57 %. Найбільше значення пошук нових ефективних патогенетично обґрунтованих методів психотерапії та психологічної корекції має у хворих молодого віку у зв'язку з найбільш ефективним позитивним впливом на якість життя і працездатності пацієнтів, подальший перебіг психосоматичних захворювань [1,2,3,4].

Пацієнти з психосоматичними захворюваннями і психологічними особливостями особистості, що сприяють їхньому розвитку, в першу чергу потребують корекції психічного стану, найбільш ефективним методом для цього є психотерапія [5,6]. Проте дані досліджень психологічних особливостей особистості при психосоматичній патології суперечливі, у частині з них відзначаються істотні труднощі у встановленні терапевтичного контакту, виборі методів і менша, ніж у пацієнтів з невротичною

патологією, ефективність традиційних психотерапевтичних підходів [2,7,8].

Метою дослідження було розробити та апробувати принципи диференційованої, патогенетично обґрунтованої психотерапії непсихотичних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб на основі комплексного вивчення їх клініко-психопатологічних і психологічних особливостей та патогенетичної ролі в розвитку і перебігу психосоматичних захворювань.

Матеріал і методи дослідження

В ході роботи в період з 2004 по 2009 роки обстежено 956 молодих осіб з психосоматичними захворюваннями (528 хворих на бронхіальну астму, 299 — з виразковою хворобою, 129 — з артеріальною гіпертензією). Для вирішення поставлених завдань використані наступні методи: клініко-анамнестичних; клініко-психопатологічний; психодіагностический — тест MMPI, колірний тест Люшера, Торонтська шкала алекситимії; тест агресивності Басса-Дарки; тест антиципаційної здатності (прогностичної компетентності) В. Д. Менделевича; методика оцінки типів ставлення до хвороби; тест Плутчика-Келлермана-Конте (методика виявлення переважаючих механізмів психологічного захисту); катамнестичний — катамнестичне

спостереження протягом не менше 1 року. В якості групи порівняння використовувалися результати психодіагностичного дослідження пацієнтів з невротичними розладами (50 осіб), контрольна група — 100 здорових осіб, які відповідають за статтю та віком основній групі.

Результати та їх обговорення

В результаті психодіагностичного дослідження у пацієнтів всіх клінічних груп виявлено психологічні особливості, відмінні від хворих групи порівняння і здорових обстежених контрольної групи. В даній публікації нами представлені результати дослідження рівня алекситимії, прогностичної здатності, переважаючих механізмів психологічного захисту, агресивності і ворожості.

Дослідження рівня алекситимії. Рівень алекситимії у хворих з психосоматичними захворюваннями і в контрольній групі здорових досліджувався за Торонтською шкалою [8,12]. Результати представлені в табл. 1.

Дослідження переважаючих механізмів психологічного захисту. Використовувався опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте, вісім шкал якого відображають напруженість психологічних захистів основних психологічних захисних процесів: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, раціоналізація, формування реакції [9,10,11]. Отримані результати представлені в табл. 2.

Як видно з таблиці, у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями, на відміну від здорових та пацієнтів з невротичними розладами, при підвищенні рівня тривоги переважають механізми психологічного захисту, що призводять до витіснення і соматизації афекту.

При порівняльному аналізі психологічних особливостей пацієнтів з переважанням різних механізмів психологічного захисту виявлено, що група хворих, які мають переважний механізм психологічного захисту шляхом витіснення, в той же час мають достовірно вищі показники алекситимії. При цьому показники алекситимії даної категорії обстежених відрізняються від показників у групі здорових, достовірність відмінності $p < 0,01$.

Дослідження прогностичної здатності. Використовувався тест антиципаційної спроможності (прогностичної компетентності) В. Д. Менделевич (ТАС) [12]. Позитивною особливістю даної методики є те, що ТАС дає можливість виявити і оцінити кількісні показники антиципаційних (прогностичних) здібностей за трьома складовими: особистісно-ситуативною, просторовою і часовою, що вигідно відрізняє її від інших опитувальників і модифікованого тесту Розенцвейга.

Таблиця 1

Рівень алекситимії

Групи обстежених	Рівень алекситимії за Торонтською шкалою	Достовірність різниці з групою контролю
бронхиальна астма	71.84±1.40	$p < 0.01$
гипертоническая болезнь	72.62±1.42	$p < 0.01$
язвенная болезнь	71.11±1.40	$p < 0.01$
Контрольная группа здоровых	59.3±1.3	$p < 0.01$

Таблиця 2

Переважаючі механізми психологічного захисту

Групи обстежених	Переважаючі механізми психологічного захисту	Достовірність відмінності з групою порівняння* і з групою контролю**
Бронхіальна астма	Витіснення, раціоналізація	$p < 0.01^*$ $p < 0.01^{**}$
Гіпертонічна хвороба	Витіснення, проекція	$p < 0.01^*$ $p < 0.01^{**}$
Виразкова хвороба	Витіснення, заміщення об'єкта	$p < 0.01^*$ $p < 0.01^{**}$
Група порівняння Невротичні розлади	Раціоналізація, проекція, регресія, витіснення	$p < 0.01^{**}$
Контрольна група здорових	Формування реакції, компенсація, раціоналізація	$p < 0.01^*$

Таблиця 3

Загальна антиципаційна здатність

Групи обстежених	Прогностична здатність	Достовірність відмінності з групою порівняння* і з групою контролю**
Психосоматичні захворювання (в середньому)	257.09±3.82	$p < 0.01^*$ $p > 0.05^{**}$
Бронхіальна астма	261.84±2.42	$p < 0.01^*$ $p > 0.05^{**}$
Гіпертонічна хвороба	242.62±2.41	$p < 0.01^*$ $p < 0.01^{**}$
Виразкова хвороба	251.11±2.40	$p < 0.01^*$ $p < 0.01^{**}$
Група порівняння Невротичні розлади	210.1±1.3	$p < 0.01^{**}$
Контрольна група здорових	270.3±2.5 при $p < 0.01$	$p < 0.01^*$

Загальна антиципаційна спроможність (прогностична здатність) у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями достовірно вище, ніж у пацієнтів з невротичними розладами й дещо нижча, ніж у здорових. Отже, розвиток НППР у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями в меншій мірі пов'язаний з неспроможністю антиципаційних механізмів, ніж у пацієнтів з неврозами, що необхідно враховувати в процесі психотерапії.

Дослідження агресивності. Використовувався опитувальник Басса-Дарки. [13,14]. Дана методика дозволяє виділити і оцінити кількісні показники наступних видів реакцій: фізичну агресію, непрямую агресію, роздратування, негативізм, образу, підозрілість, вербальну агресію і почуття провини. Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (прямої чи мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Таким чином, патогенетична роль розглянутих вище психологічних особливостей хворих з психосоматичними захворюваннями розвитку в них НППР і визначається комбінацією високого рівня вираженості алекситимії, низькою продуктивністю психологічного захисту, відносно високою прогностичної здатністю, високими показниками непрямої агресії та індексу ворожості.

Сукупність вищезазначених психологічних особливостей пацієнтів з психосоматичними захворюваннями визначила основні підходи до проведення психотерапії.

Індивідуальна психотерапевтична програма розроблялася з урахуванням нозології захворювання, тяжкості соматичного стану, наявності та характеру невротичних розладів, віку і мотивації хворих. Вибір методів і форм психотерапії для кожного пацієнта на кожному з етапів лікування має клінічне та патогенетичне обґрунтування.

Відмінною особливістю першого («кризового») етапу психотерапії є високий рівень тривожності пацієнта, вираженість соматичних симптомів хвороби. Для ефективного зниження рівня тривоги проводили гіпноугестію і недирективний гіпноз, раціональну і когнітивну психотерапію.

На другому — «базисному» етапі основним завданням було навчити пацієнта вербалізації і прояву агресії. Проведення тілесно-орієнтованої терапії, дихальної гімнастики, аутотренінгу, вправ м'язової релаксації, музичної, танцювальної та арт-терапії дозволяють досягти подальшого зниження рівня тривоги, ймовірно внаслідок відреагування пригнічених гніву і агресії.

Третій етап — «Відновлювальний» — є найбільш тривалим і має на меті розвиток більш ефективних копінг-стратегій, підвищення рівня соціальної адаптації.

Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування НППР дозволяє підвищити ефективність психотерапевтичного лікування. Ефективність запропонованих програм реабілітації підтверджуються даними катamnестичного обстеження (середній термін катamnезу — $2,0 \pm 0,5$ років). Інтегративний показник ефективності психотерапевтичної корекції у хворих з психосоматичними розладами розраховували, оцінюючи частоту й інтенсивність загострень, ступінь редукції поведінки «уникання» і афективних розладів. За даними катamnестичного спостереження, повне і практичне видужання спостерігалось: у групі хворих артеріальною гіпертензією в 98,5 % випадків, у групі хворих з виразковою хворобою в 94,3 %, у групі хворих із бронхіальною астмою у 91,5 % пацієнтів, що в середньому на 16 % більше, ніж при проведенні стандартного лікування.

Таблиця 4

Індекси агресивності і ворожості за опитувальником Басса-Дарки

Групи обстежених	Індекс агресивності	Індекс ворожості	Достовірність відмінності з групою порівняння* і з групою контролю**
Психосоматичні захворювання (в середньому)	25,6 \pm 4	8, 5 \pm 3.	p<0.01* p>0.05**
Бронхіальна астма	27,6 \pm 4	8,7 \pm 3.	p<0.01* p>0.05**
Гіпертонічна хвороба	28,6 \pm 4	9,8 \pm 3.	p<0.01* p<0.01**
Виразкова хвороба	26,6 \pm 4	7, 6 \pm 3.	p<0.01* p<0.01**
Група порівняння Невротичні розлади	23,7 \pm 4	7, 5 \pm 3.	p<0.01**
Контрольна група здорових	21,6 \pm 4	6, 5 \pm 3.	p<0.01*

Таблиця 5

Методи і «мішені» психотерапії на різних етапах лікування

Етапи лікування	Мішені психотерапії	Методи психотерапії
Перший етап «кризовий»	Тривожність Вегетативна Лабільність	Аутогенне тренування Тренінг навичок психічної саморегуляції Гіпносуґестія і недирективний гіпноз
Другий етап «базисний»	Алекситимічність Агресивність	Гештальт-терапія, арт-терапія Поведінкова терапія
Третій етап «відновний»	Неефективність копінг-стратегій Соціальна дезадаптація	Раціональна і когнітивна психотерапія Особистісна і аналітично-орієнтована психотерапія

Висновки

1. Шляхи оптимізації діагностики та лікування хворих з психосоматичними розладами полягають в ранньому втручанні на етапі функціональних психосоматичних порушень; діагностиці патогенетично значимих у розвитку психосоматичних реакцій психологічних особливостей та їхньої патогенетичної корекції.
2. Патогенетична роль психологічних особливостей у розвитку НППР у хворих з психосоматичними захворюваннями визначається комбінацією: алекситимічності, низької продуктивності психологічного захисту, відносно високою прогностичною здатністю, високим рівнем «непрямої» агресивності (високими показниками непрямої агресії та індексу ворожості).
3. Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування НППР дозволяє підвищити ефективність психотерапевтичного лікування, що підтверджене даними катamnестичного спостереження.

Література

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // – Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. — № 5 (24). — 2010 — С. 83-90.
2. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. // — Український вісник психоневрології. — Том 18. — вип. 3 (64). — 2010. — С. 137-138.
3. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Новые возможности в терапии тревожных расстройств // Экспериментальная і клінічна медицина, — 2011. — № 1 (50) — С.139-142
4. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. журн. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 37-40.
5. Підкоритов В. С., Серіков О.І., Дьяченко Л.І., Сазонов С. О., Скринник О. В. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення). // – Український вісник психоневрології. Том 17, вип. 2 (59), 2009. С. 51-57.
6. The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part II: Clinical Applications and Implications for Research / R. D. Lane, S. R. Waldstein, H. D. Critchley [et al] // Psychosom. Med. — 2009. — V. 71(2). — P. 135-151.
7. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М. Е. Сандомирский. — М.: Независимая фирма «Класс», 2007. — 588, [2] с.
8. Alexithymia and Somatization in General Population / A. K. Mattila, E. Kronholm, A. Jula [et all] // Psychosom. Med. — 2008. — V. 70. — P. 716-722.
9. Грановская Р. М. Психологическая защита / Р. М. Грановская. — СПб.: Речь, 2007. — 474 с.
10. Даниленко А. А. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии как процессы интрапсихической адаптации / А. А. Даниленко // Сиб. психол. журн. — 2005. — № 21. — С. 154-156.
11. Иванов В. Б. Использование модифицированного варианта теста на психологические защиты Р. Плутчика у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, осложненными сексуальной дисфункцией / В. Б. Иванов, И. Б. Полонская // Социальн. и клиническая психиатрия. — 2000. — № 1. — С. 75-77.
12. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 607 с.

УДК 616.831-005.4-053.9:615.214.22

Влияние Афобазола на психо-эмоциональное состояние, мозговое кровообращение и биоэлектрическую активность головного мозга у больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт



Кузнецова С. М.

Кузнецова С. М.

ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», г. Киев

Резюме. На основании комплексного обследования 30 больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, до и после курсового приема препарата афобазол в дозе 10 мг 3 раза в сутки установлено, что афобазол улучшает общее состояние, сон, память, оказывает антитревожное действие. Положительное действие препарата на психоэмоциональное состояние больных, перенесших инсульт, обусловлено улучшением церебральной гемодинамики, особенно в пораженном полушарии, гармонизацией функционального состояния структур мозга, генерирующих основные ритмы ЭЭГ.

Ключевые слова: афобазол, ишемический инсульт, психо-эмоциональное состояние, церебральная гемодинамика, биоэлектрическая активность головного мозга.

Резюме. На основі комплексного обстеження 30 хворих похилого віку, які перенесли ішемічний інсульт в каротидному басейні, до та після курсового прийому препарату афобазол в дозі 10 мг тричі на добу встановлено, що афобазол покращує загальний стан, сон, пам'ять, має протитревожну дію. Позитивний вплив препарату на психоемоційний стан хворих на інсульт зумовлений покращенням церебральної гемодинаміки, особливо в ураженій півкулі, гармонізацією функціонального стану структур мозку, які генерують основні ритми ЕЕГ.

Ключові слова: афобазол, ішемічний інсульт, психоемоційний стан, церебральна гемодинаміка, біоелектрична активність головного мозку.

Afobasol effect on mental and emotional state, brain blood circulation and bioelectrical activity in older patient after ischemic stroke

Kuznetsova S. M.

Resume. Based on a complex inspection of 30 elderly patients who have had ischemic stroke in the carotid before and after intakes afobazol 10 mg 3 times per days found that afobazol improves the general condition, improves sleep, memory, provides antianxious action. The positive effect of the drug on the psycho-emotional condition of patients with stroke caused due to improved cerebral hemodynamics, especially in the affected hemisphere, the harmonization of the functional state of brain structures that generate the basic rhythm of EEG.

Key words: afobazol, ischemic stroke, psycho-emotional condition, cerebral hemodynamics, electrical activity of the brain.

Тревожно-депрессивные расстройства являются наиболее распространенными (до 90 %) формами психоэмоциональных нарушений у больных, перенесших инсульт. Эти нарушения ведут к дезадаптации больных, сужают диапазон их участия в процессах реабилитации, снижают качество жизни, ухудшают течение и прогноз основного заболевания [14, 17].

Патогенез депрессивно-тревожных расстройств у больных с цереброваскулярными заболеваниями достаточно сложен и обусловлен функционально-биохимическим дисбалансом различных нейромедиаторных систем, который

формируется в результате ишемического каскада [11]. Структура этого каскада характеризуется энергетическим дефицитом, глутамато-кальциевой интоксикацией, повреждением мембран нейронов, оксидантным стрессом [12]. Важным звеном в патогенезе психо-эмоциональных нарушений у больных инсультом является дисбаланс в ГАМК-эргической системе [4]. Именно нарушения ГАМК-зависимых процессов в ЦНС опосредуют дисфункцию адренергических, серотонинергических систем и пептидных факторов, которые в последствие и определяют степень и тип мнестических и эмоциональных нарушений [5, 18, 19].

Сложность патогенеза и полимодальность клинических проявлений эмоциональных нарушений определяет необходимость адекватного применения лекарственных средств, корригирующих эти нарушения.

Принимая во внимание роль ГАМК-эргических механизмов в формировании тревоги, базовая патогенетическая теория предусматривает применение препаратов ГАМК-эргического действия [15].

Препаратами, стимулирующими ГАМК-эргические процессы в мозге, являются анксиолитики. Анксиолитики активируют тормозные процессы в мозге стимулируя ГАМК-эргические процессы [3]. Большинство анксиолитиков действуют на ГАМК-А-рецепторные комплексы, включающие участки для ГАМК бензодиазепинов, барбитуратов [2, 9].

«Класические» анксиолитики — бензодиазепины, связываясь со специфическими бензодиазепиновыми сайтами повышают связывание ГАМК с ГАМК-специфическими сайтами и таким образом стимулируют ГАМК-эргическую медиацию. Бензодиазепины оказывают выраженное противотревожное и антифобическое действие, что и определило их применение в лечении тревожных состояний различной этиологии [10].

Однако, обладая выраженными противотревожными свойствами, бензодиазепины вызывают излишнюю седацию, миорелаксацию и не могут применяться более двух месяцев из-за развития лекарственной зависимости, что ограничивает терапевтическое применение этих лекарств [1, 6].

В связи с этим, в последние десятилетия разрабатывается концепция адекватных противотревожных препаратов, которые должны устранять патологическую тревогу, уменьшать нервное напряжение не вызывая побочных эффектов и привыкания. К таким препаратам относится Афобазол — производное 2 меркаптобензимидазола [7, 10].

Афобазол разработан в НИИ фармакологии РАМН на основе оригинальной фармакологической концепции анксиолитического эффекта, а также представлений о новой нейрхимической мишени фармакологической коррекции эмоционально-стрессовых реакций [8]. Афобазол не является агонистом бензодиазепинового рецептора, что является инновационной составляющей его механизма действия. В то же время афобазол препятствует развитию мембранозависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе, наблюдаемых при формировании тревоги и эмоционально-стрессовых реакций и приводящих к снижению

доступности бензодиазепинового рецепторного участка к соответствующему лиганду [13]. Афобазол обладает сочетанием отчетливого анксиолитического, вегетостабилизирующего и умеренно выраженного активирующего свойств. Анксиолитическое действие афобазола не сопровождается гипноседативными эффектами (седативное действие выявляется у афобазола в дозах, в 40-50 раз превышающих ED₅₀ для анксиолитического действия) [16]. У препарата отсутствуют миорелаксические свойства, негативное влияние на показатели памяти и внимания. При его применении не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены. Терапевтический эффект афобазола начинает проявляться уже с первых дней лечения, достигая клинически значимого уровня к концу второй недели терапии. Больные становятся спокойнее, отмечают что «справляются» с тревогой [20, 21]. В отличие от бензодиазепинов, действие которых проявляется, в основном, в редукции соматической тревоги, при применении афобазола отмечается не только редукция соматических эквивалентов тревоги, но и когнитивных [9].

Важной особенностью афобазола является отсутствие у препарата свойств, определяющих развитие синдрома «отмены» при резком прекращении лечения. Это выгодно отличает афобазол от традиционных анксиолитиков-бензодиазепинов и позволяет использовать его длительное время в соответствии со стандартами терапии генерализованной тревоги. Несмотря на то, что афобазол уже широко применяется для лечения больных с тревожными нарушениями, изучение его возможных механизмов влияния продолжается [3].

Целью настоящей работы было провести комплексный анализ влияния афобазола на клинко-психологическое состояние, мозговое кровообращение и структуру биоэлектрической активности головного мозга у больных, перенесших ишемический инсульт, и на основании полученных результатов обосновать целесообразность применения афобазола в системе реабилитации этой категории больных.

Объект обследования

30 больных пожилого возраста (средний возраст 67,4±2,9 лет), перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, до 1 года после острого периода. Больные были разделены на подгруппы по принципу полушарной локализации ишемического очага: 16 пациентов с локализацией очага в правом полушарии и 14 — в левом полушарии.

Методы исследования

Клинико-неврологический осмотр, анализ состояния церебральной гемодинамики в экстра- и интракраниальных сосудах каротидного бассейна на приборе EnVisor (PHILIPS), анализ биоэлектрической активности головного мозга на 16-ти канальном электроэнцефалографе Neurofax EEG-1100 (Nihon Kohden, Япония). При формализованной оценке результатов исследования использовали батарею психометрических шкал: шкала тревоги Гамильтона (HARS), геронтологическая шкала тревоги и депрессии, тест Мини — Ментал (MMSE), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HAD). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Стьюдента и непараметрического метода — χ^2 . При оценке достоверности полученных результатов был принят уровень значимости $p \leq 0,05$.

Методика лечения

После проведения общеклинического, неврологического и нейропсихологического обследования, анализа состояния церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга, больные получали афобазол в дозе 10 мг (1 таблетка) три раза в день после еды в течение 30 дней. С целью достижения достоверных результатов исключался прием препаратов, обладающих психотропной и антидепрессантной активностью, а также сосудистых, ноотропных, антиоксидантных препаратов. По завершении курса лечения проводилось повторное комплексное обследование.

Результаты и обсуждение.

При осмотре больные предъявляли жалобы на раздражительность, тревогу, снижение настроения, головные боли, головокружения. Больные были недовольны качеством сна, так как трудно было заснуть, а также часто просыпались в течении ночи. После курса афобазола жалобы на плохое настроение, головные боли, тревогу были достоверно реже (табл. 1). При неврологическом осмотре наряду с остаточными

явлениями перенесенного ишемического инсульта в каротидном бассейне (различной степени выраженности гемипарезы, гемигипестезии, наличие патологических стопных рефлексов, изменения тонуса мышц) отмечались изменения, свидетельствующие о наличии вегетативной дисфункции: гиперемия шеи, лица (50 %), генерализованная потливость (24 %).

Под влиянием афобазола у больных отмечалось уменьшение жалоб и положительная динамика субъективных компонентов тревоги. У больных улучшалось самочувствие, качество сна, уменьшалась частота ночных пробуждений, сновидений, снижалась тревога, вегетативная дисфункция, улучшалось самочувствие.

По данным теста MMSE у больных с право- и левополушарным инсультом под влиянием афобазола статистически достоверно улучшается ориентация и восприятие. При локализации ишемического очага в правом полушарии улучшается также внимание и память (табл. 2)

При локализации ишемического очага как в правом, так и в левом полушарии у больных уменьшается психологическая и соматическая тревога по двум шкалам: HAD и Гамильтона (табл. 3, 4).

Таблица 1

Динамика жалоб, предъявляемых больными, перенесшими инсульт, до и после курса афобазола, %

Жалобы	До лечения	После лечения
Головные боли	93	50
Головокружения	86,6	53,6
Повышенная утомляемость	100	50
Плохое настроение	100	50
Раздражительность	90,3	60,6
Нарушение сна	93	60,6
Повышенная потливость	53,3	40

Таблица 2

Динамика результатов тестирования по шкале MMSE у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием лечения афобазолом

Показатель	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Ориентация	7,07±0,7	9,2±1,3*	6,5±0,9	9,0±0,4*
Восприятие	2,5±0,2	3,0±0,00001*	2,5±0,2	3,0±0,00001*
Внимание	3,5±0,5	4,9±0,2*	4,1±0,5	4,8±0,1
Память	1,4±0,3	2,7±0,5*	2,2±0,2	2,9±0,1
Речь	8,2±0,2	9,1±0,8	8,6±0,3	9,5±0,2

Анализ состояния церебральной гемодинамики у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курсового приема афобазола показал увеличение ЛССК в интракраниальных сосудах каротидного бассейна (табл. 5, 6). Так, у больных с локализацией ишемического очага в правом полушарии увеличивается ЛССК в ПМА в ЗМА пораженного каротидного бассейна. У больных с левополушарным инсультом под влиянием курсового приема афобазола увеличивается ЛССК в левых ПМА и СМА.

Примечание для таблицы 1-6: * — статистически достоверно ($p < 0,05$)

Таким образом, под влиянием афобазола улучшается церебральная гемодинамика в пораженном полушарии и более выраженный гемодинамический эффект у больных при локализации ишемического очага в левом полушарии.

Под влиянием афобазола происходит и реорганизация частотно-амплитудных параметров основных ритмов ЭЭГ. У больных с локализацией ишемического очага в правом полушарии статистически достоверно снижается интенсивность в диапазоне дельта-ритма в центральных (до лечения $1,4 \pm 0,01$,

Таблица 3

Динамика показателей шкалы HAD у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием лечением афобазолом

Показатель	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Психологическая тревога	$13,2 \pm 0,9$	$7,07 \pm 0,5^*$	$11,9 \pm 1,01$	$5,2 \pm 0,9^*$
Соматическая тревога	$9,4 \pm 0,8$	$6,3 \pm 5,5^*$	$7,2 \pm 0,6$	$5,5 \pm 1,4^*$

Таблица 4

Динамика показателей шкалы Гамильтона у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием лечением афобазолом

Показатель	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Психологическая тревога	$26,9 \pm 2,8$	$14,2 \pm 5,2^*$	$25,8 \pm 4,8$	$12,3 \pm 1,2^*$
Соматическая тревога	$17,3 \pm 1,5$	$9,2 \pm 5,2^*$	$14,8 \pm 1,4$	$9,9 \pm 1,5^*$

Таблица 5

Динамика ЛССК у больных, перенесших ишемический инсульт с локализацией очага в правом полушарии, до и после лечения афобазолом

Сосуды	Сосуды интактного каротидного и вертебро-базилярного бассейнов		Сосуды пораженного каротидного и вертебро-базилярного бассейнов	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ОСА	$69,6 \pm 3,5$	$72,9 \pm 9,8$	$61,4 \pm 2,7$	$58,3 \pm 9,0$
ВСА	$67,4 \pm 7,5$	$72,6 \pm 7,6$	$55,2 \pm 6,0$	$57,4 \pm 6,3$
ПА	$37,6 \pm 2,4$	$40,7 \pm 9,0$	$33,8 \pm 2,2$	$36,6 \pm 8,9$
ПМА	$70,6 \pm 5,1$	$72,8 \pm 9,5$	$67,5 \pm 4,7$	$77,3 \pm 5,1^*$
СМА	$81,0 \pm 7,3$	$85,4 \pm 7,9$	$77,8 \pm 4,9$	$78,9 \pm 5,7$
ЗМА	$43,1 \pm 3,4$	$47,7 \pm 2,7$	$35,6 \pm 2,5$	$42,3 \pm 5,4^*$
БА			$37,2 \pm 3,5$	$41,3 \pm 11,4$

Таблица 6

Динамика ЛССК у больных, перенесших ишемический инсульт с локализацией очага в левом полушарии, до и после лечения афобазолом

Сосуды	Сосуды интактного каротидного и вертебро-базилярного бассейнов		Сосуды пораженного каротидного и вертебро-базилярного бассейнов	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ОСА	$67,8 \pm 4,8$	$71,1 \pm 7,1$	$75,3 \pm 4,8$	$71,2 \pm 8,3$
ВСА	$55,0 \pm 4,1$	$54,0 \pm 5,6$	$63,4 \pm 5,3$	$57,6 \pm 5,7$
ПА	$35,1 \pm 3,4$	$35,5 \pm 4,2$	$36,7 \pm 2,9$	$34,0 \pm 3,9$
ПМА	$66,9 \pm 7,5$	$58,8 \pm 1,1$	$82,2 \pm 6,8$	$92,7 \pm 5,2^*$
СМА	$85,9 \pm 6,1$	$87,0 \pm 4,2$	$85,4 \pm 4,4$	$94,3 \pm 6,5^*$
ЗМА	$44,6 \pm 3,9$	$45,0 \pm 5,6$	$43,1 \pm 3,2$	$46,2 \pm 3,9$
БА			$50,0 \pm 3,3$	$53,3 \pm 3,04$

после — $1,1 \pm 0,06$ мкВ), височных (до лечения $0,9 \pm 0,01$, после — $0,6 \pm 0,03$ мкВ) и затылочных ($1,2 \pm 0,01$ и $0,8 \pm 0,04$ мкВ соответственно) областях пораженного полушария и в диапазоне тета-ритма в височных областях пораженного (до лечения $0,8 \pm 0,01$, после — $0,6 \pm 0,03$ мкВ) и затылочных ($1,04 \pm 0,1$ и $0,9 \pm 0,5$ мкВ соответственно) областях интактного полушария (рис. 1). Афобазол у правополушарных больных также вызывает увеличение интенсивности в диапазоне альфа-2-ритма в затылочной области пораженного (до лечения $1,1 \pm 0,01$, после — $1,3 \pm 0,09$ мкВ) и интактного ($1,1 \pm 0,01$ и $1,3 \pm 0,09$ мкВ соответственно) полушарий на фоне увеличения частоты альфа-ритма в центральной (до лечения $8,6 \pm 0,02$, после — $9,2 \pm 0,05$ мкВ) и височной ($9,5 \pm 0,02$ и $10,5 \pm 0,06$ мкВ соответственно) областях пораженного полушария (рис. 2).

У больных с локализацией ишемического очага в левом полушарии курсовой прием афобазола вызывает снижение интенсивности в диапазоне дельта-ритма в височной (до лечения $0,9 \pm 0,02$, после — $0,7 \pm 0,01$ мкВ) и затылочной ($0,9 \pm 0,01$ и $0,7 \pm 0,08$ мкВ соответственно) области пораженного полушария и в височной области интактного (до лечения $0,9 \pm 0,02$, после — $0,7 \pm 0,01$ мкВ), а также тета-ритма в пораженном полушарии в височной (до лечения $0,9 \pm 0,02$, после — $0,7 \pm 0,09$ мкВ) и затылочной (до лечения $1,3 \pm 0,02$, после — $0,9 \pm 0,01$ мкВ) областях и в затылочной области интактного полушария ($1,3 \pm 0,02$ и $1,1 \pm 0,01$ мкВ соответственно) (рис. 1).

В отличие от больных с локализацией ишемического очага в правом полушарии у больных с локализацией ишемического очага в левом полушарии увеличивается интенсивность в диапазоне как альфа-1-ритма, так и альфа-2-ритма (рис. 2). Так, интенсивность альфа-1-ритма увеличивается в интактном полушарии в центральной (до лечения $1,8 \pm 0,03$, после — $2,01 \pm 0,05$ мкВ) и затылочной ($2,1 \pm 0,04$ и $2,5 \pm 0,07$ мкВ соответственно) областях, альфа-2-ритма — в лобной области пораженного полушария (до лечения $0,9 \pm 0,01$, после — $1,1 \pm 0,01$ мкВ) и затылочной (до лечения $1,3 \pm 0,02$, после — $1,7 \pm 0,02$ мкВ) и височной ($1,04 \pm 0,03$ и $1,2 \pm 0,03$ мкВ соответственно) областях интактного полушария. У больных с локализацией ишемического очага в левом полушарии как и у больных с локализацией в правом полушарии увеличивается частота альфа-ритма в височной (до лечения $9,7 \pm 0,04$, после — $11,2 \pm 0,03$ мкВ) и затылочной ($9,1 \pm 0,01$ и $10,0 \pm 0,01$ мкВ соответственно) областях пораженного полушария (рис. 3).

Итак, афобазол у больных с локализацией ишемического очага как правом, так и в левом

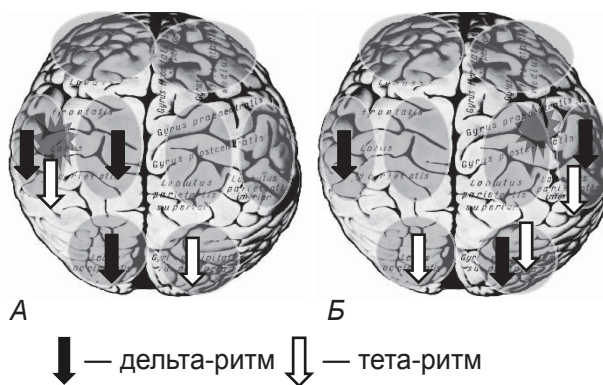


Рис. 1

Динамика интенсивности в диапазоне медленных ритмов (дельта и тета-ритма) у больных, перенесших ишемический инсульт, с локализацией очага в правом (А) и левом (Б) полушарии под влиянием курсового лечения препаратом афобазол.

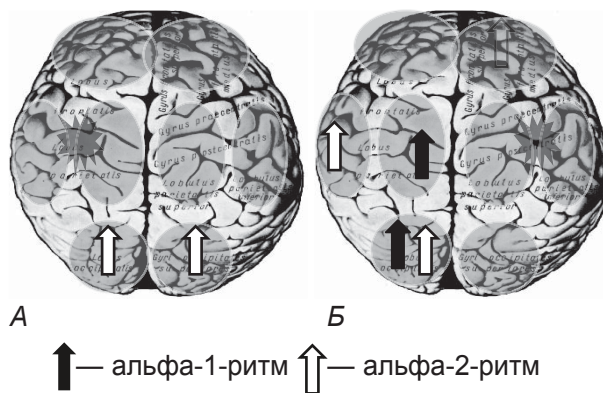


Рис. 2

Динамика интенсивности в диапазоне альфа-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, с локализацией очага в правом (А) и левом (Б) полушарии под влиянием курсового лечения препаратом афобазол.

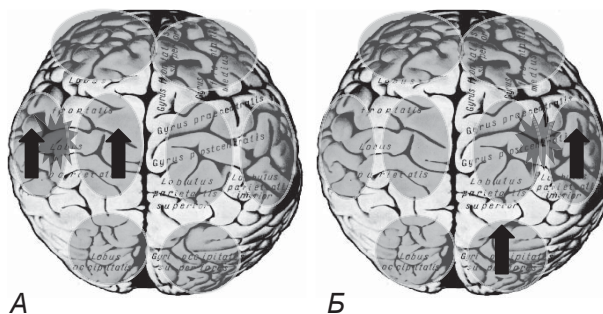


Рис. 3

Динамика частоты альфа-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, с локализацией очага в правом (А) и левом (Б) полушарии под влиянием курсового лечения препаратом афобазол.

полушарии снижает интенсивность в диапазоне дельта- и тета-ритмов и увеличивает в диапазоне альфа-ритма на фоне увеличения частоты альфа-ритма в пораженном полушарии.

На рис. 1–3 представлена направленность статистически достоверных (↓ — снижение, ↑ — повышение) изменений интенсивности в диапазоне основных ритмов ЭЭГ.

Таким образом, у больных пожилого возраста в восстановительном периоде инсульта афобазол улучшает общее состояние, уменьшает интенсивность и частоту основных жалоб, улучшает сон, память, оказывает анти-тревожное действие. Положительное действие афобазола на психоэмоциональное состояние больных, перенесших инсульт, обусловлено улучшением церебральной гемодинамики, особенно в пораженном полушарии, гармонизацией функционального состояния структур мозга, генерирующих основные ритмы ЭЭГ.

Выводы:

1. У больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт, афобазол улучшает

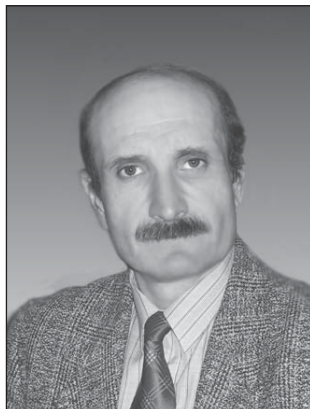
общее состояние, сон, уменьшает соматическую и психологическую тревогу, улучшает ориентацию, восприятие, память.

2. Под влиянием афобазола у больных, перенесших ишемический инсульт, улучшается церебральная гемодинамика преимущественно в интракраниальных сосудах пораженного полушария.
3. Афобазол у больных, перенесших ишемический инсульт, оказывает гармонизирующее влияние на биоэлектрическую активность головного мозга, что характеризуется уменьшением интенсивности в диапазоне медленных ритмов (дельта- и тета-) и увеличением интенсивности и частоты альфа-ритма в общей структуре ЭЭГ.
4. Комплексное положительное влияние афобазола на психо-эмоциональную сферу, церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга у больных пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт, дает основание рекомендовать его включение в систему реабилитации больных этой категории.

Література

1. Бородин В. И. Побочные эффекты транквилизаторов и их роль в пограничной психиатрии // Психиатр. и психофармакол. — 2000. — № 3. — С. 72–74.
2. Бурчинский С. Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології // Ліки. — 2004. — № 5–6. — С. 28–32.
3. Воронина Т. А., Середенин С. Б. Перспективы поиска новых анксиолитиков // Эксп. клин. фармакол. — 2002. — № 5. — С. 4–17.
4. Калугин А. В. Проблемы изучения стрессорного поведения. — К.: Центр физиолого-биохимических проблем, 1998. — 133 с.
5. Лапин И. П. Нейрохимическая мозаика тревоги и индивидуализация психофармакологии // Тревога и обсессии. — М.: Изд. РАМН, 1998. — С. 12–20.
6. Лоуренс Д. Р., Бенитт П. Н. Побочные эффекты лекарственных веществ // Клиническая фармакология: В 2 т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1993. — Т. 1 — С. 254–294. — Т. 2. — С. 54–80.
7. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В. и др. Новый селективный анксиолитик Афобазол // Журн. неврол. психиат. — 2005. — Т. 105, № 4. — С. 35–40.
8. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В. и др. Результаты клинического изучения селективного анксиолитика Афобазола // Эксп. и клин. фармакол. — 2001. — Т. 64, № 2. — С. 15–19.
9. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В. и др. Новый анксиолитик Афобазол: результаты сравнительного клинического исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве // Психиатр. и психофармакотер. (экстравыпуск). — 2006. — С. 17–23.
10. Середенин С. Б., Воронина Т. А., Незнамов Г. Г. и др. Фармакогенетическая концепция анксиоселективного эффекта // Вестн. РАМН. — 1998. — № 11. — С. 3–9.
11. Сковорода В. И., Епифанов В. А. Нарушение мозгового кровообращения // Медицинская реабилитация. — М.: Медпресс-информ, 2005. — с. 75–91.
12. Суслина З. А. Очерки ангионеврологии // Москва. — 2005. — 359 с.
13. Чумаков Д. В., Клинико-фармакологическая характеристика нового анксиолитика афобазола, Дисс к. м. н., 2004.
14. Яхно Н. Н., Виленский Б. С. Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 12. — С. 807–815.
15. Geyer J. D., Gomez C. R. Stroke. A practical approach // Lippincott Williams&Wilkins. — 2009. — 361 p.
16. Kolotilinskaya N. V., Badyshtov B. A., Makhnycheva A. L. et al. Phase-I investigation of selective anxiolytic afobazole // European Neuropsychopharmacology, Moscow, S161, 2005.
17. Liebeskind D. S. Therapeutic strategies in cerebral ischemia // Oxford Clinical publishing. — 2011. — 152 p.
18. Nutt D. Imaging receptors in human anxiety // Int. J. Neuropsychopharmacol. — 2004. — V. 7, suppl. 1. — P. 17.
19. Redoux L. Neurotransmitter basis of anxiety // Anxiety: basic and clinical research. — N. Y.: Hammerworth Press, 2001. — P. 36–50.
20. Syunyakov S. A., Chumakov D. V., Mametova L. E. New selective anxiolytic afobazole: profile and efficiency for treatment of different structures of anxiety disorders // European Neuropsychopharmacology, Moscow, S167, 2005.
21. Yarkova M. A., Anxiolytic properties of afobazol in comparizin with diazepam // S145, 2005.

Антидепрессанты рецепторного типа действия в стратегии лечения депрессий



Бурчинский С. Г.

Бурчинский С. Г.

ГУ «Институт геронтологии АМН Украины», Киев

Резюме. В статті розглянуті сучасні проблеми вибору препарату антидепресантів при лікуванні різних форм депресивних розладів. Особливу увагу приділено можливостям нової групи антидепресантів — препаратам рецепторного типу дії. Детально проаналізовані механізми дії, клініко-фармакологічний спектр, особливості застосування і характеристики безпеки класичного представника препаратів зазначеної групи — міансерина (Міасера). Обґрунтовані клінічні переваги міансерина (Міасера) як препарату вибору в лікуванні широкого кола депресивних розладів, зокрема, тривожно-депресивних, соматизованих, депресій в геріатричній практиці.

Ключеві слова: Депресії, Антидепресанти, Міансерин.

Antidepressants of receptor type of action in strategy of depressive illness' treatment

Burchinsky S. G.

Institute of Gerontology AMS of Ukraine, Kiev

Resume. In the present paper the modern problems concerning the choice of antidepressants in treatment of different forms of depressive illnesses have been looked. A main attention paid to possibilities of new group of antidepressants — drugs of receptor type of action. Mechanisms of action, clinico-pharmacological spectrum, peculiarities of usage and safety characteristics of classical drug of this group — mianserin (Miaser) have been analyzed in details. Clinical advantages of mianserin (Miaser) as a choice drug in treatment of wide range of depressive illnesses, for example, depression with anxiety, somatic forms, depressions in geriatric practice have been grounded.

Key words: Depression, Antidepressants, Mianserin.

Одной из ведущих проблем современной психиатрии являются депрессивные расстройства, учитывая как частоту их развития в современной популяции — до 10 % (а в пожилом и старческом возрасте — до 13-18 %), так и их социальное, экономическое и психологическое значение, их роль в инвалидизации населения [11]. Соответственно, особенно актуальным в этой связи становится поиск новых высокоэффективных инструментов фармакотерапии депрессий — препаратов антидепрессантов.

Антидепрессанты в настоящее время являются одной из наиболее интенсивно разрабатываемых групп психотропных средств. Так, например, в США они занимают первое место как по количеству изучаемых новых соединений, так и по объему капиталовложений в создание новых препаратов [28].

Так, в настоящее время доля непсихотических форм в общей структуре депрессивной патологии превышает 60 % [7]. Именно этим обусловлен тот факт, что в последние годы все большее число таких больных обращаются не к психиатру, а к врачу первичного звена — участковому терапевту, либо — в случае соматогенных депрессий — к врачам других специальностей (кардиологам, неврологам, гастроэнтерологам и др.).

Важнейшей отличительной чертой депрессивных состояний на современном этапе является их выход за пределы психиатрической патологии, неуклонное повышение удельного веса невротических и соматогенных форм по сравнению с классическими эндогенными депрессиями (моно- и биполярными расстройствами). Так, в настоящее время доля непсихотических форм в общей структуре депрессивной патологии превышает 60 % [7]. Именно этим обусловлен тот факт, что в последние годы все большее число таких больных обращаются не к психиатру, а к врачу первичного звена — участковому терапевту, либо — в случае соматогенных депрессий — к врачам других специальностей (кардиологам, неврологам, гастроэнтерологам и др.).

Установлено, что клиническая картина депрессий наблюдается у 50-65 % больных, обращающихся за помощью к терапевтам, неврологам и врачам других специальностей. В то же время правильный диагноз устанавливают в подобных случаях всего у 0,5-4,5 % больных [8]. Это значит, что невыявление (и, соответственно, отсутствие лечения) депрессий неизбежно приводит к неоправданно высоким затратам времени и средств, не говоря уже о таких аспектах, как потеря трудоспособности, повышение

риска суїцидальних спроб, хроніфікація депресивного розладу при його несвоєчасному розпізнаванні і ліченні [5].

В наші часи можна виділити три відмінні особливості, характеризуючі сучасні депресії неспихотического реєстра:

- 1) *преобладання тривожного компонента в клінічній картині захворювання (приблизно у 77 % всіх хворих);*
- 2) *коморбидність, т.е. поєднання депресивних і соматических проявів;*
- 3) *збільшення числа атипичних, стертих, клініческих форм;*
- 4) *збільшення частоти і тяжесі рецидивів;*
- 5) *підвищення резистентності до проведення терапії конвенційними препаратами антидепресантів — трицичлескими (ТЦА) і інгібіторами зворотного захопту серотоніна (СИОЗС) [10].*

Вказані обставини змусили переосмислити значимість проблеми депресій, представлявшоїся раніше суцільно спеціальною областю, відносною цілком до компетенції психіатрів. Оказалося, що за її межами, т. е. в загальномедическій мережі, клініческі характеристики депресій суттєво відмінюються (і особливо в сенсі тяжесі) від проявів того ж розладу, спостережуваних у хворих, госпіталізованих в психіатрический стаціонар, і навіть у хворих, спостережуваних у психіатра амбулаторно. Відповідно, цей контингент хворих не обов'язково потребує спеціалізованої психіатрическої допомоги. Іменно тому завдання ранньої діагностики, попередження хронізації процесу, повернення можливих суїцидальних спроб в значительній ступені лягає на плечі лікарів загальної практики, що вимагає від них як знання клініческих особливостей депресивних проявів, так і вміння орієнтуватися в спектрі сучасних препаратів антидепресантів і визначати оптимальну стратегію лічення.

З'являється все більше публікацій, в яких підкреслюється, що при правильній діагностиці депресії ефективно лічаються лікарями — неврологами і терапевтами. Це стало можливим завдяки з'явленню в арсеналі ліческих впливів засобів, що дозволяють здійснювати терапію в цих умовах [3, 8, 14].

Крім того, окремо необхідно виділити тенденцію до збільшенню поліпрагмації при ліченні депресій за рахунок збільшення кількості паралельно приймаємих інших психо- і соматотропних засобів, а також до погіршенню переносимості багатьох препаратів першого покоління, особливо ТЦА [12, 39].

Також слід ще раз підкреслити частоту і значення тривожної симптоматики, нерідко досягаємої такої ступеня вираженості, коли власне депресивні прояви «маскуються» клінікою тривожних розладів з відповідною постановкою помилкового діагнозу і вибором неадекватної терапії.

При цьому сьогодні все більше розповсюдження отримує точка зору, згідно з якою коморбидність депресії і тривоги не є випадковою, а обумовлена складною патогенетическою зв'яззю цих стосовань, в якій ведучу роль грають порушення серотонінергіческої нейромедіації і виникаючий комплексний нейромедіаторний дисбаланс [1, 44]. При цьому наявність поєднаного тривожно-депресивного розладу обумовлює більш пізній відгук на терапію антидепресантами, більший ризик розвитку загострень і суїцидальної активності, більш високу частоту відмови від лічення, меншу ймовірність досягнення повноцінної ремісії, а також суттєво погіршує довготривалий прогноз у таких пацієнтів [9, 19].

Все вищесказанне змусляє звернути особливу увагу на стратегію створення і впровадження в клініческу практику препаратів антидепресантів з ефективним впливом на симптоми і депресії, і тривоги, але без побіческих ефектів і складностей в застосуванні, властивих конвенційним препаратам антидепресантів.

Вишеописані якісесні і кількесні зміщення в структурі сучасних депресивних розладів, їх «невротизація» і «соматизація» в самому широкому сенсі цих термінів змусляють сформулювати ряд критеріїв для вибору відповідного антидепресанта — оптимального інструмента ліческої стратегії при депресіях, раніше всього, тривожно-депресивних розладів неспихотического реєстра.

До найважливіших з цих критеріїв слід віднести:

- 1) Широта терапевтического спектра — ефективність при різних клініческих формах депресій;
- 2) Наявність вираженого тимоаналептического ефекту в поєднанні з анксиолітическим впливом;
- 3) Ефективний вплив на соматическу симптоматику (вегетостабілізуєме діє);
- 4) Благоприятний вплив на когнітивні функції;
- 5) Безпечність (як в психофармакологіческому, так і в соматическому плані) — мінімальна частота розвитку побіческих

- эффектов, отсутствие серьезных побочных эффектов;
- 6) Отсутствие возрастных изменений фармакодинамики и фармакокинетики (возможность широкого применения в пожилом и старческом возрасте);
 - 7) Возможность применения фиксированной дозы (суточной и курсовой) или минимальная необходимость ее титрования;
 - 8) Отсутствие или ограничение риска межлекарственных взаимодействий с препаратами психо — и соматотропного типа действия;
 - 9) Возможность проведения эффективного амбулаторного лечения и максимального достижения комплайенса;
 - 10) Возможность сохранения в ходе лечения полноценных социальных функций;

Достаточная степень жесткости комплекса вышеперечисленных критериев предполагает известные сложности в выборе адекватного препарата антидепрессанта, несмотря на их широкий спектр на мировом и отечественном рынках.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА), несмотря на всю свою эффективность и популярность, не могут рассматриваться в качестве инструмента терапии рассматриваемых форм депрессивных расстройств в общемедицинской и неврологической практике в силу их несоответствия подавляющему большинству упомянутых критериев, а именно:

- 1) Недостаточная избирательность фармакологического действия, узость терапевтического индекса (интервала между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами); в результате — значительное число побочных эффектов, в том числе серьезных (холинолитические, кардиотоксические, гематологические, психотические, развитие судорожного синдрома, увеличение массы тела, аллергические реакции и др.);
- 2) Отсутствие у многих представителей ТЦА направленных вегетостабилизирующего и анальгетического эффектов;
- 3) Неблагоприятное влияние на когнитивные функции;
- 4) Необходимость титрования дозы (нередко — весьма сложного);
- 5) Обширный потенциал межлекарственных взаимодействий (соответственно — возрастание риска побочных реакций и прогнозируемых результатов лечения);
- 6) Наличие значимых возрастных сдвигов в фармакодинамике и фармакокинетики (нежелательность применения в гериатрической практике);

- 7) Сложности в организации амбулаторного лечения и достижении комплайенса;
- 8) Наличие значительной популяции рефрактерных пациентов.

Таким образом, несмотря на выраженность тимоаналептического, а в ряде случаев и мощного анксиолитического действия, согласно современным представлениям, ТЦА следует исключить из терапии больных депрессиями непсихотической природы, сохранив их использование только в случаях эндогенных форм под постоянным врачебным контролем.

Наиболее популярными средствами терапии невротических и соматизированных депрессий сегодня остаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Этому способствовала высокая эффективность данных препаратов (во многих случаях равноценная препаратам ТЦА) в сочетании с благоприятными характеристиками безопасности.

В то же время и препараты СИОЗС при всей своей клинической ценности не могут рассматриваться в качестве универсального средства терапии форм депрессивных расстройств у всех категорий больных вследствие следующих основных причин:

- 1) наличие определенной популяции пациентов, рефрактерных к терапии СИОЗС (как с точки зрения тимоаналептического, так и анксиолитического эффектов);
- 2) проявление у ряда больных таких нежелательных эффектов СИОЗС как седация, нарушения сексуальной функции, в ряде случаев — более или менее выраженное холинолитическое действие;
- 3) достаточно высокая стоимость препаратов СИОЗС нового поколения.

В итоге, формируется достаточно обширная популяция больных депрессиями, у которых в силу тех или иных причин назначение препаратов СИОЗС нецелесообразно, либо недостаточно эффективно, и которым в то же время не показаны препараты ТЦА.

Не решило полностью упомянутой проблемы и создание антидепрессантов «нового поколения» — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). С точки зрения эффективности данные препараты действительно в определенных ситуациях превосходят СИОЗС, а при терапии резистентных форм — и ТЦА. Тем не менее, по критерию безопасности и переносимости препараты СИОЗСН, сочетающие потенциал развития побочных эффектов, связанных с гиперактивацией серотониновой системы (головная боль, головокружение, нарушения сна, тремор, тревожность, диспепсия, сексуальные расстройства, а при передозировке — и серотониновый

синдром) и адренергических влияний (артериальная гипертензия, запоры и др.), уступают даже препаратам СИОЗС и поэтому их применение нельзя считать оптимальным выбором у многих категорий пациентов с депрессией.

Таким образом, сложившаяся в последние годы парадоксальная ситуация, когда, несмотря на обилие антидепрессантов, реальный выбор конкретного препарата для клинициста является весьма сложной задачей, ставит на повестку дня необходимость применения препаратов с принципиально иным механизмом действия, позволяющим достичь оптимального сочетания эффективности и безопасности.

Упомянутое сочетание подразумевает, с одной стороны, влияние на различные нейромедиаторные системы и, соответственно, более широкий спектр клинико-фармакологических эффектов, а с другой — сохранение селективности воздействия на отдельные звенья синаптической структурно-функциональной организации и, следовательно, высокий уровень безопасности.

В этом плане особого внимания заслуживают препараты антидепрессантов с влиянием не на систему обратного захвата моноаминов, а на различные рецепторные структуры. Одним из таких препаратов является миансерин — четырехциклическое пиперазиновое производное, создание которого ознаменовало собой новый этап в развитии фармакологии этих средств. Миансерин явился родоначальником «второго поколения» антидепрессантов — препаратов с преимущественно рецепторным механизмом действия, позволившим в значительной мере решить, прежде всего, проблему фармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств.

Механизм действия миансерина заслуживает внимания. В отличие от препаратов ТЦА и СИОЗС он не влияет на обратный захват серотонина, норадреналина и дофамина. Данный препарат избирательно блокирует альфа-2-ауто- и гетеро- адренорецепторы, а также серотониновые постсинаптические 5-HT- 2- рецепторы [13, 30].

Чем же интересен такой механизм действия с точки зрения фармакотерапии депрессий?

Как известно, активация альфа-2-ауто-адренорецепторов, располагающихся на пресинаптических терминалях адренергических нейронов, по механизму обратной связи способствует уменьшению выделения норадреналина из синаптического нервного окончания и, соответственно, торможению реализации адренергических процессов в мозге. В то же время альфа-2-гетероадренорецепторы расположены на терминалях серотонинергических

нейронов, а их активация, аналогично, ослабляет серотонинергические влияния в ЦНС. Таким образом, блокада обоих типов упомянутых рецепторов способствует активации как адрено-, так и серотонинергических процессов, т. е. обеспечивает комплексный взаиморегулируемый механизм реализации тимоаналептического эффекта [32, 33]. Здесь следует подчеркнуть, что альфа-2-блокирующее действие миансерина в 20-100 раз превышает такое у препаратов ТЦА, что позволяет говорить о высокой специфичности и мощности данного эффекта [29].

Результатом повышения синаптической концентрации норадреналина является снижение гиперсенситизации постсинаптических бета-адренорецепторов, что рассматривается как важный механизм реализации антидепрессивного действия [35, 39, 43].

Одним из важнейших механизмов действия миансерина является блокада постсинаптических серотониновых 5-HT-2-рецепторов. Именно гиперактивации упомянутого типа рецепторов (особенно 5-HT-2c) отводится сегодня одно из ведущих мест в патогенезе тревоги [40]. 5-HT-2-рецепторы концентрируются в кортико-лимбических структурах, вовлеченных в регуляцию психоэмоциональных и когнитивных функций, а их плотность существенно возрастает у пациентов с депрессией, особенно в сочетании с тревогой [36], что подтверждает важную роль данного типа рецепторов в патогенезе аффективных расстройств. Выявлена корреляция между выраженностью блокады 5-HT-2-рецепторов под влиянием антидепрессантов и клинической эффективностью этих средств [38]. Более того, высокая анксиолитическая активность амитриптилина по сравнению с другими ТЦА в значительной степени обусловлена именно более выраженным блокирующим действием на данный подтип серотониновых рецепторов [2]. Однако ТЦА при этом также блокируют и другой подтип серотониновых рецепторов — 5-HT-1A, через который в первую очередь реализуются физиологические эффекты серотонина, и с блокадой которых связывают развитие побочных эффектов у упомянутых препаратов, в том числе сексуальной дисфункции, желудочно-кишечных осложнений, возбуждения, нарушений сна, серотонинового синдрома и т. д.

В отличие от ТЦА миансерин обладает противоположным — стимулирующим действием в отношении 5-HT-1-рецепторов, за счет чего достигается повышение тимоаналептического и анксиолитического эффектов без свойственных ТЦА осложнений фармакотерапии, причем серотонинергическое действие

миансерина с фармакологической точки зрения является гораздо более многосторонним, чем у препаратов СИОЗС, и при этом достигается максимально естественным, физиологическим путем. Подобный комплексный эффект позволяет говорить о миансерине как о специфическом «стабилизаторе» адрено — и серотонинергических процессов в ЦНС, и этим особенно интересном в плане фармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств.

С серотонинергическим рецепторным компонентом действия связано еще одно весьма ценное и интересное в клиническом плане свойство миансерина — наличие выраженного вегетостабилизирующего действия. Как известно, серотониновые 5-HT₂-рецепторы вовлечены в центральные механизмы контроля артериального давления (АД), биосинтеза ангиотензина и высвобождения вазопрессина [41], т. е. активация упомянутого подтипа рецепторов может в значительной мере быть ответственной за часто наблюдаемые при депрессиях в рамках психосоматической патологии проявления симпатикотонии и повышение АД [14]. Миансерин в эксперименте на моделях артериальной гипертензии предотвращал повышение АД, т. е. оказывал нормотонический профилактический эффект, что еще больше повышает его ценность как инструмента лечения депрессий в общей медицинской и кардиологической практике [41], о чем подробнее будет сказано ниже.

Наконец, миансерин обладает блокирующим эффектом в отношении альфа-1-адренорецепторов и гистаминовых H₁-рецепторов, с чем связано наличие у него седативного эффекта и нормализующее воздействие на сон [2, 13, 30]. Это во многих клинических ситуациях (например, при повышенной возбудимости, инсомнии) оказывается весьма востребованным свойством препарата антидепрессанта, позволяющим расширить спектр клинико-фармакологических эффектов, реализуемых с его помощью, и избежать сопутствующего назначения снотворных и седативных средств.

При этом, в отличие от ТЦА и некоторых СИОЗС, миансерин не оказывает какого-либо влияния на холинергические, дофаминергические и другие типы рецепторов в ЦНС, что существенно снижает риск развития многих побочных эффектов, свойственных вышеупомянутым препаратам, и связанных с блокадой холинергических процессов в головном мозге.

Таким образом, миансерин обладает своеобразными механизмами действия на ведущие звенья патогенеза депрессии и особенно тревожно-депрессивных расстройств за счет:

1) сочетания селективности и комплексности влияния на нейромедиаторные процессы;

2) физиологичности эффектов («регулирующее» и «стабилизирующее» действие).

Вышеупомянутые фармакологические эффекты миансерина нашли свое отражение в клинической практике. Миансерин оказался одним из немногих антидепрессантов, оптимально сочетающих эффективность и многообразие клинического действия, и безопасность, на чем следует остановиться подробнее.

Прежде всего, следует подчеркнуть, что миансерин обладает мощным тимоаналептическим действием [31, 42], сопоставимым по выраженности с амитриптилином, причем число пациентов — респондеров при лечении миансерином достоверно превысило таковое в группе амитриптилина при оценке по HAM-D через 1 месяц терапии [24], что позволяет рассчитывать на меньший риск развития фармако-резистентности при лечении миансерином.

Кроме того, миансерин продемонстрировал наличие выраженного анксиолитического эффекта, сопоставимого по силе с диазепамом, и проявляющегося уже с первых дней терапии, т. е. опережая наступления антидепрессивного действия [31, 37]. Это, с одной стороны, делает миансерин ценным инструментом тревожно-депрессивных расстройств, а с другой — позволяет в определенной степени нивелировать известный феномен усиления депрессивной симптоматики в начале курса фармакотерапии антидепрессантами и, соответственно, снизить суицидальный риск, характерный для данного периода и улучшить комплайнс в процессе лечения [21].

В связи с вышесказанным особо следует отметить нормализующее влияние миансерина на сон.

Нарушения сна при депрессиях — один из наиболее типичных диагностических признаков данной патологии, отраженный в DSM-IV [25], и наблюдающийся у 80-90 % депрессивных пациентов. Эти нарушения включают нарушения засыпания и пробуждения и дезорганизацию структуры сна. В большинстве случаев наблюдается отчетливая корреляция между выраженностью аффективного компонента и тяжестью инсомнии [15]. При этом нарушения сна могут предшествовать, сопровождать и/или серьезно ухудшать течение патологического процесса, а также повышать вероятность возникновения рецидива [26]. Таким образом, лечебная стратегия, направленная на нормализацию структуры сна у пациентов с депрессиями, может рассматриваться не столько как симптоматическая, а скорее как патогенетическая терапия.

На этом фоне заслуживает внимания благотворное влияние миансерина на время засыпания и длительность сна у пациентов с

депрессией на фоне инсомнии [42]. Сочетание седативного и снотворного действия позволяет ослабить проявления ажитации и усилить анксиолитические эффекты препарата, что оказывает благоприятное психологическое воздействие на пациентов.

Особо следует остановиться на клинической роли вегетостабилизирующих эффектов миансерина, достигаемых за счет влияния на периферические альфа-1-адренорецепторы. Миансерин снижает частоту приступов сердцебиения, головокружения а также за счет синергизма периферического адреноблокирующего действия и уже упоминавшихся центральных 5-HT-2-рецепторных механизмов стабилизирует АД (именно стабилизирует, а не просто снижает -!) [18, 23].

За счет блокады периферических 5-HT-2-рецепторов достигается устранение ощущение нехватки воздуха, дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, т. е. весьма частых симптомов соматизированной депрессии при многих формах психосоматической патологии [23]. Таким образом, сочетание адрено- и серотонинергических эффектов делает миансерин незаменимым инструментом терапии маскированных соматизированных депрессий в рамках психосоматики [14].

Миансерин оказался эффективным средством нормализации перманентных и пароксизмальных вегетативных нарушений (прежде всего проявлений симпатикотонии у пациентов с дистимическими и тревожными расстройствами) на фоне явлений вегетососудистой дистонии [6]. При этом отмечалось параллельное уменьшение как собственно вегетативной симптоматики, так и явлений тревоги и психоэмоциональной лабильности. Упомянутые результаты существенно расширяют традиционные представления о возможностях антидепрессантов в общемедицинской практике и позволяют сочетать тимоаналептический, анксиолитический, вегетостабилизирующий и адаптогенный эффекты в рамках монотерапии одним препаратом — миансерином.

Еще одной актуальной сферой применения миансерина следует назвать гериатрическую практику. Данный препарат является одним из лучших с точки зрения как эффективности, так и переносимости в пожилом и старческом возрасте [45]. Учитывая, что такие симптомы депрессии как сопутствующая тревожность, нарушения сна, вегетативные расстройства и др. особенно часты именно в старости, а также то обстоятельство, что препараты ТЦА не рекомендуются для применения в данной возрастной группе [4], миансерин следует рассматривать как препарат в выбора в психогериатрии

для лечения всех форм депрессивных расстройств [27, 45].

Наконец, своеобразным и весьма ценным свойством миансерина является возможность коррекции с его помощью сексуальных расстройств (снижение либидо, аноргазмия, ускоренная эякуляция и др.), которые, с одной стороны, нередко служат одним из сопутствующих клинических проявлений депрессий, а с другой — часто развиваются как осложнение лечения препаратами СИОЗС [20]. Возможность безопасного переключения терапии с препаратов СИОЗС на миансерин, а также доказанная эффективность комбинированной терапии (миансерин + СИОЗС) позволяет в ряде случаев не только повысить эффективность лечения, но и предупредить развитие сексуальной дисфункции — одной из наиболее частых причин отказа от продолжения приема СИОЗС [16, 17, 22].

В отличие от ТЦА, миансерин лишен кардиотоксичности, не обладает способностью вызывать серотониновый синдром, и практически не проявляет антихолинергические свойства (изредка — проявления сухости во рту и диспепсии). Препарат может иногда в начале лечения вызывать повышенную седацию и сонливость, которые, впрочем, редко достигают клинически значимой выраженности и обычно проходят в процессе дальнейшего лечения [2, 14, 33, 34].

Также важной характеристикой миансерина следует назвать отсутствие негативного влияния на когнитивные функции, типичного для ТЦА, что также подтверждает целесообразность применения данного препарата при различных формах когнитивных нарушений, в том числе и при депрессии в рамках болезни Альцгеймера [27], т. е. в ситуации, когда возможности выбора антидепрессанта крайне ограничены.

Миансерин в рамках прямых сравнительных исследований оказался достоверно более безопасным антидепрессантом, чем амитриптилин [24], а по сравнению с препаратами СИОЗС реже вызывал желудочно-кишечные расстройства, и оказывал благоприятное влияние на сексуальную сферу [17].

Наконец, миансерин обладает весьма ограниченным потенциалом межлекарственного взаимодействия, что позволяет широко применять его в рамках комбинированной терапии с препаратами соматотропного и психотропного типа действия [33]. Совместный прием миансерина и ингибиторов МАО противопоказан, а при назначении его вместе с антигипертензивными средствами необходимы определенная осторожность и регулярный контроль уровня АД.

Дозовий режим при примененні миансерина не представляє складностей. Стартову дозу препарату 30 мг/сутки можна підвищувати кожні 3-4 дні до досягнення терапевтичної дози 60-90 мг/сутки. Фармакокінетичні характеристики миансерина дозволяють приймати його 1 раз в сутки (краще ввечері), однак можливо і роздельне применення суточної дози. Як і для інших антидепресантів, після досягнення клінічного ефекта довільність підтримуючої терапії повинна складувати не менше 4-6 місяців.

Таким образом, миансерин, являясь первым представителем «второго поколения» антидепрессантов, до сегодняшнего дня остается одним из наиболее своеобразных, эффективных и безопасных препаратов данной группы с широким спектром клинико-фармакологических возможностей. Основные преимущества миансерина можно свести к следующему:

- 1) вираженність тимоаналептичного і анксиолітичного ефектів;
- 2) раннє проявлення анксиолітичного дії;

- 3) антисуїцидальне діє;
- 4) вегетостабілізуюче діє;
- 5) нормалізація сна;
- 6) безпека;
- 7) широкі можливості применення в геріатричній практиці;
- 8) можливості безпечної і ефективного применення в рамках комбінованої терапії.

Среди препаратов миансерина на фармацевтическом рынке Украины особого внимания заслуживает отечественный препарат Миасер производства завода «Фармастар» в виде таблеток, содержащих 30 мг миансерина гидрохлорида. Миасер производится в полном соответствии со всеми требованиями GMP и европейскими критериями качества и, в то же время, является оптимально сбалансированным по критерию цена-качество препаратом миансерина. Это существенно расширяет перспективы Миасера в отечественной клинической практике, открывая возможности более широкого внедрения миансерина как препарата выбора в лечении депрессивных расстройств различного генеза.

Література

1. Аведисова А. С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? // *Международ. Неврол. Журн.* — 2007. — № 4. — С. 31-36.
2. Андрусенко М. П. Антидепрессанты: соотношение особенностей нейрохимического действия и клинических эффектов при лечении депрессий // *Психиат. Психофармакотер.* — 2005. — т.7, № 5. — С. 24-32.
3. Бурчинский С. Г. Современные аспекты фармакотерапии депрессивных состояний // *Журн. Прак. Лікаря.* — 2002. — № 1. — С. 63-65.
4. Бурчинский С. Г. Новые подходы к оптимизации фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте // *Укр. Вісник Психоневрол.* — 2006. — т.14, вип. 1. — С. 62-66.
5. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. Антидепрессанты в общей медицинской практике // *Международ. Мед. Журн.* — 2002. — № 1. — С. 40-46.
6. Грицай Н. М., Литвиненко Н. В., Пурденко Т. Й. Лечение больных с синдромом вегетативных и тревожных расстройств с помощью препарата Миасер // *Психічне Здоров'я* — 2009. — № 1-2. — С. 22-23.
7. Громов Л., Дзяк Л., Ярош О. Фармакотерапія депресивних станів // *Вісник Фармакол. та Фарм.* — 2002. — № 3. — С. 13-19.
8. Дубницкая Э. Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессий в общей медицинской практике // *Тер. Архив.* — 1997. — т.69, № 5. — С. 84-85.
9. Маляров С. А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии // *НейроNews.* — 2010. — № 2. — С. 35-42.
10. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // *Укр. Вісник Психоневрол.* — 2001. — т.9, вип.4. — С. 79-82.
11. Марута Н. А., Семикина Е. Е. Новые возможности терапии депрессивных расстройств // *Укр. Вісник Психоневрол.* — 2007. — т.15, вип.3. — С. 89-94.
12. Мосолов С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии // *Рос. Мед. Журн.* — 2002. — т.10, № 12-13. — С. 64-68.
13. Раевский К. С. Антидепрессанты: нейрохимические аспекты механизма действия // *Consilium Medicum.* — 2003. — т.5, № 1. — С. 14-23.
14. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: МИА, 2007. — 425 с.
15. Abad V. C., Guilleminault C. Sleep and psychiatry // *Dialogues Clin. Neurosci.* — 2005. — v.7. — P. 291-303.
16. Aizenberg D., Gur S., Zemishlany Z. et al. Mianserin, a 5-HT_{2A/2C} and alpha-2 antagonist, in the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors // *Clin. Neuropharmacol.* — 1997. — v.20. — P. 210-214.
17. Baldwin D., Mayers A. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs // *Adv. Psychiat. Treat.* — 2003. — v.9. — P. 202-210.
18. Brogden R. N., Heel R. C., Speight T. M. et al. Mianserin: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in depressive illness // *Drugs.* — 1978. — v.16. — P. 273-301.

19. Brown T. A., Chorpita B. F., Barlow D. H. Structural relationships among dimensions of DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal // *J. Abnorm. Psychol.* — 1998. — v.107. — P. 179-192.
20. Clayton A. H., Montejo A. L. Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction // *J. Clin. Psychiat.* — 2006. — v.67, suppl. 6. — P. 33-37.
21. De Buck R. The place of mianserin among the antidepressants // *Acta Psychiat. Belg.* — 1978. — v.78. — P. 841-854.
22. Dollberg O. T., Klag E., Gross Y. et al. Relief of serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction with low-dose mianserin in patients with traumatic brain injury // *Psychopharmacology.* — 2002. — v.161. — P. 404-407.
23. Doxey J. C., Everitt J., Metcalf G. Mianserin — an analysis of its peripheral autonomic actions // *Eur. J. Pharmacol.* — 1978. — v.51. — P. 1-10.
24. Feighner J. P., Jacobs R. S., Jackson R. E. et al. A double-blind comparative trial with mianserin and amitriptyline in outpatients with major depressive disorders // *Brit. J. Clin. Pharmacol.* — 1983. — v.15. — P. 227S-237S.
25. Fuchs E., Simon M., Schmelting B. Pharmacology of a new antidepressant: benefit of the implication of the melatonergic system // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 2006. — v. 21, suppl. 1. — P. S17-S20.
26. Gillin J. C. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? // *Acta Psychiat. Scand.* — 1998. — v.98, suppl. 393. — P. 39-43.
27. Haupt M. Depression in Alzheimer's disease significantly improved under treatment with mianserin // *J. Amer. Geriatr. Soc.* — 1991. — v.39. — P. 1141.
28. Holmer A. F. Survey finds 103 medicines in clinical testing for mental disorders // *New Med. Develop. Mental Illnesses.* — 2000. — N. 6. — P. 1-16.
29. Maggi A., U'Prichard D. C., Enna S. J. Differential effects of antidepressant treatment on brain monoaminergic receptors // *Eur. J. Pharmacol.* — 1980. — v.61. — P. 91-98.
30. Marshall D. J. Pharmacology of mianserin — an update // *Brit. J. Clin. Pharmacol.* — 1983. — v.15. — P. 263S-268S.
31. Murphy J. E. Mianserin in the treatment of depressive illness and anxiety states in general practice // *Brit. J. Clin. Pharmacol.* — 1978. — v.5. — P. 81S-85S.
32. Pacher P., Kecskemeti V. Trends in the development of new antidepressants. Is there a light at the end of the tunnel? // *Curr. Med. Chem.* — 2004. — v.11. — P. 925-943.
33. Pinder R. M., Fink M. Mianserin // *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry* — 1982. — v.18. — P. 70-101.
34. Pringuey D., Yzombard G., Tatossian A. Antidepressant monotherapy: efficacy and tolerability of mianserin // *Ann. Med. Psychol.* — 1981. — v.139. — P. 1003-1014.
35. Richelson E. Pharmacology of antidepressants // *Psychopathology.* — 1987. — v.20, suppl.1. — P. 12.
36. Riedel W. J., Klaassen T., Griez E. et al. Dissociable hormonal, cognitive and mood responses to neuroendocrine challenge: evidence for receptor-specific serotonergic dysregulation in depressed mood // *Neuropsychopharmacology.* — 2002. — v. 26. — P. 358-367.
37. Russell G. F. M., Niaz U., Wakeling A. et al. Comparative double-blind trial of mianserin hydrochloride (Organon GB94) and diazepam in patients with depressive illness // *Brit. J. Clin. Pharmacol.* — 1978. — v.5. — P. 57S-65S.
38. Sanchez C., Hyttel J. Comparison of the effects of antidepressants and their metabolites on reuptake of biogenic amines and on receptor binding // *Cell. Mol. Neurobiol.* — 1999. — v. 19. — P. 467-489.
39. Schatzberg A. F., Nemeroff C. B. *Textbook of Psychopharmacology.* — Washington: Amer. Psychiat. Press, 1998. — 598 p.
40. Serenius A., Molde P. G. Central serotonin receptors and its role in pathogenesis of anxiety disorders // *Serotonin in brain physiology and pathology.* — Chicago: Illinois Press, 2005. — P. 254-273.
41. Silva A. L., Cabral A. M., Abreti G. R. et al. Chronic treatment with mianserin prevents DOCA-salt hypertension in rats — evidence for the involvement of central 5-HT₂-receptors // *Eur. J. Pharmacol.* — 2005. — v.518. — P. 152-157.
42. Smith A. H. W., Naylor G. S., Moody J. P. Placebo-controlled double-blind trial of mianserin hydrochloride // *Brit. J. Clin. Pharmacol.* — 1978. — v.5. — P. 67S-70S.
43. Sulser F. New perspectives on the mode of action of antidepressant drugs // *Trends. Pharmacol. Sci.* — 1979. — v.24. — P. 92-94.
44. Tyrer P. The case of cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis // *Brit. J. Psychiat.* — 2001. — v.179. — P. 191-193.
45. Waintraub L. Depression in the aged: diagnosis and treatment // *Presse Med.* — 1998. — v.27. — P. 2129-2144.

УДК 616.895.8.

Критерии непосредственной опасности и беспомощного состояния при неотложной (недобровольной) госпитализации



Насинник О. А.

Насинник О. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования им.П.Л. Шупика (г. Киев)

Резюме. З метою вивчення клінічних, поведінкових і соціальних факторів, що є передумовою формування критеріїв надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, вивчено 499 пацієнтів, госпіталізованих в невідкладному порядку. Виявлено ряд характеристик критеріїв небезпеки для себе або оточуючих, а також безпорадного стану.

Ключові слова: невідкладна, примусова госпіталізація, критерії небезпеки.

Resume. To study the clinical, behavioral and social factors that are prerequisite for the formation of criteria for involuntary mental health care, studied 499 patients admitted urgently. Identified a number of characteristics of criteria danger to himself or others, as well as a helpless condition.

Key words: emergency, involuntary admission, the criteria of danger.

Вступление

На сегодня опасность вреда для себя или окружающих, а также беспомощное состояние являются условием законного применения недобровольной психиатрической помощи почти во всех странах мира. Критерий «беспомощное состояние» расценивается как опасность для себя [1], как «пассивная опасность» [2, С.191]. В литературе последних лет редко встречаются данные, касающиеся распределения и применения критериев опасности в случаях принудительной госпитализации. Чаще всего упоминаются ситуации сочетанного использования двух или трех критериев. Так, в работе М. Burley (2011) указывается, что среди 116 принудительно госпитализированных пациентов у 46% отмечалось беспомощное состояние, у 45% — опасность для себя, у 25% — опасность для других и у 5% — опасность для собственности (5%) [3]. В другом исследовании было изучено 238 чел. недобровольно госпитализированных. Из них 42% госпитализировано вследствие опасности для других (часто с дополнительным признаком опасности для себя и/или беспомощного состояния), а остальные 58% были госпитализированы вследствие опасности для себя и /или беспомощного состояния [4]. Ряд авторов так же указывают избирательные данные касательно недобровольно госпитализированных пациентов, например, отмечают, что основной причиной такой госпитализации была опасность для окружающих 42,4% и самодеструктивное поведение 2,5% [5, Р.94.]; агрессивное или насильственное поведение (61%) случаев и суицидальные

попытки (14%) [6]. Исследователи считают, что критерии принуждения пациентов в разных странах схожи при оценках риска опасности для себя или окружающих, но значительно разнятся в случаях необходимости недобровольной помощи в интересах здоровья пациента [7]. Среди указанных показателей постепенно отмечается наращивание квалификации случаев беспомощного состояния. Так, из числа лиц, проходящих слушание по поводу недобровольной госпитализации, в среднем 78% госпитализированы на основе беспомощного состояния, как в сочетании с опасностью для себя или окружающих лиц, так и без такого сочетания [8]. В ряде работ изучалось распределение опасности в период изменения законодательства. Отмечалось, что в 1977 г. опасность для других была для 79%, «беспомощность» для 32,5%, а к 1981 г. «беспомощность» указывалась даже при наличии насильственного поведения в 65,1% и опасности для других — в 60,7% случаях. Авторы указывают, что после изменения законодательства выросло число госпитализируемых лиц с беспомощным состоянием, опасность для других и себя была 29,7% и 25,7% соответственно [9]. То есть, чаще госпитализируются лица по критерию беспомощности, чем опасности, даже, когда пациенты и проявляют опасное поведение [10].

Усматривается, что выбор критерия опасности в целях принудительной госпитализации зависит больше от косвенных факторов, в частности от директив психиатрической службы и установок специалистов, нежели в соответствие с критериями законодательства.

Кроме того, исследователи критериев опасности при недобровольной госпитализации, за исключением перечня необходимых требований к констатации определенного вида опасности, не останавливаются на рассмотрении конкретных поведенческих проявлений, не учитывают факторы, принимающие участие в формировании опасности того или иного вида. Вышеизложенное указывает на неоднозначность в определении основных критериев опасности и отсутствие концептуальных подходов при этом. Целью работы являлись изучение клинических, поведенческих и социальных факторов, являющихся предпосылкой формирования критериев предоставления психиатрической помощи в принудительном порядке, что представляет актуальность и значимость. Материалом исследования являлись 499 пациентов, госпитализированных в неотложном порядке в психиатрические больницы в 1999-2010 гг. Неотложный порядок госпитализации осуществлялся в отношении лиц, представляющих опасность для себя или окружающих, а также находящихся в беспомощном состоянии. Неотложная госпитализация являлась начальным этапом принудительной госпитализации, которая осуществлена в отношении 227 чел. (50,6%). Из статистических методов использовался Т-тест Левена для независимых выборок, χ^2 Пирсона для таблиц сопряженности, где значим стандартизированный остаток (ст. о.) 2 или более.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди изученных пациентов, госпитализированных в неотложном порядке, довольно часто встречались сочетания категорий опасности, однако нами проведено распределение по ведущему критерию опасности. Опасность для себя выявлена у 37 чел. (7,4%), опасность для окружающих — у 342 чел. (68,5%) и беспомощное состояние — у 120 чел. (24,0%). Различий по половому признаку в проявлениях опасности для себя или окружающих, а также беспомощного состояния не выявлено ($\chi^2=4,647$, $p<0,098$).

В изученных случаях недобровольной госпитализации средний возраст лиц, представляющих опасность для себя (14 чел.), — $36,43 \pm 17,26$, в сравнение со средним возрастом лиц, представляющих опасность для окружающих (128 чел.), — $42,063 \pm 14,36$, различий не имеет ($F=0,031$, $p<0,258$). Средний возраст лиц с беспомощным состоянием (102 чел., $60,35 \pm 19,31$) значимо больше в сравнение как с лицами, представляющими опасность для себя ($F=1,284$, $p<0,001$), так и в сравнение со средним

возрастом лиц, представляющих опасность для окружающих ($F=6,389$, $p<0,001$). Возрастные диапазоны, наиболее характерные для недобровольно госпитализированных лиц с опасностью для себя — 20-29 лет и с беспомощным состоянием — 60 лет и старше. Взаимосвязи указанных возрастных диапазонов с категориями опасности статистически значимы — $\chi^2=91,082$, $p<0,001$. Для лиц с опасностью для окружающих статистически значимый диапазон не определяется, но можно отметить, что около половины пациентов (161 чел., 47,1%) находились в возрасте 30-49 лет.

Опасность для себя наблюдается преимущественно у лиц непсихотической группы из следующих диагностических категорий: расстройства вследствие приема психоактивных веществ (2 чел., 5,4%, ст. о. = 2,7), невротические и соматоформные расстройства (2 чел., 5,4%, ст. о. = 3,8) и расстройства личности (6 чел., 16,2%, ст. о. = 5,4). Около половины случаев составляли лица из диагностической категории «Шизофрения...» — 18 чел. (48,6%), но эти данные статистически не значимы. Близки к нашим данным результаты, полученные М. Ziegenbein с соавт. (2006). Авторы отмечают, что суицидальное поведение существенно реже обнаруживается у пациентов с диагнозами F0, F2 ($p<0,001$), а пациенты с диагностическими группами F3 ($p<0,001$), F4 ($p<0,05$) и F6 ($p<0,001$) представлены значительно или очень значительно чаще, чем средняя частота суицидальности [11]. Чаще всего неотложно госпитализировались лица после нанесения себе самопорезов (10 чел., 27,0%) и самоотравлений (5 чел., 13,5%), подготовки к прыгиванию с высоты (3 чел., 8,1%). М. Ziegenbein с соавт. (2006) приводят основные способы самодеструктивного поведения: отравление (45,8%), нанесение ранений (26,2%) и прыгивание с высоты (5,6%) [11]. Крупное эпидемиологическое исследование 44 330 эпизодов самоповреждений выявлено 34 695 эпизодов (78,3%) «самоотравления только», 6503 эпизодов (14,7%) «самопорезов только», 1309 эпизодов (2,9%) «другие членовредительства без самопорезов» и 1818 эпизодов (4,1%), «сочетание самоотравления и членовредительства» [12]. Как видно, распределение самоповреждений в наших наблюдениях, за исключением разного удельного веса, следуют основным тенденциям суицидального поведения. Наряду с этим в нашем материале имелись единичные случаи самоповешения, самоувечья и попытки самосожжения. Однако чаще всего госпитализировались лица (14 чел., 37,8%) с суицидальными намерениями, заявлениями о готовящемся суициде

без плану реалізації і доступних засобів для здійснення суїцида. Опасність для себе переважно виявляється у осіб з первинною госпіталізацією (22 осіб, 59,5%), з гостро розвинутим захворюванням ($\chi^2=29,917$, $p<0,001$); опасність для оточуючих відзначається у осіб з багаторазовими госпіталізаціями (156 осіб, 45,6%), і зазначені взаємозв'язки статистично значимі ($\chi^2=32,404$, $p<0,001$). Зрозуміло, що виявленим взаємозв'язкам будуть відповідати і частоти госпіталізацій. Так, частота госпіталізацій у осіб з проявами небезпеки для себе становить $2,41\pm 2,4$, з небезпечністю для оточуючих — $5,18\pm 6,4$ і з безпорадним станом — $3,48\pm 6,1$. Значимі відмінності виявлені при порівнянні частоти госпіталізацій у осіб з небезпечністю для себе і іншими, що представляють небезпечність для оточуючих ($p<0,001$). Особи з небезпечністю для себе до поточної госпіталізації частіше всього працювали за своєю спеціальністю (10 осіб, 27,0%), в той час як особи, що представляють небезпечність для оточуючих (115 осіб, 33,6%), не працювали і не мали інвалідності ($\chi^2=132,42$, $p<0,001$). Особи з безпорадним станом в половині випадків (60 осіб, 50,0%) перебували в пенсійному віці або мали інвалідність за соматичним захворюванням (13 осіб, 10,8%).

Небезпеку для оточуючих відзначається переважно у осіб з діагностичною категорією «Шизофренія...» — 257 осіб (75,1%, ст. о. 3,2, $p<0,001$). Крім того, небезпечність для оточуючих (статистично не значима) спостерігається у осіб з діагностичною категорією органічні порушення — 52 осіб (15,2%), афективні порушення — 20 осіб (5,8%), порушення особистості — 6 осіб (1,8%), порушення внаслідок прийому ПАВ — 3 осіб (0,9%), умовна відсталість — 3 осіб (0,9%). Спектр загроз і дій в стосунках до інших осіб дуже широкий, але важких насильствених дій не відзначалося. Подібне висловлюють і зарубіжні автори. Так, в одному дослідженні відзначалося, що особи, що страждають шизофренією, частіше вдаються до незначительних словесних образливостей і загроз фізичної расправы, або намагаються нанести удар або загрожують зробити це (5–15% в рік), але лікарі нерідко представляють подібне не як прояви захворювання, а як ситуативні дії, обумовлені особливостями особистості або спровоковані інтоксикацією [13]. У досліджуваних нами пацієнтів відзначається схожість агресивних дій в минулому з поточними (168 осіб, 49,3%), а 16 осіб (4,7%) спостерігалися епізодичними психіатрами в групах спеціального обліку. Особи

з небезпечністю для оточуючих значно частіше госпіталізуються порівняно з небезпечністю для себе ($F=6,449$, $p<0,001$) і порівняно з безпорадним станом ($F=2,987$, $p<0,001$). Для проявів небезпеки протилежно оточуючим значимим є взаємозв'язок з відмовою від підтримуючого лікування 189 осіб (55,3%), для безпорадного стану значимі роль грають ситуативні фактори в формі негативного ставлення до пацієнта, побутові конфлікти і т.п. (46 осіб, 38,3%). Ці особливості статистично значимі в групах досліджуваних пацієнтів ($\chi^2=106,98$, $p<0,001$). При госпіталізації у осіб з небезпечністю протилежно оточуючим частіше всього спостерігалися відмови від стаціонарної допомоги (215 осіб, 62,9%), у осіб же з безпорадним станом не проявлялися ні згода, ні відмова в госпіталізації (82 осіб, 68,3%, ст. о. 3,5), що статистично значимо ($\chi^2=37,56$, $p<0,001$).

Безпорадний стан був властивий особам з діагностичних категорій «Органічні порушення...» (79 осіб, 65,8%, ст.о. 8,0) і «Умовна відсталість» (9 осіб, 7,5%, ст.о. 3,6). Відзначені діагностичні категорії статистично значимо пов'язані з категоріями небезпеки ($\chi^2=199,312$, $p<0,001$). У осіб з проявами безпорадного стану відзначалися більш низькі рівні освіти 41 осіб (34,8%, $\chi^2=80,37$, $p<0,001$), а в клінічній картині були виражені ознаки глибокого дефекту або інтелектуально-мнестического зниження (75 осіб, 62,5%, ст.о. 4,2) і ці дані значимі ($\chi^2=68,06$, $p<0,001$). У осіб з безпорадним станом ведучим були відмови від прийому їжі, як по бредовим (33 осіб, 27,5%), так і по небредовим (26 осіб, 21,7%) мотивам со статистично значимим рівнем в останньому випадку ($\chi^2=5,94$, $p<0,001$). У безпорадного стану переважає соматична патологія (55 осіб, 55,0%), переважно захворювання судин головного мозку (47 осіб, 47,0%) з перенесеними інсультами. Ці відмінності значимі ($\chi^2=97,288$, $p<0,001$). В той же час майже у половині осіб з небезпечністю для оточуючих супутній соматичній патології не виявлено (55 осіб, 47,8%), немає її і більшості осіб з небезпечністю для себе (7 осіб, 63,6%).

Тривалість лікування пов'язана з категоріями небезпеки. Так, особи з небезпечністю для себе перебувають на лікуванні найменше часу ($29,01\pm 21,96$) в порівнянні з небезпечністю для оточуючих ($50,96\pm 40,92$, $F=6,149$, $p<0,001$) і з безпорадним станом ($50,78\pm 40,13$, $F=5,663$, $p<0,001$). Відмінностей між тривалістю лікування осіб з небезпечністю для оточуючих і безпорадним станом

нет ($F=0,027$, $p<0,967$). Для стационарного лечения лиц, находящихся в беспомощном состоянии в основном использовались моно-терапия (38 чел., 31,7%) и сочетание двух психотропных препаратов (38 чел., 31,7%) в комбинации с симптоматической терапией. Сочетание 3-х препаратов использовалось в случаях опасности для себя (17 чел., 45,9%). Сочетания более 3-х препаратов применялись при лечении пациентов с проявлениями опасности для окружающих (209 чел., 61,1%). Эти данные статистически значимые ($\chi^2 = 162,23$, $p<0,001$).

Выводы

Неотложная госпитализация являлась начальным этапом оказания психиатрической помощи в принудительном порядке. Неотложная госпитализация осуществлялась в отношении лиц, представляющих опасность для себя (37 чел., 7,4%), опасность для окружающих (342 чел., 68,5%) и беспомощное состояние (120 чел., 24,0%). Различий категорий опасности по половому признаку не выявлено.

Опасность для себя обнаруживается преимущественно у лиц сравнительно молодого возраста (20-29 лет), работающих по своей

специальности, с непсихотическими диагнозами, с остро развившимися (в пределах месяца) психическими расстройствами с последующей первичной госпитализацией, обусловленной суицидальными мыслями, тенденциями и действиями в виде самопорезов, самоотравлений и подготовок к прыгиванию с высоты.

Опасность для окружающих проявляется преимущественно у лиц среднего возраста (30-49 лет), ранее обнаруживавших аналогичные акты агрессии чаще всего в виде угроз физической расправой, с несоблюдением поддерживающего лечения в амбулаторных условиях, многократно госпитализированными с диагнозами преимущественно из категории «Шизофрения...» и отказывающимися от стационарной помощи.

Беспомощное состояние отмечалось преимущественно у лиц пенсионного возраста (60 лет и старше), с рядом тяжелых соматических заболеваний, в том числе и с инвалидностью по соматическому заболеванию, с диагностической категорией «Органические расстройства...» и проявлениями глубокого дефекта или интеллектуально-мнестического снижения с утратой компетентности и нуждающихся в защите их интересов и прав.

Література

1. Large M. M. The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts / M. M. Large, C. J. Ryan., O. B. Nielsen, R. A. Hayes // *Journal of Medical Ethics*. — 2008. — Vol. 34. — P. 877-881.
2. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии/Под общей редакцией Министра здравоохранения РФ, док.мед.наук, проф. Т.Б.Дмитриевой. — М.: Изд-во «Спарк», 1997. — 364 с.
3. Burley M. How will 2010 changes to Washington's Involuntary Treatment Act impact inpatient treatment capacity?. Document No. 11-07-3401. / M. Burley— Olympia: Washington State Institute for Public Policy, 2011. — 32 p.
4. McNiel D.E. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients / D.E. McNiel, R.L. Binder, T.K. Greenfield // *Am J Psychiatry*. — 1988. — Vol. 145. — P. 965-70.
5. Christodoulou G. Greece / G. Christodoulou, B. Alevizos, A. Douzenis // Salize H. J., Dreßing H., Peitz M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients — Legislation and Practice in EU-Member States*//Central Institute of Mental Health: Final Report. — Mannheim, Germany, May 15, 2002. — 166 p.
6. Brissos S. Compulsory admission to a Portuguese psychiatric hospital: retrospective study of 497 involuntary admissions / S. Brissos, A. Carita, F. Vieira // *BMC Psychiatry*. — 2007. — Vol. 7. — P. 2.
7. Zinkler M. Detention of the mentally ill in Europe — a review / M. Zinkler, S. Priebe // *Acta Psychiatr Scand*. — 2002. - Vol. 106. — P. 3-8.
8. Turkheimer E. Why the gap? practice and policy in civil commitment hearings / E. Turkheimer, Ch.D.H. Parry // *American Psychologist*. — 1992. — Vol. 47. - 646-655.
9. Durham M. Beyond deinstitutionalization: a commitment law in evolution / M. Durham, G. Pierce // *Hosp Community Psychiatry*. — 1982. — Vol. 33. — P. 216-219
10. Durham M.L. Implication of need-for-treatment Laws: a study of Washington state's Involuntary treatment Act / M.L. Durham // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1985. — Vol. 36. — P.975-977.
11. Ziegenbein M. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? M. Ziegenbein, Ch. Anreis, B. Brüggen et al. // *BMC Health Serv Res*. — 2006. — Vol. 6. — P. 150.
12. Bergen H. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000–2007 / H. Bergen, K. Hawton, K. Waters et al.//*The British Journal of Psychiatry*/ — 2010. — Vol. 197. — P. 493-498.
13. Mullen P. E. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies / P. E. Mullen // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2006. — Vol. 12. — P. 239–248.

Стаціонарні та амбулаторні заходи, спрямовані на реабілітацію хворих на шизофренію, під час надання психіатричної допомоги у примусовому порядку



Гончар Т. О.

Гончар Т. О.

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

Резюме. У статті розроблений алгоритм комплексної медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію пацієнтів, що знаходяться як на стаціонарному, так і на амбулаторному примусовому лікуванні.

Ключові слова: психіатрична реабілітація, примусове лікування, шизофренія.

Resume. The article presents algorithm for integrated medical and social rehabilitation developed for people suffering from schizophrenia who are subject to compulsory psychiatric treatment. The algorithm is intended both for hospital and outpatient environments.

Key words: psychiatric rehabilitation, compulsory treatment, schizophrenia.

Особи, які страждають на тяжкі тривалі психічні захворювання, в багатьох випадках не беруть добровільної участі у процесі лікування. Такі пацієнти часто зазнають примусової госпіталізації, споживають непропорційно великий обсяг високо інтенсивних примусових медичних послуг, тоді як результат лікування не завжди є позитивним. Ці особи часто вступають у конфлікт із кримінальною системою, в них виникають розлади, що супроводжуються зловживанням алкоголю (Ridgely et. al., 2001).

Ситуацію можна було би поліпшити, доповнюючи клінічний догляд заходами примусового характеру, включаючи обов'язкове амбулаторне примусове лікування (Gerbası, Bonnie & Binder, 2000).

Останні дослідження питання примусу в психіатрії мають дещо суперечливі результати. У деяких роботах задокументовано позитивний вплив примусової госпіталізації на низку показників, таких, як рівень арештів і віктимізацій, зменшення кількості повторних госпіталізацій. Інші роботи показують, що примусові засоби не впливають на результати або чинять на них негативний вплив. Нещодавні роботи, що вивчали суб'єктивну якість життя осіб, які знаходилися на амбулаторному примусовому лікуванні тривалий час, відзначили суттєве її поліпшення. Якість життя погіршувалась, якщо лікування супроводжувалось регоспіталізацією або підвищенням рівня відчуття примусу (Swanson, Swartz, Elbogen, Wagner, & Burns, 2003).

Але сьогоденні реалії такі, що тільки профілактика суспільно небезпечних дій та лікування

(добровільне чи примусове) осіб, що їх скоїли, не можуть гарантувати зменшення кількості майбутніх госпіталізацій, пов'язаних з небезпекою для хворого та його оточення, тому що в більшості випадків після виписки зі стаціонару пацієнт залишається віч-на-віч з собою: соціально дезадаптований, без перспектив працевлаштування, з упередженим мисленням щодо системи надання психіатричної допомоги та зі стигмою з боку оточуючих (у тому числі і з боку родичів). Тому доцільною була б реорганізація медико-соціальної реабілітації в стаціонарі і поза стаціонарними умовами, зокрема для такого контингенту хворих.

Мета дослідження

Розробка алгоритму програми медико-соціальної реабілітації хворих, які страждають на шизофренію, під час надання психіатричної допомоги примусовим чином.

Матеріали та методи дослідження

Вибірку склали 80 хворих на шизофренію, які лікувалися примусово (51 чоловіків та 29 жінок віком від 22 до 55 та більше років), що склали основну групу, та 75 хворих (32 чоловіків та 43 жінок віком від 20 до 55 та більше років), які звернулися по психіатричну допомогу добровільно, що склали контрольну групу. Основними методами були клініко-психопатологічний, психологічний, статистичний. Діагностика шизофренії виконувалась згідно з критеріями, що прийняті у вітчизняній психіатрії та зіставлялася з рубриками F20.0 за МКБ-10.

Результати

Ідеологія медичної реабілітації зазнала значної еволюції. Неминучими є подальша трансформація ідей та науково-практичних завдань медичної реабілітації, пов'язаних із соціально-економічними змінами в суспільстві. Особливо виокремлюється нова технологія психіатричної реабілітації, передумовою якої є проведення всебічного підготування фахівців, створення й розповсюдження програм, моніторинг та оцінювання ефективності практичних заходів, емпіричні дослідження головних складових психіатричної реабілітації, а також інтегрування психіатричного реабілітаційного підходу системою охорони психічного здоров'я. У той час, коли модель психіатричної реабілітації набувала визнання, формулювалися її головні принципи (Wright G., 1980; Wright B. A., 1981). Ці принципи втілюються в багатьох типових програмах, створених для реабілітації осіб, що страждають від тяжких психічних розладів (Bachrach L. L., 1988; Bachrach L. L., 1989). Це:

- 1) вдосконалення компетентності тих, хто страждає на психічні розлади;
- 2) користь психіатричної реабілітації для тих, хто нею користується, відображається в тому, що поведінка пацієнтів у необхідному для них середовищі стає оптимальнішою;
- 3) психіатрична реабілітація є еклектичною, оскільки використовує різноманітні методи;
- 4) центральним для психіатричної реабілітації є підвищення працездатності осіб, які мають інвалідізуючі психіатричні розлади;
- 5) вагомою складовою процесу реабілітації є надія;
- 6) виважене підвищення самостійності пацієнта може привести в кінцевому результаті до зростання незалежності його функціонування;
- 7) бажаним є активне включення користувачів у процес їхньої реабілітації;
- 8) два головних типи втручання під час психіатричної реабілітації — це набуття пацієнтами нових умінь і навичок та організація підтримки з боку оточення;
- 9) тривале медикаментозне лікування часто є необхідною, але в багатьох випадках не є достатньою складовою частиною реабілітаційного втручання.

Втілення системного підходу до створення реабілітаційної програми в амбулаторних умовах для певного контингенту було проведено згідно з основними методологічними принципами, які були сформульовані М. М. Кабановим (Кабанов М. М., 2001; Кабанов М. М., 1998; Кабанов М. М., 1985) та іншими (Віннікова І. Н., 2005; Анісімова Н. А., 2008).

Виокремлюють три етапи реабілітації тих, хто потерпає від психічних розладів:

1. Відновлююча терапія. Метою є запобігання психічного дефекту внаслідок явищ, які пов'язані із госпіталізацією, ліквідація або зменшення таких явищ.
2. Пристосування пацієнта до життя і праці за межами лікарні.
3. Відновлення особистої та суспільної цінності пацієнта.

Ідеологія реабілітації визначає напрямок процесу психіатричної реабілітації, який виходить з того, що люди, можливості яких є зниженими, потребують навичок та підтримки для того, щоб функціонувати в обраному ними середовищі.

Спираючись на дані результатів дослідження причин, які сприяють примусовому лікуванню, нами були розроблені та апробовані етапи психіатричної реабілітації хворих:

1. Стаціонарний етап.
 - 1.1. Діагностичний етап.
 - 1.2. Етап інтенсивної психофармакотерапії.
 - 1.3. Етап стабілізуючої терапії.
 - 1.4. Етап протирецидивної терапії.
 - 1.5. Формування реабілітаційної готовності.
2. Амбулаторний етап.
 - 2.1. Підтримуюча терапія.
 - 2.2. Визначення реабілітаційного діагнозу.

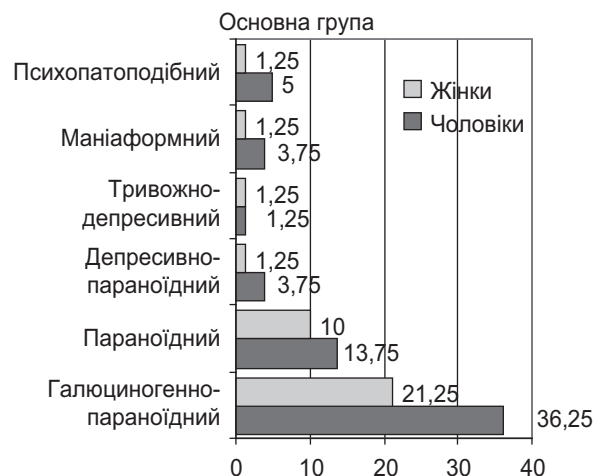


Рис. 1.

Стаціонарний етап, що включає:

1 етап — *діагностичний*; (тривалість до 24 годин); 2 етап — *інтенсивна психофармакотерапія* (тривалість 2–3 тижні); 3 етап — *стабілізуюча терапія* (тривалість 1–2 місяця); 4 етап — *протирецидивна терапія* (тривалість від двох тижнів до 1 місяця). Після того, як дози препаратів були знижені до підтримуючих, а психічний стан залишався стабільним протягом 10–14 днів, пацієнти виписувалися із стаціонару.

- 2.3. Формулювання загальної реабілітаційної цілі.
- 2.4. Планування розвитку навичок, навчання та програмування.
- 2.5. Етап довгострокових реабілітаційних заходів.
3. Асертивне лікування в домашніх умовах у комбінації із амбулаторним примусовим лікуванням.

Для хворих на шизофренію пацієнтів, які були примусово госпіталізовані, з метою формування реабілітаційної готовності проводилися психокорегуючі заходи.

Оцінювання готовності допомагає пацієнтам зрозуміти, якою міцною є їх рішучість щодо участі у реабілітаційних заходах, спрямованих на ролеве функціонування. Якщо під час оцінювання вони відчують, що не є готовими починати реабілітацію, підвищення допоможе їм підготуватися та підняти рівень очікувань, пов'язаних із можливостями психіатричної реабілітації. Оцінювання готовності допомагає пацієнтам «самим прийти до висновків», чи має для них сенс звернення по реабілітаційну допомогу в даному оточенні, яке створене умовами життя, праці, навчання, соціальними умовами. Готовність до реабілітації є показником, який оцінює рішучість та зацікавленість учасників, але не їхній потенціал, який дає змогу досягти позитивних результатів під час реабілітації.

Було застосовано спеціальну анкету оцінювання готовності до реабілітації, яка дозволяє виконати оцінювання щодо п'яти різних напрямків.

Бажання змін, на яке вказує відсутність успіху чи задоволення в даному оточенні.

Прихильність до змін, яка відбивається у впевненості, що зміни є бажаними та можливими.

Близькість особистих відносин, яка є пов'язаною з відносинами з кимось, хто підтримує дану особу в її бажанні взяти участь в процесі реабілітації.

Усвідомлення себе, а саме усвідомлення особистих цінностей та інтересів, які є пов'язаними з даним оточенням.

Усвідомлення властивостей різних оточень є розумінням характеристик та способів життя, умов праці, навчання та соціальних умов, які властиві тим середовищам, де дана особа збирається досягти успіху та відчути задоволення життям.

В анкеті також передбачене місце для опису заходів, метою яких є підвищення рівня готовності, а саме мотиваційних та освітніх заходів, які є спроможними збільшити особисту готовність людини. Такі заходи допомагають зрозуміти, чи треба й надалі брати участь в реабілітаційному процесі.

На етапі стабілізуючої терапії вмикалися психокорегуючі заходи, метою яких є подолання віктимізації та формування механізмів психологічної компенсації для всіх груп хворих.

Насильство та віктимізація відбивають участь хворих з тяжкими психічними розладами в інцидентах, де вони є тими, хто робить шкоду, або тими, кому була зроблена ця шкода.

З метою виявлення віктимізації використовувалась спеціальна анкета. Результати анкетування показали високий рівень віктимізації — більше ніж 50 %.

У психотерапевтичній роботі для всіх груп піддослідних використовувалась техніка короткострокової психотерапії (асоціація-дисоціація, «фотоапарат», «калібрування»).

З метою формування реабілітаційної готовності використовувалась сімейна психотерапія з психоосвітньою програмою та тренінги навичок спілкування.

Сімейна психотерапія проводилася згідно із стилем гештальтпідходу із залученням технік нейролінгвістичного програмування в три етапи:

На першому етапі з'ясовувалася проблемна ситуація. При цьому вислуховувалася позиція кожного члена родини. Останнім про свої уявлення розповідав сам пацієнт. З допомогою лікаря формулювалася проблема, яку родина пацієнта разом з самим пацієнтом було необхідно розв'язати або знайти компромісний вихід.

На другому етапі всі члени родини по черзі висловлювалися про свої варіанти вирішення проблеми. Пацієнт уважно слухав, а після цього висловлювався сам. На цьому етапі лікар заохочував пацієнта розказати саме про свою точку зору на розв'язання проблеми, йому було заборонено піддавати критиці варіанти вирішення, запропоновані іншими членами родини. Використовуючи психотехнології нейролінгвістичного програмування ми викликали у пацієнта аверсивну реакцію, якщо він вперто наполягав на не адаптивному способі реагування. Запропоновані варіанти кілька разів обговорювалися в колі, корегувалися залежно від думок членів родини і самого пацієнта, далі обирався той варіант, який задовольняв усіх.

На третьому етапі ми знову відтворювали проблемну ситуацію, але вже з врахуванням обраного на етапі 2 рішення. Це й було закріпленням нового способу реагування.

Метою психоосвіти була розробка інтегративної, біофокальної програми (а саме, розрахованої, з одного боку, на самих пацієнтів, а з іншого на їхніх рідних та близьких до них людей), яка формує у хворих та рідних адекватного уявлення про психічні розлади та долучає їх до активної участі у соціо-реабілітаційних заходах.

Основні цілі психоосвіти були наступними.

Для пацієнтів:

1. Надолуження дефіциту знань про психічні захворювання, їхній вплив на особистість та соціальне функціонування.
2. Зниження у пацієнтів рівня стигматизації та самостигматизації.
3. Навчання пацієнтів розпізнаванню перших ознак загострення хвороби та орієнтування на своєчасне звертання по медичну допомогу.
4. Ознайомлення пацієнтів із Законом України «Про психіатричну допомогу».
5. Інформування пацієнтів про суспільно-небезпечні дії та про шляхи їх попередження.
6. Корегування спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів.

Для рідних:

1. Поповнення дефіциту знань про психічні розлади та їх вплив на соціальне функціонування.
2. Інформування рідних про їх роль у відновленні соціального функціонування пацієнта.
3. Інформування про поведінку під час загострення хвороби у пацієнта.

Головні принципи проведення психоосвітньої програми були такими:

1. Використання різноманітних засобів інформування (мікролекції, дискусія, відповіді на запитання).
2. Використання прийомів біхеворіальної та гештальт терапій.
3. Використання тренінгових впливів.
4. Психоосвіта проводилася у формі групової терапії-дискусії в умовах відділення.

Амбулаторний етап

Амбулаторне примусове лікування на відміну від стаціонарного повинно бути відображенням найбільш коректного плану лікування й бути менш обмежуючою альтернативою.

Встановлення реабілітаційного діагнозу та загальної реабілітаційної цілі.

Психіатричний реабілітаційний діагноз встановлюється з метою оцінити навички пацієнта та види підтримки, які існують в обраному ним середовищі: життя, навчання, соціальних відносин та роботи. Діагноз містить три елементи: кінцева ціль реабілітації, оцінка функціонування та оцінка ресурсів підтримки.

Визначення загальної реабілітаційної цілі містила в собі оцінювання реабілітаційної готовності, вибір мети, перелік найважливіших навичок, основних можливостей, оцінювання використання можливостей. Для цього використовувалась форма фіксації вибору реабілітаційної цілі.

Отримані дані в першу чергу свідчать про те, що у хворих із галюцинаторно-параноїдним, депресивно-параноїдним та тривожно-депресивним синдромами в першу чергу були порушені навички когнітивних функцій та спостерігалась соціальна дезадаптація, а у хворих із психопатоподібним синдромом — порушення навичок міжособистісних взаємин й соціальної адаптації.

Планування розвинення навичок, навчання й програмування

Пряме навчання навичкам містить систему навчальних дій, які роблять пацієнта спроможним компетентно використовувати нові форми поведінки. Інший шлях надбання навичок — програмування — має передумовою процес поступового підготовлення пацієнта до використання наявних навичок потрібним чином.

Методики, які використовувалися для розвинення навичок пацієнтів наведені у табл. 1.

Всі перелічені вище техніки найбільш ефективно використовувались у випадку пацієнтів із галюцинаторно-параноїдним, параноїчним, депресивно-параноїдним та тривожно-депресивним синдромами, в той же час психокорекційні

Таблиця 1

Використані методики розвинення навичок в залежності від реабілітаційної цілі та провідного синдрому

Реабілітаційна ціль	Провідний синдром	Методи розвинення навичок
Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Галюцинаторно-параноїдний	Когнітивно-поведінкова психотерапія, інтегративна психотерапія, техніки короткострокової позитивної терапії, сімейна психотерапія
Покращення міжособистісних взаємин	Психопатоподібний	Бихеворіальна психотерапія, тренінги в межах позитивної психотерапії, психокорегуючі робота із гештальт підходом
Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Параноїдний	Психокорекційні техніки: систематична десенсибілізація, тренінги відновлення ресурсів «я»
Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Депресивно-параноїдний	Когнітивно-поведінкова психотерапія, техніки: «використання уяви», «методика припинення», «метафори, притчі, вірші»
Розвинення механізмів психологічного захисту	Тривожно-депресивний	Бихеворіальні підходи: «імплзивна терапія», «систематична десенсибілізація», «репетиція поведінки»
Розвинення механізмів психологічної компенсації	Маніаформний	Техніки короткострокової позитивної психотерапії: «робота із поясненнями», «лінія проблеми»

методики у випадку пацієнтів із психопатоподібним синдромом виявилися менш ефективними.

Етап довгострокових реабілітаційних заходів та асертивне лікування в домашніх умовах.

Асертивне лікування в домашніх умовах — це клієнт-центрована, орієнтована на відновлення модель надання допомоги психічно хворим, яка ґрунтується на значній кількості емпіричних даних і є спрямованою на інтеграцію у соціум, психосоціальну реабілітацію та відновлення осіб, які потерпають від тяжких та довготривалих психічних хвороб, показують гострі симптоми та розлади, чий стан не покращується внаслідок участі у традиційних амбулаторних програмах.

Програма асертивного лікування в домашніх умовах була спрямована на пацієнтів із галюцинаторно-параноїдним синдромом та вираженим апато-дисоціативним дефектом, випадки яких відрізняються складністю, призводять до руйнівної дії на функціональні характеристики і які, завдяки традиційним обмеженням служб охорони психічного здоров'я, не отримували належної допомоги.

Медикаментозна терапія та психокорегуюча робота добиралися індивідуально для кожного пацієнта у відповідності з його перевагами та із визначеними для нього цілями.

Згідно з даними анкетування, довготривала терапія із неперервною допомогою по місцю

проживання є ефективною у випадку хворих із галюцинаторно-параноїдною симптоматикою та депресивно-параноїдною симптоматикою і, як наслідок, у пацієнтів з'являлася можливість рекомпенсації та консолідації досягнутих результатів.

Висновки

1. Особи із тяжкими психічними розладами спроможні оволодівати навичками, які позитивно відбиваються на якості наслідків реабілітації.
2. Використання біхеворіальних підходів у психокорекції під час стаціонарного етапу формує реабілітаційну готовність пацієнтів.
3. Амбулаторна примусова психіатрична допомога призводить до зниження регоспіталізацій, віктимізацій, запобігає скоєнню особливо небезпечних вчинків.
4. На етапі довгострокових реабілітаційних заходів в основній групі зменшилась по відношенню до контрольної частота повторних госпіталізацій протягом другого 6-місячного періоду.
5. Лікування у стаціонарі та амбулаторне лікування не є взаємовиключальними, а доповнюють одне одного.
6. Асертивне лікування в домашніх умовах покращує функціонування пацієнтів.
7. Розроблена програма дозволяє значним чином підвищити якість життя та покращити адаптацію у родині.

Література

1. Кабанов, М. М. Реабилитация, психически больных / М. М. Кабанов. — 2-е изд. доп. и перераб. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.: ил.
2. Мальцева М. М., Котов В. П. Общественно опасные действия психических больных. — М.: — Медицина, 1995. — 256 с.
3. Насинник О. А. Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке // Вісник АПУ. — 2002 — № 2 — С.122– 140.
4. Петтай, Г. А. Опыт работы приемного отделения психиатрической клиники / Г. А. Петтай // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы науч. — практ. конф., посвящ. 75-годовщине каф. психиатрии и наркологии Омской гос. мед. акад. / редкол.: М. Г. Усов и др. — Омск, 2000. — С. 122-124.
5. Шостакович, Б. В. Патернализм в психиатрии и права больных / Б. В. Шостакович // Право и психиатрия. Тупик, поворот, взгляд, возвращение, поиск / сост. С. В. Полубинская; науч. ред. С. В. Бородин. — М., 1991. — С. 125-142. — (Пробл., мнения, перспективы).
6. Юрьева Л. Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М. — 1990. — С. 129-135.
7. Anthony, W. A. (1982). Explaining «psychiatric rehabilitation» by an analogy to «physical rehabilitation» Psychosocial Rehabilitation Journal, 5(1). 61-65.
8. Anthony, W. A. (1984). The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings. » Psychosocial Rehabilitation Journal, 8(2). 85-87.
9. Anthony, W. A. & Farkas, M. D. (1989) The future of psychiatric rehabilitation in M. D. Farkas & W. Anthony (Eds.), Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice (pp. 226-239). Baltimore John Hopkins University Press.
10. Cohen, M. R., Farkas, M. D., Cohen, B. F., & Unger, K. V. (1990) Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
11. Dincin, J., & Witheridge, T. F. (1982) Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. Hospital and Community Psychiatry, 33, 645-650.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

УДК: 616-006-06+616.89-008-02+61:340.63

Критерії та методологія експертної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями при проведенні судово-психіатричних експертиз

Шум С. С.

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

Резюме. В статті проаналізовані правові основи визнання осіб з онкологічними захворюваннями невідповідними. Приведені критерії судово-психіатричної оцінки психічних розладів при онкопатології в цивільному процесі. Розкрито зміст медичного критерію неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними у осіб з онкологічними захворюваннями.

Ключові слова: психічні розлади, онкологічні захворювання, експертна оцінка, дееспособність.

Resume. The article analyzes the legal basis for recognition of persons with oncological diseases of the disabled. These criteria are the forensic psychiatric assessment of mental disorders in cancer pathology in the civil process. Discloses the contents of the medical criterion cannot be aware of the significance of his actions and control them in persons with oncological diseases.

Key words: mental disorders, oncological diseases, an expert assessment, capacity.

У цивільному процесі правові питання та наслідки визнання осіб з онкологічними захворюваннями (як одними з найбільш тяжких соматичних станів, що можуть вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними) обмежено дієздатними / недієздатними може розглядатись у ракурсі кількох статей ЦК України, а саме ч. 1, 4 ст. 36, ст. 37, ч. 1, 3 ст. 38, ч. 1 ст. 39, ст. 40, ст. 41, ч. 1 ст. 42 [1, 2].

Розгляд питань визнання осіб з онкологічними захворюваннями обмежено дієздатними / недієздатними згідно вищезазначених статей Цивільний кодекс (ЦК) України можливий тільки при житті людини, питання дієздатності якої розглядаються.

Ретроспективне розв'язання питань щодо здатності дієздатної, особи (живої або померлої) усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними регламентується ст. 225 ЦК України — «Правові наслідки вчинення правочину дієздатною фізичною особою, яка у момент вчинення не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними». У частині першій цієї статті зазначено, що «правочин, який дієздатна фізична особа, вчинила у момент, коли вона не усвідомлювала значення своїх дій та (або) не могла керувати ними (УЗСД та КН), може бути визнаний судом недійсним за позовом цієї особи, а в разі її смерті — за позовом інших осіб, чий цивільні права або інтереси порушені» [1].

Саме ця стаття ЦК України є однією з правових підстав оспарювати правочин, укладений особою з онкологічними захворюваннями, а якщо позивач свої вимоги підтверджує сумнівами у здатності особи УЗСД та КН, ст. 225 ЦК України є єдиною правовою підставою визнати правочин недійсним. Обов'язкове проведення

судово-психіатричних експертиз (СПЕ) для встановлення психічного стану особи передбачено у п. 2 ч. 1 ст. 145 ЦПК України. Особливості онкологічних захворювань є такими, що більшість СПЕ онкохворих є посмертними [2].

Зміст даної статті свідчить, що дієздатна особа під впливом різних обставин і чинників могла перебувати у такому стані, що порушувала її психічні функції настільки, що вона не була здатна правильно УЗСД та (або) КН внаслідок дефекту інтелектуального та (або) вольового компоненту психічного функціонування. 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.

Норми статті 225 ЦК України застосовуються за таких умов:

- 1) у судовому порядку **ретроспективно** вирішуються питання щодо **конкретного** правочину;
- 2) на момент укладання правочину фізична особа є **дієздатною**;
- 3) у момент вчинення правочину ця фізична особа перебувала у такому **тимчасовому стані**, який позбавляв її можливості **усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними**;
- 4) на момент розгляду справи в суді фізична особа може бути **живою або померлою**. Відносно онкохворих, у переважній більшості цивільні справи розглядаються щодо померлих осіб, що обумовлює призначення

посмертних СПЕ і значно ускладнює ретроспективну оцінку психічного стану за відсутністю можливості безпосереднього обстеження підексперного.

На сьогодні не існує визначення юридичної категорії, яка б характеризувала цивільний стан дієздатної фізичної особи, що у момент вчинення правочину не могла усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Проте, вважати цей стан аналогічним юридичному поняттю «недієздатності» не можна з наступних причин:

- по-перше, в самій статті чітко визначено, що у момент вчинення правочину фізична особа є дієздатною;
- по-друге, стосовно померлих осіб ретроспективне встановлення недієздатності є неприпустимим; недієздатними можуть визнаватись тільки живі особи;
- по-третє, медичною підставою визнання особи недієздатною є наявність стійкого, глибокого, хронічного психічного розладу, а не тимчасового, функціонального порушення психіки.

З урахуванням вищевикладеного, а також беручи до уваги науковий досвід, наразі, російських вчених, можна визначити цей стан як порушення «правочиноздатності» особи стосовно укладання конкретного правочину [3]. Хоча визначення юридичних понять та їх змістовна характеристика є прерогативою юристів, використання цього терміну дозволить експертам більш чітко диференціювати його від поняття недієздатності, що ускладнюється повною ідентичністю юридичного критерію — неможливістю УЗСД та КН.

Порівняння основних диференційних ознак понять «недієздатності» та «неправочиноздатності» представлено у табл. 1.

Важливим нюансом ст. 225 ЦК України є те що, законодавець не надає альтернативи юридичному критерію, зазначивши лише наслідки неможливості УЗСД та КН дієздатною фізичною особою на час укладання правочину. Проте значна кількість захворювань, насамперед онкологічних, супроводжується такими розладами психічного стану, що істотно впливають на здатність особи УЗСД та КН. Оскільки істотний вплив психічних розладів на здатність УЗСД та КН не передбачений ст. 225 ЦК України, необхідно окреслити, що укладання угод, що потребують нотаріального посвідчення, можливо лише при відсутності будь-якого впливу на здатність особи УЗСД та КН. Тому, правові наслідки укладання угоди особою, психічний стан якої унеможливорює УЗСД та КН та особою, психічний стан якої має істотний вплив на здатність УЗСД та КН є однаковими — угода визнається недійсною.

В коментарях до статті 225 ЦК України чітко визначено юридичний (психологічний) критерій — неможливість УЗСД та КН, проте досить широко окреслено медичний критерій — як тимчасовий стан, внаслідок функціональних розладів психіки, порушення фізіологічних процесів в організмі під впливом нервових стресів, шоку від фізичної травми, алкогольного або наркотичного сп'яніння або інших тяжких хворобливих станів тощо.

Структура та зміст медичного критерію неможливості УЗСД та КН дієздатною фізичною

Таблиця 1

Порівняльна характеристика понять «недієздатність» та «неправочиноздатність»

Недієздатність	Неправочиноздатність
1. Стаття 39 ЦК України	1. Стаття 225 ЦК України
2. Застосовується тільки щодо живих осіб	2. Застосовується щодо живих і померлих осіб
3. Суттєво змінює правовий статус особи, позбавивши її можливості здійснювати цивільні права та обов'язки. Потребує призначення опікуна	3. Правові наслідки стосуються лише конкретного правочину, не обмежуючи в цілому цивільні права та обов'язки громадянина
4. Медичний критерій складають хронічні, тяжкі психічні захворювання, з урахуванням їх глибини та прогнозу	4. Медичний критерій можуть складати як <i>хронічні, тяжкі психічні захворювання</i> , так і тимчасові функціональні розлади психіки, порушення фізіологічних процесів в організмі або інші хворобливі стани, тощо, з урахуванням свободи особистісного волевиявлення в конкретній юридично значимій ситуації укладання правочину
Юридичний критерій — неможливість усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними:	
<ul style="list-style-type: none"> • інтелектуальний компонент — нездатність усвідомлювати значення своїх дій внаслідок порушення спроможності усвідомлювати формальну та змістовну значимість укладеного правочину, прогноз його юридичних та соціальних наслідків, тощо; • вольовий компонент — неспроможність керувати своїми діями внаслідок порушення особистісно-мотиваційної регуляції поведінки в ситуації укладання правочину, неадекватність формування мети юридичної угоди, тощо. 	

особою на час укладання правочину не визначені взагалі, що підтверджує **актуальність** розробок у даному напрямку та визначає **мету роботи** — розробити критерії судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями.

Результати дослідження

На основі клінічних фактів, отриманих за даними актів посмертних СПЕ, встановлено, що у 51,2 % онкохворих були відсутні будь-які психічні розлади. У решти (48,8 %) підекспертних були виявлені психічні порушення різних нозологічних форм та глибини, з них:

- деменція (F 01) — 4,6 %
- розлади свідомості (F 05) — 23,3 %
- астенічні розлади (F 06.6) — 6,2 %
- легкий когнітивний розлад (F 06.7) — 4,6 %
- психоорганічний синдром (F 07.9) — 7,7 %
- афективні (тривожно-депресивні розлади) (F 33.4; F 43.2) — 1,7 %
- маячні розлади (F 22; F 06.2) — 0,8 %.

За результатами дослідження у відділенні паліативної терапії, лише у 14,3 % хворих на рак не було діагностовано жодних психічних порушень. У решти — 85,7 % хворих спостерігались розлади психіки у вигляді:

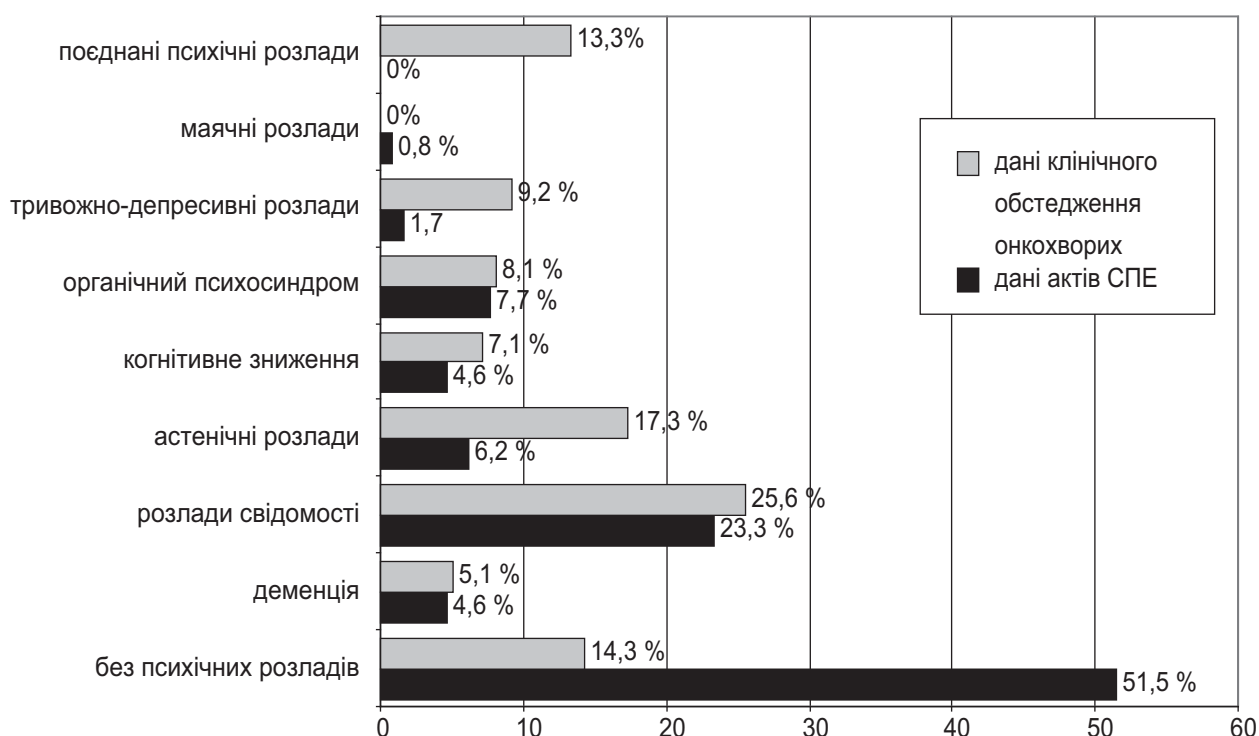
- деменції (F 01) — 5,1 %
- розладів свідомості (F 05) — 25,6 %

- астенічних розладів (F 06.6) — 17,3 %
- легкого когнітивного розладу (F 06.7) — 7,1 %
- психоорганічного синдрому (F 07.9) — 8,1 %
- афективних (тривожно-депресивних розладів) (F 06.32; F 06.4; F 43.2) — 9,2 %
- поєднаних психічних розладів — 13,3 %.

Поширеність психічних розладів та їх синдромальна структура за даними актів СПЕ та за результатами власних клінічних досліджень представлена на мал. 1.

Як видно з мал. 1, синдромальна структура психічних розладів при онкопатології є ідентичною і співпадає як за даними актів посмертних СПЕ, так і за результатами клінічних досліджень онкохворих на термінальній стадії у відділеннях паліативної терапії, що підтверджує достовірність отриманих даних про поширеність та клінічну структуру психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями.

З усіх психічних порушень коморбідними з онкопатологією, тобто такими розвиток яких патогенетично пов'язаний з онкологічним захворюванням, є порушення свідомості, астенічні, когнітивні та афективні розлади (в рамках органічної та невротичної патології). На відміну від інтелектуально-мнестичних порушень (деменція, органічний психосиндром), які є



Мал. 1

Поширеність та синдромальна структура психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями за даними актів СПЕ та за результатами власних клінічних досліджень.

стійкими, супутніми порушеннями при онкопатології. Онкологічні захворювання внаслідок соматогенного (інтоксикаційного) та психогенного (афектогенного) впливу поглиблюють існуючі інтелектуально-мнестичні розлади. Останні ж виступають патопластичним підґрунтям розвитку розладів свідомості, глибокої астенії, афективних та психотичних порушень при онкопатології.

Визначені психічні розлади складають медичний критерій здатності особи з онкологічним захворюванням УЗСД та КН. Вони характеризуються динамічністю, взаємозв'язком з сомато-онкологічним станом хворого, залежністю від психогенних факторів. Можуть значно поглиблюватись при обтяженні загального стану пацієнта, наростанні інтоксикації, розвитку ускладнень, застосуванні протипухлинної терапії, тощо. Підлягають зворотній редукції при покращенні сомато-онкологічного стану або видужанні (щодо інтелектуально-мнестичних розладів — спостерігається лише покращення симптоматики). Саме внаслідок динамічності потенціюючого впливу онкопатології на глибину інтелектуально-мнестичних порушень, відповідно до критеріїв діагностики деменції за МКХ-10, потрібний термін спостереження щонайменше 6 місяців, з метою запобігання помилкової гіпердіагностики «деменції» при онкопатології.

Розподіл психічних розладів в залежності від патогенетичних зв'язків з онкопатологією представлено у табл. 2.

Експертне рішення про здатність особи з онкологічним захворюванням УЗСД та КН повинно вноситись з урахуванням клінічної структури та глибини психічних порушень — табл. 3.

Таблиця 2

Патогенетична структура психічних розладів в осіб з онкологічними захворюваннями

Психічні розлади при онкопатології	
коморбідні, динамічні	супутні, стійкі
<ul style="list-style-type: none"> розлади свідомості астенічні розлади когнітивні розлади афективні розлади 	<ul style="list-style-type: none"> деменція органічний психосиндром

Таблиця 3

Експертна структура психічних розладів при онкопатології

Унеможливають здатність УЗСД та КН	Істотно впливають на здатність УЗСД та КН	Не впливають на здатність УЗСД та КН
<ul style="list-style-type: none"> деменція (недоумство) порушення свідомості маячний синдром 	<ul style="list-style-type: none"> органічний психосиндром, який не сягає деменції глибока астенія поєднані психічні розлади 	<ul style="list-style-type: none"> органічний психосиндром з невиразним інтелектуально-мнестичним зниженням астенія, що не досягає глибокого ступеню легке когнітивне зниження невиразні тривожно-депресивні синдроми
Медичний критерій неправочиноздатності		

Структуру медичного критерію «неправочиноздатності» складають деменція, органічний психосиндром, який не сягає ступеню деменції, розлади свідомості, глибока астенія, маячний синдром, поєднані психічні розлади.

Основним і найбільш достовірним джерелом інформації про психічний стан особи з онкологічним захворюванням є медична документація, особливо з психоневрологічних закладів, в якій безпосередньо відображено психічні порушення, їх рівень, описано психічний статус, встановлено діагноз. Однак, лише незначна частина осіб за життя оглядається лікарями-психіатрами (до онкозахворювання 4,8 %, в процесі онкохвороби 17,1 %). Тому експертному аналізу мають підлягати інші лікарські записи, які прямо чи опосередковано свідчать про психічний стан особи, обов'язково у співставленні з часом укладання правочину.

Результати огляду лікарів-невропатологів є експертно цінним, а іноді єдиним джерелом отримання інформації та обґрунтування експертних висновків стосовно психічного стану осіб з онкологічними захворюваннями при проведенні СПЕ. Неврологічний стан тісно взаємопов'язаний з психічними функціями людини. Неврологічні захворювання можуть супроводжуватись психічними розладами або виступати безпосереднім підґрунтям розвитку психічних захворювань.

У результаті аналізу даних щодо неврологічних оглядів осіб з онкологічними захворюваннями, з урахуванням діагнозів і періоду їх встановлення, опису неврологічного статусу та динаміки неврологічного стану було встановлено, що достовірне експертне значення стосовно нервово-психічного стану онкохворих мають наступні неврологічні ознаки:

- дисциркуляторна енцефалопатія III стадії (діагностувалась до онкозахворювання у 28,6 % випадках проти 15,6 %, $p < 0,05$, та відповідно у 36,4 % випадках проти 25,0 % після діагностики онкологічної недуги, $p < 0,05$);
- приєднання інтоксикаційної енцефалопатії під час онкохвороби (18,2 % проти 7,1 %, $p < 0,05$);

- наявність наслідків гострих порушень мозкового кровообігу (22,7 % проти 7,1 %, $p<0,01$), що розвинулись на тлі церебрального атеросклерозу та супроводжуються психічними порушеннями у вигляді інтелектуально-мнестичного зниження (42,9 % проти 15,8 %, $p<0,05$, та 27,3 % проти 14,3 %, $p<0,05$).

При констатації інтелектуально-мнестичного зниження лікарі-невропатологи вкрай рідко визначають його ступінь, тому для експертної оцінки цих розладів і визначення їх глибини потрібно аналізувати свідчення з інших джерел (показів свідків щодо поведінки, соціального, професійного, сімейного, побутового функціонування підекспертного, тощо).

Достовірне експертне значення мають такі додаткові відомості про умови та особливості укладання угоди, які:

- 1) безпосередньо свідчать про тяжкість сомато-онкологічного стану та прогредієнтність хвороби, тим самим опосередковано відображають медичний критерій неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними:
 - тривалість онкологічної хвороби від моменту встановлення діагнозу до смерті

менше 3 місяців (51,1 % проти 26,2 %, $p<0,01$);

- наявність ускладнень онкологічного захворювання (асцит, ексудативний плеврит, виразна анемія з потребою у замісній гемотрансфузії, механічна жовтяниця, поліорганна недостатність, множинне метастазування, виразна ракова інтоксикація);
- час від підписання правочину до смерті менше тижня (57,8 % проти 23,8 %, $p<0,01$);
- укладання юридичної угоди у лікарні або вдома через важкий стан хворих (84,4 % проти 52,4 %, $p<0,01$);

- 2) відображають мотиваційно-поведінковий компонент укладання правочину, тим самим опосередковано свідчать про цілеспрямованість юридичної діяльності, усвідомлення зовнішнього та фактичного змісту угоди, її юридичного та соціального прогнозу, що пов'язано з юридичним критерієм здатності УЗСД та КН:

- відсутність власної ініціативи в укладанні правочину (48,9 % проти 3,6 %, $p<0,01$), пасивність поведінкової діяльності, спрямованої на укладання угоди,

Методологічна схема експертної оцінки джерел інформації про психічний стан особи з онкологічним захворюванням при проведенні СПЕ

Джерело інформації	Ознаки, що мають достовірне експертне значення	
1. Медична документація		
<ul style="list-style-type: none">дані психіатричних оглядів	<ul style="list-style-type: none">деменціяорганічний психосиндром, який не досягає ступеню деменціїрозлади свідомостіглибока астеніямаячний синдромпоєднані психічні розлади	психіатричні ознаки
<ul style="list-style-type: none">дані неврологічних оглядів	<ul style="list-style-type: none">дисциркуляторна енцефалопатія III стадіїприєднання інтоксикаційної енцефалопатії під час онкохворобинаслідки гострих порушень мозкового кровообігу на тлі церебрального атеросклерозу, що супроводжуються інтелектуально-мнестичним зниженням	неврологічні ознаки
<ul style="list-style-type: none">дані про сомато-онкологічний стан	<ul style="list-style-type: none">термінальна стадія онкологічного захворюваннянаявність ускладнень онкопатології (асцит, ексудативний плеврит, анемія з потребою замісної гемотрансфузії, поліорганна недостатність)множинне метастазуваннявиразна інтоксикація	сомато-онкологічні ознаки
2. Матеріали справи	<ul style="list-style-type: none">місце укладання правочину: вдома або у лікарнітривалість онкозахворювання менше 3-х місяцівчас від підписання угоди до смерті менше тижнявідсутність власної ініціативи в укладанні правочину, пасивність поведінкової діяльності, спрямованої на укладання угоди, яка обмежувалась пасивним підписанням документів, несподіваність укладання правочину без періоду планування та обговорення, незрозумілість та нелогічність мотивівукладання повторних цивільних актів, переважно на віддалених родичів, по нелогічним, незрозумілим мотивам	мотиваційно-поведінкові ознаки
3. Покази свідків: <ul style="list-style-type: none">медичних працівників;незацікавлених сторін по справі;зацікавлених учасників судової тяжби		
4. Результат огляду підекспертної особи (при очних СПЕ!)		

яка обмежувалась пасивним підписанням документів (51,1 % проти 1,2 %, $p < 0,01$), несподіваність укладання правочину без періоду планування та обговорення (55,6 % проти 9,5 %, $p < 0,01$), незрозумілість та нелогічність мотивів нотаріально-юридичних дій (68,9 % проти 6,0 %, $p < 0,01$).;

- укладання повторних цивільних актів (33,3 % проти 17,9 %, $p < 0,05$), переважно на віддалених родичів (66,7 % проти 13,3 %, $p < 0,01$), по нелогічним, незрозумілим мотивам (80,0 % проти 13,3 %, $p < 0,01$).

Висновки

Таким чином, експертні підходи до оцінки здатності онкохворих УЗСД та КН під час укладання правочинів при проведенні СПЕ повинні ґрунтуватись власне на аналізі медичних даних щодо психічного стану підекспертного з урахуванням додаткових неврологічних, сомато-онкологічних, мотиваційно-поведінкових відомостей про стан особи, умови і особливості укладання цивільних актів з урахуванням експертної значимості джерел інформації про психічні порушення та при обов'язковому співставленні їх з часом укладання цивільних угод (методологічна схема експертної оцінки джерел інформації про психічний стан особи з онкологічним захворюванням при проведенні СПЕ).

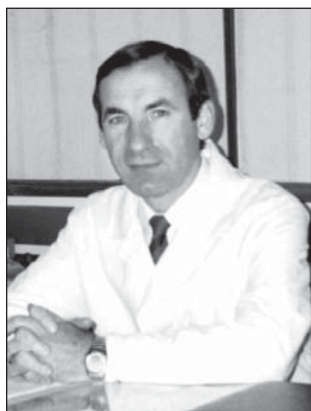
Література

1. Цивільний кодекс України: Коментар. Видання друге із змінами за станом на 15 січня 2004 року. — Х.: ТОВ «Одисей», 2004. — 856 с.
2. Цивільне право України: Академічний курс: Підруч.: у 2 т./ За заг. ред. Я. М. Шевченко. — Вид. 2-ге, доп. і перероб. — К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2006. — Т.1, Загальна частина. — 696 с.
3. 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.

УДК 616.89:340.126:340.624.6

Психиатрия при нацизме: характеристика некоторых трагических особенностей.

Сообщение 1



Петрюк П. Т.

Петрюк П. Т.

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

Резюме. У роботі на підставі джерел спеціальної літератури висвітлюються деякі трагічні особливості психіатрії при нацизмі: «Закон Німеччини про стерилізацію», «Указ про евтаназію», програма умиротворення «Т-4», масове знищення тяжкохворих, душевнохворих, розумово відсталих, людей похилого віку, калік, хворих із спадково обтяженою патологією, євреїв, іноземних робітників, військовополонених та інших. Підкреслюється активна роль в цьому процесі кіноіндустрії, спеціальної літератури з євгеніки та деяких німецьких психіатрів. Приводиться опис термінів «ендогенне небажання працювати», «замасковане недоумство», спеціальної нацистської організації «Лебенсборн» і способів знищення психічнохворих.

Ключові слова: психіатрія при нацизмі, програма «Т-4», примусова евтаназія.

Psychiatry at Nazism: description of some tragic features. Report 1

Petryuk P. T.

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

Resume. In work on the basis of sources of the special literature some tragic features of psychiatry at Nazism are lighted: «Law of Germany on sterilization», «Decree about euthanasia», program of killing of «T-4», mass elimination of seriously sick, mentally ill, mentally backward, old men, cripples, patients with the inherited burdened pathology, Jewries, foreign workers, prisoners of war and other. An active role is underlined in this process of film industry, special literature on eugenics and some German psychiatrists. Description over of terms is brought «endogenous unwillingness to work», «disguised imbecility», to the special Nazi organization of «Lebensborn» and methods of elimination mentally of patients.

Key words: psychiatry at Nazism, program «T-4», forced euthanasia.

*Только смерть превращает жизнь
в судьбу.*

Андре Мальро

Общеизвестно, что самая заметная психиатрическая концепция начала XX века берет свое начало в евгеническом движении. Учитывая сугубо материалистические настроения того времени, когда безапелляционно заявлялось, что человек — это, по сути, животное, не приходится удивляться тому, что евгеника — теория управления размножением человека с целью получить оптимальное потомство — приобрела популярность [1].

В 30-х годах XX века нацистские психиатры активно использовали кинопромышленность Германии для популяризации евгеники и расовой гигиены. Усилия пропаганды были направлены на получение публичной поддержки для программ, которые рекламировались как экономически выгодные, но в действительности пестовали смерть.

В период между 1895 и 1920 годами немецкие психиатры разрабатывали «научное» обоснование массовым убийствам. Сначала их

программа прошла испытание на «психически неполноценных» людях. Доктор Эрнст Рудин, профессор психиатрии Мюнхенского университета, автор принятого в 1933 году «Закона Германии о стерилизации», на основании которого были уничтожены сотни тысяч граждан Германии, в свое время хвастался: «Только благодаря фюреру осуществилась наша тридцатилетняя мечта о внедрении в общество расовой гигиены».

За два года до проведения конференции «Об окончательном решении еврейского вопроса», позволившей холокосту вступить в фазу массового уничтожения людей, в психиатрических учреждениях были совершены первые «экспериментальные убийства». При помощи отравляющего газа под наблюдением психиатров и другого персонала было уничтожено около 20 человек. Ведущие психиатры Германии запустили проект эвтаназии «Т-4», в названии которого был использован адрес штаб-квартиры проекта: Тиергартенштрассе, 4, Берлин. Для получения широкого одобрения своей кровавой деятельности психиатры проекта «Т-4» создали сценарии

пропагандистских фильмов. Один из фильмов, созданных психиатром Кампфером, который назывался «Жизнь без жизни», был призван убедить население в том, что уход за больными обходится слишком дорого и что лечение людей, страдающих «генетическими заболеваниями», является бесполезным.

В другом фильме с незатейливым названием «Душевнобольной» было подробно показано, насколько тщательно психиатры изучали истории болезней и первичные диагнозы каждого пациента, чтобы установить, не является ли он «неизлечимым». Через смотровое окно оператор снимал процесс уничтожения людей в газовой камере. Голос за кадром «успокаивал»: «...Пациенты подвергаются воздействию угарного газа. Поступающий газ не имеет никакого запаха. Сначала он лишает пациента способности соображать, а затем — сознания». А когда пациент делал свой последний вздох, незримый голос за кадром заявлял: «Вот так, без боли и борьбы, не осознавая происходящего, пациент получает избавление смертью» [2].

Ближе к концу войны нацисты заблаговременно уничтожили несколько столь же откровенных и обличительных фильмов. Однако был обнаружен неотредактированный отснятый материал, который был частью одного из таких фильмов под названием «Законы наследственности». Сценаристами фильма были, к сожалению, те же психиатры. В материале показано, как съёмочная группа, одетая «под врачей», посещает лечебницы и участвует в сценах, в которых они выносят смертный приговор нетрудоспособным и калекам. «В этом документальном фильме показана в действии извращённая версия учения Ч. Дарвина: право на жизнь имеют только сильные и здоровые... Нежизнеспособные будут неизбежно уничтожены самой природой. Последние десятилетия человечество жестоко нарушало законы естественного отбора. Мы не просто поддерживали людей, недостойных жить. Мы позволяли им размножаться». Сценарий требовал, чтобы лица пациентов выглядели «совершенно безумными», для чего использовались яркие источники света, установленные внизу.

С 1939 года благодаря этой бессовестной пропаганде психиатры уничтожили за шесть лет около 300 000 человек или более 90 % всех душевнобольных пациентов по всей стране. Более 87 000 из них были детьми и подростками. Ещё 350 000 человек были подвергнуты принудительной стерилизации [2].

Находясь под впечатлением проигранной Первой мировой войны, ещё в 1920 году видный юрист Карл Биндинг и психиатр из Фрайбурга Альфред Хохе написали вызвавшее самые

разные реакции произведение под названием «Предание уничтожению никчемных жизней», в котором они подвели итог развязанной в конце XIX века дискуссии о медицинском избавлении неизлечимых больных и больных с непереносимыми страданиями. О судьбе пребывающих в лечебницах неизлечимых душевнобольных с их «балластным существованием» в ней говорится так: «Но, может быть, однажды мы созреем до понимания того, что устранение полных духовных мертвецов — не преступление, не безнравственное действие, не бесчувственная черствость, а дозволенный полезный акт» [3].

История нацистской партии изобилует преступлениями. Террор являлся одним из главных средств осуществления ее замыслов. Еще до прихода нацистов к власти руководство национал-социалистической партии организовало ряд таких акций. Так, в августе 1929 года в местечке Потемпа, расположенном в Верхней Силезии, бандой нацистов был зверски убит рабочий Конрад Питцух. Преступление было совершено на политической почве. Когда пять обвиняемых по этому делу были осуждены специальным судом к смертной казни, А. Гитлер послал им телеграмму такого содержания: «Мои товарищи! Несмотря на этот беспримерный кровавый приговор, я чувствую себя с Вами связанным безграничной верностью. Ваша свобода с этого момента есть вопрос нашей чести. Борьба против правительства, при котором такое стало возможным, есть наша обязанность» [4].

Чтобы удовлетворять нуждам политической повестки дня Третьего Рейха, психиатры придумали новые умственные расстройства. Так, профессор Вернер Филлингер, врач-психиатр из немецкого г. Бетеля, первым ввёл в оборот термин «эндогенное нежелание работать» и усмотрел корни этого «состояния» в генетических причинах. Уже из названия можно сделать вывод, о чем идет речь: «эндогенный» означает «зависящий от внутренних, то есть генетически обусловленных, характеристик». Таким образом, над ленивыми людьми и безработными нависла угроза устранения их из общества. Фридрих Стумпфль, коллега Эрнста Рюдина по Институту Кайзера Вильгельма, выдвинул теорию, что у бродяг наблюдается больше проявлений слабоумия и психопатии, чем у обычных людей. В результате бродяги стали первыми кандидатами на уничтожение. Нацистские психиатры придумали также термин «замаскированное слабоумие», подразумевая под этим форму слабоумия, скрывающегося «под маской ума». Подобное определение особенно цинично, т. к. при таком раскладе тех, кто не является слабоумным, можно отнести к «замаскированным слабоумным», если их присутствие в

обществе нежелательно по политическим или иным причинам. Любого, кто нормален, но доставляет неприятности, можно назвать «слабоумным» — замаскированным, но, тем не менее, слабоумным — и по этой причине уничтожить.

Играя в небезопасные игры со словами и, изобретая новые, имеющие явный политический оттенок, диагнозы, нацистские психиатры расширили рамки генетических теорий о слабоумии, с тем, чтобы оправдать уничтожение нормальных людей по политическим мотивам. Нацисты навесили на коммунистов, пацифистов и демократов ярлык «замаскированные слабоумные» и избавлялись от них. Страшно подумать о том, что могли вытворять психиатры в Германии в 30-х годах XX века. Когда психиатры получили возможность свободно устанавливать правила и бесконтрольно действовать в сфере своей компетенции, диагноз о нормальности и ненормальности человека превратился в вопрос политики, реализации дремучих предрассудков, а «лечением» стали уготованные тоталитарным режимом стерилизация или смерть.

Жертвами были отнюдь не одни политические диссиденты и представители «не тех» конфессий или этнических групп. Закон, предназначенный, вроде бы, на благо здоровья нации, в действительности был направлен против всех «тунеядцев», «правонарушителей», алкоголиков, бродяг, попрошаек и других «асоциальных (не заботящихся о благе других людей, сторонящихся людей, враждебных людям) элементов». Арестовывали практически каждого, кто был отнесён к категории людей, «обременяющих общество» [5].

После прихода нацистов к власти именно акция «Т-4» послужила началом перехода гитлеровцев от отдельных преступлений к заранее планируемому и массовому злодеянию. В известной книге профессора Института современной истории права в Берлине Ф. Кауля «Nazimordaktion, T. 4. Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes» (1973) подробно рассмотрен механизм организации и проведения этого злодеяния.

В мае 1939 года к директору клиники детских болезней Лейпцигского университета профессору В. Гателю обратились супруги Кнауеры по поводу судьбы их малолетнего сына — глубоко калеки. Профессор подтвердил факт неизлечимости младенца, добавив, что для него и родителей лучшим выходом явится смерть ребенка. Тогда супруги спросили о возможности осуществления этой акции безболезненным путем. В ответ им было сообщено, что эту проблему может разрешить только сам фюрер. По совету В. Гателя Кнауеры обратились в канцелярию

фюрера, возглавлявшуюся Ф. Боулером. Эта просьба была передана А. Гитлеру. В то время умерщвление неизлечимых и тяжело больных по уголовным законам рассматривалось как убийство. После проверки просьбы Кнауеров личным врачом А. Гитлера К. Брандтом фюрер через М. Бормана дал указание о возможности проведения подобных акций (они адресовались соответствующим ведомствам, в том числе Министру юстиции Ф. Гюртнеру). Больной ребенок был усыплен в университетской клинике Лейпцига. За этим эпизодом последовала массовая кампания, для руководства которой был создан государственный комитет по научному изучению наследственных тяжелых болезней, а 18 августа 1939 года издано строго секретное указание Министерства внутренних дел о порядке проведения подобных акций [1, 4].

В начале 1920-х годов начинающий политик А. Гитлер прочитал тексты немецких евгеников и был глубоко впечатлён. Две книги, написанные психиатрами Альфредом Плётцом и Альфредом Хохом, соответственно «Благополучие нашей расы и защита слабого» (1905) и «Право на уничтожение жизни, недостойной жизни» (1920) помогли А. Гитлеру завершить осмысление теорий, которые он выразил в «Mein Kampf» (Моя борьба) — книге, которая заложила основу для убийства миллионов. Как утверждал А. Гитлер, «право на личную свободу отступает перед обязанностью сохранять расу».

Немецкий психиатр Эрнст Рюдин был одним из высших нацистских идеологов и главным архитектором нацистской программы расовой гигиены. Он также оказал влияние на А. Гитлера, представив свою вымышленную науку «психиатрической евгеники» в 1926 году, согласно которой понятие выживания наиболее приспособленных расширялось до искоренения слабоумных, посылая сотни тысяч душевнобольных на стерилизацию, а в конечном итоге — на смерть. Свои хорошо обоснованные планы расовой гигиены он провёл в жизнь при поддержке и финансировании нацистов.

Таким образом, принудительная эвтаназия (вызывание лёгкой и безмятежной смерти у человека не по его требованию, а по решению родственников, общества и его законодательных институтов) больных и «лишних» людей была частью фашистской программы по выращиванию арийских *сверхчеловеков*. Когда А. Гитлер сидел в 1923 году в тюрьме, он увлёкся руководством Е. Фишера и Ф. Ленца по наследственности человека, расовой гигиене и евгенике, идеи которой в последующем были использованы А. Гитлером в его книге «Mein Kampf» — своего рода библии национал-социализма. Опубликованная в 1925 году, она с этого

момента становится обязательным чтивом для всех партайгеноссен [6]. Ф. Ленц называл национал-социализм прикладной *биологией*, которая была направлена против «низших» рас — евреев, поляков, цыган, для уничтожения которых с 1933 года стали создаваться специальные лагеря: первый — по указанию Г. Геринга — в Берлине, второй — по указанию Г. Гиммлера — в Дахау. По Нюрнбергским законам (сентябрь 1935 года), евреи были лишены германского гражданства, и браки с ними — запрещены. К 1945 году в захваченной Европе, по данным некоторых исследователей, было уничтожено около 6 миллионов евреев.

Началась стерилизация и массовое уничтожение по расовым, физическим и психическим признакам «неполноценных» народов, причём всё это проводилось с активным участием врачей. *Врачи, политика, национализм* — это была стандартная комбинация слов. Следует особо подчеркнуть, что масштабы государственной политики принудительная эвтаназия приобрела лишь при А. Гитлере.

Необходимо отметить, что когда в конце Первой мировой войны германские армии вторгались в нейтральную Бельгию, они, встретив сопротивление в старинном городке Лёвене, разрушили древний собор, расстреляли местных священников и сожгли университетскую библиотеку. Возмущённый этим варварством мир разразился многочисленными публичными протестами. В ответ на них в Германии вышел так называемый «Манифест 93-х», который отвергал приписываемое Германии нарушение международного права и заявлял: *«Мы категорически отвергаем требование платить за сохранение объектов культуры и искусства. Без Германского милитаризма Германская культура была бы уничтожена. Германская армия и народ едины. Мы гарантируем это своей честью и подписями»*.

Данный манифест подписали В. К. Рентген, М. Планк, Э. Беринг, А. Вассерман, А. Нейссер и другие. Среди перечисленных людей 3 лауреата Нобелевской премии, врачи, чьи имена прославлены в названии эффектов, реакций, методов, микробов и т. п. Этим людям было что терять в памяти потомков, но они пожертвовали идеями гуманизма в пользу национализма [7].

До 1939 года германские законы, как уже отмечалось выше, рассматривали эвтаназию как убийство. 30 января 1933 года рейхсканцлером Германии стал А. Гитлер, и уже в 1935 году в Штутгарте вышла книга с интригующим названием «Милость или смерть»? — сочинение немецкого врача Клингера, в котором автор выдвигал тезис о «жизни, недостойной самой жизни» и о необходимости принудительной эвтаназии

для тяжёлых больных. Правительственный советник врач Бёме написал на эту книгу хвалебную рецензию с провокационным обращением к правительству изменить существующее в Германии законодательство. Уже в июле 1935 года в канцелярии фюрера были собраны крупнейшие профессора-психиатры, которым специальный имперский чиновник В. Брак объявил о необходимости провести эвтаназию всех душевнобольных в Германии.

Сохранилось следующее, датированное 1 сентября 1939 года, письмо А. Гитлера: «Рейхслейтеру Боулеру и доктору медицины Брандту поручается под их ответственность расширить полномочия назначаемых для этого поимённо врачей в том направлении, чтобы из гуманных соображений неизлечимо больным в случае критической оценки их болезненного состояния обеспечивалась лёгкая смерть».

В 1939 году было создано, как уже отмечалось, ведомство «Т-4», которому подчинялись все психиатрические больницы и приюты для слабоумных в Германии. Во главе ведомства стоял профессор Вернер Хейде, штандартен-фюрер СС, повесившийся зимой 1964 года в тюрьме г. Бутцербх через 18 часов после того, как в Кёльне выбросился с 8 этажа его ближайший помощник Фридрих Тильман.

Администрация упомянутого ведомства («Рабочая община Рейха по лечению и уходу за пациентами») была создана для того, чтобы претворить в жизнь декрет А. Гитлера — «Указ об эвтаназии». Жертвой этого указа об уничтожении душевнобольных и прочих людей, которым был привешен циничный ярлык «малоценная жизнь», в первое время стали примерно 5 000 детей и 100 000 взрослых. Наряду с приказами об убийстве миллионов евреев и иных людей, названных им расово неполноценными «недочеловеками», *этот приказ считается одним из самых тяжких преступлений А. Гитлера*. Так называемая «программа эвтаназии» не имела, естественно, ничего общего с истинным понятием эвтаназии — помощи при умирании с целью облегчения смерти человеческому существу, заведомо обреченному на мучительное угасание. Этот приказ являлся крайним случаем массового умерщвления «недостойных жизни» людей, *не имевшим равных в истории*. Элис Миллер полагает, что ей удалось обнаружить глубинный психологический мотив, вызвавший к жизни концепцию этого жестокого тайного приказа А. Гитлера. В детстве А. Гитлер ежедневно сталкивался со своей теткой Иоганной Пёльцль, которая была от рождения горбатая, а впоследствии заболела шизофренией. Он так никогда и не смог до конца преодолеть эту юношескую травму, и данное

обстоятельство в какой-то степени обусловило его решение беспощадно уничтожить душевнобольных, калек и прочих людей с физическими недостатками или больных. Подобные изыскания в области глубинной психологии, безусловно, интересны, однако они не отвечают на вопрос, почему такого рода юношеская травма, пережитая многими людьми, привела у А. Гитлера к абсолютному исчезновению моральных барьеров на пути реализации преступных побуждений. Отто Дитрих, на протяжении многих лет возглавлявший печать Рейха, выразил это позднее следующими словами: — «При выборе средств... у него полностью отсутствовало чувство добра и зла, отсутствовал моральный императив».

Таким образом, к этому времени уже весьма далеко зашло разрушение структурного барьера, в котором де Боор усматривает важнейшую причину появления на свет чудовищного приказа об эвтаназии, который позволяет отнести А. Гитлера «к прототипу злостного преступника, который с моральной точки зрения представляет собой *tabula rasa* в тех сферах, где у других правонарушителей обнаруживаются как минимум остатки ранее существовавшего структурного барьера. Утрата же структурного барьера представляет собой одно из самых страшных явлений, известных эмпирической криминологии. Подобный распад нормативной субстанции встречается только у массовых убийц».

Возмущение жестокостью действий «фюрера» нашло свое отражение в формировании в Германии нескольких групп сопротивления с целью устранения диктатора, однако планам этих заговоров не суждено было осуществиться. Такая судьба постигла план полковника Ганса Остера, подобным же образом не удалась попытка покушения красnodеревщика Георга Эльзера 8 ноября 1939 года в мюнхенской пивной «Бюргербройкеллер», которая сорвалась по чистой случайности. Известие о неудавшемся покушении необычайно усилило в А. Гитлере уверенность в его предназначении, и он хриплым от возбуждения голосом воскликнул: «Теперь я совершенно спокоен! То, что я ушел из Бюргербройкеллера раньше обычного, подтверждает: провидение желает, чтобы я достиг своей цели. К этому мнению, высказанному глубоким грудным голосом, что свидетельствовало о полной убежденности, тут же присоединился мюнхенский кардинал М. Фаульхабер, немедленно направивший А. Гитлеру поздравительную телеграмму и отслуживший в церкви Фрауэнкирхе молебен с тем, чтобы, как он выразился, «от имени паствы возблагодарить божественное провидение за счастливое спасение фюрера». Взволнованный И. Геббельс

записал в своем дневнике: «Он умрет только тогда, когда его миссия будет выполнена» [6].

Администрация ведомства «Т-4» располагалась, как известно, в Берлине, Тиергартенштрассе, 4, по этой причине это задание называлось «Аktion Т-4». Все директора психиатрических больниц были в свое время собраны в Берлине и их проинформировали о содержании и практических действиях по осуществлению этого задания. Им приказали представить на рассмотрение формы по всем пациентам и объявить тех, кто: 1) имеет специфические психические расстройства и не может работать или может только выполнять чисто механические задания; 2) непрерывно находился, по меньшей мере, пять лет в психиатрической больнице; 3) содержался под стражей как криминальный душевнобольной; 4) не имеет немецкого гражданства, не принадлежит к германской или схожей расе, уточняя расу и гражданство [8].

История сохранила нам имена врачей, начавших принудительную эвтаназию как государственное мероприятие. Кроме уже упомянутых, следует назвать доктора Леонардо Конти — секретаря по делам здравоохранения Министерства внутренних дел, который собственноручно убил по «Программе эвтаназии» первых больных, инъектировав им смесь смертельных доз морфина со скополамином. Пусть в истории останутся имена Герберта Линдена — руководителя отдела лечебных учреждений Министерства иностранных дел, докторов Пауля Ницше, Германа Пфанмюллера, Шумана, Хеннеке. Не должен быть забыт первый комендант Трешлинка доктор И. Эбель, профессор К. Шнайдер, доктора А. Гирт, Й. Менгеле.

У них не было колебаний. Как говорил доктор Ф. Кляйн, один из врачей Освенцима, «*прочь уважение к человеческой жизни — я просто удаляю гнойный аппендикс из больного тела*» [7, 9]. Преступно попирая клятву Гиппократова о неизменной и гуманной помощи страждущим, акцию «Т-4» активно осуществляли врачи. В нацистской Германии участие некоторых врачей, как уже отмечалось выше, в преступлениях против человечества выразилось и в других формах. Они осуществляли: 1) отбор нетрудоспособных людей, прибывших в концентрационные лагеря для уничтожения; 2) наблюдение за умерщвлением людей посредством применения газа «циклон Б»; 3) отбор для уничтожения больных заключенных, не выздоравливающих в течение 4-х недель; 4) руководство изъятием у заключенных золотых зубов, непосредственно осуществлявшимся в лагерях медперсоналом из заключенных и специальными командами; 5) отбор нежелательных заключенных для

уничтожения под видом медицинских обследований; установление факта смерти и регулирование исполнения наказания при казнях и телесных наказаниях; 7) производство аборт «чуждым в расовом отношении» женщинам в период до 5-го месяца беременности; 8) бесчеловечные медицинские эксперименты различного характера на заключенных [4].

Под лозунгом о необходимости сохранения только людей полноценных, правители Третьего Рейха проводили еще одно мероприятие, долгое время остававшееся неизвестным. В 1935 году была создана специальная нацистская организация «Лебенсборн» («источник жизни»). В ее ведении находились «дома встреч» для офицеров СС и женщин «чистых» с точки зрения расы, а также родильные дома и приюты, где воспитывались дети, предназначенные фюрером для заселения «завоеванных и германизированных» территорий. Сначала в приюты отбирались дети, родившиеся от немок, позднее — от женщин из других стран, обладавших признаками «чистой расы» (в то время как дети больные и калеки направлялись в специальные приюты, где они кончали жизнь «естественной смертью»). На процессах нацистских руководителей проведенных в Нюрнберге американскими военными трибуналами, руководители организации «Лебенсборн» были оправданы на том основании, что этот якобы благотворительный институт занимался лишь профилактикой абортов [4].

24 августа 1941 года, после волны протестов со стороны родственников больных и возмущения священников католической церкви (в том числе влиятельного епископа Мюнстера — Клеменса фон Галена), А. Гитлер отдал приказ об официальном закрытии программы «Т-4». К этому моменту количество жертв «Т-4» превысило 70 000 человек, что соответствовало запланированному числу; также были убиты тысячи детей с соматическими и неврологическими заболеваниями [10]. Массовые убийства в рамках программы «Т-4» вызвали резкое неприятие в том числе и у некоторых функционеров Национал-социалистической немецкой рабочей партии (НСДАП), несмотря на полное подчинение партии принципу фюрерства. Так, руководитель женского нацистского движения Лёвис писала в частном письме жене верховного судьи НСДАП Вальтера Буха: *«Моя вера в победоносное преодоление всех трудностей и опасностей, которые стоят на пути Великой Германии, до сих пор была непоколебимой, свято доверяя фюреру, я безоглядно продиралась через политические дебри, но при том, что сейчас надвинулось на нас, у человека, как выразилась одна юная национал-социалистка,*

работающая в расово-политическом ведомстве, земля уходит из-под ног... ..крестьяне на Альбе, обрабатывающие свои поля и видящие эти фургоны, тоже знают, куда они направляются, более того, у них перед глазами труба крематория, из которой день и ночь валит дым. Нам известно, что среди неизлечимых душевнобольных есть много высокоинтеллектуальных людей, часть из них только относительно нездорова, а часть страдает временными расстройствами психики и в промежутках между припадками обладает абсолютно ясным рассудком и даже повышенным интеллектом. Неужели мало того, что их перед этим стерилизовали?..» [11].

М. Кранах отмечает, что в результате протестов, перевозки душевнобольных для уничтожения были приостановлены в августе 1941 года, и первый этап всеобщей программы эвтаназии был закончен. Её заменили другим планом действий, который был разработан в психиатрических больницах. После 1945 года директор психиатрической больницы в Баварии заявил следующее: «в ноябре 1942 года все директора клиник в Баварии были созваны на встречу в Министерство внутренних дел в департамент здравоохранения в Мюнхене. Собрание тут же было объявлено государственной тайной... Затем председатель объявил, что в психиатрических больницах умирает слишком мало пациентов, и что нет необходимости лечить большинство болезней, которые случаются. После этого директор психиатрической больницы Кауфбойрена коротко рассказал о своей собственной практике: в начале он был настроен против эвтаназии, но потом ему сообщили об официальной программе, и сейчас он сожалеет об отмене эвтаназии. Теперь в своей клинике он сажает пациентов, которых раньше отобрали бы для эвтаназии, на абсолютно безжировую диету, подчеркивая слова *безжировая*. В течение трех месяцев эти пациенты умирали от голода. Он порекомендовал эту процедуру всем психиатрическим больницам как соответствующую потребностям настоящего времени. Вслед за тем председатель приказал ввести так называемую диету голодания во всех психиатрических больницах и заявил, что никакого письменного приказа не будет, но что все психиатрические больницы будут проверяться на предмет исполнения данного приказа» [8].

Директор другой психиатрической больницы на этой же конференции сообщил: «Когда рекомендации относительно специфической диеты были представлены, все присутствующие директора, за исключением двух человек, повели себя очень сдержанным образом. Секретарь Министерства внутренних дел

закрив конференцію рекомендаціями о том, чтобы безжировая и безвитаминая диета — я точно помню эту формулировку — была введена во всех психиатрических больницах. Он не дал точного приказа, но он явно требовал, чтобы это было сделано. Мне было ясно, что введение диеты «рекомендованной» Секретариатом Министерства внутренних дел означало содействие смерти пациентов, которые не были полезны, и, таким образом, это являлось замещением предшествующей программы эвтаназии. Лично я никогда не вводил эту диету в моей больнице». К этому заявлению он добавил, что, по его мнению, материальные трудности, связанные с войной, не служат оправданием какой-либо меры, которая может вызвать уничтожение части пациентов [8].

Одна медсестра сообщает: «Насколько я помню, так называемая диета-Е была введена в 1943 году. Она состояла из черного кофе или чая на завтрак и вареных овощей на обед и ужин, например, жгучий как крапива шпинат, капуста или картошка. Периодически пациентам, находящимся на диете-Е, разрешалось есть довольно много, так что мы, медсестры, даже говорили друг другу, что пациенты питались бы лучше, если бы еда распределялась более равномерно. Но именно пациенты, находящиеся на диете-Е, с одной стороны, страдали от ужасного голода, а с другой стороны, их желудки внезапно оказывались переполнены. В результате, они находились не только в условиях недоедания из-за диеты, но также страдали от неправильного питания. Так что мы, медсестры, подозревали, что эта система была направлена на то, чтобы повредить пациентам и содействовать их смерти».

Директор принимал решение, кто из пациентов будет посажен на диету-Е, и выполнение этих указов проверяла администрация. Еще одна медсестра рассказывает: «Что касается диеты-Е, я могу повторить то, что мне рассказывала нянечка на кухне: однажды на кухне одновременно было два котла с мясом. Нянечка попросила инспектора от администрации разрешить ей дать пациентам диеты-Е бульон от мяса, так как они практически убивали друг друга от голода. Он начал кричать и ругаться — можно даже сказать орать — что он скорее выльет бульон на мусорную свалку, чем даст его пациентам диеты-Е» [8].

Священник больницы также рассказывал: «Я хотел бы проиллюстрировать циничный характер должностных лиц тем фактом, что пациентам диеты-Е, месяцами не получавшим никакого мяса, давали мясо на День покаяния (первый день Великого поста у католиков и протестантов) и на Страстную пятницу».

Медсестры говорят, что они пытались давать пациентам еду тайком; родственников убеждали присылать посылки с едой, что было строго запрещено, из-за последующих заявлений персонала судебным следователям. Диета-Е, которая существовала до конца войны, сильно увеличила уровень смертности в больницах. В 1943-1945 годах, в Кауфбойрене умерло 1 808 пациентов. Свободные постели тут же заполнялись пациентами из других психиатрических клиник, которые освобождали, чтобы использовать для различных целей. Также в больницы отправляли так называемых «Восточных рабочих» (Ostarbeiter), русских, поляков и прибалтов, принужденных работать, и ставших душевнобольными в лагерях, в которых они содержались. Директива из Берлина предполагала, что доктора прекратят какое-либо лечение, если пациент будет не способен вернуться к работе в течение четырех недель. Это означало смерть [8].

В 1944 году, была введена новая форма эвтаназии. Рассказывает еще одна медсестра: «Я проработала в психиатрической больнице Берлин-Бух 15 лет, когда мне приказали, где-то около Рождества 1939 года, явиться в Берлин в Дом Колумбус с достаточным количеством одежды на четыре недели. В приказе говорилось, что потом пошлют работать за пределы Берлина на несколько месяцев. В Доме Колумбус нам — всего нас было 23 человека — сообщили, что «фюрер» обнародовал указ о том, чтобы покончить с психически больными. Далее нам сообщили, что этот закон не может быть опубликован из-за войны. Напрямую наша задача не заключалась в том, чтобы убивать пациентов. Скорее она касалась исключительно характера ухода за больными. Мы должны были поклясться под присягой «фюреру» и заставить себя перед угрозой смертной казни молчать. Мы должны были подписать бумагу, касательно этих обязательств. Ни я, ни кто другой из присутствующих не пытался отказаться от этих обязательств. Из Дома Колумбус я сразу была доставлена в Графенек возле Мюнзингена, где оставалась с января по декабрь 1940 года. После закрытия психиатрической больницы Графенек я была переведена в психиатрическую больницу Хадамар, в которой я дежурила у постели больных до мая 1943 года. В середине апреля 1944 года я была переведена в психиатрическую больницу Кауфбойрена, получив приказ подвергать душевнобольных эвтаназии. В Кауфбойрене я отчитывалась перед директором больницы, который сказал мне, что он специально вызвал медсестер из Берлина осуществлять эвтаназию в Кауфбойрене. Он сказал, что у него есть очень много хронически

больных и заразных пациентов, и что моей задачей будет «пичкать» этих пациентов лекарствами под его руководством. Исходя из обязательств, которые на меня ввалили, мне было ясно, что лекарства имеют своей целью уничтожение пациентов. Однако я не расценивала это как убийство, но скорее как содействие смерти и освобождение от страдания. Я должна была дежурить у постели больных в женской палате на первом этаже здания. Все пациенты, которые по распоряжению врачей переводились в так называемый загородный дом, были обречены на эвтаназию» [8].

Среди авторов, работающих над проблемой преступлений фашизма, бытует мнение о том, что массовые умерщвления тяжелобольных, душевнобольных и детей-калек были прекращены осенью 1941 года. Причиной явилось обнаружение этих преступлений и возникновение волнений среди населения Германии, массовые протесты за рубежом против этих варварских мероприятий. Однако это не так. Если в самой Германии число подобных акций резко сократилось, то во временно оккупированных странах, в том числе на территории Советского Союза они продолжали осуществляться. Например, в Ленинградской области, недалеко от г. Гатчина (Красногвардейск) в психиатрической больнице им. П. П. Кащенко 20 ноября 1941 года было уничтожено при участии подразделений 9 полицейского батальона около 900 находившихся там на излечении больных, что установлено произведенным после войны расследованием, а также судебно-медицинской экспертизой. В Харькове нацистскими оккупантами 18 декабря 1941 года было расстреляно более 470 пациентов Сабуровой даче, что подтверждается показаниями сотрудников больницы, очевидцев и архивными данными управления НКГБ В Харьковской области [4, 12-14].

Необходимо подчеркнуть, что в декабре 1939 году врачи В. Брак, Боудер и Л. Конти провели первую эвтаназию 4 больным: их посадили на банную скамью, якобы в душевой и убили окисью углерода. Вначале больным рассылались анкеты, которые они возвращали заполненными и которые были анализированы 3 врачами-экспертами, выносившими приговор — кому из вернувших анкету жить, кому умереть. Из 283 000 анкет, рассмотренных 9 профессорами и 39 врачами, на 75 000 была сделана отметка — *в газовую камеру*. Предназначенных для эвтаназии больных привозили в один из созданных в Германии «танатологических» центров: Гартхен (близ Линца), Зонненштейн (близ Пирны), Графенек (в Вюртембурге), Бернбург, Бранденбург и Хадамар (под Лимбургом). Там их убивали под наблюдением врачей.

Вначале от германской медицины эта акция скрывалась, но летом 1940 года вышло распоряжение рейхсминистра внутренних дел «О планомерном охвате пациентов заведения», в результате которого за год было уничтожено 275 000 больных. К маю 1945 года в психиатрических больницах Германии остались в живых только 15 % больных.

Вначале убивали только душевнобольных, потом стариков, новорожденных с уродствами, калек. Потом дело дошло до евреев, иностранных рабочих, военнопленных и т. п. Вначале убивали окисью углерода, потом инъекциями различных ядов, циклоном-Б и другими способами.

К началу Нюрнбергского процесса судебные акты по принудительной эвтаназии составили 84 000 страниц; одно лишь обвинительное заключение заняло 900 страниц. Так что же, во всем этом массовом ужасе виновата сама идея эвтаназии как легкой безмятежной смерти, которую хотел бы получить каждый человек, когда придет её срок? Нет, за ошибку отвечает тот, кто её совершил, жрецы, а не Бог, которому они служат [7].

Следовательно, программа умерщвления «Т-4» («Акция Тюрнгартенштрассе 4») — официальное наименование евгенической программы немецких национал-социалистов по стерилизации, а в дальнейшем и физическому уничтожению душевнобольных, умственно отсталых и наследственно отягощенных больных. В дальнейшем в круг лиц, подвергавшихся уничтожению, были включены нетрудоспособные лица (инвалиды, а также болеющие больше 5 лет). Вначале уничтожались только дети до 3-х лет, затем все возрастные группы [15].

10 декабря 1941 года инспектор концлагеря главного административно-хозяйственного управления СС при рейхсфюрере СС А. Либехеншел дал указание администрации 8 концентрационных лагерей о проведении комиссиями врачей СС проверок и отбора заключенных для осуществления «особого обращения Т-4-13», что означало распространение операции «Т-4» на лагеря и указывало на способ уничтожения посредством газа («13»). Тысячи заключенных, не только больных, но и по каким-либо мотивам не угодных администрации лагерей, пали жертвами этого злодеяния нацистских правителей [15].

Через четыре недели после капитуляции американцы впервые провели инспекцию больницы. Один из американских офицеров в своем докладе писал:

«Когда следователи попросили о встрече со вторым врачом, ответственным за больницу, им невозможно сообщить, что прошлой ночью он повесился. Никто не казался возбужденным или

емоціонально розстроєним в зв'язі з його ужасним концом. Таким було байдуже ставлення лікарів і медсестер до насильницької смерті. Експерти виявили в неохолодженому морзі розкладаючіся тіла чоловіків і жінок, які померли за кілька днів до цього. Їх вага був від 26 до 33 кг. Серед тих, ще живих дітей був десятирічний хлопчик, який важив менше 10 кг, і ноги якого в районі ікри в діаметрі становили 2,5 дюйма. Інформатор повідомив, що дуже поширені туберкульоз і інші захворювання. Чесотка, вши і інші паразити зустрічалися всюди. Більше було брудне, і навіть до приїзду слідовців не вживалися ніякі санітарні заходи» [8].

М. Кранх справедливо зауважує, що в майбутньому будуть написані нові глави цієї жакальної історії. Тільки в останні роки ми дізналися про експерименти над людьми, які проводилися на пацієнтах психіатричних лікарень, наприклад, експерименти Шальтенбранда (Shevell A. Evans, 1994; V. Cranach, 1999). Також нам стало відомо про ролі фармацевтичної промисловості, експериментувавшої ліків на пацієнтах (I. G. Farben), і багатьох інших експериментах на живих людях.

В цей другий період померло 110 000 пацієнтів, загальна кількість жертв в період між 1939 і 1945 роками досягає до 180 000 [8].

Історія «Т-4» примітна тим, що ще раз демонструє злочини націонал-соціалістичної системи, порушувалої навіть свої власні закони. С іншої сторони, вона показує, що ідеї нацистів лякають близько до нашої повсякденної реальності. Багато людей погоджуються з думкою, що життя психічно хворих людей або інвалідів — це не справжнє життя, що вона має меншу цінність. Ідея евтаназії стає все більш популярною в Західній Європі, особливо в Нідерландах. Кілька років тому одна голландська медсестра була визнана винною в вбивстві більш ніж 90 психічно хворих людей. Дискусії про життя і смерть продовжуються, особливо серед фахівців в системі охорони здоров'я.

Необхідно зазначити, що 45 % лікарів в нацистській Німеччині були членами

НСДАП — більш високий відсоток, ніж серед представників будь-якої іншої професії, — це сумневісний факт. За винятком кількох окремих випадків, лікарі не протиставляли «заходам по евтаназії», незважаючи на присягу Гіппократа. З всіх психіатрів тільки два професора — Карл Бонхёффер в Берліні і Готфрід Евальд в Геттінгені — відмовилися від будь-якого виду участі в «заходах по евтаназії». Єдиним помітним проявом опору був протест з боку релігійних діячів, до якого вже згадувалося вище. Крім того, створення в суспільстві обстановки нетерпимості до «заходів по евтаназії», ці протести також привели до арешту кількох пасторів і священиків, відкрито виступавших проти таких вбивств в час церковних служб. Наприклад, в серпні 1941 року кількість жертв «програми евтаназії» досягло 70 000 осіб. 28 липня 1941 року єпископ Мюнстерський граф фон Гален викликав перед прокуратурою Мюнстерського земельного суду і перед поліцейсько-президентом Мюнстера справу про групове вбивство душевнохворих людей. В результаті цього протесту виконання програми було призупинено, але не скасовано. 26 вересня єпископ фон Гален змушений був відновити свій протест, оголосивши про це в церковних кафедрах Ольденбургського округу.

Німецька секретна поліція (гестапо) робила все можливе для придушення будь-яких заперечень проти «заходів по евтаназії». Навіть тих, хто просто жив поблизу до клінік евтаназії і наважувався говорити про них, відправляли в концентраційні табори [5, 16].

Таким чином, на основі всього вищеизложеного в висновку слід висловити попередження ученому, чиновникам, лікарям, політикам і всім тим, хто відчуває себе відповідальним за те, що відбувається навколо, про те, що не можна ігнорувати етику і забувати про те, що руйнівні сили, які приховані в суспільстві, як в ящику Пандори. Безсумнісний, злочини фашизму проти людства потребують в подальшому дослідженні, особливо ті, які стосуються душевнохворих і здорових громадян України.

Література

1. Вайсман Б. Психіатрія — предателство, не знаюче меж / Б. Вайсман. — М.: Видавництво «АНВІК К», 2002. — 384 с.
2. Психіатрія і кіностудія — смертельний аттракціон // Уничтожение талантов: Психіатрія руйнує творче початок: Доклад о руйнівному впливі психіатрії на мистецтво і суспільство: Рекомендації Громадянської комісії по правах людини. — М.: Публікація ГКПЧ, 2004. — С. 5-13.
3. Binding K. Die freigabe der vernichtung lebensunwerten lebens: Ihr mass und ihre form / K. Binding, A. Hoche. — Leipzig: F. Meiner, 1920. — S. 57.

4. *Алексеев Н. С.* Рецензия на книгу «Kaul F. Nazimordaktion, T. 4. Ein Bericht über die erste industrimabig durchführte Mordaktion des Naziregimes. — Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1973» / Н. С. Алексеев // Правоведение. — 1977. — № 1. — С. 122-124.
5. *Рёдер Т.* Секретная деятельность третьего рейха. Т-4: убийцы начинают действовать / Т. Рёдер, Ф. Киллибус, Э. Бёрвелл // Психиатры: люди за спиной Гитлера. — М.: Изд-во «АНВИК К», 2004. — С. 57-86.
6. *Ноймайр А.* Адольф Гитлер / А. Ноймайр // Диктаторы в зеркале медицины. Наполеон. Гитлер. Сталин. — Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 1997. — С. 159-326.
7. *Зильбер А. П.* Трактат об эйтаназии / А. П. Зильбер. — Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998. — 464 с.
8. *Кранах М.* Уничтожение психически больных в нацистской Германии в 1939-1945 гг. / М. Кранах // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 5-12.
9. *Mielke F.* Medizin ohne Menschlichkeit / F. Mielke, A. Mitscherlich. — Frankfurt: „Fisher“, 2004. — 392 s.
10. *Strous R. D.* Психиатры Гитлера: целители и научные исследователи, превратившиеся в палачей, и их роль в наши дни (расширенный реферат). Врачи и их преступления против человечества в нацистской Германии / R. D. Strous [Электронный ресурс] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8. — № 5 // Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/index.shtml>.
11. *Мельников Д. Е.* Конвейер смерти: Тайны СС и гестапо / Д. Е. Мельников, Л. Б. Черная. — М.: Вече, 2005. — С. 196-198.
12. Преступные цели — преступные средства: Документы об оккупационной политике фашистской Германии на территории СССР (1941-1944 гг.). — М., 1968. — С. 116.
13. *Федотов Д. Д.* О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны / Д. Д. Федотов // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — 1965. — Т. 12. — С. 443-459.
14. *Зеленина Е.* Оккупация: Рассекречены документы трагических эпизодов в истории Харьковщины / Е. Зеленина // Время. — 23 августа 2001. — № 93 (14918). — С. 3.
15. Программа умерщвления Т-4 [Электронный ресурс] // Википедия // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
16. Эвтаназии, программа [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://virtlib.odessa.net/encyclopedia/reich/page_slovar_ei.shtml.

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
MENTAL HEALTH**

*Міждисциплінарний
науково-практичний журнал*

ВИПУСК 4(29) 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.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 — 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 9 від 17.11.2010 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
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Огоренко В.В.</i> Ранние клинические проявления опухолей головного мозга в психиатрической практике	4
Аддиктивні розлади	
<i>Животовська Л.В.</i> Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у хворих із залежністю від алкоголю	7
<i>Аймедов К. В.</i> Акцентуація характеру і рівень суб'єктивного контролю як преморбідне підґрунтя для розвитку та прогресивності патологічної схильності від азартних ігор	10
<i>Андрюх П. Г.</i> Результаты применения опросника р. Кеттела в психодиагностическом обследовании лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ (патоперсоналогическая характеристика)	16
Медична психологія та психотерапія	
<i>Стойков І. Ю.</i> Аспекти гештальттерапії про самореалізацію людини	23
<i>Коростій В. І.</i> Психотерапевтична корекція несприятливих психічних розладів та психологічних факторів, які пов'язані з хворобою, у системі лікування та реабілітації пацієнтів молодого віку з психосоматичними захворюваннями	27
Психофармакотерапія	
<i>Кузнецова С. М.</i> Мелатонинэргические антидепрессанты в терапии постинсультной депрессии.	35
Етичні та правові аспекти психічного здоров'я	
<i>Насинник О. А.</i> Формула принудительной госпитализации	43
<i>Афанасьева А. В.</i> Клинико-психопатологическая характеристика больных параноидной шизофренией, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества (в судебно-психиатрической практике)	48
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Зінченко О.М., Зільберблат Г.М.</i> Психічне здоров'я населення київської області - регіональний аспект проблеми, організаційні технології підвищення ефективності психіатричної служби	53
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Карл Густав Юнг: биографические, научные и психиатрические аспекты (К 135-летию со дня рождения).	57
<i>Петрюк О. П., Петрюк П. Т., Бондаренко Л. И.</i> Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук: Профессор Константин Константинович Платонов — выдающийся отечественный ученый- экспериментатор, психолог, невропатолог и бывший сабурянин. Сообщение 3.	68
В допомогу практикуючому лікарю	
<i>Кузнецов В. М. Цегельна С. В.</i> Огляд рекомендацій про профілактику внутрішньолікарняного зараження ВІЛ-інфекцією у медичних працівників.	79
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	90

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 and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Ogorenko V. V.</i> Early clinical manifestations of brain tumors in psychiatric practice.	4
Addictive disorders	
<i>Zhyvotovska L. V.</i> Estimation of efficiency of curatively-rehabilitation measures for patients with dependence on an alcohol.	7
<i>Aimedov K. V.</i> Character accentuation and level of subjective control as a premorbid background for development and progression of pathological gambling inclination.	10
<i>Andruk P. G.</i> The results of use sixteen personality factor questionnaire in the psychodiagnostic examination of contingents by use of various form of the psychoactive substances (pathopersonological characteristic). . . .	16
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Stoikov I. Yu.</i> Aspects of gestalt-therapy on human self-realization. . . .	23
<i>Korostiy V. I.</i> Psychotherapeutic correction of non-psychotic mental disorders and of psychological factors associated with disease in the treatment and psychological rehabilitation of young patients with psychosomatic diseases.	27
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Kuznetsova S. M.</i> Melatoninergetic antidepressants in post-stroke depression treatment.	35
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Nasinnyk O. A.</i> Formulation of involuntary hospitalization.	43
<i>Afanas'eva A. V.</i> Clinical presentation of paranoid schizophrania between patients, who use or don't use substances (in forensic psychiatry practice).	48
Organization and management in mental health care	
<i>Zinchenko O. M., Zilberlat G. M.</i> Population mental health in Kyiv region — regional perspectives of the problem, organizational technologies for improvement mental health services efficacy.	53
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P. T., Petryuk O. P.</i> Carl Gustav Jung: biographic, scientific and psychiatric aspects (To 135-th anniversary).	57
<i>Petryuk O. P., Petryuk P. T., Bondarenko L. I.</i> Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences: Professor Constantin Constantinovich Platonov is a prominent domestic scientist-experimenter, psychologist, neurologist and which at one time worked on the Saburova dacha. Report 3.	68
Help for physician practice	
<i>Kuznetsov V. M., Tsegelna S. V.</i> On prevention of professional and inpatient transmission of HIV-infection among health care professionals.	79
The notice for our authors (equipments to the articles).	90

Шановні читачі!

10 жовтня — Всесвітній день психічного здоров'я. На теперішній час залишається актуальною Європейська декларація з охорони психічного здоров'я і Європейський план дій з охорони психічного здоров'я, прийняті в Гельсінкі в 2005 році. Заходи в галузі охорони психічного здоров'я більше не зводяться суто до питань лікування і інституціоналізації осіб із проблемами психічного здоров'я. Декларація визнає, що політика і послуги в цій галузі спрямовані на те, щоб досягти добробуту і соціальної інтеграції на основі комплексного підходу до задоволення потреб і принесення користі від різноманітної діяльності в галузі охорони психічного здоров'я як для населення в цілому, так і для представників груп ризику й осіб із проблемами психічного здоров'я. Поступово ширший спектр послуг надається за місцем проживання.

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

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

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні кожна європейська країна, проблеми в цій галузі виникають практично в кожного четвертого жителя Європи протягом його життя. Відсоток різного роду психічних захворювань, що виникають у певні періоди, дуже високий у Європі. 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.

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. М. Кузнецов*

УДК 616.831-006-036:616.89

Ранние клинические проявления опухолей головного мозга в психиатрической практике



Огоренко В. В.

Огоренко В. В., канд. мед. наук

Днепропетровская государственная медицинская академия (г. Днепропетровск)

Резюме. У статті вивчено особливості ранніх психічних розладів у хворих з первинними пухлинами головного мозку (ПГМ), досліджено їх клініко-діагностичну значимість в аспекті ранньої діагностики та надання спеціалізованої допомоги. Встановлено високу частоту первинного звернення за консультативною психіатричною та психотерапевтичною допомогою, а також амбулаторного та стаціонарного обстеження та лікування у психіатричних закладах. Виділено групи факторів, що впливають на збільшення діагностичного періоду.

Ключові слова: пухлини головного мозку, неспихотичний реєстр розладів, психотичні психічні порушення, тривалість діагностичного періоду.

Early clinical manifestations of brain tumors in psychiatric practice

Ogorenko V. V.

Dnipropetrovsk state medical Academy (Dnipropetrovsk)

Resume. The paper studied the characteristics of early psychiatric disorders in patients with primary brain tumors (OGM), examine their clinical and diagnostic significance in the aspect of early diagnosis and specialized care. The high frequency of primary treatment for psychiatric counseling and psychological care, as well as outpatient and inpatient assessment and treatment in psychiatric institutions. The groups of factors affecting the increase in the diagnostic period.

Key words: brain tumors, non-psychotic disorders, register, psychotic mental disorders, the duration of the diagnostic period.

Введение

Рост онкологической патологии головного мозга, отмечающийся в последние несколько десятилетий, обусловил актуальность ранней диагностики новообразований. Опухоли головного мозга (ОГМ), особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями. Тем не менее период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза составляет, по данным различных авторов, от 24 до 1 месяца [1–3 и др.]. Формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния пациентов. Данные о структуре и динамике психических нарушений при первичных ОГМ с психопатологическим вариантом клинической манифестации носят во многом обобщенный, а зачастую противоречивый характер [1–2; 4–5]. Клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики, а также недостаточная нейроонкологическая настороженность врачей, во многом являются причиной сложного и продолжительного диагностического маршрута пациентов, у которых психические нарушения являются первыми проявлениями формирования ОГМ. В связи с этим в нейрохирургические клиники больные зачастую поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации либо декомпенсации [1–3].

Исследование психопатологической структуры и особенностей психических расстройств при локальных поражениях головного мозга первичными опухолями на ранних этапах актуально для своевременной и адекватной диагностики и оказания специализированной помощи при данной патологии.

Целью исследования явилось изучение структуры и динамики психических расстройств у больных с первичными опухолями головного мозга и исследование их клинко-диагностической значимости в аспекте ранней диагностики и оказания специализированной помощи.

Материал и методы

Исследованную выборку составили пациенты, у которых ранние клинические проявления опухолей головного мозга были представлены психопатологическим синдромом. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза. В соответствии с критериями исключения, в исследовании не могли участвовать пациенты, преморбидно отягощенные психическими расстройствами и расстройствами поведения, с сопутствующими болезнями нервной системы и соматическими заболеваниями, вызывающими раннее поражение нервной системы, нарушениями сознания и

признаками гипертензионно-дислокационного синдрома. Таким образом, критерии отбора позволили исключить из структуры исследованных признаков психические расстройства, не связанные с психопатологическим вариантом манифестации новообразований головного мозга. У всех больных на окончательном этапе диагностики верифицированы результатами МРТ и данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные опухоли. Используются клиничко-анамнестический клинический психиатрический методы исследования. При психиатрическом обследовании использовалось структурированное интервью, клиничко-психопатологическая часть которого содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования.

Результаты и их обсуждение

Изученную выборку составили 250 больных в возрасте от 21 до 60 лет, из них 140 мужчин (средний возраст $42,5 \pm 11,8$ года) и 110 женщин (средний возраст $44,7 \pm 12,9$ года). У 126 пациентов диагностированы злокачественные опухоли головного мозга (ЗНО), у 124 — доброкачественные (ДНО). В целом для пациентов был характерен длительный и сложный диагностический маршрут: период от момента первичной обращаемости до верификации ОГМ в среднем составил 7.9 ± 6.8 месяца. В изученной группе выявлен высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной и амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощью (более 2/3 наблюдений); в дальнейшем, до верификации диагноза, более 78 % пациентов направлялись на консультацию психиатра врачами-интернистами; 96,4 % из числа обследованных нами больных принимали различные виды психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в амбулаторных условиях либо в отделениях психоневрологического и психиатрического профиля.

Анализ выявленных на диагностическом этапе (от появления психопатологической симптоматики до включения больных в исследование) психических нарушений, свидетельствует о существенных различиях в их количестве и квалификационных категориях, обусловленных в значительной степени особенностями симптоматики инициального периода: психические расстройства на начальных этапах диагностики были квалифицированы как «органические, включая симптоматические и психотические» в 45 % наблюдений; «расстройства настроения» — 19,85 %;

«невротические, связанные со стрессом и соматоформные» — 18,65 %; «расстройства личности и поведения» — 10,6 %; «шизотипические и бредовые» — 6 %. Полиморфизмом, атипичностью и структуральной незавершенностью психических нарушений объясняются и тот факт, что в обследованной группе количество наблюдений психопатологической симптоматики, квалифицированной как психические расстройства в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10, превышало количество больных ($N=413$, $n=250$), при этом у 195 пациентов на разных этапах клиничко-диагностического периода диагностировано более двух вариантов психических расстройств.

Используя кроме клиничко-психопатологического клиничко-анамнестический метод, в структуре данного исследования представлялась возможность проанализировать клиническую симптоматику и ее динамику на протяжении всего диагностического периода, включая период инициальных проявлений опухолевого процесса. Полученные данные свидетельствуют о том, что высокий процент самостоятельного первичного обращения больных за консультативной психиатрической и психотерапевтической помощью обусловлен особенностями начальных проявлений ОГМ: психопатологические нарушения в 94,5 % наблюдений были представлены непсихотическим регистром расстройств — невротическими (преимущественно неврастеническими и ипохондрическими) и аффективными (преимущественно легкими и непродолжительными депрессивными) синдромами, астеническими состояниями, а также изменениями личности. Психотический вариант дебюта ОГМ, представленный галлюцинаторными и параноидными синдромами, отмечен в 2,5 %. Достигающие клинического уровня когнитивные нарушения диагностированы в 9 % всех наблюдений.

Непсихотический регистр расстройств сохранился на протяжении всего клиничко-диагностического периода у 219 больных, однако синдромы и симптомокомплексы и их частотные величины во всех случаях претерпевали динамические изменения — нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность: астенические состояния составили 24 % наблюдений, аффективные симптомокомплексы — 30 %, неврозоподобные и личностные расстройства — 13 и 18 % соответственно; когнитивные — 12 % от общего количества наблюдений. Психотический уровень представлен увеличением количества наблюдений синдромов галлюцинаторно-параноидного регистра (7 %) и появлением в структуре аффективных нарушений психотических состояний (13 % от общего числа наблюдений аффективных расстройств).

Результаты проведенного исследования позволили выделить следующие группы факторов, оказавших влияние на увеличение продолжительности диагностического периода у больных с психопатологическим вариантом клинических проявлений ОГМ.

1. Высокая частота психосоциальных стрессов на протяжении жизни и в периоде, непосредственно предшествующем ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса в изученной выборке: 68,8 % больных пережили на протяжении жизни серьезные стрессы, в том числе те, которые обладают наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием: у 65,1 % от числа вошедших в обсуждаемую группу лиц отмечено накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного до инициальных либо манифестных проявлений новообразования головного мозга; значимые психотравмирующие ситуации носили характер острого стресса у 34,3 % больных (в этих наблюдениях установлена обратная корреляционная связь между интенсивностью стрессового воздействия и продолжительностью клинко-диагностического периода ($r = -0,5$)).
2. Преобладание в периоде клинического дебюта ОГМ психических нарушений пограничного уровня, обусловивших высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью. Отмечавшиеся в этом периоде психические расстройства проявлялись неразвернутостью и синдромальной незавершенностью, их появление в большинстве случаев пациенты связывали с психотравмирующими ситуациями, в связи с чем на начальных этапах диагностики психопатологические состояния преимущественно были расценены как расстройства, связанные со стрессом, невротические и соматоформные.
3. Неэффективность либо временная эффективность различных методов психотерапевтической интервенции и психофармакотерапии. Это расценивалось в 69 %

наблюдений как резистентность, связанная с процессом терапевтического вмешательства, в 21 % — как резистентность, обусловленная патопластическими факторами. Во всех случаях указанные причины послужили основанием для отказа от терапии в амбулаторных условиях и госпитализаций, в том числе в стационары психоневрологического профиля, либо привели к увеличению длительности стационарного лечения.

4. Клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики, проявлявшаяся синдромальной незавершенностью либо атипичностью расстройств, а также сменой синдромов. Полиморфизм психических нарушений, сохранявшийся на протяжении клинко-диагностического периода, объясняет значительное разнообразие и в некоторых случаях противоречивость в их трактовке и, соответственно, терапевтической тактике.

5. Недостаточная нейроонкологическая настороженность врачей — интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращались самостоятельно либо направлялись на консультацию.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что психопатологический вариант клинической манифестации первичных опухолей головного мозга приводит к значительному увеличению клинко-диагностического периода. Пациентов с новообразованиями головного мозга, дебютировавшими психическими расстройствами, характеризует высокая частота первичного обращения за консультативной психиатрической и психотерапевтической помощью, а также амбулаторного и стационарного обследования и лечения в психиатрических учреждениях. Клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики, а также недостаточная нейроонкологическая настороженность врачей, во многом являются причиной поздней диагностики новообразований, что, в свою очередь, влияет на результаты специализированного лечения ОГМ.

Література

1. Медяник И. А., Фраерман А. П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 12. — С.71-74.
2. Olson, J. D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. — 2000. — Vol. 54. — P. 1442–1448.
3. Улитин А. Ю., Олюшин В. Е., Поляков И. В. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге. // Журн. вopr. нейрохир. — 2005. — Т.1. — С.6–12.
4. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. — М. — 2006.
5. Слезкина Л. А., Евдокимова Г. А., Лапина Г. М. Клинические особенности опухолей головного мозга // Неврологический вестник. — 2004. — Т. XXXVI, вып. 1-2 — С.86–89.

УДК 616.89—008.41-08:615.851

Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у хворих із залежністю від алкоголю



Животовська Л. В.

Животовська Л. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме. Проведена оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів з алкогольною залежністю при абстинентному синдромі та на етапі становлення ремісії. Предложена система фармакотерапії та поетапної психотерапії в системі гештальт-підходу. Отримані дані свідчать про достатню високу ефективність даної терапевтичної стратегії.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, медикаментозная терапия, психотерапия.

Estimation of efficiency of curatively-rehabilitation measures for patients with dependence on an alcohol

Resume. The estimation of efficiency of curatively-rehabilitation measures is conducted for patients with alcoholic dependence at an abstinence syndrome and on the stage of becoming of remission. The system of pharmacotherapy and stage-by-stage psychotherapy is offered in the system of gestalt-approach. The obtained data testify to high enough efficiency of this therapeutic strategy.

Key words: alcoholic dependence, medicamentous treatment, psychotherapy.

Лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю передбачає біологічні, психологічні та соціальні втручання і має на меті припинення пацієнтом вживання алкоголю та психосоціальну реабілітацію як самого хворого, так і членів його родини. Ефективність терапії даного захворювання продовжує залишатися недостатньою, так як від 40 до 70 % хворих відновлюють вживання алкоголю протягом першого року після терапії [1]. Саме ці обставини обумовлюють інтенсивні пошуки нових підходів до терапії алкогольної залежності [2]. Одним з принципів терапії є етапність, що передбачає послідовне здійснення лікувальних заходів таким чином, коли кожний наступний вплив є продовженням попереднього та передумовою для майбутнього. Від цього залежить не тільки результативність, але й стійкість терапевтичного ефекту [3].

Суттєве значення психологічних та нейрофізіологічних механізмів в розвитку алкогольної залежності визначають важливу роль психотерапії на всіх етапах лікування даної патології. Небажання пацієнта, що зловживає алкоголем, визнати себе хворим, неможливість правильно оцінити негативний вплив пияцтва на особисте та сімейне життя, соціальні відносини, виробничу діяльність, нездатність пацієнта самостійно виробляти правильний шлях тверезого життя, неадекватне уявлення про себе розглядаються в якості основних об'єктів психотерапевтичного впливу [4].

З літературних джерел відомо, що при розвитку захворювання виникає така метаболічна

ситуація, коли порушення вуглеводного та інших видів обміну призводять до виникнення клітинного енергодефіциту. Наслідком цього є широкий спектр біохімічних, соматоневрологічних та психічних порушень психіки і свідомості непродуктивного та продуктивного характеру [5]. Порушення окислювальних процесів та вуглеводного обміну в тканині мозку виявляються вже на початкових стадіях алкогольної інтоксикації [6].

Засобами патогенетичного впливу на нормалізацію вуглеводного та інших видів обміну є ліпоєва кислота та актовегін. Ліпоєва кислота, що входить в склад препарату Еспа-ліпон, покращує енергетичні параметри, посилює засвоєння кисню клітинами головного мозку, сприяє ліквідації метаболічного ацидозу, має антиоксидантну та нейропротекторну дію [7]. Актовегін активізує мітохондріальну піруватдегідрогеназу, прискорює метаболізм АТФ, має захисний та відновлювальний вплив на функції клітин головного мозку [8].

Дане дослідження проводилося з метою вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів у хворих з алкогольною залежністю при застосуванні в схемі комплексної поетапної терапії препаратів метаболічної дії та психотерапії.

Під нашим спостереженням знаходилося 200 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, всі чоловіки, віком від 20 до 59 років (середній вік $37,8 \pm 2,5$ років). Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 (F10.2–F10.4).

Тривалість захворювання становила від 5 до 17 років. Загальною клінічною характеристикою обстежуваних були сомато-вегетативні розлади, афективні та когнітивні порушення, диссомнія та патологічний потяг до алкоголю в структурі абстинентного синдрому (ААС).

Всі обстежені були розподілені на 3 підгрупи. В контрольну групу (КГ) включено 50 осіб, які отримували тільки базову фармакотерапію. В основній групі 1 (ОГ1) було 75 пацієнтів, яким поряд із стандартною терапією призначали актовегін та еспа-ліпон. В основній групі 2 (ОГ2) було 75 пацієнтів, яким проводилася як метаболічна корекція, так і психотерапія. Дослідження, в якому використовували клініко-психопатологічний, біохімічний та статистичний методи, проводилося до початку лікування, через 2 та 4 тижні від початку терапії. Для вивчення стану вуглеводного обміну застосовували стандартний піруватдегідрогеназний (ПДГ), піруватемічний та піруватуричний тести 120-ї хвилини [9]. Для оцінки терапевтичних ефектів використовували шкалу Гамільтона (HDRS) та Спілбергера-Ханіна.

На першому етапі лікування мішенню терапевтичного впливу було тамування гострих алкогольних психозів та ААС, що включало проведення дезінтоксикації, корекцію сомато-вегетативних та афективних порушень, відновлення сну. Метаболічна корекція полягала в реактивації ключових ферментних комплексів, що дозволяє розблокувати основні шляхи вуглеводного обміну та нормалізувати енергетичний статус нервових клітин. Еспа-ліпон вводили внутрішньовенно крапельно по 12 мл ін'єкційного розчину на добу, що відповідає 300 мг альфа-ліпоєвої кислоти, з 250 мл фізіологічного розчину, протягом тижня, в подальшому призначали в таблетках по 400-600 мг на добу. Актовегін хворі отримували в середньодобовій дозі 200-400 мг (5-10 мл) внутрішньовенно на фізіологічному розчині, щоденно або декілька разів на тиждень. Після завершення інфузійної терапії препарат призначався у формі драже в дозі 400-600 мг на добу.

Другий етап терапії — етап становлення ремісії — починався після стабілізації соматичного стану хворого. При розробці системи психотерапії використовували 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 і вироблення адекватного пристосування до умов соціального середовища. На даному етапі основним завданням психотерапії було формування мотивації

пацієнтів для участі в груповій психотерапії, подолання анозогнозії, зниження тривоги, пов'язаної з необхідністю саморозкриття.

На третьому етапі лікувально-реабілітаційних заходів — етапі сфокусованої терапії — у фокусі уваги при проведенні психотерапії знаходився актуальний внутрішньо-особистісний та міжособистісний конфлікт, виявлення та усвідомлення патологічної ролі стійких установок в області контролю поведінки та самооцінки, усвідомлення можливості вибору та присвоєння відповідальності за свій вибір.

Динаміка психопатологічних проявів у структурі ААС в процесі терапії відображена в таблиці 1. Статистично вірогідне покращення сумарних показників, які оцінювали вираженість афективних, вольових, сомато-вегетативних та когнітивних порушень, відмічалася в усіх трьох групах через 4 тижні терапії, однак, в ОГ1 та ОГ2 по деяким показникам статистично вірогідне покращення спостерігалось вже через 2 тижні комплексної терапії. У пацієнтів ОГ2 стійке покращення психічного стану із стабілізацією афекту супроводжувалося активізацією соціальної поведінки, зміною негативного та формального ставлення до лікування на позитивні установки.

Депресія за шкалою Гамільтона перед початком терапії була помірно вираженою ($22,7 \pm 0,49$ в КГ, $23,9 \pm 0,45$ в ОГ1, $23,4 \pm 0,52$ в ОГ2). Через 4 тижня терапії рівень депресії знижувався в усіх групах ($12,26 \pm 0,4$, $9,95 \pm 0,48$, $9,11 \pm 0,43$ відповідно), при цьому в групі ОГ2 відмічалася вірогідна різниця порівняно з КГ ($p < 0,05$). Рівень реактивної (РРТ) та особистісної (ОРТ) тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна до лікування був високим, через 4 тижні терапії РРТ знизився до рівня помірно вираженої ($38,2 \pm 1,9$ в КГ, $38,5 \pm 1,2$ в ОГ1, $32,5 \pm 0,9$ в ОГ2, $p < 0,05$). ОРТ в КГ та ОГ1 знизився до рівня верхньої межі помірно вираженої, але статистично значимої різниці не було виявлено ($46,2 \pm 1,9$ та $45,8 \pm 1,3$ відповідно), ОРТ в ОГ2 достовірно знизився порівняно в КГ ($43,1 \pm 1,4$, $p < 0,05$).

Динаміка показників вуглеводного обміну за статистикою Friedman ANOVA була достовірною як в ОГ1, так і в ОГ2 ($p < 0,001$). При цьому динаміка рівня пірувату в крові та нічної піруватурії в КГ не була статистично достовірною ($\chi^2 0,17$, $p > 0,05$ та $\chi^2 3,74$, $p > 0,05$ відповідно), в ОГ1 ($\chi^2 8,77$, $p < 0,01$ та $\chi^2 29,79$, $p < 0,001$), в ОГ2 ($\chi^2 4,58$, $p < 0,05$ та $\chi^2 31,11$, $p < 0,001$), динаміка рівня ПДГ в крові була статистично достовірною в КГ ($\chi^2 44,32$, $p < 0,05$), але більш вираженою з тенденцією до нормалізації показників була в ОГ2 та ОГ1 ($\chi^2 84,9$ та $\chi^2 79,87$ відповідно, $p < 0,001$).

Таблиця 1

Динаміка психопатологічних проявів в процесі комплексної терапії

Симптом	Середня оцінка вираженості симптомів, бали								
	Контрольна група КГ n=50			Основна група ОГ1 n=75			Основна група ОГ2 n=75		
	до лікування	через 2 тижні	через 4 тижні	до лікування	через 2 тижні	через 4 тижні	до лікування	через 2 тижні	через 4 тижні
Потяг до алкоголю	2,8±0,27	2,3±0,35	1,9±0,28*	2,9±0,34	2,1±0,24	1,5±0,21*	2,8±0,46	2,1±0,24	**1,1±0,19*
Інсомнія	2,5±0,32	1,9±0,41	1,4±0,26*	2,7±0,28	2,0±0,23	1,2±0,27*	2,6±0,31	2,1±0,25	1,0±0,32*
Тривога	2,3±0,31	1,8±0,25	1,5±0,29	2,5±0,26	2,1±0,34	1,3±0,27*	2,4±0,36	1,9±0,34	**0,9±0,34*
Дисфорія	2,2±0,37	2,0±0,23	1,3±0,32	2,3±0,27	1,7±0,25	1,7±0,35	2,1±0,34	1,6±0,25	1,3±0,28
Зниження настрою	2,5±0,23	1,9±0,18	1,6±0,25*	2,2±0,35	1,8±0,31	**1,0±0,31*	2,4±0,21	1,7±0,31	**0,8±0,37*
Емоційна лабільність	2,6±0,18	2,3±0,21	1,6±0,15*	2,4±0,25	2,0±0,27	1,3±0,22*	2,5±0,14	2,1±0,25	1,3±0,28*
Астенічні розлади	2,6±0,36	2,0±0,28	1,6±0,25*	2,5±0,27	1,6±0,31*	**0,9±0,18*	2,5±0,42	1,4±0,37*	**0,7±0,26*
Дратів-ливість	2,5±0,39	1,9±0,19	1,6±0,23*	2,7±0,31	2,1±0,48	1,8±0,32*	2,6±0,37	1,8±0,42*	**1,2±0,29*
Сомато-вегетативні розлади	2,9±0,25	2,4±0,15	2,0±0,25	2,8±0,29	1,9±0,27*	**1,0±0,28*	2,7±0,34	2,2±0,19*	**0,8±0,25*
Зниження працездатності	2,3±0,26	2,0±0,28	1,5±0,22	2,5±0,28	2,0±0,19	**0,9±0,43*	2,2±0,46	1,8±0,21	**0,7±0,36*
Розлади уваги	2,2±0,24	1,7±0,36	1,5±0,21	2,3±0,35	1,3±0,27*	1,1±0,24*	2,2±0,25	1,3±0,29*	**0,8±0,34*
Виснаж-ливість	2,2±0,41	1,7±0,42	1,2±0,19*	2,0±0,42	1,1±0,28*	**0,8±0,19*	2,3±0,37	1,1±0,23*	**0,5±0,21*
Сумарна оцінка	29,6±0,3	24,1±0,31	18,5±0,2*	29,8±0,3	21,7±0,24	**14,2±0,22*	29,3±0,2	**20,8±0,29	**11,1±0,26*

* — різниця вірогідна (p0,05) порівняно з оцінкою до початку терапії

** — різниця вірогідна (p0,05) порівняно з контрольною групою

Примітка: 0 — симптоматика відсутня, 1 — симптоматика слабо виражена, 2 — симптоматика помірно виражена, 3 — симптоматика виражена.

Таким чином, виражене покращення спостерігалось у пацієнтів, яким проводилася комплексна корекція із застосуванням препаратів метаболічної дії та психотерапевтичних методів. Отримані дані дозволяють зробити висновок про доцільність застосування комплексної терапії хворих з алкогольною залежністю як в абстинентному періоді, так і на етапі становлення ремісії,

оскільки це розширює терапевтичні можливості лікування даного контингенту хворих, має позитивний вплив на сомато-вегетативну сферу, когнітивні функції, сприяє редукції емоційних порушень астено-депресивного спектру, біологічній та соціальній адаптації та дозволяє створити передумови для використання реабілітаційних заходів в амбулаторних умовах.

Література

1. Finney J. W. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment of alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects /J. W. Finney, A. C. Hahn, R. H. Moos //Addiction. — 1996. — P. 1773–1796.
2. Крупицкий Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов: зарубежные исследования /Крупицкий Е. М. //Вопросы наркологии. — 2003. — № 1. — С. 51–61.
3. Опря Є. В. Клініко-психопатологічні порушення при алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування) /Є. В. Опря //Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 2 (14). — С.86-89.
4. Семке В. Я. Здоровье личности и психотерапия: руководство для врачей, психологов и педагогов /В. Я. Семке, А. В. Семке, М. М. Аксенов — Томск: «Твердыня», 2002. — 620 с.
5. Первомайский В. Б. К патогенезу исключительных состояний (первое сообщение) /В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, В. Б. Литвинов //Архив психиатрии. — 2004. — Т.10, № 3 (38). — С.109 — 116.
6. Ашмарин И. П. Нейрохимия: Учебник для биологических и медицинских вузов /Под ред. И. П. Ашмарина, П. В. Стукалова. — М.: Изд. Института биомедицинской химии РАН, 1996. — 470 с.
7. Freisleben H. J. Lipoic acid reduces ischemia-reperfusion injury in animal models /H. J. Freisleben //Toxicology. — 2000. — V. 148 (2-3). — P.159-171.
8. Верткин А. Л. "Система координат" для выбора нейропротективной терапии /А. Л. Верткин, А. А. Дончинова, А. В. Наумов, Ю. С. Скорикова //Рус. мед. журнал. — 2007. — Т. 15, № 16. — С.1211-1218.
9. Томашевська О. Я. Нові методологічні підходи стосовно вивчення порушень вуглеводного обміну у загальній популяції /О. Я. Томашевська //Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань. — Львів: НТШ, 1999. — С.32-44.

Акцентуація характеру і рівень суб'єктивного контролю як преморбідне підґрунтя для розвитку та прогредієнтності патологічної схильності від азартних ігор



Аймедов К. В.

Аймедов К. В.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме. В исследовании разработана социальная программа по профилактике последствий заС помощью психодиагностического исследования 665 человек (473 с патологической склонностью к азартным играм (ПСАИ), 114 — с алкогольной зависимостью (АЗ) и 78 условно здоровых лиц), проанализированы акцентуации характера и уровень субъективного контроля у обследованных. Установлено, что у лиц с ПСАИ преобладают акцентуации демонстративности, возбудимости, гипертимности, циклотимности, у пациентов с АЗ — застревание, тревожно-боязливость, педантичность, гипертимность, циклотимность. Пациенты с ПСАИ и АЗ характеризовались сниженной связью между значимыми жизненными событиями и собственными действиями, они не были способны контролировать данную связь, и в большинстве надеялись на случай. Они опирались на внешние обстоятельства или помощь других лиц. В отличие от данных пациентов, условно здоровые обследованные были социально зрелыми, ответственными личностями. Полученные данные легли в основу разработки комплексной системы лечения патологической склонности к азартным играм.

Ключевые слова: акцентуации характера, уровень субъективного контроля, патологическая склонность к азартным играм.

Resume. With the help of psychodiagnostic study 665 people (473 with pathological gamblers (PG), 114 — with alcohol dependence (AD) and 78 apparently healthy individuals) were analyzed accentuation of the nature and level of subjective control of the surveyed. Established that patients with PG dominated accentuation of demonstrativeness, excitability, hyperintimate, tsiklotimnost in patients with AD — the anxiety-fearfulness, pedantry, hyperintimate, tsiklotimnost. Patients with PG and AD were characterized by reduced coupling between significant life events and their own actions, they were not able to control this relationship, and most hoped for a case. They relied on external circumstances or help others. In contrast to these patients, relatively healthy patients were socially mature, responsible individuals. The data obtained formed the basis for developing an integrated system of treatment for pathological gambling.

Key words: character accentuation, the level of subjective control, pathological gambling.

Характерною ознакою сьогодення практично в усьому світі є зміщення акцентів з поширеної в минулі десятиліття в популяції залежності від алкоголю і наркотиків у бік так званих «інформаційних» варіантів залежності — патологічного гемблінгу, комп'ютероманії, заміщуючого шуму, залежності «телевізійного пульта» (зіппінг) і т. п. [1, 2]. Саме тому в останні роки спостерігається підвищення інтересу до проблеми патологічного гемблінгу серед різних дослідників в різних країнах світу [3–6] та Росії [7–11]. У нашій державі активно ведеться інтенсивний пошук патогенетичних механізмів адиктивної поведінки [12–14]. Розробляються також організаційні принципи надання допомоги залежним [15, 16], проблематика судово-психіатричної експертизи, пов'язана з адиктивною поведінкою [17], методи епідеміологічного моніторингу, соціального скринінгового дослідження з метою швидкого реагування та втілення різних профілактичних заходів [18–20]. Проте, проблемі патологічної схильності до азартних ігор (ПСАІ) присвячено лише декілька публікацій [21–23]. Між тим,

вирішення цієї проблеми є багатовекторним та можливе тільки у рамках комплексної державної або навіть міжнародної програми захисту психічного здоров'я, яка повинна базуватись на ґрунтовних наукових дослідженнях.

З урахуванням вищенаведеного, метою даної роботи було вивчення провідних особистісних рис, які приймають участь у формуванні залежності та подальшому розвитку станів дезадаптації у осіб, що страждають на ПСАІ.

Враховуючи вищенаведене, для розв'язання проблеми ПСАІ, нами здійснено психодіагностичне дослідження 665 осіб, серед яких у 473 (основна група, ОГ) було діагностовано ПСАІ (F63.0), у 114 осіб — алкогольна залежність (перша група порівняння, ПГП) та 78 умовно здорових осіб (друга група порівняння, ДГП). Дослідження включало вивчення акцентуацій характеру обстежених як преморбідного тла для розвитку та прогредієнтності ПСАІ (за методикою К. Леонгарда — Г. Шмішека) [24] та визначення рівню суб'єктивного контролю (РСК) за методикою Дж. Роттера в адаптації

Є. Ф. Бажина із співавт. [24], що надало можливість оцінити у досліджених параметри інтернальності-екстернальності як узагальненої характеристики особистості, яка регулює та впливає різні аспекти поведінки людини, а також в цілому на систему її взаємостосунків. Крім того, за результатом аналізу визначалася спроможність обстежених сприйняття медикаментозного та психотерапевтичного впливу та, на етапі лікування — формування психотерапевтичних груп в залежності від загального показнику.

В цілому, за результатами порівняльного дослідження між групами обстежених, встановлені розбіжності за виявленими психологічними особистісними рисами за їх зустрічальністю та ступенем вираженості.

Результати розподілу обстежених за загальною структурою акцентуацій відображено на рис. 1.

З даних рис. 1 видно, що серед обстежених ОГ переважали провідні риси акцентуацій характеру у вигляді демонстративності (абс. ч. — 62; $13,1 \pm 3,4$ %), збудливості (абс. ч. 61; — $12,9 \pm 3,4$ %), гіпертимності (абс. ч. — 63; $13,3 \pm 3,4$ %), циклотимності (абс. ч. — 61; $12,9 \pm 3,4$ %) ($p < 0,001$). У обстежених ПГП провідні риси акцентуацій характеру розподілилися наступним чином: застрягання (абс. ч. — 15; $13,2 \pm 3,4$ %), тривожно-боязливість (абс. ч. — 16; $14,0 \pm 12,3$ %), педантичність (абс. ч. — 14; $12,3 \pm 3,3$ %), гіпертимність (абс. ч. — 13; $11,4 \pm 3,2$ %), циклотимність (абс. ч. — 15; $13,2 \pm 3,4$ %) ($p < 0,001$). У обстежених ДГП провідними акцентуаціями встановлені педантичність (абс. ч. — 10; $12,8 \pm 3,3$ %), гіпертимність (абс. ч. — 10; $12,8 \pm 3,3$ %), емотивність (абс. ч. — 11; $14,1 \pm 3,4$ %) ($p < 0,001$).

Узагальнюючи результати дослідження обстежених за методикою К. Леонгарда — Г. Шмішека, а також враховуючи анамнез життя, можна зазначити, що досліджувані із високою вірогідністю акцентуації за демонстративним типом характеризувалися схильністю до прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, позерству ($p < 0,001$), демонструванням емоційної лабільності. У 38,0 % досліджуваних ОГ встановлено схильність до конфліктності ($p < 0,001$). У 59,0 % виявлено егоцентризм із неадекватною самооцінкою власних дій ($p < 0,001$).

Обстежені ОГ із діагностованою акцентуацією за збудливим типом характеризувалися слабкістю емоційного контролю. Такі досліджені проявляли підвищену імпульсивність (16,7 %) ($p < 0,001$), схильність до конфліктів (28,4 %) ($p < 0,001$), низку мотивацію до праці (28,6 %) ($p < 0,001$), слабкість відношення до власних зобов'язань (22,9 %) ($p < 0,001$).

Досліджені ПГП із акцентуацією за гіпертимним типом в цілому характеризувалися як такі, що мали недолік «почуття дистанції» у відносинах з іншими особами (33,0 %) ($p < 0,001$), непередбачуваними вибухами гніву та підвищеною роздратованістю (34,1 %) ($p < 0,001$).

Обстежені ДГП із емотивним типом акцентуації характеризувалися зниженою здатністю до виразу мовними або мовленнєвими засобами відчуттів, настроїв, переживань (32,0) ($p < 0,001$), внутрішнім страхом по відношенню до дій навколишніх (33,5 %) ($p < 0,001$).

Наступним етапом стало дослідження обстежених за середнім балом вираженості акцентуованих рис, що відображено у табл. 1. З даних табл. 1 видно, що розподіл пацієнтів за середнім балом по шкалах серед обстежених ОГ, ПГП та

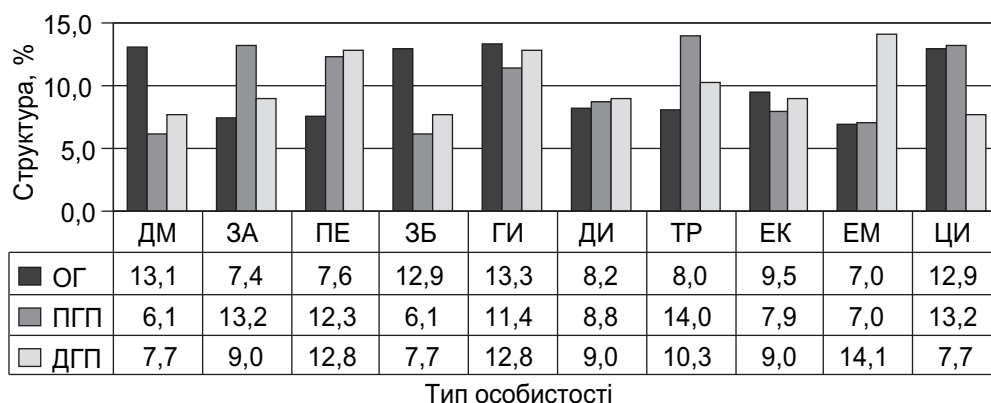


Рис. 1.

Розподіл обстежених за загальною структурою акцентуацій: ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; Гі — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливість; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність

Таблиця 1

Розподіл обстежених за середнім балом вираженості акцентуацій

Група	Рівень у балах	Шкали 1									
		ДМ	ЗА	ПЕ	ЗБ	ГІ	ДИ	ТР	ЕК	ЕМ	ЦИ
		Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.	Ср. б.
ОГ (N=473)	< 12	9	10	9	8	10	11	7	5	8	11
	12-18	18	13	12	18	13	18	15	18	17	14
	18-24	24	24	19	24	19	23	18	24	21	19
ПГП (N=114)	< 12	7	8	8	9	11	10	8	6	9	10
	12-18	14	18	18	16	18	12	18	12	17	18
	18-24	19	24	23	19	24	19	24	20	22	24
ДГП (N=78)	< 12	8	11	8	7	9	12	8	7	7	10
	12-18	–	–	14	–	13	–	–	–	13	–
	19-24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Примітки: ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; ГІ — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливність; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність

ДГП менше 12 балів був рівномірним, що свідчило про відносно схожу вираженість акцентуацій у межах норми у осіб усіх груп. Розподіл пацієнтів з показниками акцентуації у межах 12–18 балів у міжгруповому порівнянні також виявлено рівномірним, що свідчило про подібність тенденції до наявності того чи іншого типу акцентуації у динаміці ($p < 0,001$). Але, при проведенні між групового аналізу за ступенем вираженості акцентуацій виявлено їх значені розбіжності.

Виявлено, що у обстежених ОГ серед акцентуованих рис переважали демонстративність (сер. б — 18; 13,0 %), збудження (сер. б — 18; 12,0 %), дистимічність (сер. б — 18; 12,0 %), екзальтованість (сер. б — 18; 14,0 %) ($p < 0,001$). У ПГП — застрягання (сер. б — 18; 17,0 %), тривожно-боязливність (сер. б — 18; 13,0 %), педантичність (сер. б — 18; 14,0 %), гіпертимність (сер. б — 18; 17,0 %), циклотимність (сер. б — 18; 13,0 %). Як бачимо, виявлені тенденції діагностовано на верхній межі «тенденція — акцентуація», що свідчило про можливість їх загострення до акцентуації (при наявності провокуючих емоційних чинників). У свою чергу, така тенденція до акцентуації, як емотивність, була відносно однаково виражена у осіб обох досліджуваних груп (ОГ та ПГП) (сер. б — 17; 15,0 % та, відповідно, сер. б — 17; 16,0 %) ($p < 0,001$). У обстежених ДГП, в цілому, «тенденцій — акцентуацій» у баловому відрізку не виявлено. Проте, можна зазначити, що такі риси, як педантичність (сер. б — 14; 8,0 %), гіпертимність (сер. б — 13; 9,0 %), емотивність (сер. б — 13; 10,0 %) мали місце, але у кількісному значенні не впливали на результати тестування в цілому по групі.

Розподіл досліджуваних за показниками акцентуації у межах 18–24 балів за аналізом

міжгрупового порівняння також виявився рівномірним, що також свідчило про загально-властиві типи акцентуацій особам, схильним до формування залежної поведінки ($p < 0,001$). Але, за оцінкою ступеня вираженості акцентуацій, виявлено значні розбіжності серед пацієнтів ОГ та ПГП. Встановлено, що обстеженим ОГ властиві демонстративність (сер. б — 24; 21,0 %), збудження (сер. б — 24; 22,0 %), дистимічність (сер. б — 23; 23,0 %), екзальтованість (сер. б — 24; 20,0 %). У осіб ПГП, відповідно, переважали застрягання (сер. б — 24; 24,0 %), тривожно-боязливність (сер. б — 24; 25,0 %), педантичність (сер. б — 23; 28,0 %), гіпертимність (сер. б — 24; 22,0 %), циклотимність (сер. б — 23; 23,0 %). У свою чергу, така акцентуація, як емотивність, як й у випадку із формуванням тенденцій, була відносно однаково виражена обстежених ОГ та ПГП (сер. б — 21; 25,0 % та, відповідно, сер. б — 22; 24,0 %) ($p < 0,001$). У баловому відрізку 18–24 бала у обстежених ДГП акцентуацій не виявлено.

В цілому, розподіл досліджуваних за наявність «тенденцій — акцентуацій» або їх відсутність, не є несподіваним, так як виявлені у процесі збору анамнестичні дані щодо життя, розвитку захворювання, взаємовідносин із значущими особами дозволили окреслити загальні патогенетичні шляхи розвитку «суцільних конфліктів» та, як наслідок, — формування на підґрунті стійких реакцій особистості у вигляді так званих специфічних форм соціальної поведінки (надбана демонстративна-ухвилювальна поведінка) у пацієнтів як ОГ, Г так і ПГП. Основою такою поведінки було бажання із дитинства, з одного боку, повернути до себе максимум уваги з метою впливу на дії батьків та інших значущих осіб (почасту це підсвідоме бажання

дитини контролювати поведінку батьків (проти-лежної статі), а з іншого боку, така поведінка була обумовлена бажанням в деяких ситуаціях почувати себе слабкішим для привернення до себе уваги, почасти із агресивними рисами при відсутності бажаної реакції оточуючих.

Наступним етапом дослідження стало ви-значення рівню суб'єктивного контролю за ме-тодикою Дж. Роттера (адаптація Бажіна Є. Ф. із співавт.). У всіх обстежених визначено показни-ки індивідуального РСК, інваріантного до різних ситуацій діяльності, що відповідає принципу ієрархічної структури системи регуляції осо-бистості. Результати дослідження розподілу досліджених ОГ за РСК відображено у табл. 2

З даних табл. 2 видно, що, в цілому, паці-єнти ОГ мали екстернальний (відхилення вліво < 5,5 стевів) тип суб'єктивного контролю у відпо-відних ситуаціях ($p < 0,01$).

Аналіз окремих показників за шкалами до-зволив надати загальну характеристику обсте-женим пацієнтам. Пацієнтам ОГ було властиво перекладати відповідальність на інших, у тому числі, й у родинних відносинах, спиратися на зовнішні обставини або допомогу інших осіб. Так, пацієнти ОГ характеризувалися знижен-ням тісноти зв'язку між значущими життєвими подіями та власними діями, вони були нездатні повністю контролювати даний зв'язок, та скорі-ше полягалися на випадок або на інших людей, ніж на себе.

Також можна зазначити, що особи ОГ у виробничих стосунках та міжособистісних від-носинах почасти надавали перевагу зовнішнім обставинам або випадку. Вони були невзможі

формувати власне, значуще для них коло між-особистісного спілкування. Власні проблеми залежності пацієнти не помічали та вважали, що вони не є хворими, а їх основні проблеми — це відносини із близькими родичами. Таким чином, досліджувані ОГ в цілому характеризу-валися як ворожі, невпевнені, егоїстичні та не-чесні ($p < 0,001$).

Результати дослідження розподілу показ-ників РСК у хворих ПГП відображено у табл. 3. З даних табл. 3 видно, що, в цілому, пацієнти ПГП також мали подібний екстернальний (від-хилення вліво < 5,5 стевів) тип суб'єктивного контролю у важливих ситуаціях, але менш ви-ражений, ніж у осіб ОГ ($p < 0,001$). Таким чином, пацієнти ПГП також характеризувалися як за-лежні та нерішучі особи ($p < 0,001$).

Порівняльний аналіз за показниками окре-мих шкал РСК у досліджених пацієнтів ОГ та ПГП, дозволив надати загальну характеристи-ку обстеженим пацієнтам. Так, хворі обох груп характеризувалися зниженим зв'язком між значущими життєвими подіями та власними ді-ями, вони не були здатні контролювати даний зв'язок, та, у більшості, полягалися скоріше на випадковості або на інших людей, ніж на власні сили. Спираючись на зовнішні обставини або допомогу інших осіб, пацієнти перекладали усю відповідальність на інших людей (також й на близьких родичів). У виробничих стосунках й міжособистісних відносинах пацієнти переваж-но надавали перевагу випадку або обставинам із зовні, не були в змозі самостійно формувати власне спілкування. Власні адиктивні проблеми хворі не помічали.

Таблиця 2

Розподіл середнього балу у досліджених ОГ за рівнем суб'єктивного контролю

Інтернальність	Стени										
	1	2	3	4	5	5,5	6	7	8	9	10
Загальна		X									
В сфері досягнень			X								
В сфері невдач				X							
В родинних відносинах			X								
В сфері виробничих стосунків			X								
Міжособистісних стосунків			X								
По відношенню до хвороби				X							
Профіль	Екстернальний						Інтернальний				

Таблиця 3

Розподіл середнього балу у досліджених ПГП за рівнем суб'єктивного контролю

Інтернальність	Стени										
	1	2	3	4	5	5,5	6	7	8	9	10
Загальна			X								
В сфері досягнень		X									
В сфері невдач			X								
В родинних відносинах				X							
В сфері виробничих стосунків				X							
Міжособистісних стосунків				X							
По відношенню до хвороби			X								
Профіль	Екстернальний						Інтернальний				

Таблиця 4

Розподіл середнього балу у досліджених ДГП за рівнем суб'єктивного контролю

Інтернальність	Стени										
	1	2	3	4	5	5,5	6	7	8	9	10
Загальна									X		
В сфері досягнень								X			
В сфері невдач									X		
В родинних відносинах										X	
В сфері виробничих стосунків										X	
Міжособистісних стосунків								X			
По відношенню до хвороби									X		
Профіль	Екстернальний						Інтернальний				

Результати вивчення РСК у обстежених ДГП відображені у табл. 4.

З даних табл. 4 видно, що пацієнти ДГП мали інтернальний (відхилення вправо 5,5 > стенив) тип суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях. Досліджувані пацієнти ДГП, в цілому, були особами із високим РСК, їм були притаманні такі якості як доброта, незалежність, рішучість, справедливість, дружелюбність, чесність, самостійність. На відміну від досліджених ОГ та ПГП, обстежені ДГП були соціально зрілими, відповідальними особистостями ($p < 0,001$).

Узагальнюючи отримані в ході дослідження результати, можна зробити наступні висновки.

Можна зазначити, що серед обстежених ОГ переважали провідні риси акцентуацій характеру у вигляді демонстративності, збудливості, гіпертимності, циклотимності. Обстежені із акцентуацією за збудливим типом характеризувалися слабкістю емоційного контролю, підвищеною імпульсивністю, схильністю до конфліктів,

слабкістю відношення до власних зобов'язань. Обстеженим ПГП були притаманні акцентуації за типами застрягання, тривожно-боязливості, педантичності, гіпертимності, циклотимності, вони характеризувалися відсутністю «почуття дистанції», вибухами гніву та роздратованістю. У обстежених ДГП виявлені невиражені педантичні, гіпертимні та емотивні акцентуовані риси. В цілому, розподіл досліджуваних за наявністю або відсутністю «тенденцій — акцентуацій», дозволили окреслити загальні патогенетичні шляхи розвитку «суцільних конфліктів» та, як наслідок, формування на цьому підґрунті стійких реакцій особистості у вигляді тенденцій або акцентуації.

Пацієнти ОГ мали екстернальний тип суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях ($p < 0,01$), якій характеризувався перекладанням відповідальності на інших, у тому числі, й у родинних відносинах, спиратися на зовнішні обставини або допомогу інших осіб. Пацієнти ПГП характеризувалися як залежні та нерішучі особи, також мали екстернальний тип суб'єктивного контролю у важливих ситуаціях, але менш виражений, ніж у пацієнтів ОГ ($p < 0,001$). Пацієнти ОГ та ПГП характеризувалися зниженим зв'язком між значущими життєвими подіями та власними діями, вони не були здатні контролювати даний зв'язок, та у більшості сподівалися на випадок. Вони спиралися на зовнішні обставини або допомогу інших осіб. У виробничих стосунках й міжособистісних відносинах пацієнти надавали перевагу обставинам із зовні, а власні адиктивні проблеми хворі не помічали. Особи ДГП, в цілому, мали інтернальний тип суб'єктивного контролю, характеризувалися як особи із високим РСК із такими якостями, як доброта, незалежність, рішучість, справедливість, дружелюбність, чесність, самостійність. На відміну від досліджених ОГ та ПГП, особи ДГП були соціально зрілими, відповідальними особистостями ($p < 0,001$).

Отримані дані були враховані нами про побудові комплексної системи лікування ПСАІ.

Література

1. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 13–21.
2. Результаты комплексной оценки аддиктивного статуса учащейся молодежи с помощью системы оригинальных AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. П. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2010. — № 1 (17). — С. 27–37.
3. Blaszczynski A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two- to nine-year follow-up / A. Blaszczynski, N. McConaghy A. Frankova // British Journal of Addiction. — 1991. — Vol. 86. — P. 299–306.
4. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents/ S. Fisher // Addiction Research. — 1999. — Dec. — V. 7. — № 6. — P. 509–539.
5. Blanco C. Pathological gambling: addiction or compulsion? / C. Blanco, P. Moreyra, E. V. Nunes, J. Saiz-Ruiz, A. Ibanez // Semin Clin Neuropsychiatry. — 2001. — Jul. — V. 6. — № 3. — P. 167–176.
6. Delfabbro P. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents / P. Delfabbro, L. Thrupp // Journal of Adolescence. — 2003. — V. 26. — N. 3. — P. 313–330.

7. Даренский И. Д. Зависимость от азартных игр. Современные достижения наркологии / И. Д. Даренский // *Материалы международной конференции посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии 21-22 ноября 2005 г.* — Москва, 2005. — С. 44-45.
8. Бубеев Ю. А. Игровая зависимость: механизмы, диагностика и реабилитация / Ю. А. Бубеев, А. И. Романов, В. В. Козлов. — М.: Слово, 2008 — 160 с.
9. Солдаткин В. А. Концепции происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга) [Электронный ресурс] / В. А. Солдаткин // *Психиатрия и психофармакотерапия.* — 2008. — № 3. — Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/17084>.
10. Бухановский А. О. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу / А. О. Бухановский, В. А. Солдаткин, И. В. Баранова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2008. — № 10. — С. 20–25.
11. Кузнецова-Морева Е. А. Клинико-психопатологические особенности патологической склонности к азартным играм (клинические и динамические аспекты): диссертация... кандидата медицинских наук: спец. психиатрия — 14.00.18 / Е. А. Кузнецова-Морева. — Москва, 2010. — 206 с.
12. Табачников С. И. Основные патогенетические механизмы и методы терапии опийной наркомании / С. И. Табачников, В. Н. Силицкий // *Архів психіатрії.* — 2000. — № 3-4 (22-23). — С. 27-31.
13. Мельник Э. В. Активационная теория наркотических заболеваний / Э. В. Мельник // *Вісник психічного здоров'я.* — 2001. — № 1-2. — С. 23-27.
14. Линский И. В. Клинико-патогенетические закономерности формирования и развития психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Дис...докт. мед. наук. — Харьков, 2001. — 373 с.
15. Москаленко В. Ф. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю / В. Ф. Москаленко, А. М. Вієвський, С. І. Табачников // *Архів психіатрії.* — 2000. — № 3-4 (22-23). — С. 5-8.
16. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // *Український вісник психоневрології.* — 2010. — Т 18, вип. 3 (64). — С. 174.
17. Ревенко О. А. Синдром зависимости від опіоїдів та обмежена осудність / О. А. Ревенко, О. О. Зайцев, О. Г. Голованова // *Медицина світу Спеціальний випуск: психіатрія.* — 2009. — С. 9–15.
18. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський, Н. П. Волошина, К. Д. Гапонов // *Український вісник психоневрології.* — 2001. — Т. 9, вип.3 (28). — С.7–9.
19. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ / А. И. Минко, И. В. Линский, В. В. Шалашов, К. Д. Гапонов // *Український вісник психоневрології.* — 2002. — Т. 10, вип. 2 (31) — С. 22-23.
20. Епідемії алкоголізму та нарко- токсикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України (Аналітико-статистичний довідник 1990 — 2008 рр.). — Київ — Харків, 2009. — 168 с.
21. Казаков В. Н. Эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты патологического пристрастия к азартным играм [Электронный ресурс] / В. Н. Казаков, С. И. Табачников, О. Е. Шульц, Б. Б. Ивнев, Ц. Б. Абдрахимова // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи* / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев–Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper044.htm>.
22. Табачников С. І. Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор / С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Г. А. Приб [та ін.] // *Архів психіатрії.* — 2010. — Т. 16, № 4 (63). — С. 39–43.
23. Осуховська О. С. Клінічні особливості формування ігрової залежності та її профілактика / О. С. Осуховська // *Архів психіатрії.* — 2010. — Т. 16, № 3 (62). — С. 87–90.
24. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1999 — 672 с.

Результаты применения опросника р. Кеттела в психодиагностическом обследовании лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ (патоперсонологическая характеристика)



Андрюх П. Г.

Андрюх П. Г.

Кафедра психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины

Резюме. Статтю присвячено докладному медико-психологічному дослідженню особливостей емоційної сфери пацієнтів, що страждають від найбільш поширених варіантів хімічної залежності. Описано результати проведених досліджень, які поклали основу до формування інтервенційних впливів на вищевказаний контингент. Відображено основні патоперсонологічні особливості осіб, у яких констатовано різні форми хімічної залежності. Представлені описи особливостей руйнації особистості при вживанні наркотичних речовин, відображені ознаки характерні для клінічної картини кожного з типів залежності. Зіставлено та проаналізовано отримані результати досліджень, в яких визначений зв'язок адикції з преморбідними особливостями особистості.

Ключевые слова: патоперсонология, особистість, хімічна залежність, наркоманія, адикції.

The results of use sixteen personality factor questionnaire in the psychodiagnostic examination of contingents by use of various form of the psychoactive substances (pathopersonological characteristic)

Andriukh P. G.

Kharkiv medical academy of postgraduate education MH of Ukraine, department of psychotherapie

Resume. The article is devoted to detailed medical and psychological studies characteristics of emotional sphere of patients suffering from the most common variations of chemical dependency. The results of the research, which laid the foundation to the formation of interventional effects on the above contingent. Reflects the main pathopersonologicheskies especially those who have ascertained the various forms of chemical dependency. Presented describing the features of the destruction of personality at the use of drugs, the signs reflect typical clinical picture of each type of dependence. We compared and analyzed the results of studies that defined relationship addiction with premorbid personality characteristics.

Key words: patopersonologiya, identity, chemical dependency, drug addiction, addiction.

Аддиктивные расстройства в настоящее время рассматриваются с позиций патоперсонологии как частный вариант аномального личностного реагирования с формированием стремления к уходу от реальности посредством искусственного изменения своего психического состояния. Использование психоактивных веществ (ПАВ) обеспечивает появление и поддержание переживания интенсивных эмоций [1].

Процессу формирования аддиктивного поведения содействует целый ряд факторов.

1. Биологические факторы: индивидуальная реакция на этанол, психостимуляторы, каннабиониды, опиаты и пр.
2. Психологические факторы: личностные качества, психические травмы, типологические маркеры, особенности личности и пр.

В современной специальной литературе полагается, что собственно аддиктивная реализация включает не только само действие, но и когнитивную составляющую – мысль о состоянии ухода от реальной действительности [2] как форма «внутреннего» поведения.

Целью настоящей работы было выявление и структурирование патоперсонологических особенностей лиц с разными видами аддикций, а также их компаративный анализ.

Нами было обследовано 470 лиц со следующей аддиктивной патологией (структура контингентов приведена в табл. 1).

В процессе сбора психоанамнеза было выявлено, что у личностей с аддиктивной направленностью поведения отмечена пониженная активность в повседневной жизни, причем

Таблиця 1

Контингенты обследования

Виды аддикций	К-во больных	Возраст больных	«Стаж» аддикции (лет)	Наличие выраженного абстинентного синдрома
Зависимость от этанола	200	32±8,7	12 – 15	выражен
Опиоидная наркомания	180	27±13,5	7 – 9	выражен
Использование психостимуляторов (первитин)	90	16±3,0	2 – 3	выражен

аддиктивный стимул вносит в «однообразную действительность» элемент «эмоциональной встряски» [3]. Лицам с аддиктивными формами поведения присущ ряд психологических особенностей: сниженная переносимость жизненных затруднений и острых, стрессовых ситуаций, скрытый комплекс неполноценности с наигранным внешним проявлением чувства превосходства, лживость, низкая социабельность, экстрапунитивность, стереотипность в реакциях на стресс, повторяемость поведения, зависимость и созависимость, тревожность.

В специальной литературе, посвященной зависимости от различных видов ПАВ, зачастую речь идет о формировании особого, специфического «наркоманического дефекта» или «наркоманической личности» (А. А. Козлов, М. Л. Рохлина, 2000) [4], что указывает на вовлечение разных психических сфер, образующих новую личностную констелляцию. Аддиктивная патология, включающая специфическое мировоззрение и связанное с ним поведение и стилистику жизни лиц с наркотической зависимостью, основанные на патологических установках, представляет собой не только психопатологический, но и в большей степени — патоперсонологический феномен [5–9].

В рамках комплекса психодиагностических исследований у лиц с зависимостью от психоактивных веществ нами были изучены особенности личности, касающиеся различных сторон

их жизни. Исследование было проведено с помощью опросника Р. Кеттелла 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF).

Анализ результатов исследования позволил выявить у лиц с зависимостью от различных видов ПАВ устойчивые личностные факторы, обуславливающие их поведение. Была предпринята попытка выявить характерные комбинации относительно независимых свойств для лиц с зависимостью от алкоголя, опиоидов и психостимуляторов и провести сравнительный анализ этих комбинаций, которые могли оказаться «уязвимыми звеньями» патогенеза или мишенями психотерапевтических и реабилитационных воздействий.

Результаты исследования лиц с зависимостью от алкоголя (рисунок 1) свидетельствуют о достоверном повышении ($p < 0,05$) показателей по факторам О и Q4 и достоверном снижении ($p < 0,05$) показателей по факторам А, С, Е, Н, Q1, Q2 и Q3.

Для лиц с зависимостью от алкоголя были характерны выраженная импульсивность, низкий контроль поведения (Q3-), гипотимия или склонность к чувству вины (О+), фрустрированность, напряженность (Q4+), конформность, зависимость (Е-), слабость «Я», неустойчивость эмоций (С-), сизотимия, отчужденность (А-), слабость «Сверх-Я», тректия или робость (Н-), ригидность, консерватизм (Q1-), социабельность, зависимость от группы (Q2-).

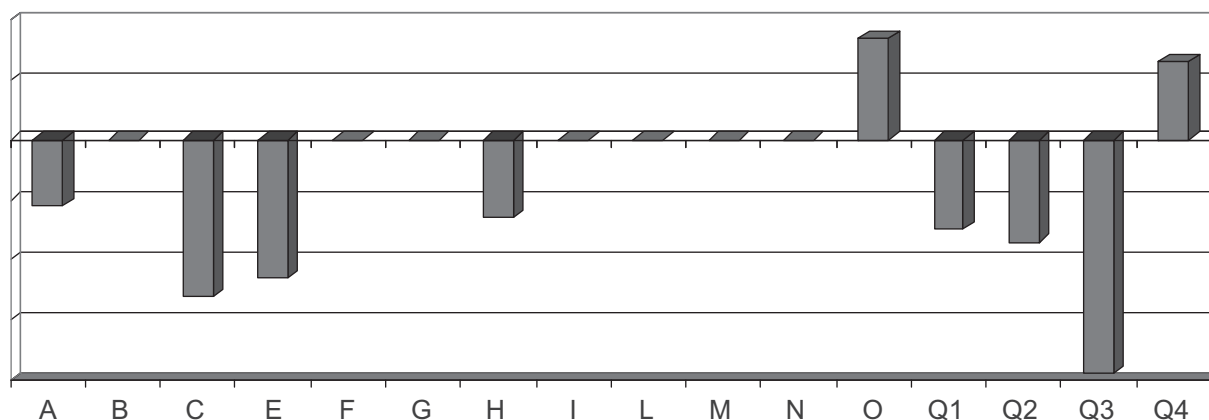


Рис. 1

Усредненные значения личностных факторов обследованных с зависимостью от алкоголя ($n = 200$)

Фактор Q3-, отмечаемый у 105 человек (52,5 %), указывает на слабую волю и плохой самоконтроль (особенно над собственными желаниями), неупорядоченность и хаотичность деятельности, неумение организовать свое время и выполнение работы, поэтому начатое дело часто остается незаконченным.

У 102 человек (51 %) с зависимостью от алкоголя были выявлены переполняющие чувства вины, страха и тревоги, неуверенность в своих силах, что проявляется в самобичевании, самоупреках и подавленности, вплоть до депрессивности (O+).

Для 94 человек или 47 % были характерны раздражительность, напряженность, повышенная мотивация, несмотря на утомляемость, эмоциональная неустойчивость и нетерпеливость (Q4+).

У 89 человек (44,5 %) отмечались мягкость, застенчивость, пассивность, неумение отстаивать свою точку зрения, неверие в себя и свои способности, поэтому они часто оказывались зависимыми, брали на себя вину и, как правило, следовали за более сильным (E-).

81 человек или 40,5 % с зависимостью от алкоголя в трудных ситуациях оказались не способны контролировать свои эмоции, легко расстраивались, были переменчивы в отношениях и неустойчивы в интересах, т. к. часто находились под влиянием чувств. Им свойственно уклоняться от ответственности, они легко утомляются, внутренне чувствуют себя уставшими и неспособными справиться с жизненными трудностями (C-).

Отличались обособленностью, безучастностью, скрытностью 78 человек (39,0 %), им были свойственны формальность в контактах, их не интересовала жизнь других людей, им также были чужды компромиссы (-A).

Свойственные им (64 человека, 32,0 %) робость, нерешительность и застенчивость проявлялись в смущении в присутствии других людей и неуверенности в своих силах вплоть до чувства собственной неполноценности, но иногда они были склонны проявлять раздражительность и даже озлобленность (H-).

54 человека (27 %) — ригидны, не любят перемен, все новое встречают в штыки, потому что оно кажется им бессмысленным (Q1-).

Такое же количество обследованных проявляли несамостоятельность, зависимость, потребность в поддержке окружающих, отсутствие инициативы и смелости в выборе собственной линии поведения (Q2-).

Таким образом, результаты проведенного анализа личностных профилей пациентов с зависимостью от алкоголя свидетельствуют, что характерными их личностными проявлениями были обособленность, отстраненность (A-), эмоциональная неустойчивость, переменчивость в интересах, несдержанность (C-), подчиняемость, зависимость, неуверенность в себе (E-), робость, застенчивость, ограниченность интересов (H-), склонность к чувству вины, озлобленность, чувствительность к замечаниям (O+), консерватизм, выраженность тенденции противостояния изменениям (Q1-), конформизм, зависимость (Q2-), импульсивность, слабый самоконтроль (Q3-), напряженность, фрустрированность (Q4+), что могло явиться «уязвимым звеном», запускающим патогенетические механизмы алкогольной зависимости.

При анализе результатов обследования лиц с зависимостью от опиоидов (данные приведены на рисунке 2) выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей по факторам F, L, M, O, Q4 и снижение — по факторам C, G, Q2, Q3.

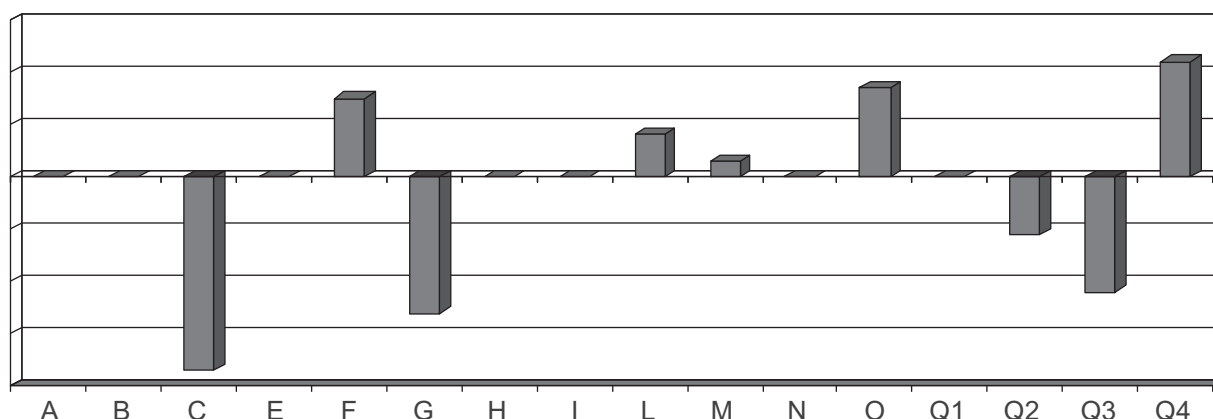


Рис. 2

Усредненные значения личностных факторов обследованных с зависимостью от опиоидов ($n = 180$)

В соответствии с результатами тестирования характерными особенностями лиц с зависимостью от опиоидов являлись повышенная эмоциональная неуравновешенность (С-), внутренняя конфликтность представлений о себе (Q3-), безответственность (G-), фрустрированность (Q4+), склонность к чувству вины (O+), беспечность (F+), зависимость от группы (Q2-), подозрительность (L+), мечтательность, непрактичность (M+).

Низкие значения фактора С, выявленные у 84 человек или 46,7 %, свидетельствуют об эмоциональной неустойчивости, беспокойстве, свойственным лицам с зависимостью от опиоидов, а также о тенденции уклоняться от ответственности и отказываться от работы, о стремлении к избеганию споров в проблемных ситуациях, об утомляемости и неустойчивости интересов. Они характеризуются неспособностью контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, капризностью.

У 79 человек (43,8 %) из этой группы отмечалась низкая самооценка в сочетании с небрежностью, плохим контролем над своим поведением (и, особенно, желаниями), невнимательностью и неделикатностью к окружающим, так как данные лица превыше всего ставят свои побуждения. Их характеризуют как недисциплинированных, не считающихся с общепринятыми правилами, импульсивных (Q3-).

Лица с зависимостью от опиоидов (75 человек, 41,6 %) проявляли склонность к непостоянству, несогласие с общепринятыми моральными нормами и стандартами поведения, легко бросали начатое дело, потворствовали своим желаниям; они ленивы, подвержены влиянию случая и обстоятельств, при этом для них характерны лживость, безответственность и неорганизованность (G-).

70 человек (38,8 %) с высокими значениями фактора Q4 проявляли напряженность, неусидчивость, нетерпеливость, неудовлетворенность стремлений, возбужденность.

Характерная для 64 человек (или 35,5 %) из этой группы склонность к чувству вины проявлялась в чувствительности к замечаниям, грусти, сниженном настроении, ранимости и впечатлительности. Они чувствовали себя усталыми, подавленными, недооценивали своих возможностей, были погружены в мрачные раздумья, напряжены, постоянно чем-то озабочены (O+).

61 человека или 33,9 % зависимых от опиоидов можно охарактеризовать как людей несамостоятельных и зависимых от группы, безынициативных, постоянно нуждающихся в опоре и поддержке окружающих, не способных проявить смелость в принятии решений (Q2-).

Столько же лиц отличались беззаботностью, беспечностью, небрежностью, экспрессивностью. Они легко воспринимали жизнь и мало заботились о будущем (F+).

Лица с высокими оценками по фактору L (52 человека или 28,9 %) ко всем людям подходят с предубеждением, настороженно, ждут от других подвоха, никому не доверяют, завистливы и подозрительны. Постоянно фиксируют внимание на неудачах, от окружающих требуют нести ответственность за ошибки, завидуют успехам других людей, считают, что их недооценивают, проявляют раздражительность. Их интересы обращены на самих себя, они эгоцентричны, не терпят конкуренции.

48 лицам, зависимым от опиоидов (26,7 %) были свойственны мечтательность, богеменность, рассеянность. Они были поглощены своими идеями, увлечены внутренними иллюзиями, легко могли отступить от требований здравого смысла, проявляли непрактичность, капризность, неуравновешенность (M+).

Таким образом, анализ личностных характеристик лиц с зависимостью от опиоидов позволил установить, что характерными их личностными проявлениями были неспособность контролировать свои эмоции и неустойчивость интересов (С-), беззаботность, небрежность, беспечность (F+), непостоянство, безответственность, подверженность своим желаниям (G-), предубежденное и настороженное отношение к окружающим, фиксированность на неудачах и зависть к успехам других (L+), непрактичность и поглощенность своими внутренними иллюзиями (M+), неуверенность в себе, впечатлительность, ранимость (O+), несамостоятельность и привязанность к чужому мнению (Q2-), слабость воли, неуправляемость и низкий самоконтроль (Q3-), неудовлетворенность стремлений и напряженность (Q4+).

Анализ показателей личностных характеристик лиц с зависимостью от психостимуляторов (приведен на рис. 3) позволил установить ($p < 0,05$) повышение у них показателей по фактору E, H, L, Q4, а также снижение показателей по факторам A, B, C, G, и Q3.

Характерными личностными проявлениями у этих пациентов были слабость «Сверх-Я», безответственность (G-), низкий интеллект (B-), низкий контроль поведения (Q3-), эмоциональная неустойчивость (С-), импульсивность, фрустрированность, напряженность (Q4+), доминантность, настойчивость (E+), подозрительность (L+), сизотимия, замкнутость (A-), самоуверенность (H+).

Отмечаемое у 61 пациента (67,8 %) низкое супер-эго проявлялось такими особенностями, как несогласие с общепринятыми моральными

нормами и стандартами, ленью, игнорированием обязанностями. Зачастую они были подвержены влиянию случая и обстоятельств, потворствовали своим желаниям и прихотям, проявляли склонность к обману, нечестности и асоциальному поведению (G-).

58 человек (или 64,4 %) лиц этой группы отличались низкими умственными способностями, замедленностью мыслительных процессов, конкретностью мышления, недоступностью понимания абстрактных и логических связей (B-).

Деятельность лиц с зависимостью от психостимуляторов у 51 человека (56,7 %) отличалась неупорядоченностью и хаотичностью, они не умели организовать свое время и порядок выполнения работы, нередко бросали дело, не закончив его, без обдумывания хватались за другое. При этом они проявляли недисциплинированность и небрежность. Им была также свойственна внутренняя конфликтность представлений о себе (Q3-).

У 46 человек (51,1 %) из этой группы отмечалась эмоциональная неустойчивость, которая проявлялась в беспокойстве о состоянии своего здоровья, ипохондричности, тревожности. Они были неспособны контролировать свои эмоции, импульсивны, капризны. Также они чувствовали себя неспособными справляться с жизненными трудностями, и у них отмечалось чувство усталости от жизни (C-).

Такое же количество пациентов отличала высокая эго-напряженность или фрустрированность, которая проявлялась в напряженности, взвинченности, неудовлетворенности своих побуждений. Такое состояние характеризуется эмоциональной неустойчивостью, пониженным настроением, раздражительностью и нетерпимостью (Q4+).

Высокое значение фактора E, выявленное у 35 человек с зависимостью от психостимуляторов (38,9 %), свидетельствует о стремлении к доминированию, властности, независимости. Они игнорируют социальные условности и не подчиняются авторитетам. Проявляют напористость, настойчивость, агрессивность. В их поведении преобладают грубость, враждебность, неуступчивость, упрямство. По отношению к себе от окружающих требуют восхищения.

32 человека (или 35,5 %) по отношению к окружающим проявляли подозрительность и зависть, фиксировались больше на неудачах, их интересы были обращены на самих себя, самооценка была завышена, в отношениях проявляли высокомерие, нетерпимость конкуренции (L+).

Низкие показатели по фактору A, которые отмечались у 31 человека (34,4 %), характеризовали их как холодных и равнодушных, упрямых и конфликтных, замкнутых и не имеющих близких друзей. У них отсутствовала интуиция в межличностных отношениях, в их поведении отмечались ригидность, отгороженность и подозрительность.

У 29 человек (или 32,2 %) из данной группы были выявлены тяга к риску и острым ощущениям, решительность, невосприимчивость к угрозе. Им была свойственна предприимчивость, авантюристичность, расторможенность, неспособность почувствовать опасность (H+).

Таким образом, в усредненном профиле лиц с зависимостью от психостимуляторов преобладали безответственность и несогласие с общепринятыми нормами (G-), низкий интеллект (B-), неуправляемость, импульсивность (Q3-), эмоциональная неуравновешенность и неумение контролировать свое поведение (C-), фрустрированность, напряженность (Q4+),

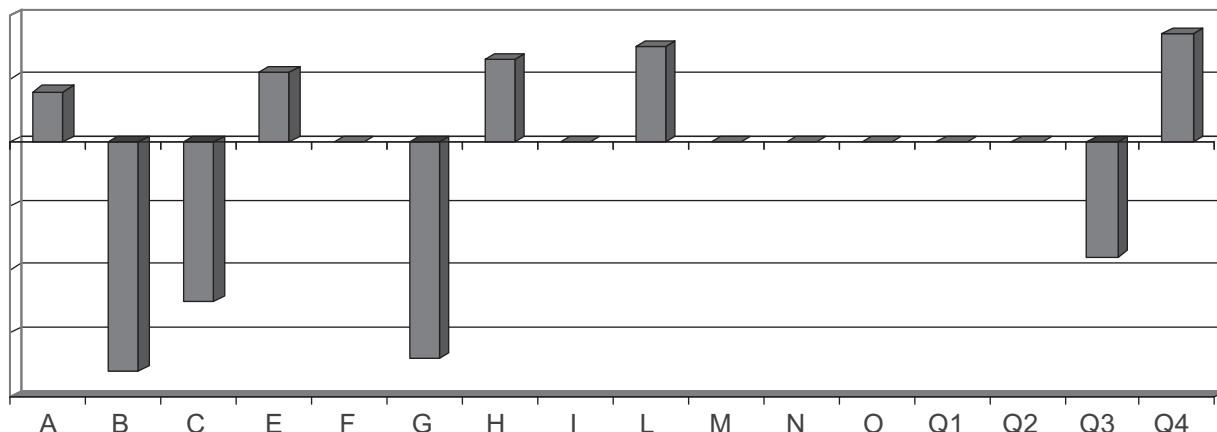


Рис. 3

Средние значения личностных факторов обследованных с зависимостью от психостимуляторов (n = 90)

стремление доминировать и игнорирование социальных условностей (Е+), подозрительность и предубежденное отношение к окружающим (L+), замкнутость и конфликтность (А-), склонность к риску и невосприимчивость к угрозе (Н+).

Сравнительный анализ усредненных личностных характеристик лиц с зависимостью от различных видов ПАВ свидетельствует о том, что лица зависимые от алкоголя, опиоидов и от психостимуляторов имеют достоверное ($p < 0,05$) сходство по таким личностным факторам, как эмоциональная неуравновешенность (С-), низкий самоконтроль поведения (Q3-) и напряженность (Q4+). Лицам, зависимым от психоактивных веществ, свойственны эмоциональная неустойчивость, несдержанность, они неспособны контролировать свое поведение и свои желания, проявляют невнимательное и неделикатное отношение к окружающим, так как превыше всего ставят свои побуждения; для них характерны неусидчивость, нетерпеливость, неудовлетворенность стремлений и, в связи с этим, напряженность и возбужденность.

Лица с зависимостью от алкоголя и лица с зависимостью от опиоидов имели достоверное сходство ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с зависимостью от психостимуляторов по таким факторам, как склонность к чувству вины (О+) и зависимость от группы (Q2-). Они отличались несамостоятельностью, безынициативностью, нуждались в опоре и поддержке окружающих и испытывали по отношению к ним чувство вины. Они были впечатлительны, ранимы, испытывали страх и тревогу, им была свойственна неуверенность в своих силах, несамостоятельность и привязанность к чужому мнению.

Сопоставительный анализ лиц с зависимостью от опиоидов и лиц, зависимых от психостимуляторов, позволил установить достоверное сходство ($p < 0,05$) по таким показателям, как недобросовестность (G-) и подозрительность (L+). Они, в отличие от лиц с зависимостью от алкоголя, отличались большей безответственностью и несогласием с общепринятыми нормами, им были свойственны настороженное и предубежденное отношение к окружающим, фиксированность на неудачах и зависть к успехам других.

Однако несмотря на то, что проведенное исследование дало возможность выявить специфические личностные проявления у лиц с зависимостью от различных видов ПАВ, нельзя исключить, что выявленные черты личности не являются исключительно predispositional, а появляются либо усиливаются вследствие употребления ПАВ.

Перспектива проведенных исследований состоит в разработке программ психотерапии и реабилитации данных контингентов пациентов, базирующихся на определении симптомов-мишеней и стратегий терапевтической интервенции.

Выводы

1. Анализ личностных профилей пациентов с зависимостью от алкоголя выявил, что их характерными личностными проявлениями являются низкий контроль поведения (52,5 %), склонность к чувству вины (51 %), фрустрированность (47 %), зависимость (44,5 %), неустойчивость эмоций (40,5 %), отчужденность (39,0 %), робость (32 %), ригидность и зависимость от группы (по 27 %).
2. В соответствии с результатами тестирования характерными особенностями лиц с зависимостью от опиоидов являются повышенная эмоциональная неуравновешенность (46,7 %), слабость воли и низкий самоконтроль (43,8 %), безответственность (41,6 %), напряженность (38,8 %), неуверенность в себе и склонность к чувству вины (35,5 %), беспечность и несамостоятельность (по 33,9 %), предубежденное и настороженное отношение к окружающим (28,9 %), непрактичность (26,7 %).
3. В усредненном профиле лиц с зависимостью от психостимуляторов преобладают несогласие с общепринятыми нормами (67,8 %), низкий интеллект (64,4 %), неуправляемость и недисциплинированность (56,7 %), эмоциональная неспособность контролировать свое поведение (51,1 %), неудовлетворенность стремлений и напряженность (51,1 %), стремление к доминированию и независимости (38,9 %), подозрительность и нетерпимость к окружающим (35,5 %), отгороженность и равнодушное отношение к окружающим (34,4 %), тяга к риску и острым ощущениям (32,2 %).
4. Лица, зависимые от алкоголя, опиоидов и от психостимуляторов имеют достоверное ($p < 0,05$) сходство по таким личностным факторам, как эмоциональная неуравновешенность (С-), низкий самоконтроль поведения (Q3-) и напряженность (Q4+). Лица с зависимостью от алкоголя и лица с зависимостью от опиоидов имеют достоверное сходство ($p < 0,05$) по таким факторам, как склонность к чувству вины (О+) и зависимость от группы (Q2-); лица с зависимостью от опиоидов и лица, зависимые от психостимуляторов, — по таким показателям, как недобросовестность (G-) и подозрительность (L+).

Література

1. Курек Н. С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н. С. Курек. — СПб.: Алетейя, 2001. — 240 с.
2. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: МИА, 2008. — 944 с.
3. Гуревич Г. Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике / Г. Л. Гуревич. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 120 с.
4. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 7. — С. 23–27.
5. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств и поведения / А. В. Батаршев. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. — 320 с.
6. Эль-Дақдуки И. М. Факторы, влияющие на развитие хронического алкоголизма / И. М. Эль-Дақдуки // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 4(16). — С. 88–91.
7. Шорина Н. М. Психологический портрет больных хроническим алкоголизмом / Н. М. Шорина // Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии и психотерапии. — Владивосток, 1997. — С. 135–140.
8. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики: 4-е межд. изд. / Р. Комер. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2005. — 640 с.
9. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия: Монография / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.

«Аспекти гештальттерапії». Про самореалізацію людини

Стойков І. Ю.

МАУП, м. Київ

Резюме. Дана стаття була написана з метою показати можливості використання технік гештальт-терапії в консультуванні пацієнтів в кризових станах, з порушеннями адаптації, з залежностями, з прикордонними станами з метою виявлення нерезалізованих потреб, потенціювання змін клієнта, його самореалізації.

Ключеві слова: цілісність, індивідуальність, автентичність, «тут і тепер», самоактуалізація, підтримка, досвід, контакт, злиття, інтроекція, проєкція, ретрофлексія, дефлексія, еготизм, «просвітлення».

Resume. This article was written with the purpose of to show to possibility of the use technician of therapy of reshalt in advising of patients in the crisis states, with violations of adaptation, with dependences, with the frontier states with the aim of exposure of the unrealized necessities потенціювання of changes of client, his self-realization.

Key words: figure, background, crisis, necessity, «man of habit», «must», insides or roles, vital energy, self-perfection.

Гештальт-терапія являє собою феноменологічно-екзистенційну течію в психотерапії, створена Фрідеріком (Фріцем) Перлзом і Лорою Перлз в сорокових роках нашого століття. Вона навчає терапевтів і пацієнтів феноменологічного методу усвідомлення, в якому сприйняття, почуття та дія відрізняються від інтерпретації і перетасування початково існуючих точок зору або позицій. Цей підхід вважає пояснення і тлумачення менш достовірним в порівнянні з тим, що безпосереднього сприймає і відчуває людина.

Філософські принципи гештальта, полягають в тому, щоб людину зробити відповідальною за своє життя і за свої власні дії. Ніхто не зобов'язаний допомагати, людина бере свою долю у власні руки. У цьому і полягає ідея відповідальності, так як втрата особистості індивідуальності, автентичності відбувається через тиск з боку авторитетів, соціальних догм і стандартів. Перлз став лідером в русі за розкриття потенціалу людини. «Ти будеш вічно жити в облозі доти, поки нарешті не здаси і не станеш самим собою», — вважав Перлз. Кожен з нас може позбутися від затяжних і хворобливих перешкод, якщо, знайде цілісність. [3]

Прагнення до індивідуальності, цілісності, до власної неповторності, унікальності особистості складає головну особливість гештальт-терапії, що відрізняє її від інших психотерапевтичних напрямів. Так, наприклад, в психодрамі та індивідуальній психології А. Адлера акцент робиться на розвитку соціальних зв'язків особистості, соціального інтересу, в клієнт-центрованій психотерапії К. Роджерса — на повноті життєвих проявів, на прагненні жити «на повні груди» в атмосфері любові, прийняття та теплих, чистих, не заму́тненими ніякими іграми та маніпуляціями відносин. Тому, всупереч поширеним уявленням, «автентичність» Перлза не є версією «повноти функціонування» Роджерса. Роджерс розчинив Бога в міжособистісних

відносинах, а Перлз просто відмовився від нього, не визнаючи ніяких авторитетів. [2]

Ось деякі ключові стану, що визначають автентичність, — дійсність, унікальність, здатність бути самим собою і жити повним життям, прагнення до свого неповторного стилю життя, який не копіює які-небудь авторитетні фігури та не наслідує їх, і т. п. Метафора «автентичності» перегукується з метафорою «чистого Я», що існує в психосинтезі та позначає самосвідомість власної особистості, незалежної від усього зовнішнього. Являє собою вищу екзистенційну цінність, світоглядну категорію, стильову характеристику життя, характеристики особливої суб'єктивності.

Довіра до власного організму (актуалізаційного досвіду) виникає при розширенні Я-концепції, при включенні в неї «небажаних» аспектів досвіду. У цьому разі людина дає собі право бути нелогічною у поведінці і право на помилку. При появі довіри до актуалізаційного досвіду, до себе відбувається зрушення від зовнішнього локусу оцінки до внутрішнього, здатність відмовитися від фіксованих цілей та сподівань. Життя і всі її конкретні визначення набагато багатше, ніж їх визначення нами.

Повноцінно функціонуюча особистість — це повна конгруентність, здатність долати перешкоди і труднощі життя, творчо себе реалізовувати, в стані без страху висловити всі свої почуття, дозволяє усвідомлення вільно проникати в організмичний досвід. Позитивна Я-концепція, ефективним соціальним функціонуванням і готовністю організму відгукуватися на будь-які зовнішні впливи. Найважливіша умова зміни і готовність до них. [2]

Для сучасної людини самоактуалізація та актуалізація образу себе часто не поєднуються. Ф. Перлз наводить приклад самоактуалізації орла і слона: можливості орла будуть актуалізовані при польоті в небі, нападі на дрібних

тварин в якості їжі та будівництві гнізда; можливості слона будуть актуалізовані в розмірі, силі і недолугості. Немає орла, що бажає стати слонем, немає слона, що бажає стати орлом. Вони «сприймають» себе, свою «самість» як щось само собою зрозуміле. Вони є те, що вони є.

Як безглуздо було б, якби вони, як люди, мали фантазії, незадоволеності, самообман! Як безглуздо було б, якби слон, втомившись бродити по землі, захотів літати, їв кроликів і відкладав яйця, а орел захотів би мати силу і товсту шкіру на грудях. Тільки людина намагається бути тим, чим вона не є, має ідеали, які не можуть бути досягнуті, прагне до досконалості, щоб врятуватися від критики, відкриває дорогу до нескінченних розумових тортур. [4]

Часто людина сприймає себе лише як «смути подання на невизначеному тлі», і їй нічого не залишається, окрім як розмірковувати про причини свого занепокоєння, тим більше якщо з дитинства її відчували прислухатися до себе, розуміти себе і виявляти свої почуття. Розвиток особистості має включати відновлення здатності мати і сприймати внутрішні сигнали, знати, що людині подобається, а що ні, що хочеться в даний момент, а що небажано, що приємно, а що не дуже. Людина, що не отримує цих сигналів зсередини, цих голосів свого дійсного «Я», змушена шукати зовнішні опори для керівництва. Вона керує собою за допомогою годин, правил, календарів, розкладів, планів і вказівок інших людей.

Якщо Фрейд копірився в проблемах минулого, невроз виростає зі спроби реалізувати інфантильні конфліктні потяги, а у А. Адлера головне — мета, майбутнє, терапія носила перспективний характер, то Ф. Перлз вибрав те, що відбувається в поточний момент: минули досвід, цінності, відносини, очікування, цілі, потреби і бажання представлені, інтегровані в сьогоденні. Проблеми невротика не в минулому, а в сьогоденні, всі труднощі він переживає актуально. І працювати можна лише з живими емоціями. Минуле діє не безпосередньо, а через потреби і бажання сьогодення. Якщо людина прагне уникати травматичних подій, вона не здатна перебувати «тут і тепер» (чи це повернення у дитинство, чи втеча в майбутнє). Очікування від майбутнього плати за втрачене сьогодні, людина створює сцену, на якій вона репетирує майбутнє, страхуючи себе від можливих бід і негараздів. Але першими діючими особами на цій сцені є неприємності — виникає тривожність, людина не залишає в ньому місця для нового. Уміння здобувати досвід, спонтанність — викреслюється з життя.

Пацієнт ховається за свою хворобу, інакше він відчуває себе безпорадним перед її

обличчям. «Втеча у хворобу», і прірва між симулюванням і неврозом, в дійсності, вкрай вузька. Невроз є симптомом неповного дозрівання особистості. Гештальт-терапія розробила багато втручань, часто запозичених з філософії, щоб внести зміну або усунути явище зміщеної відповідальності, ослабленої самопідтримки і залежності. Сюди входить тренування усвідомлення. Завдання цього тренування — посилити і загострити контакт з навколишнім. Працюючи безпосередньо з «внутрішніми конфліктами»; поліпшити орієнтацію рецепторів (зору, слуху, нюху, смаку, дотику), щоб людина могла знайти більше осознання того, де вона знаходиться. Для свого життя, росту і розвитку організм повинен знаходитися в інтимному контакті зі своїм світом, але якщо організм, через страхи і тривожності, придбаних у попередньому функціонуванні, не сміє ініціювати необхідні контакти і прийняти відповідальність за них, тоді, оскільки вони повинні здійснюватися, щоб життя тривало, ініціатива та відповідальність перекладаються на навколишнє: «своїх людей», «уряд», «суспільство» або «Бога». Гештальт-терапія сполучає у собі безліч вербальних і невербальних технік: пробудження сенсорики, роботу із заблокованою енергією, диханням, тілом і голосом, вираженням емоцій, робота зі сновидіннями й уявою, креативністю (малюнок, музика, танець і т. п.).

Перелічу техніки, які гештальт-терапевти використовують у своїй практиці: усвідомлення, порожній стілець (hot seat), програвання пережитих або уявлених ситуацій, монодрама — програвання ролей, що виникає в результаті роботи, робота з полярностями і асиміляція, прямий обіг, робота з метафорами, зі сновидіннями, фантазіями, футуโรปрактика і т. п.

Все в житті взаємопов'язане, так само співвідношення соматичного і психічного. В гештальт-терапії усвідомлення відбувається через рух. Гештальт-терапевт деавтоматизує ці вторинні автоматизми, залишаючись з очевидно нерозв'язним конфліктом і досліджуючи кожну доступну деталь: м'язові напруги, нечутливість, раціоналізації, утримування статусу, інтроекції, проекції і т. д. Альтернативи стають можливими і доступними з підвищенням усвідомлення та супроводжуваними інсайтами, ресенсицізацією і ремобілізацією. Тупик перетворюється на поточну проблему, з якою можна справитися і прийняти за неї відповідальність тут і тепер.

Для задоволення своїх потреб організм залежить від своїх взаємовідносин з оточенням. «Здорове функціонування — реалізація повного потенціалу організму — вимагає підтримки оточення» (Летнер, 1947). Організм

страждає, якщо підтримка недостатня. Лаура Перлз визначає підтримку як загальний задній план, на тлі якого виділяється (існує) і формується значимий гештальт. Це і є значення: відношення фігури до свого фону.

Підтримка — це все, що полегшує поточну асиміляцію й інтеграцію досвіду для людини, відносин або суспільства: первинна фізіологія, пряма поза і координація, чутливість і мобільність, мова, звички і звичаї, соціальні правила і відносини і все, що ми можемо придбати чи вивчити протягом нашого життя; коротше, все, що ми зазвичай приймаємо як гарантоване і на що покладаємося, і особливо наші уподобання та опори — фіксовані ідеї, ідеали та поведінкові шаблони, які стали другою натурою саме тому, що могли підтримати під час свого формування. Коли вони переживають свою корисність, вони стають блоками (перешкодами) для поточного життєвого процесу. Ми застигаємо в глухому куті, на роздоріжжі, в паралічі, подібно-му смерті. [6]

Немає сенсу пояснювати поведінку людини, вона сама і є його сутність. Питання «як?», А не «чому?» Індивідуальний досвід розуміється через опис ситуації, в якій немає протилежності людини і середовища, суб'єкта та об'єкта, душі і тіла, думки і почуття, думки і дії. Людина завжди діє як ціле, в ньому важливо і те, про що він говорить, і те, що він відчуває, і те, як він рухається, тобто все, в чому виражається спосіб побудови його внутрішнього світу. Гештальт-терапія ґрунтується на ідеї холізму. Людина сама творить свою суб'єктивну реальність, а творіння завжди вільне. [2]

Ван Прааг пише: «Досвід відбувається на межі контакту між людиною і його оточенням (контактний кордон). Контакт — це усвідомлення оточення і реакція на це оточення. Цей контакт творчий і динамічний, тому що оточення постійно змінюється». Здатність особистості рости визначається способом, за яким, функціонує контактний кордон. Гештальт-терапія розрізняє форми опору, що роблять руйнівний вплив на контактний кордон, а саме, — злиття, інтроєкція, проекція, ретрофлексія, дефлексія і егоїзм.

Злиття — спосіб відходу від контакту, якеся «ми», ідентифікація з іншими людьми захищає невротика від прийняття на себе відповідальності, від здійснення власного вибору.

Інтроєкція — спосіб запозичення чужого досвіду (не «переживуючи» чужий досвід), людина діє, відчуває і думає так, як від нього очікують інші, не перебірлива у спілкуванні, її зв'язки поверхневі, вона не здатна на щирий контакт.

Проекція — людина відокремлює частину власного Я і приписує іншим неприйнятні для Я-образу думки, почуття, бажання, перекладає

на них відповідальність за свої вчинки. Замість «я» вживає «вони». Перлз казав про проекції, що вони засліплюють людину, виводить з себе, споруджуючи перепони, щоб виправдати заобони. «Повернись до себе і подивись відкрито, що існує реально, а не в твоїх думках». [4]

Ретрофлексія — людина робить для інших те, що хотіла би від них отримувати (дружина алкоголіка яка потребує допомоги, намагається самовіддано допомагати іншим). Розпізнається частим вживанням займенника «себе» і частки «-ся» («Я не можу з собою впоратися»)

Дефлексія — «втрата функції еґо» полягає в ухиленні від контакту і перенесення переживань у проміжну зону розумових процесів. Втеча від «тут і тепер»: у спогади, проекти, абстрактні міркування і т. п, те що Перлз вважав «інтелектуальною мастурбацією» («mind fucking») або «нісенітницею собачою» («bullshit»)

Егоїзм (англ egotism — від лат еґо — я), самозакоханість, перебільшена думка про себе, свої здобутки й значення.

Головною метою гештальт-терапії є розвиток навичок творчої, адаптації у клієнта. Це означає, що в міру збереження своєї ідентичності особистість шукає нові шляхи-відповіді на існуючі ситуації. «Творча адаптація можлива тільки тоді, коли існує простір для нового досвіду і що цей простір створюється тоді, коли минуле переживання інтегрується» завершується гештальт (Летнер 1974).

Важливо спробувати і знайти дійсні потреби пацієнта, і то в чому він відчуває себе розчарованим. У терапії пацієнт може завершити старі і невирішені гештальти, експериментуючи і усвідомлюючи нові. Зінкер (1977) вказує, що гештальт-експеримент пропонує людям експериментувати самим із собою. Творчий експеримент, якщо він справцює добре, допомагає людині просунутися вперед у новому власному вираженні — або, принаймні, штовхає його до кордонів, де може здійснюватися особистісний ріст. З допомогою експерименту та гри, пацієнт може виявити щось, що він усвідомлює, як належить йому і щось, що він відкидає як далеке від нього. Іншими словами, через експеримент і гру пацієнт може знайти для себе, що він щось приймає, а щось відкидає від себе. Творчий процес дозволяє йому експериментувати з самопізнанням і відповідальністю. Слідуючи цим шляхом, пацієнт вчиться стояти на своїх двох ногах і брати відповідальність за свої власні процеси і саморегуляцію як організму.

З метою інтенсифікації процесу позитивного приписування і відшукання більш адекватної назви, доцільно спонукати клієнтів описувати їх

поведінку, що складає суть симптому, але при цьому повністю усуватися від її оцінки. На думку Дж. Енрайта, продуктивним також є програвання симптому. Наприклад, клієнтка каже, що їй так «важко...» Я запитую: «А де це? Що робить?» Виявляється це ноша яку вона несе за плечима. Я починаю посилювати це відчуття важкості. «Що це за тягар? Скільки ти ще її будеш терпіти?» І людина раптом розуміє, що це ноша яку можна зняти, що це вантаж переконань, які вона «проковтнула» від матері. І розібравшись з цими переконаннями, людина може свідомо вирішити що з ними робити.

У результаті людина переживає «Просвітлення» і радісно, відкинувши всі негативні

оцінки самого себе, з полегшенням приймає проблему як свою. У дзен-буддизмі самореалізація — це вища точка існування, яка є другою назвою просвітлення — стану, коли сутності нічого пізнавати. Також є версія, що самореалізація — це переклад з санскриту терміна «Атла сакшат кор», що дослівно означає «вияв свого духу». Іншими словами це духовна трансформація людини, яка дозволяє йому з'єднатися з Абсолютною енергією. У індуїстських та буддистських медитативних практиках самореалізацію ототожнюють з поняттям самадхі — станом просвітлення, що досягається медитацією, яке виражається в спокої свідомості, зняття протиріч між внутрішнім і зовнішнім світом.

Література

1. М. П. Абросимова. Теорія і практика гештальт-терапії на порозі XXI століття — Ростов н / Д, 2001
2. Л. Бурлачук, О. Кочарян, М. Жидко. Психотерапія. Підручник для ВУЗів. — М., 1998
3. Перлз Фредерік, Хефферлін Р., Гудмен П. Досліди психології самопізнання. Практикум з гештальттерапії. — М., 1993, 240 с.
4. Перлз Ф. Всередині і поза помийного відра // Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлін. Практикум по гештальт-терапії. — СПб: «Петербург-XXI століття», 1995
5. Орлов Ю. М. Сходження до індивідуальності, М.: Просвещение, 1991
6. L. Perls. (1992). Living at the Boundary. A Gestalt Journal Publication. Pp. 129–35

УДК 616.33—002.44+616.12-008.331.1+616.248]:616.895.4

Психотерапевтична корекція непсихотичних психічних розладів та психологічних факторів, які пов'язані з хворобою, у системі лікування та реабілітації пацієнтів молодого віку з психосоматичними захворюваннями

Коростій В. І.

Харківський національний медичний університет

Резюме. Стаття посвящена основным принципам дифференцированной терапии непсихотических психических расстройств при психосоматических заболеваниях у молодых людей в структуре комплексной системы лечения и психотерапевтической реабилитации пациентов с психосоматической патологией, разработанной автором. Результаты показывают эффективность использования системы лечения и реабилитации у больных молодого возраста с язвенной болезнью, бронхиальной астмой, артериальной гипертензией..

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психосоматические расстройства, психотерапия, реабилитация.

Psychotherapeutic correction of non-psychotic mental disorders and of psychological factors associated with disease in the treatment and psychological rehabilitation of young patients with psychosomatic diseases

Korostiy V. I.

Kharkov National Medical University

Resume. The work is devoted to the principles of psychotherapy of nonpsychotic psychic disorders at young old patients with psychosomatic diseases in complex system of psychotherapeutic rehabilitation of patients with psychosomatic diseases, which designed author. The results indicate effectiveness of this system of psychotherapeutic rehabilitation for patients with ulcer, asthma and hypertension.

Key words: nonpsychotic psychic disorders, psychosomatic diseases, psychotherapy, rehabilitation.

Найпоширеніші психосоматичні розлади у класичному розумінні, такі як бронхіальна астма, виразкова хвороба, артеріальна гіпертензія, є суттєвою проблемою сучасної медицини у зв'язку з їхнім хронічним перебігом та значним порушенням якості життя хворих. Значною мірою на якість життя та перебіг основного захворювання впливають психічні розлади непсихотичного рівня, причому за даними ряду авторів окремі симптоми психічних порушень зустрічаються практично у всіх пацієнтів з психосоматичними захворюваннями [2,5,9].

Частка невиявлених випадків наявності психічних порушень у хворих з психосоматичними розладами залишається поки невідомою. Вважається, що приблизно у 30 % дорослого населення в силу різних життєвих обставин виникають нетривалі депресивні та тривожні епізоди непсихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5 % випадків. [3,4,8,11]. «Субсиндромальні» та «донозологічні» зміни психічної сфери, найчастіше прояви тривожності, які не відповідають діагностичним критеріям МКБ-10, взагалі залишаються поза увагою спеціалістів у галузі психічного здоров'я [6,10,13,14].

Такі розлади, з одного боку, об'єктивно важкі для виявлення, а з іншого боку, особи, які знаходяться в стані легкої депресії чи тривоги, рідко ініціативно звертаються по медичною допомогу, суб'єктивно розцінюючи свій стан як чисто особисту психологічну проблему, що не вимагає лікарського втручання. Однак субсиндромальні прояви депресії та тривоги, за спостереженнями лікарів загальної практики, існують у багатьох пацієнтів і можуть суттєво впливати на стан здоров'я [2,16]. Зокрема, показаний зв'язок між субсиндромальними симптомами тривоги и депресії та подальшим розвитком артеріальної гіпертензії [15].

Метою проведеного дослідження є розробити принципи диференційованої терапії непсихотичних психічних розладів та психологічної корекції психологічного стану при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб на основі комплексного вивчення їх клініко-психопатологічних і психологічних особливостей і виявлення можливої патогенетичної ролі в розвитку і перебігу психосоматичних захворювань.

Матеріал та методи дослідження

Для досягнення мети дослідження в період з 2004 по 2009 роки проведене клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та катамнестичне обстеження 520 молодих осіб з психосоматичними захворюваннями (188 хворих з бронхіальною астмою, 162 — з виразковою хворобою, 160 — з артеріальною гіпертензією). За результатами первинного скринінгу всі обстежені в кожній нозологічній групі були розділені на дві клінічні підгрупи: хворі з неспсихотичними психічними розладами та без психічних розладів.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед виявлених психічних розладів питома вага невротичних, пов'язаних зі стресом розладів склала — 43,5 % (продовжена депресивна реакція, розлад адаптації з перевагою порушення інших емоцій, соматизований, іпохондричний, панічний і генералізований тривожний розлади), афективних — 24,1 % (депресивний епізод, рекурентне депресивний розлад), особистісних — 19,7 % (залежне, істеричне розлад особистості), органічних — 12,7 % (органічний астеничний розлад) розладів. Як видно з отриманих даних, у пацієнтів молодого віку з психосоматичними захворюваннями переважають функціонально-динамічні психічні розлади невротичного регістру над органічними невротоподібними розладами.

Залежно від провідного психопатологічного синдрому в структурі неспсихотичних психічних розладів у хворих з психосоматичними захворюваннями: хворі з осьовим астеничним синдромом — 51,7 %, з переважанням депресивного синдрому — 32,5 %, з вираженням іпохондричним синдромом — 15,8 % від числа хворих з НППР.

Для кваліфікації стану пацієнтів зі скаргами на емоційний стан (занепокоєння, емоційні конфлікти, погані передчуття) і симптомами психічних порушень (тривога, неувважність уваги, песимістичний настрій), які не відповідали іншими рубриками МКХ, ми використовували категорію F54. Вона використовується для вказівки на емоційне походження фізичних розладів, класифікованих в інших розділах МКХ-10. У обстежених пацієнтів встановлювався подвійний діагноз: для реєстрації соматичного розладу використовувався додатковий код, наприклад при астмі F54 плюс J45; при виразці шлунка F54 плюс K25; при артеріальній гіпертензії F54 плюс I10.

Особливо важливо відзначити, що зазначені психічні порушення є легкими і самі по собі вони не виправдовують використання будь-якої

з інших діагностичних категорій, однак часто були пролонгованими і передували загострення соматичного захворювання.

Число таких пацієнтів — 59 % від загального числа обстежених. При цьому в рутинній клінічній практиці рубрика F54 «Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках» практично не використовується. Ця категорія повинна використовуватися для реєстрації наявності психологічних або поведінкових чинників, які, як передбачається, зіграли важливу роль в етіології фізичних розладів, що класифікуються в інших класах МКБ-10. Таким чином, використання діагнозу виправдано для пацієнтів без явно вираженого психічного розладу, які потребують медико-психологічної допомоги.

Основою терапевтичної тактики при психосоматичних розладах було комплексне поєднання біологічного і соціореабілітаційного впливу, в якому провідну роль займала психотерапія. Проведення психотерапії у пацієнтів з діагнозом F54 «Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках» найбільш доцільно медичним психологом. Патогенетичне розуміння сутності психосоматичних розладів дає можливість проведення превентивних, реадaptaційних і ресоціалізаційних заходів, спрямованих на зміцнення, посилення слабких ланок патогенезу, корекцію та попередження патологічних зривів адаптації. Всі лікувальні та психотерапевтичні заходи проводилися з урахуванням особистісної структури і варіанту клінічної динаміки.

Відповідно до біопсихосоціальної моделі виділялися наступні лікувально-реабілітаційні заходи: психотерапевтичний комплекс (ПТК), психопрофілактичний комплекс (ППК), фармакологічний (ФК) і психофармакологічний (ПФК) комплекси, а також фізіотерапевтичний (ФТК) в поєднанні з лікувально-фізкультурним комплексом (ЛФК).

На наш погляд, основним завданням лікування пацієнтів із психосоматичною патологією була нормалізація психічного стану, відновлення порушеного вегетативного гомеостазу; при цьому власне вегетативні або функціонально-неврологічні феномени нами не відокремлювалися від психічних порушень, тому що утворювали єдину патогенетичну сутність хвороби.

Використовуючи біопсихосоціальний підхід, ми розробили реабілітаційні програми з опорою на заходи, спрямовані на формування і зміцнення саногенних механізмів.

Побудова адекватної моделі терапії неспсихотичних психічних розладів при

психосоматичній патології можлива на підставі принципів комплексності, індивідуальності, наступності і стадійності в діагностиці і лікуванні пацієнтів:

Принцип комплексності припускає вплив на різні патогенетичні ланки розладу, з використанням психофармакологічних, психотерапевтичних і фізіотерапевтичних методів на кожному із етапів проведеної терапії, участь у лікувально-діагностичному процесі команди фахівців, що включає психіатра, психолога, терапевта, лікаря ЛФК.

Принцип індивідуальності був заснований на знанні особистісних особливостей пацієнтів, структури їхньої емоційної сфери й інтелекту, специфіки відносин з навколишніми, самооцінки і реакції на психогенії, а також таких факторів, як стать, вік, соціальний статус, рівень соціальної активності і т. д., обліку супутніх і передиспонуєчих психогенних, соматогенних і екзогенно-органічних факторів, стадії захворювання, формуванні комплайенса, конструктивних взаємин у системі лікаря-хворого, диференційованому впливу для усунення психопатологічної симптоматики і супутніх нейродинамічних зрушень.

Принцип наступності, який передбачає послідовність проведення лікувальних (психотерапевтичних і психофармакотерапевтичних) заходів; перехід від психофармакологічних, фізіотерапевтичних впливів до психотерапевтичних і психопрофілактичних заходів, створення організаційної основи для проведення лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів.

Принцип стадійності, що включає проведення комплексних діагностичних і реабілітаційних заходів з оцінкою типологічної структури особистості і ступені нейродинамічних зрушень; ведення пацієнтів відповідно до режимів спостереження: «кризового», «базисного», «відновного»; облік клінічної динаміки і нейродинаміки; зм'якшення або усунення передиспонуєчих і реалізуючих мікросоціальних факторів, що ведуть до зриву адаптації.

Виділялися етапи терапії:

«Кризовий» етап використовувався при гострих стадіях захворювання, що вимагають всебічної оцінки актуального стану пацієнта, його психосоматичного, соціально-психічного статусу, а також запобігання аутодеструктивного поведіння. «Кризовий» етап уключав лікувальні заходи, що носять охоронний характер і спрямовані на купування гострої психопатологічної і соматичної симптоматики. З моменту надходження в клініку починалася інтенсивна інтегративна психотерапія, метою якої було формування комплайенсу, конструктивних взаємин у системі лікаря-хворої. Створювалася атмосфера; довіри, живої участі в долі пацієнта:

У найкоротший термін приходилося вибирати стратегію і тактику ведення хворого, проводити аналіз внутрішніх і зовнішніх впливів, намітивши шляхи адекватної терапії; дати прогностичну оцінку досліджуваному стану: Основною вимогою даного режиму являлася постійне, безперервне спостереження, здійснюване в межах спеціалізованого стаціонару (найкраще в умовах відділення прикордонних станів). «Кризовий» етап продовжувався 7–14 днів.

«Базисний» етап рекомендувався при стабілізації психічного стану; при якому можливі тимчасові погіршення стану; зв'язані з впливом зовнішньої середовища. Лікувальні заходи носили характер, що активізує. Психофармакотерапія сполучилася з фізіотерапевтичними процедурами, підключається масаж, лікувальна фізкультура. Проводилася як індивідуальна, так і сімейна психотерапія:

«Базисний» етап передбачав більш ретельний розгляд «внутрішньої картини хвороби» відносно стабілізації, що здобуває до цього часу характер, (за рахунок перебудови міжособистісних відносин; зміни соціального статусу). Основна лікувальна робота здійснювалася саме на цьому етапі і. полягала в подоланні конституціонально-біологічної основи хвороби і психічної кризи, що малося. Даний режим оцінювався як лікувально-активуючий і проходив у спеціалізованому стаціонарі (відділення прикордонних станів). «Базисний» етап продовжувався від 14 до 21 днів.

«Відбудовний» етап був призначений для осіб, у яких спостерігалася регресія хворобливих розладів, перехід до компенсованого або нехворобливого стану, що мало на увазі більш активну допомогу самого хворого. Цей етап вирішував задачу подолання торпідності патологічного процесу і містив в основному індивідуально-орієнтовану психотерапію, а також загальзміцнювальні заходи. Він виконувався в напівстаціонарних ланках (нічний або денний стаціонар) і дозволяв успішно вирішувати задачі подолання затримки, торпідності патологічного процесу. У ході реабілітації позиція пацієнта змінювалася — від пасивно-акцептивної до активної, партнерської. Використовувався широкий спектр особистісно-орієнтованих психологічних методик, курсова рефлексотерапія. Застосування даних режимів підтримки і реабілітації дозволяло підсилити увагу до проблеми «важких» хворих, що мігрують по соматичних установах. «Відбудовний» етап продовжувався від 14 до 2–3 місяців.

Центральною ланкою терапії непсихотичних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях були психотерапевтичні впливи. Приймаючи в увагу різноманіття і виразність

клінічної симптоматики, ми доглянули необхідність використання підходів «інтенсивної» психотерапії. Ми також вважаємо важливим підкреслити доцільність інтегративного характеру психотерапії в даній групі пацієнтів. Основним принципом психотерапевтичного лікування була його спрямованість на особистість хворого, а не на хворий орган або систему.

Психотерапія була спрямована на рішення наступних задач: усунення недоліку інформації про соматичний і психічний стан пацієнта, нейтралізація ятрогенних впливів, що мали місце на попередніх етапах лікування (до звертання до психіатра), виправлення когнітивних помилок, вироблення нових поведінкових паттернів, інтеграція афектів і підвищення толерантності до фрустрації, корекція сімейних взаємин.

Психотерапевтичний комплекс уключав різні модифікації аутогенного тренування, що дозволяло знизити рівень тривожності, пацієнтів, навчити їх самостійно стабілізувати вегетативні показники. Цьому передувало ознайомлення людини з відчуттями, що виникають у тілі, научення їхній вербалізації (подолання алекситимічності), раціональної, когнітивної психотерапії (робота з ресурсами для підвищення рівня адаптації і самоактуалізації пацієнта в соціумі, сімейній і виробничій сферах, аналіз і корекція копинг-стратегій), елементи біхевіоральної терапії (навчання аналізу типових, стресових ситуацій; складання планів діяльності з використанням правил складання афірмацій і напрацювання навичок поведінки в них, навчання методикам відреагування агресивних спонукань, емоцій), окремі елементи нейролінгвістичного програмування (фіксація соматичних станів, утилізація трансів). Також використовувалися групова і сімейна психотерапія. Групова психотерапія давала пацієнтам можливість позбутися від відчуття унікальності власних проблем, що було важливим кроком на шляху до подолання соціальної ізоляції. Групова згуртованість дозволяла їм відчувати підтримку інших людей, сприяла розвитку «базових навичок спілкування. Сімейна психотерапія оптимізувала взаємини в родині пацієнта, усуваючи один з найважливіших патогенетичних факторів виникнення і розвитку психосоматичної патології, знімала пов'язані з цим

напругу, тривогу, занепокоєння, що дозволяло запобігти повторним загостренням. Прийняття й емоційна підтримка пацієнта, індивідуалізованість емоційних реакцій, їх вільні і щирі прояви були основою для встановлення більш глибоких неформальних міжособистісних контактів.

Виділялися етапи інтенсивної інтегративної психотерапії, що співвідносяться з режимами спостереження і лікування: «кризовий», або «гострий», «базисний», або «стаціонарний», «відбудовний».

Психопрофілактичний етап починався при значному поліпшенні стану, обговорювалися питання сімейної корекції, соціальної адаптації, формувалася система переключення емоцій і акцентування уваги на мінімальних симптомах проявів декомпенсації, можливості медикаментозної і психологічної корекції. При формуванні психопрофілактичних стратегій акцентували увагу на власній відповідальності за захворювання, необхідності включення в психопрофілактичну стратегію регулярного медикаментозного лікування.

Результати клініко-катамнестичного спостереження свідчать про високу ефективність розроблених лікувально-реабілітаційних програм стосовно неспсихотичних психічних розладів у молодих осіб з психосоматичними розладами. Для оцінки ефективності застосовувалася адаптована «шкала ефективності лікування хворих межовими станами», розроблена Семке В. Я. (1979,1999): «А» — повне видужання (з відновленням усіх показників соціально-трудового статусу до вихідного преморбідного рівня); «В» практичне видужання (з вирівнюванням основних клінічних і нейрофізіологічних показників, але з необхідністю проведення епізодичних соціально-терапевтичних заходів); «С» — неповне видужання (з наявністю окремих клінічних проявів і нерізко виражених нейрофізіологічних зрушень, але з можливістю виконання колишніх соціальних функцій); «D» — незначне видужання (з елементами послаблення невротичної і психопатологічної симптоматики, деяким вирівнюванням нейрофізіологічних показників, частковим відновленням соціально трудової адаптації); «Е» — відсутність видужання (з можливою тенденцією до наростання всіх основних параметрів) [12].

Таблиця 1

Ефективність терапії в нозологічних підгрупах

Група пацієнтів	Ефективність лікування			
	Шкала «А»	Шкала «В»	Шкала «С»	Шкала «D»
Артеріальна гіпертензія гіпертензіяАГ	83,6 %	12,9 %	3,5 %	-
Виразкова хвороба	74,2 %	20,1 %	5,7 %	-
Бронхіальна астма	64,3 %	27,2 %	8,5 %	-

Значимість і ефективність запропонованих програм реабілітації підтверджуються даними катamnестичного обстеження (середній термін катamnезу — $2,0 \pm 0,5$ років). Інтегративний показник ефективності терапії психосоматичних розладів розраховували, оцінюючи частоту й інтенсивність загострень, ступінь редукції поведінки «уникання», і афективних розладів.

Як видно з табл. 1, повне і практичне видужання спостерігалось: у групі хворих артеріальною гіпертензією в 98,5 % випадків, у групі хворих з виразковою хворобою в 94,3 %, у групі хворих із бронхіальною астмою — 91,5 %. Ремісій типів «D» і «E» у наших спостереженнях відзначено не було.

Висновки

1. У хворих молодого віку із бронхіальною астмою, виразковою хворобою, артеріальною гіпертензією в 59 % від загального числа обстежених виявлені субсиндромальні прояви психопатологічної симптоматики. Використання в таких випадках діагнозу МКХ-10 F54 «Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках» є практично корисним для доповнення стандартного лікування соматичної хвороби медико-психологічними заходами.
2. Побудова адекватної системи терапії неспсихотичних психічних розладів при психосоматичній патології можлива на підставі принципів наступності, комплексності,

індивідуальності і стадійності в діагностиці і лікуванні пацієнтів.

2. Відповідно до біопсихосоціальної моделі виділялися наступні комплекси лікувально-реабілітаційних заходів: психотерапевтичний комплекс, психопрофілактичний комплекс, фармакологічний і психофармакологічний, а також фізіотерапевтичний у сполученні з лікувально-фізкультурним комплексом.
3. Центральною ланкою терапевтичного впливу на неспсихотичні психічні розлади при психосоматичних захворюваннях були психотерапевтичні впливи. Психотерапія була спрямована на усунення недоліку інформації про соматичний і психічний стан пацієнта, нейтралізація ятрогенних впливів, що мали місце на попередніх етапах лікування (до звертання до психіатра), виправлення когнітивних помилок, вироблення нових поведінкових патернів, інтеграція афектів і підвищення толерантності до фрустрації, корекцію сімейних взаємин.
4. Результати клініко-катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність розроблених лікувально-реабілітаційних програм. Повне і практичне видужання спостерігалось: у групі хворих артеріальною гіпертензією в 98,5 % випадків, у групі хворих з виразковою хворобою в 94,3 %, у групі хворих із бронхіальною астмою — 91,5 %. Ремісій типів «D» і «E» у наших спостереженнях відзначено не було.

Література

1. Вітенко І. С., Кухта Н. М., Венювцева Н. Ю. Тривожність у підлітків як фактор розвитку нейроциркуляторної дисфункції за гіпотонічним типом. // — Міжнародний медичний спеціалізований науково-практичний журнал. Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. Том 1, № 2 (2), 2009. С. 51-55.
2. Дроздова І. В. Личностные особенности больных артериальной гипертензией и неврастениями / И. В. Дроздова // Международный медицинский журнал. — 2008. — № 1 — С. 10-14.
3. Инадворская Н. В. Изучение адаптационных поведенческих и когнитивных механизмов к тревоге, формирующейся при психических расстройствах различного уровня: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Н. В. Инадворская. — Бишкек, 2006. — 25с.
4. Каменецкий Д. А. Неврология и психотерапия: Учеб. пособие / Давид Александрович Каменецкий. — Днепропетровск, 2008. — 301с.
5. Кожина Г. М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. М. Кожина. — Х., 2006. — 32с.
6. Кошелев В. В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях психической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий: дис.... доктора мед. наук: спец. 14.00.51 «Восстановительная медицина, курортология и физиотерапия» / Кошелев Всеволод Владимирович. — Москва, 2009. — 192 с.: ил.
7. Леонова Ю. И. Гипносуггестия как метод лечения больных неврозами и пограничными состояниями [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа к журналу: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper060.htm>.

8. Марута Н. А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Украинский вестник психоневрологии. — 2007. — Т 15, вып. 2 (51).
9. Михайлов Б. В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами/ Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4(14). — С.35–38.
10. Насыбулина Н. М. Психологические аспекты заболевания [Электронный ресурс] / Н. М. Насыбулина // Consilium Provisorum. — 2006. — Т.4, № 5. — Режим доступа к журн.: <http://www.concilium-medicum.com/provisorum/article/9426/>
11. Сарториус Н. Значение депрессивных расстройств для уровня здоровья населения // Международный медицинский журнал. — Т. 7. № 3. — 2001. — С. 20-21.
12. Семке В. Я., Семке А. В., Аксенов М. М. Здоровье личности и психотерапия: руководство для врачей, психологов и педагогов. Томск, Кемерово: Изд-во КемГУ, 2002. — С. 22-25.
13. Смулевич А. Б. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — № 1. — С. 35. — Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/psychiatry/article/17772/>
14. Karavaeva T. A. The Change in the Psychotherapeutic and Rehabilitation Strategies in the Treatment of Neurotic Disorders in the Time of Socio-economic Changes. Part I. the Influence of the socio-economic Factors on the Clinical Picture of the Neurotic Disorders Patients. /V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg. — № 1 2010. — p.56-58.
15. Brown C. S. Depression and anxiety disorders // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. — 2001. — Vol. 28, № 2. — P. 241-268.
16. Joel E. Dimsdale. Symptoms of anxiety and depression as precursors to hypertension. /JAMA. — 1997. — Vol. 277, № 7. — p.574-575.

Мелитор®

Агомелатин
Первый мелатонинергический антидепрессант

Антидепрессант первого выбора²

для Ваших пациентов с депрессией¹⁻⁵

«Хочу вернуться на работу,
заняться семьей⁴...»

8 Неделя

12 Неделя

«Живу активной жизнью,
у меня много дел и планов
на будущее⁴...»

«Мне лучше, я стал
бодрее, утром я чувствую
себя отдохнувшим⁴...»



Выберите инновацию для Ваших пациентов с депрессией

1. Efficacy of agomelatine in patients with Major Depressive Disorder compared to escitalopram: a randomized, double-blind study D. Nutt, M.A. Quera Salva, CNP, 2010. 2. R.W. Lam et al. / Journal of Affective Disorders 117 (2008) 525-543. 3. Superior efficacy results of agomelatine in a pooled analysis versus SSRI/SNRI. S. Kasper et al. ECP 2010 (Amsterdam Abstract P. 2 а. 026). 4. Managosa C.A., Chalon O.E., NeuroNews #3(22), 2010. 5. Hale et al. Eur J Neuropsychopharmacol. 2008 p. 2c. 026.

1 таблетка вечером

Показания. Лечение великих депрессивных эпизодов у взрослых. Противопоказания. Повышенная чувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ препарата. Нарушения функции печени (цироз печени или другая активная фаза заболевания печени). Застосування у комбінації з високочинними СІРІ/АЗ інгібіторами (ципрофлоксацин, флуоксацин). Спосіб застосування та дози. Препарат призначений для перорального застосування у дорослих. Застосовувати незалежно від приймання їжі або під час їди. Таблетки слід ковтати цілими, запиваючи водою. Рекомендована доза становить 1 таблетку 25 мг 1 раз на добу, перед сном. Через 2 тижні після початку терапії, при необхідності покращення клінічного стану, дозу можна підвищити до 50 мг (2 таблетки препарату Мелитор®) одноразово перед сном. Усім пацієнтам необхідно проводити тести, які відображають функцію печінки: при ініціації лікування та потім періодично приблизно через 6 тижнів (кінець активної фази), через 12 тижнів та 24 тижні (кінець фази підтримуючої терапії) та у подальшому, коли це є клінічно необхідним (див. розділ «Особливості застосування»). При раптовому припиненні лікування агомелатином синдром відміни не спостерігається. Побічні реакції. Клінічні дослідження препарату Мелитор® (агомелатин) за участю більш ніж 3500 пацієнтів з депресією показали, що побічні явища зазвичай виникали під час перших 2 тижнів лікування та були слабо або помірно виражені. Найчастішими побічними явищами були нудота та запаморочення. Зазначені побічні явища зазвичай мали тимчасовий характер і, як правило, не вимагали припинення лікування. Застосовується тільки за призначенням лікаря. Інформація приведена в скороченні, більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату.



ТОВ «Серв'є Україна» 01054, Київ, вул. Воробейського, 24. Тел: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40
P/n МОЗ України № UA/4972/01/01 от 19.08.11

Для дополнительной информации посетите сайт
www.servier.ua

Мелатонинэргические антидепрессанты в терапии постинсультной депрессии



Кузнецова С. М.

Кузнецова С. М.

ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», г. Киев

Резюме. Высокая частота депрессий у больных в восстановительный период инсульта определяет необходимость применения антидепрессантов и рассматривать их назначение как составную часть процесса реабилитации. Проведен комплексный анализ влияния Мелитора на психо-эмоциональное состояние, церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга у 30 больных ишемическим инсультом в восстановительный период. Мелитор назначался в дозе 25 мг в течение двух месяцев.

У больных, перенесших инсульт, курсовой прием мелитора улучшает общее самочувствие, сон, снижает уровень тревоги и депрессивности, расширяет диапазон социально-бытовой активности. У больных под влиянием мелитора гармонизируется биоэлектрическая активность головного мозга: уменьшается интенсивность в диапазоне медленных ритмов и увеличивается в диапазоне альфа-ритма. Улучшается церебральная гемодинамика в отдельных сосудах каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов.

Ключевые слова: ишемический инсульт, депрессия, церебральная гемодинамика, биоэлектрическая активность головного мозга, Мелитор.

Melatoninergic antidepressants in post-stroke depression treatment

Resume. The high frequency of depression in patients who are in recovery stroke period determines the necessity of application antidepressants. The prescription of antidepressant is the main part of rehabilitation process. The complex analysis was carried out concerning the Melitor's influence on bioelectrical brain activity, psychico-emotional state and cerebral hemodynamics in 30 ischemic stroke patients in recovering period. Melitor was prescribed in dose 25 mg for 2 months. After the treatment patients feel well, have not sleep disorders, have decreased level of anxiety and depression, enlarge the range of social activity. In patient after Melitor treatment bioelectrical brain activity harmonizes. There are decreasing of the intensity of slow rhythms and increasing of α -rhythm. The cerebral hemodynamics improves in several vessels of carotid and vertebro-basillar basins..

Key words: ischemic stroke, depression, cerebral hemodynamic, bioelectrical brain activity, Melitor.

Реабилитация больных, перенесших инсульт, является важной медико-социальной проблемой. Инсульт вызывает нарушение в двигательной, чувствительной, психо-эмоциональной сфере, сужается диапазон социально-бытовой деятельности. Для восстановления ходьбы, самообслуживания бытовых навыков, статистики необходима длительная и систематическая реабилитация. К числу факторов, отрицательно влияющих на реабилитацию больных с инсультом, относятся изменения в психо-эмоциональной сфере: депрессия и деменция [3]. Одним из основных механизмов отрицательного влияния депрессивных расстройств на эффективность восстановительного лечения является снижение мотивации пациента при участии в реабилитационных мероприятиях [7]. Установлено, что постинсультная депрессия имеет сильную корреляцию с когнитивными нарушениями, с пассивным восприятием качества жизни и повышенный смертностью [6]. Именно поэтому адекватная терапия постинсультной депрессии должна рассматриваться не только

как возможность уменьшить выраженность депрессивных симптомов, но также как способ улучшить качество жизни, усилить эффективность реабилитации и уменьшить степень выраженности физических нарушений у больных, перенесших инсульт [11]. В последние годы отмечают, что определенные группы антидепрессантов при применении в острый период инсульта повышают пластичность мозга и тем самым способствуют максимальному неврологическому восстановлению после инсульта [9].

Применение антидепрессантов в восстановительном периоде инсульта обосновано, так как частота депрессии в этот период инсульта максимальна и составляет 40-60% [8]. Медикаментозная терапия депрессии рассматривается как составная часть процесса реабилитации у всех больных, перенесших инсульт [5]. Основным методом современного лечения депрессии является назначение антидепрессантов. Совершенствование подходов к лечению постинсультной депрессии происходит в соответствии с развитием моноаминовой гипотезы депрессивных состояний, связанных

с дефицитом серотонина и норадреналина в синаптической щели [4]. Наиболее часто при лечении постинсультной депрессии используются ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Этот класс антидепрессантов вызывает меньшее число побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты, которые часто вызывают кардиотоксические реакции. Однако и применение СИОЗС также ограничено из-за наличия популяции больных с цереброваскулярной патологией рефрактерных к терапии СИОЗС [12].

Препаратом первого выбора при терапии постинсультных депрессий являются антидепрессанты нового поколения, в частности мелатонинергические антидепрессанты. Представителем данного класса является Мелитор. Мелитор — антидепрессант, способный восстанавливать циркадные ритмы, которые нарушены у пациентов с депрессией. Мелитор является агонистом MT-1 и MT-2 мелатониновых рецепторов и антагонистом серотониновых 5-HT_{2c} рецепторов, которые находятся в супрахиазмальном ядре, регулирующем циркадные ритмы [1]. Влияние Мелитора на эти три типа рецепторов обеспечивает выраженный антидепрессивный и анксиолитический эффект [10]. Терапевтический эффект Мелитора отмечают уже к концу 1-ой недели терапии, когда происходит нормализация суточного ритма пациента, улучшается его дневная активность и качество сна, на 2-3 неделе приема препарата улучшается настроение, когнитивные функции [2].

Цель работы

Провести комплексный анализ влияния Мелитора на функциональное состояние ЦНС у больных, перенесших ишемический инсульт, с целью разработки рекомендаций по применению Мелитора в системе реабилитации.

Таблица 1

Динамика субъективных жалоб у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, %

Жалобы	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Плохой сон	46,7	16,7	43,3	20
Нарушение внимания	40	20	40	16,7
Нарушение аппетита	43,3	26,7	40	23,3
Внутреннее напряжение	50	16,7	46,7	20
Головные боли	50	20	43,3	23,3
Физическая утомляемость при ЛФК	50	20	46,7	16,7

Объект и методы обследования

30 больных пожилого возраста принимали препарат в дозе 25 мг на ночь в течение 2-х месяцев. До и после приема Мелитора проводилось комплексное обследование, включающее нейропсихологические исследования (геронтологическая шкала депрессивности, шкала Гамильтона, шкала тревоги и депрессии Спилберга, MMSE), оценку уровня социально-бытовой активности (индекс Бартель), анализ состояния церебральной гемодинамики (прибор EnVisor, PHILIPS) и биоэлектрической активности головного мозга («Neurofax EEG — 1100K», NIHON KONDEN).

Результаты и обсуждение

Анализ динамики субъективных жалоб у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после 2-х месячного курса Мелитора показал, что у больных препарат уменьшает количество и интенсивность жалоб (табл. 1)

Так, через 2 месяца после приема Мелитора у больных, перенесших инсульт как в правом так и в левом полушарии, улучшается сон, уменьшается утомляемость при физических упражнениях, уменьшаются головные боли, раздражительность.

У больных, перенесших инсульт, под влиянием Мелитора статистически достоверно снижается уровень депрессии, тревоги (табл. 2).

Так, у больных с левополушарным инсультом снижается уровень депрессии по шкале Гамильтона с $19,2 \pm 1,2$ баллов до $7,4 \pm 1,0$ баллов, по Геронтологической шкале с $11,2 \pm 1,2$ баллов до $4,3 \pm 1,2$ баллов, у больных с правополушарным инсультом соответственно с $21,5 \pm 1,5$ до $8,2 \pm 1,02$ баллов и с $19,0 \pm 1,2$ до $7,4 \pm 1,0$ баллов. По показателям Геронтологической шкалы депрессии у больных с левополушарным инсультом Мелитор вызывает более выраженное снижение уровня

Таблиця 2

Динамика показателей шкалы депрессии Гамильтона и геронтологической шкалы у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, баллы

Шкалы	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Геронтологическая	15,1±1,3	7,1±1,8*	11,2±1,2	4,3±1,2*
Гамильтона	21,0±1,5	8,2±1,05*	19,0±1,2	7,4±1,0*

* — статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения ($p < 0,05$)

депрессии, чем у больных с правополушарной локализацией инсульта.

У больных инсультом Мелитор статистически достоверно уменьшает тревогу (рис. 1).

Так, у больных с левополушарным инсультом статистически достоверно снижаются показатели конституционной тревоги по шкале Спилберга-Ханина (до лечения $46,7 \pm 2,1$ после $38,1 \pm 1,8$ баллов) и показатели реактивной тревожности (соответственно с $44,6 \pm 2,2$ до $34,2 \pm 1,1$ баллов). У больных с локализацией инсульта в правой гемисфере Мелитор также снижает уровень конституционной (с $51,5 \pm 2,0$ до $41,4 \pm 2,31$ балла) и реактивной (с $47,1 \pm 1,8$ до $37,0 \pm 3,1$ баллов) тревожности.

Таким образом, у больных, перенесших ишемический инсульт, Мелитор оказывает анксиолитический эффект: уменьшает симптомы тревоги в рамках депрессивных расстройств. У больных статистически достоверно снижается уровень как психической, так и соматической составляющей тревоги. У больных, перенесших инсульт, под влиянием приема Мелитора увеличивается уровень социально-бытовой активности по шкале Бартелл с $78,3 \pm 2,4$ до $91,5 \pm 1,8$ баллов, клинически это проявляется

повышением двигательной активности и расширением диапазона бытового самообслуживания, улучшением координации.

Для анализа механизмов, определяющих влияние Мелитора на психо-эмоциональное состояние больных, перенесших ишемический инсульт, был проведен анализ функционального состояния мозга (по показателям мозгового кровообращения и биоэлектрической активности головного мозга) до и после курсового лечения Мелитора. У больных, перенесших инсульт, Мелитор улучшает церебральную гемодинамику, так как статистически достоверно увеличивается ЛССК в отдельных сосудах каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов. Однако, следует отметить, что влияние препарата на скоростные показатели мозгового кровотока имеет полушарные особенности (рис. 2).

У больных, перенесших ишемический инсульт с локализацией ишемического очага в правом полушарии, статистически достоверно увеличивается ЛССК в правой СМА (до лечения $87,9 \pm 6,1$ см/с, после — $103,7 \pm 6,5$ см/с), левой ВСА ($61,9 \pm 1,7$ см/с и $70,8 \pm 2,2$ см/с соответственно), в двух ПА (пораженная: до лечения $36,1 \pm 1,5$ см/с, после — $42,7 \pm 1,9$ см/с; интактная:

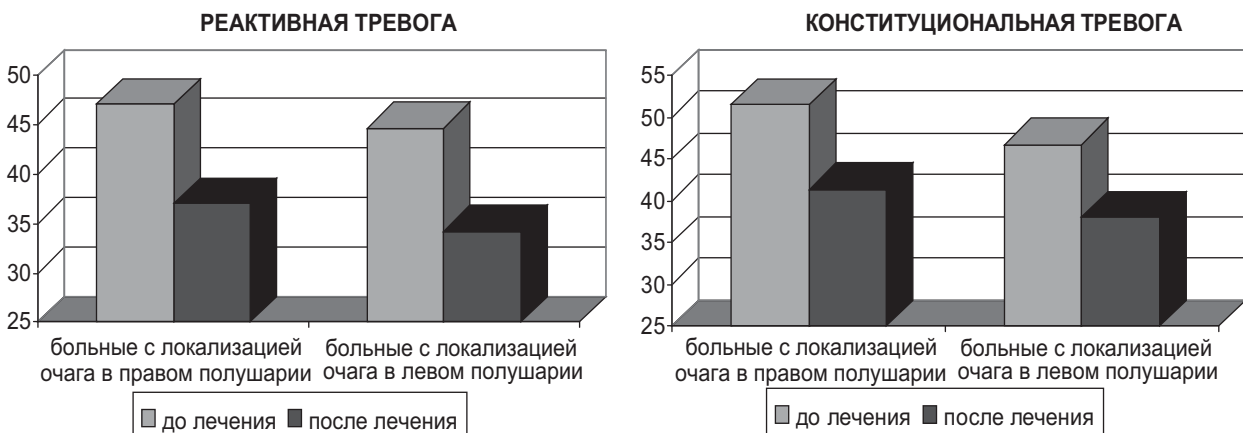
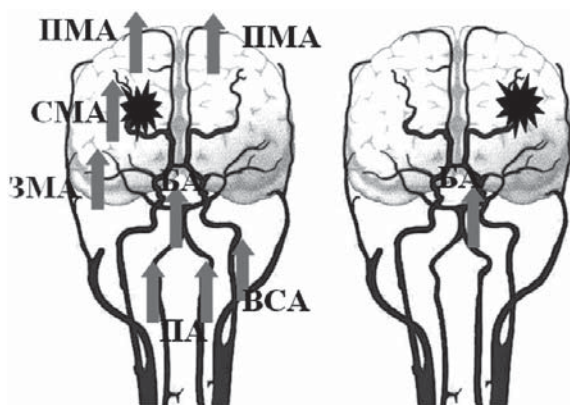


Рис. 1

Изменения показателей тревоги у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, баллы

**Рис. 2**

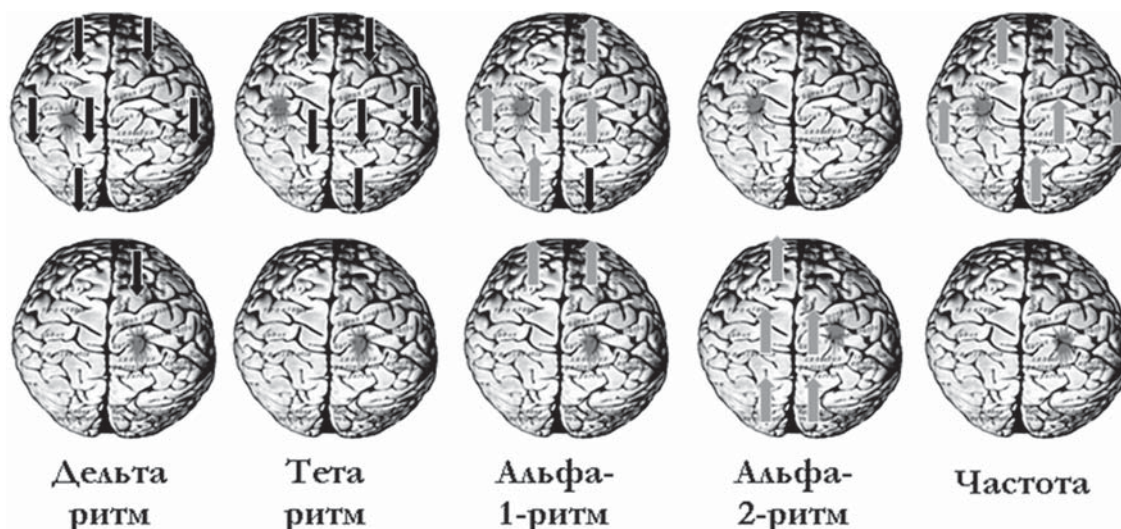
Динамика ЛССК у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием Мелитора

38,2±1,9 см/с и 45,7±2,3 см/с соответственно), двух ПМА (пораженная: до лечения 80,8±9,2 см/с, после — 87,0±7,5 см/с; интактная: 75,2±2,0 см/с и 87,7±7,1 см/с соответственно) и БА (до лечения 53,2±2,4 см/с, после — 61,0±3,4 см/с). У левополушарных больных под влиянием приема Мелитора статистически достоверно увеличивается ЛССК только в БА (до лечения 54,1±3,07 см/с, после — 61,9±4,5 см/с) (рис. 2).

Структура реорганизации интенсивности основных ритмов ЭЭГ под влиянием Мелитора у больных, перенесших инсульт, также имеет определенные полушарные особенности. У больных с правополушарным инсультом Мелитор снижает во всех областях двух полушарий интенсивность в диапазоне дельта- (максимум в лобной

области пораженного полушария: до лечения 1,2±0,01, после 0,8±0,07 мкВ) и тета-ритма (максимум в центральной области пораженного полушария: до лечения 1,2±0,01, после — 0,9±0,01 мкВ) на фоне повышения интенсивности альфа-1-ритма (максимум в центральной области пораженного полушария: 0,9±0,02 и 1,6±0,03 мкВ соответственно) и частоты альфа-ритма (максимум в центральной области интактного полушария: до лечения 9,8±0,03, после — 10,5±0,02 Гц). У больных с левополушарным инсультом под влиянием Мелитора статистически достоверно повышается интенсивность только в диапазоне альфа-1 (максимум в лобной области интактного полушария: до лечения 1,1±0,01, после — 1,5±0,01 мкВ) и альфа-2-ритма (максимум центральной области пораженного полушария: 0,6±0,01 и 1,5±0,04 мкВ соответственно) в двух полушариях (рис. 3, табл. 2–7).

Таким образом, у больных перенесших ишемический инсульт, Мелитор снижает уровень тревоги и депрессии, расширяет диапазон функциональной активности, улучшает церебральную гемодинамику и функционально-метаболические процессы в структурах генерирующих биоэлектрическую активность головного мозга. У больных с локализацией инсульта в правом полушарии более выражено влияние Мелитора на мозговое кровообращение и биоэлектрическую активность головного мозга, что вероятно обусловлено полушарными особенностями морфо-функциональной и биохимической асимметрии мозга.

**Рис. 3**

Изменения интенсивности основных ритмов ЭЭГ у больных, перенесших ишемический инсульт, с локализацией очага в правом (А) и левом (Б) полушарии под влиянием Мелитора

Таблиця 3

Динамика интенсивности дельта-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, мкВ

Области мозга	Полушарие	До лечения		После лечения	
		Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии	Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии
Лобная	Пораженное	1,2±0,02	1,1±0,02	0,9±0,08*	1,0±0,01
	Интактное	1,1±0,02	1,05±0,01	0,9±0,01*	0,9±0,01*
	Пораженное	1,2±0,01	0,8±0,07	0,8±0,07*	0,8±0,08
	Интактное	0,9±0,01	0,7±0,05	0,7±0,06	0,7±0,07
	Пораженное	1,0±0,02	0,6±0,06	0,7±0,07*	0,7±0,01
	Интактное	0,7±0,01	0,7±0,01	0,6±0,05	0,7±0,01
Центральная	Пораженное	1,1±0,01	0,7±0,07	0,8±0,07*	0,7±0,07
	Интактное	0,8±0,09	0,7±0,05	0,7±0,07	0,7±0,07
	Пораженное	1,1±0,01	0,7±0,09	0,8±0,06*	0,7±0,08
	Интактное	0,8±0,01	0,6±0,04	0,5±0,06	0,7±0,07
Затылочная	Пораженное	1,0±0,01	0,7±0,06	0,7±0,06*	0,6±0,06
	Интактное	0,7±0,01	0,6±0,04	0,6±0,06	0,7±0,01
Височная	Пораженное	1,0±0,01	0,5±0,04	0,7±0,05*	0,6±0,07
	Интактное	0,7±0,01	0,5±0,04	0,6±0,04	0,6±0,09
	Пораженное	0,8±0,01	0,4±0,03	0,5±0,06*	0,5±0,09
	Интактное	0,8±0,01	0,5±0,04	0,5±0,05*	0,5±0,08

* — статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения ($p < 0,05$)

Таблиця 4

Динамика интенсивности тета-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, мкВ

Области мозга	Полушарие	До лечения		После лечения	
		Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии	Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии
Лобная	Пораженное	1,2±0,01	1,08±0,08	1,0±0,01*	1,1±0,01
	Интактное	1,1±0,02	0,9±0,07	0,9±0,01	1,0±0,01
	Пораженное	1,3±0,01	1,08±0,06	1,0±0,01*	1,1±0,08
	Интактное	1,2±0,02	1,02±0,06	0,9±0,01*	1,03±0,08
	Пораженное	0,8±0,01	0,6±0,04	0,7±0,08	0,7±0,08
	Интактное	0,8±0,01	0,6±0,06	0,6±0,07*	0,7±0,09
Центральная	Пораженное	1,2±0,01	1,04±0,08	1,0±0,01	1,0±0,01
	Интактное	1,2±0,02	0,9±0,07	0,9±0,01*	1,0±0,08
	Пораженное	1,2±0,01	0,9±0,09	0,9±0,01*	1,0±0,01
	Интактное	1,2±0,02	0,9±0,06	1,7±0,09*	1,0±0,01
Затылочная	Пораженное	1,1±0,01	0,8±0,07	0,9±0,01	0,9±0,01
	Интактное	1,1±0,02	0,8±0,05	0,7±0,01*	0,9±0,01
Височная	Пораженное	0,9±0,01	0,7±0,07	0,8±0,09	0,7±0,06
	Интактное	0,9±0,01	0,7±0,06	0,6±0,08*	0,7±0,08
	Пораженное	0,8±0,01	0,6±0,06	0,7±0,07	0,6±0,08
	Интактное	0,9±0,02	0,6±0,06	0,5±0,08*	0,6±0,07

Таблиця 5

Динамика интенсивности альфа-1-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, мкВ

Области мозга	Полушарие	До лечения		После лечения	
		Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии	Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии
Лобная	Пораженное	1,3±0,02	1,2±0,01	1,3±0,02	1,4±0,01*
	Интактное	1,3±0,02	1,1±0,01	1,2±0,02	1,5±0,01*
	Пораженное	1,5±0,02	1,2±0,01	1,5±0,03	1,4±0,01*
	Интактное	1,3±0,02	1,2±0,01	1,4±0,03	1,5±0,01*
	Пораженное	0,9±0,02	0,7±0,08	0,9±0,01	0,9±0,09
	Интактное	0,6±0,09	0,7±0,01	0,8±0,01*	0,9±0,01
Центральная	Пораженное	0,9±0,02	1,4±0,01	1,6±0,03*	1,4±0,01
	Интактное	1,0±0,01	1,4±0,01	1,5±0,04*	1,5±0,01
	Пораженное	1,0±0,02	1,8±0,03	1,7±0,04*	1,7±0,03
	Интактное	0,9±0,02	1,6±0,02	1,5±0,04*	1,7±0,02
Затылочная	Пораженное	1,2±0,02	2,0±0,03	1,7±0,04*	1,9±0,04
	Интактное	1,4±0,02	1,7±0,02	1,5±0,03	1,6±0,02
Височная	Пораженное	0,7±0,01	0,9±0,01	1,1±0,02*	0,9±0,01
	Интактное	0,7±0,01	0,9±0,09	1,0±0,02	1,0±0,01
	Пораженное	0,7±0,01	1,1±0,01	1,1±0,02*	1,0±0,01
	Интактное	0,8±0,01	1,0±0,01	1,0±0,02	1,1±0,01

* — статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения ($p < 0,05$)

Таблиця 6

Динамика интенсивности альфа-2-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, мкВ

Области мозга	Полушарие	До лечения		После лечения	
		Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии	Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии
Лобная	Пораженное	0,8±0,02	0,7±0,08	0,8±0,01	0,8±0,08
	Интактное	0,8±0,01	0,8±0,08	0,8±0,01	0,8±0,09
	Пораженное	0,9±0,02	0,8±0,01	0,9±0,01	0,8±0,08
	Интактное	0,9±0,02	0,9±0,01	0,9±0,01	0,9±0,09
	Пораженное	0,6±0,01	0,4±0,04	0,6±0,01	0,5±0,07
	Интактное	0,6±0,09	0,5±0,06	0,6±0,01	1,1±0,01*
Центральная	Пораженное	0,9±0,02	0,6±0,06	0,9±0,01	1,2±0,02*
	Интактное	1,0±0,01	0,6±0,08	0,9±0,01	1,4±0,03*
	Пораженное	1,0±0,02	0,6±0,01	1,0±0,02	1,5±0,04*
	Интактное	1,1±0,02	0,7±0,09	1,0±0,02	1,3±0,02*
Затылочная	Пораженное	1,2±0,02	1,1±0,01	1,1±0,02	1,5±0,04*
	Интактное	1,4±0,02	1,1±0,02	1,1±0,03	1,4±0,08*
Височная	Пораженное	0,7±0,01	0,6±0,06	0,7±0,01	0,6±0,08
	Интактное	0,7±0,01	0,6±0,08	0,6±0,01	0,6±0,09
	Пораженное	0,7±0,01	0,6±0,01	0,6±0,01	0,5±0,08
	Интактное	0,8±0,01	0,7±0,09	0,6±0,01	0,5±0,08

* — статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения ($p < 0,05$)

Таблиця 7

Динамика частоты альфа-ритма у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, Гц

Области мозга	Полушарие	До лечения		После лечения	
		Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии	Больные с локализацией очага в правом полушарии	Больные с локализацией очага в левом полушарии
Лобная	Пораженное	8,9±0,03	9,2±0,03	9,0±0,02	9,2±0,02
	Интактное	9,3±0,04	9,4±0,03	9,6±0,02*	9,5±0,01
	Пораженное	8,9±0,03	9,7±0,03	9,2±0,02*	9,5±0,03
	Интактное	9,4±0,03	9,6±0,02	9,8±0,01*	9,6±0,01
	Пораженное	9,8±0,06	9,6±0,02	9,3±0,03	9,5±0,02
	Интактное	9,8±0,05	9,7±0,02	10,4±0,03*	9,6±0,02
Центральная	Пораженное	9,1±0,03	9,9±0,03	9,3±0,02	9,6±0,02
	Интактное	9,7±0,02	9,8±0,02	10,1±0,02*	9,8±0,01
	Пораженное	9,3±0,02	9,8±0,03	9,5±0,02	9,5±0,02
	Интактное	9,8±0,03	9,7±0,02	10,5±0,02*	10,0±0,02
Затылочная	Пораженное	9,6±0,02	9,6±0,02	9,7±0,01	9,6±0,01
	Интактное	10,0±0,05	9,8±0,02	10,6±0,03*	10,9±0,01
Височная	Пораженное	9,9±0,05	10,1±0,04	9,5±0,02	9,7±0,02
	Интактное	10,0±0,05	9,9±0,02	10,2±0,02*	10,1±0,02
	Пораженное	10,2±0,05	9,6±0,02	9,7±0,04	9,6±0,04
	Интактное	9,9±0,05	10,1±0,02	10,5±0,04*	9,9±0,02

* — статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения ($p < 0,05$)

Выводы:

1. У больных, перенесших инсульт, курсовой прием (2 месяца) Мелитора в дозе 25 мг в сутки, улучшает общее самочувствие, сон, уменьшает частоту и интенсивность головных болей, снижает уровень тревоги и депрессивности, расширяет диапазон социально-бытовой активности.
2. Влияние Мелитора на биоэлектрическую активность головного мозга у больных, перенесших атеротромботический инсульт в правой и левой гемисфере характеризуется снижением интенсивности в диапазоне медленных ритмов на фоне увеличения интенсивности и частоты альфа-ритма.
3. Мелитор улучшает церебральную гемодинамику у больных, перенесших ишемический инсульт.

При локализации ишемического очага в правой гемисфере увеличивается скоростные показатели мозгового кровообращения в отдельных сосудах каротидного (СМА, ПМА, ВСА) и вертебро-базиллярного (ПА) бассейнов. У больных с левополушарным инсультом под влиянием Мелитора статистически достоверно увеличивается ЛССК только в сосудах ВББ (ОА).

4. У больных с локализацией ишемического очага в правом полушарии более выражено, чем у больных с левополушарным инсультом влияние Мелитора на церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга.

Література

1. Анисимов В.Н. Мелатонин: роль в организме, применение в клинике. — СПб.: Система, 2007. — 40 С.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 198 С.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 250 с.
4. Мосолов С.Н. Место традиционных антидепрессантов в современной терапии депрессивных и тревожных расстройств. — М., 2005. — 28 С.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 425 С.
6. Annoni J.M., Staub F., Bruggimann L. et al. Emotional disturbances after stroke // Clin. Exp. Hypertens. — 2006. — 28(3-4). — P. 243-249

7. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy and functional recovery // J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2001. — 71. — P. 258-261
8. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies // Stroke. — 2005. — 36 (5). — P. 1098-1103.
9. James D. Geyer, Camilo R. Gomez Stroke. A practical approach — Lippicott Williams&Wilkins, 2009. — 361 P.
10. Kasper S., Hale A., Lemoine P. Depression after stroke // The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. — Vol. 19 (Suppl. 3). — P. S412.
11. Pojasvaara T, LeppKvuori A, Siira I et al. Frequency and clinical determinants of poststroke depression // Stroke. — 1998. — 29(11). — P. 2311-2317.
12. Whyte E.M, Mulsant B.H, Rovner B.W, et al. Preventing depression after stroke // Int. Rev. Psychiatr. — 2006. — 18(5). — P. 471-481

УДК 616.895.8

Формула принудительной госпитализации



Насинник О. А.

Насинник О. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)

Резюме. Вивчено 428 пацієнтів, госпіталізованих у невідкладному порядку до психіатричного стаціонару. 225 осіб перебували на лікуванні у примусовому порядку. Розглянуто послідовність оцінки і стандарти кожного з критеріїв примусової госпіталізації. Тяжкий психічний розлад, пов'язана з ним безпосередня небезпека для себе або оточуючих, а також безпорадний стан, при відсутності згоди пацієнта складають формулу примусової госпіталізації, знання і дотримання якої є обов'язковим з метою недопущення порушення прав та законних інтересів пацієнтів.

Ключові слова: критерії небезпеки, формула примусової госпіталізації.

Resume. Studied 428 patients admitted urgently to a psychiatric hospital. 225 people were treated under compulsion. Consider the sequence of evaluation and standards for each of the criteria for compulsory admission. Severe mental disorder associated with an immediate danger to themselves or others, as well as a helpless state, with no patient consent form formula for compulsory commitment, knowledge and compliance is mandatory in order to prevent violations of rights and legitimate interests of patients.

Key words: criteria of danger, formula of compulsory hospitalization.

Вступление

Психиатрическая помощь в принудительном порядке осуществляется в соответствии с четко регламентированными законодательством критериями. Критерии в разных странах имеют свои различия, но с учетом международного опыта постепенно идет формирование единой модели недобровольной помощи, что показательно на примере принудительной госпитализации. Почти все страны осуществляют недобровольную госпитализацию лиц, которые вследствие тяжелого психического расстройства (ТПР) обнаруживают опасность для себя или окружающих, или неспособны к осуществлению помощи себе. Из всех стран только Италия отклонила принудительную госпитализацию на основании опасности для себя или других лиц. В их законодательстве подчеркнуто, что фокусирование должно быть на нуждах пациента, а не на защите окружающих. В то же время, как следует из исследования итальянских психиатров Р. Dazzan и соавт. (2001), у них 23% недобровольных госпитализаций обусловливается именно критерием опасности, хотя он и отвергается законом как основание принуждения [1]. Оценка признаков опасности в связи с психическим расстройством при оказании психиатрической помощи, начиная с внебольничных условий, затем при осуществлении неотложной госпитализации и, наконец, при формировании заявления в суд о необходимости принудительной госпитализации осуществляется врачами-психиатрами. Суды, чаще всего, поддерживают необходимость принудительной госпитализации, противоположные решения возможны в единичных случаях. Как отмечают Л. Н. Виноградова и Ю. С. Савенко (2003), случаи отказа судами психиатрическим стационарам в недобровольной госпитализации граждан

в целом по РФ не превышают 1-2 % от общего числа рассмотренных дел [2]. Зарубежные исследователи выявляют большее число случаев оценок показаний к принудительной госпитализации, не соответствующих действующему законодательству. Например, из 343 рассмотренных в суде случаев отмечалось, что критерии недобровольной госпитализации в 40,5% не соответствовали действующему законодательству [3], или, как показано в обзоре W. M. Brooks (2010), выявлено от 20% до 70% не соответствий критериев действующему законодательству [4]. Интересно исследование J. S. Janofsky и A. C. Tamburello (2006), сопоставивших опасность, квалифицированную направляющей стороной, и опасность, подтвержденную специалистами отделения неотложной помощи. Направлялись лица (300 чел.) с такими видами опасности (иногда сочетанными): физическая угроза для себя 88 (29,3%), вербальные угрозы для себя 125 (41,7%), физическая угроза для других 82 (27,3%), вербальные угрозы для других 79 (26,3%), физическая угроза собственности 21 (7,0%), вербальные угрозы имуществу 9 (3,0%), беспомощное состояние, т.е. лица не в состоянии заботиться о себе 29 (9,7%) — всего 433 (144,3%). При обследовании оказалось же, что непосредственная опасность обнаружена у 178 чел., просто опасность — 24 чел., отсутствие опасности — 82 чел., недостаточно данных — 16 чел. [5].

Закон о психиатрической помощи штата Калифорния (Lanterman-Petris-Short Act) от 1969 года является моделью недобровольной психиатрической помощи для каждого штата Америки [6] и разработанные в его развитие руководства (например, одно из последних и доступных нам «5150 Involuntary Detention Training Manual», 2011) [7] детально описывают

стандарты оценки критериев принуждения. В Российской Федерации со времени введения в действие Закона о психиатрической помощи разработан детальный Комментарий к Закону [8], а в Украине существует ряд инструкций [9] и методических рекомендаций по оказанию психиатрической помощи в принудительном порядке [10].

В чем же причина имеющихся расхождений в трактовке установленных законодательством критериев? Причин обнаруживается множество. Одной из них является ограниченность информации о пациенте и времени на сбор ее. В условиях приемного отделения психиатрической больницы играют большую роль сведения о пациенте от доставившей стороны [6], в частности коллатеральная, вспомогательная информация о пациенте [11]. В связи с этим необходима дальнейшая разработка «золотого стандарта решения о госпитализации» и, прежде всего, соблюдение его [12]. Несмотря на четкость прописанных в Законе критериев принудительной госпитализации применение их на практике остается сложным, и в условиях неотложной (принудительной) госпитализации требует стандартизации, что является актуальным и значимым.

Целью работы являлись изучение клинических, поведенческих и социальных факторов, являющихся предпосылкой формирования критериев предоставления психиатрической помощи в принудительном порядке. Материалом исследования являлись 428 пациентов, госпитализированных в неотложном порядке в психиатрические больницы в 2001-2010 гг. Из статистических методов использованы Т-тест Левена для независимых выборок, χ^2 Пирсона для таблиц сопряженности, где значим стандартизированный остаток (ст. о.) 2 или более.

Результаты исследования и их обсуждение

Неотложный порядок госпитализации осуществлялся в отношении лиц, находящихся в остром психотическом состоянии, вследствие

которого проявлялась опасность для себя или окружающих. В неотложном порядке так же госпитализировались лица с выраженными дефектными состояниями или значительным интеллектуально-мнестическим снижением, в результате которых эти лица были неспособны самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, обеспечивающем их жизнедеятельность, т.е. находящихся в беспомощном состоянии. Решение о стационарном лечении базируется на наличии показаний и осознанном согласии пациента на получение помощи в стационаре. Из числа неотложно госпитализированных лиц осознанное согласие было получено у 203 чел. (47,4%), и они продолжали лечение в стационаре на добровольных основаниях. Принудительная госпитализация была осуществлена в отношении 225 чел. Распределение принудительно госпитализированных пациентов по диагностическим категориям и категориям опасности показано в табл. 1.

Как показано в табл. 1, недобровольной госпитализации подверглись 225 чел. (52,6%). Основным показанием при недобровольной помощи являлось тяжелое психическое расстройство. У всех принудительно госпитализированных лиц, указанных в таблице 1, были признаки ТПР, в том числе и у пациента из категории «Расстройства вследствие приема ПАВ» с аффективно-бредовым синдромом. Имеет значение не принадлежность расстройства к определенной диагностической категории, а квалификация синдрома и его тяжести, а при наличии дефекта значение приобретает его выраженность, глубина имеющегося ущерба психики. Следует отметить преимущества определения ТПР в Законе Украины о психиатрической помощи [13.] (далее — Закон). Законодательства некоторых стран (например, Болгария, Финляндия) приводят перечень диагностических категорий, которые подлежат принудительной госпитализации, или указывают возможность принуждения, например,

Таблица 1

Категории диагностические и опасности в связи с принудительной госпитализацией, n (%)

Диагностические категории	Категории опасности			Итого
	Опасность для себя	Опасность для окружающих	Беспомощное состояние	
Органические, в том числе и симптоматические, расстройства	2 (18,2)	12 (10,5)	71 (71,0)	85 (37,8)
Расстройства вследствие приема ПАВ	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,4)
Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства	9 (81,8)	99 (86,8)	21 (21,0)	129 (57,3)
Аффективные расстройства	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,4)
Умственная отсталость	0 (0,0)	1 (0,9)	8 (8,0)	9 (4,0)
Итого	11 (100,0)	114 (100,0)	100 (100,0)	225 (100,0)

только для «психотических состояний» (Израиль, Польша) [14]. Такие диагностические критерии сравнительно ограничительные и могут вызвать практические трудности, в некоторых ситуациях, например, если имеется четко выраженная опасность для самих себя, но диагноз не подпадает под критерии допуска [15]. Особенно сложны случаи оформления недобровольного лечения у лиц с нервной анорексией [16, 17], входящей в диагностическую категорию F50.

При наличии ТПР дальнейший порядок психиатрической помощи будет зависеть от способности пациента принять решение о необходимости получения данной помощи и в данных условиях, то есть от наличия или отсутствия осознанного согласия. Ведущим в согласии является компетентность пациента. Компетентность определяется и касается различных сфер приложения. Так, компетентность правомочности принятия решений в отношении госпитализации или лечения, подписи осознанного согласия и т.д. Операционным определением компетентности (дееспособности) является психическая способность принимать решение в соответствии с целями, интересами и ценностями пациента и поэтому некоторые авторы предпочитают термин «психологическая правоспособность» [18]. Компетентный пациент может ясно сообщить свое решение, понимает информацию о своем состоянии, оценивает последствия своего выбора и может взвесить относительные риски и преимущества вариантов своего выбора [19].

Существует презумпция компетентности: гражданин является компетентным до того времени, пока не будет доказано обратное, в том числе и для психозов или слабоумия. Зачастую указанные диагностические категории могут вести к заблуждениям в оценке, «приводить к некорректному определению некомпетентности» [20]. Следовательно, диагноз заболевания играет ориентирующую роль, а не основополагающую. Значительными факторами риска некомпетентности являлись психоз, тяжесть симптомов, принудительная госпитализация и отказ от лечения [21]. Исследователи выявили различные (отдельные или сочетанные) причины «существенного нарушения способности к принятию решения»: утрата критики (44%), ограничение когнитивных функций (9%) и/или наличие психотических симптомов (10%), тяжелые депрессивные симптомы или умственная несостоятельность (20%) [22]. Отсутствие согласия на помощь возможно в двух вариантах. Наиболее часто встречающийся вариант (из 225 принудительно госпитализированных) это вербальный отказ от предлагаемой помощи (89 чел., 39,6%) либо любые невербальные проявления несогласия с предлагаемой помощью,

в том числе психомоторное возбуждение (14 чел., 6,2%) в силу нарушенной компетентности, или способности к принятию решения о помощи данного вида. Возможен отказ от подписи согласия в силу бредовой интерпретации ситуации (8 чел., 3,6%). Лица с беспомощным состоянием утрачивают компетентность и несостоятельны в принятии осознанного решения, они чаще всего не обнаруживают свое волеизъявление, не соглашаются с госпитализацией и не протестуют в отношении ее, как отмечает в своей работе K. Diesfeld (2000) [23]. Среди изученных нами пациентов лиц в беспомощном состоянии вследствие выраженного слабоумия или глубокого дефекта при эндогенном заболевании, а также при органических поражениях головного мозга выявлено 86 чел. (38,2%). Но отмечались случаи беспомощного состояния вследствие острых психотических состояний со значительной дезорганизацией психики (8 чел., 3,6%). Случаев беспомощного состояния, когда была бы получена подпись пациента с согласием на помощь при явно утраченной компетентности, нами не выявлено. Согласие на психиатрическую помощь пациента с утраченной компетентностью вследствие психотического или дефектного состояния является неправомерным и признается недействительным. Это отмечено в решении Верховного суда США по делу *Zinerman v. Burch* (1990) [24]. Неправомерность госпитализации в силу некомпетентности пациента отмечена и в решении по делу *Bournewood*. В декабре 1997 года Апелляционный суд Англии вынес решение (*L. v. Bournewood Community and Mental Health NHS Trust* (1998)) о незаконности госпитализации взрослого лица (страдающего аутизмом) с утраченной компетентностью на добровольной основе, даже если он не возражал против стационарирования [25]. Такие пациенты должны подпадать под принудительную госпитализацию с целью защиты их прав и законных интересов. Но возможен отказ от госпитализации пациента с ТПР и сохранной компетентностью. Такие пациенты подлежат выписке при отсутствии критерия опасности.

Поэтому, заключительным шагом в принятии решения о принудительной госпитализации у пациента с отсутствием осознанного согласия является определение опасности, связанной с ТПР. Только выявленные признаки опасности, причем требуется непосредственная опасность для себя или окружающих, позволят нарушить волеизъявление пациента в виде отказа от помощи. Среди недобровольно госпитализированных лиц различий в категориях опасности мужчин, в сравнение с женщинами, не выявлено ($p < 0,297$). Эпидемиологические исследования указывают на преобладание при недобровольной госпитализации мужчин в сравнение

с женщинами и, следовательно, «большей опасности мужчин» [26], но наши наблюдения этого не подтверждают. По ведущей категории опасности принудительно были госпитализированы лица с непосредственной опасностью для себя (11 чел., 4,9%) или окружающих (114 чел., 50,7%), а также с беспомощным состоянием (100 чел., 44,4%). Как следует из таблицы 1, статистически значимые взаимосвязи диагностических категорий с категориями опасности выявлены у лиц с опасностью для окружающих и «Шизофренией...» (99 чел., 86,8%). Беспомощное состояние в наших наблюдениях присуще лицам с «Органическими расстройствами...» (71 чел., 71,0%) и «Умственная отсталость» (8 чел., 8,0%). Указанные взаимосвязи статистически значимы ($\chi^2=103,40$, $p<0,001$). Ряд других клинико-социальных признаков свойственных категориям опасности отражено в нашей предыдущей работе.

Исходя из данных литературы, сформированы стандарты оценки опасности, подпадающей под действие Закона. Непосредственная опасность для себя — преднамеренное причинение себе вреда (например, самоотравление, передозировка) или пренебрежение личной безопасностью в тех пределах, где ущерб является неизбежным (например, блуждание по скоростной автомагистрали). Исследователи вводят дополнительные условия для констатации «непосредственного риска» суицида в том случае, когда «пациент обнаруживает намерения умереть, имеет план суицида и доступные ему летальные средства» [27, 28]. Опасность должна быть текущей, непосредственной, значительной, физической, очевидной или доказуемой. Должны быть зафиксированы:

- 1) слова или действия, обнаруживавшие реальные намерения совершить самоубийство или телесное повреждение;
- 2) слова или действия, обнаруживавшие значительное пренебрежение собственной безопасностью;
- 3) слова или действия, обнаруживавшие специфический план суицидальных действий;
- 4) наличие доступных средств для осуществления суицидального плана (например, возможность накопления или запасы отравляющих веществ, в том числе и лечебных препаратов; наличие или заготовка других орудий, таких как оружие, верёвка и т.п.). [7].

Непосредственная опасность для окружающих вытекает из слов или действий, свидетельствующих о реальных намерениях причинить вред конкретному лицу, и такие намерения, скорее всего, будут реализованы; слова или действия, свидетельствующие о намерениях совершения опасных акций или

действий со значительным пренебрежением к безопасности других лиц; должно быть подтверждено угрозами в отношении конкретных лиц, попытками нанести травмы или ранения отдельным индивидам, а также наличием средств, позволяющим реализовать угрозы или попытки, в том числе повторные, а также проявлениями намерений или попыток о вовлечении в опасную активность [5].

В отношении беспомощного состояния должны быть четкие признаки, ибо просто неспособности к удовлетворению своих основных жизненных потребностей на уровне, обеспечивающем жизнедеятельность (абзац 3 ст. 14 Закона) недостаточно. Также отказ от лечения не является доказательством беспомощного состояния. Определение беспомощного состояния осуществляется на текущий период и не может быть связано с данными из прошлого пациента. Более того, например, в законодательствах США не определяется «беспомощное состояние» в случаях, когда такое лицо может безопасно проживать с помощью члена семьи или друга, который желает и способен оказывать помощь в обеспечении жизненно важных функций, что должно быть отражено в специально оформленном письменном документе [7]. Для констатации беспомощного состояния необходимы: признаки истощения или дегидратации; неспособность изложить план по добыче пищи; в доме или поблизости отсутствует приемлемая пища; бредовые заявления о доступной пище (например, пища отравлена, несъедобна и т.п.); одежда непригодна или находится в недоступном месте; неспособность сформулировать разумный план достижения убежища или жилья [7].

Таким образом, усматривается, что принудительная госпитализация осуществляется только при сочетании трех условий, критериев: ТПР + поведенческие нарушения в виде опасности для себя или окружающих, а также беспомощное состояние + отсутствие согласия [29]. Кроме того, должно быть разумное предположение, что данное расстройство будет излечено в рекомендуемых условиях [30, 31] и что такие условия будут являться наименее ограничительной альтернативой с целью лечения (статья 4 и абзац 1 части 1 статьи 14 Закона).

Выводы

Принудительная госпитализация осуществляется в соответствии с триадой критериев: медицинского (ТПР), связанного с ним поведенческого (опасность для себя или окружающих, а также беспомощное состояние) и психологического (отсутствие согласия пациента на помощь), которые представляют собою формулу принудительной госпитализации, знание и соблюдение которой является обязательным в ПППП.

Література

1. Carta M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment in the EU — Italy / M. Carta // Salize H. J., Dressing H., Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients: Final Report// Central Institute of Mental Health, 2002. — P.103-109.
2. Виноградова Л.Н. Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском суде / Л.Н. Виноградова, Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. — 2003. — № 4. — С.40-48.
3. Parry Ch. D. H. A Comparison of Commitment and Recommitment Hearings: Legal and Policy Implications / Ch. D. H. Parry, E. Turkheimer, P. L. Hundley // International Journal of Law and Psychiatry. — 1992. — Vol. 15. — P. 25-41.
4. Brooks W. M. The tail still wags the dog: The pervasive and inappropriate influence by the psychiatric profession on the civil commitment process / W. M. Brooks // North Dakota Law Review. — 2010. — Vol. 86. — P. 259– 319.
5. Janofsky J. S. Diversion to the Mental Health System: Emergency Psychiatric Evaluations / J. S. Janofsky, A. C. Tamburello // J Am Acad Psychiatry Law. — 2006. — Vol. 34. — P. 283-291.
6. Segal S.P. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services / S.P. Segal, T.A. Laurie, M.J. Segal // Psychiatr Serv. — 2001.— Vol. 52.— P. 514-20.
7. 5150 Involuntary Detention Training Manual. — Riverside County Department of Mental Health, 2011. — 68 p.
8. Комментарии к Законодательству РФ в области психиатрии/Под общей редакцией Т.Б. Дмитриевой. — М.: Изд-во «Спарк», 1997. — 363 с.
9. 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.
10. Підкоритов В.С. Організація, критерії та порядок надання психіатричної допомоги в примусовому порядку (методичні рекомендації / В.С. Підкоритов, О.А. Ревенок, А.П. Чуприков, В.Д. Мішиєв, А.А. Педак — Київ, 2008. — 44 с.
11. Lincoln A.L. The Influence of Collateral Informants on Psychiatric Emergency Service Disposition Decisions and Access to Inpatient Care / A.L. Lincoln, M.H. Allen // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. — 2002. — Vol. 6. — P. 99–108.
12. Mulder C. L. Determinants of Indicated Versus Actual Level of Care in Psychiatric Emergency Services / C. L. Mulder, G. T. Koopmans, J.S. Lyons // Psychiatric Services. — 2005. — Vol. 56. — P. 452–457.
13. Закон України «Про психіатричну допомогу». м. Київ, 22 лютого 2000 р. № 148-III. — К.: «Сфера», 2000. — 50 с.
14. Kallert Th. W. Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries / Th. W Kallert, F. Torres-Gonzalez. — Berlin: Peter Lang GmbH, 2006. — 408 p.
15. Putkonen H. Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland / H. Putkonen, B. Völm // Psychiatric Bulletin. — 2007. — Vol. 31. — P. 101-103.
16. Grisso Th. Appreciating Anorexia: Decisional Capacity and the Role of Values / Th. Grisso, P. S. Appelbaum // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. — 2006. — Vol. 13. — P. 293-297.
17. Tan J. O.A. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion / J. O.A. Tan, A. Stewart, R. Fitzpatrick, T. Hope // International Journal of Law and Psychiatry. — 2010. — Vol. 33. — P. 13–19.
18. 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.
19. Appelbaum P. S. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment// The New England Journal of Medicine. — 2007. — Vol. 357. — P.1834-1840.
20. Markson L.J. Physician assessment of patient competence / L.J. Markson, D.C. Kern, G.J. Annas, L.H. Glantz] // Journal of the American Geriatrics Society. — 1994. — Vol. 42. — P. 1074-1080.
21. Okai D. Mental capacity in psychiatric patients: systematic review / D. Okai, G. Owen, H. McGuire [et al.] // Br J Psychiatry. — 2007. — Vol. 191. — P. 291-297.
22. Shek E. Understanding 'significant impaired decision-making ability' with regard to treatment for mental disorder: an empirical analysis / E. Shek, D. Lyons, M. Taylor // The Psychiatrist. — 2010. — Vol.34. — P. 239-242.
23. Diesfeld K. Neither consenting nor protesting: an ethical analysis of a man with autism / K. Diesfeld // Journal of Medical Ethics. — 2000. — Vol.26. — P. 277–281.
24. Halversont K. Voluntary admission and treatment of incompetent persons with a mental illness / K. Halversont // William Mitchell Law Review. — 2005. — Vol. 32. — P.161-187.
25. Singhal A. Assessment of mental capacity: who can do it? / A. Singhal, A. Kumar, R. B. Belgamwar, R. E. Hodgson // Psychiatric Bulletin. —2008.— Vol. 32. — P. 17-20.
26. Salize H.J. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union / H.J. Salize, H. Dressing // The British Journal of Psychiatry. — 2004. — Vol. 184. — P. 163-168.
27. 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.
28. Nock M. K. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts / M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet et al. // The British Journal of Psychiatry. — 2008. — Vol. 192. — P. 98-105.
29. Насинник О.А. Формула принудительной помощи в психиатрии / О.А. Насинник // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. — Київ, 2007. — Вип.16, Книга 4. — С. 576-582.
30. Lyons D. Different laws, same principles: mental health and incapacity legislation across the UK / D. Lyons // Advances in Psychiatric Treatment. — 2010. — Vol. 16. — P.158-160.
31. Fistein E.C. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions / E.C. Fistein, A.J. Holland, I.C.H. Clare, M.J. Gunn // International Journal of Law and Psychiatry. — 2009. — Vol. 32. — P. 147-155.

Клинико-психопатологическая характеристика больных параноидной шизофренией, употребляющих и не употребляющих психоактивные вещества (в судебно-психиатрической практике)



Афанасьева А. В.

Афанасьева А. В.

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, ИПН АМНУ

Резюме. У статті проаналізовано клінічну картину параноїдної шизофренії у хворих, які вживають та не вживають психоактивні речовини (у судово-психіатричній практиці).

Ключові слова: параноїдна шизофренія, клінічна картина параноїдної шизофренії, подвійний діагноз.

Clinical presentation of paranoid schizophrenia between patients, who use or don't use substances (in forensic psychiatry practice)

Resume: we analyzed clinical presentation of paranoid schizophrenia between patients, who use or don't use substances (in forensic psychiatry practice)

Key words: paranoid schizophrenia, clinical representation of paranoid schizophrenia, «dual diagnosis».

По данным зарубежных авторов, распространенность психических заболеваний у пациентов, употребляющих наркотические вещества, статистически больше, чем у остального населения. Эпидемиологическое исследование распространенности психических заболеваний, проведенное Национальным институтом психического здоровья США, установило, что более 50 % людей с неалкогольным, но связанным с употреблением наркотических веществ расстройством, имело, по крайней мере, еще одну психическую проблему, в том числе у 26 % отмечали перепады настроения, у 28 % страх, у 18 % антисоциальные изменения личности и у 7 % выявлена шизофрения. 20–60 % больных страдающих тяжелыми психическими расстройствами, имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением ПАВ [1,2] Почти 50 % пациентов с шизофренией имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ. Наиболее часто встречается сочетание шизофрении и алкогольной и/или каннабиноидной зависимостью (приблизительно в три раза чаще, чем в общей популяции) [3]. «Двойные диагнозы», согласно одному из исследований, устанавливались в 37 % случаев. [4]

Категория коморбидных больных представляет наиболее сложные проблемы для клиницистов, которые хотят осуществить эффективные профилактические стратегии. [150]

Наше исследование было проведено на базе отделения судебно-психиатрической экспертизы Харьковской клинической психиатрической больницы № 3. В основу исследования легли две группы больных по 60 человек в каждой. Первая — больные (подэкспертные) параноидной шизофренией; вторая — больные параноидной шизофренией, сопряженной с употреблением психоактивных веществ (каннабиса и психостимуляторов). Больные обеих групп были привлечены к уголовной ответственности и проходили судебно-психиатрическую экспертизу в период с 2007 по 2010 год.

Клиническая картина шизофрении в обеих группах анализировалась на момент поступления больного на экспертизу и уточнялась в течение срока (до 30 дней), отведенного на проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Все испытуемые были доступны речевому контакту, с большей частью из них он носил формальный характер ($91,7 \pm 3,6$ в контрольной и $85,0 \pm 4,6$ в исследуемой группах). В исследуемой группе преобладали лица, доступные продуктивному контакту (8,3 % и 15,0 % в контрольной и исследуемой группах соответственно) (табл. 1). Достоверных различий по признакам речевого и формального контакта в двух группах выявлено не было ($p > 0,05$).

Достоверных различий по признаку ориентировки в двух группах выявлено не было ($p > 0,05$). Абсолютное большинство подэкспертных были правильно ориентированы в месте, времени и собственной личности ($97,7 \pm 2,3$ и $98,3 \pm 1,7$ в контрольной и исследуемой группах соответственно). У $3,3 \%$ ($\pm 2,3$) и $1,7 \%$ ($\pm 1,7$) подэкспертных в контрольной и исследуемой группах ориентировка была нарушена за счет наличия бредовых переживаний (бредовое нарушение ориентировки в собственной личности).

При анализе бредовых переживаний мы не анализировали их характер, поскольку при принятии экспертного решения о способности или неспособности испытуемого отдавать себе отчет в своих действиях, имеет значение прежде всего наличие или отсутствие психотической симптоматики: при ее наличии лицо признается не могущим отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, не зависимо от ее характера — будь то бред преследования, величия или воздействия.

Из табл. 3 видно, что в контрольной группе незначительно преобладает число лиц, имевших на момент экспертизы отчетливую бредовую симптоматику. ($43,3 \%$ и $36,7 \%$ в контрольной и исследуемой группах соответственно). Данное различие не является статистически достоверным ($p > 0,05$). Бредовые переживания не были выявлены у $63,3 \%$ подэкспертных исследуемой группы и у $56,7 \%$ испытуемых контрольной группы.

При анализе галлюцинаторных переживаний мы также учитывали их наличие или отсутствие и не включали в анализ их характер по причине, аналогичной описанной выше.

Галлюцинаторные переживания были выявлены у несколько большего количества лиц контрольной группы, чем исследуемой ($18,3 \%$ и $13,3 \%$ соответственно). Галлюцинации отсутствовали у $86,7 \%$ подэкспертных исследуемой группы и $81,7 \%$ контрольной. Статистически достоверного различия между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Сравнение исследуемой и контрольной групп по расстройствам мышления показало статистически достоверное различие ($p < 0,001$). В исследуемой группе значительно преобладали подэкспертные с ускоренным по темпу мышлением (25% и 5% в исследуемой и контрольной группе соответственно). У $1,7 \%$ испытуемых исследуемой группы было выявлено замедленное по темпу мышление, в то время, как в контрольной группе лиц с замедлением мышления не было. Замедленное мышление отмечалось у подэкспертных, употреблявших псевдоэфедрон.

Таблица 1

Контакт

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Продуктивный	$8,3 \pm 3,6$	$15,0 \pm 4,6$
Формальный	$91,7 \pm 3,6$	$85,0 \pm 4,6$
Отсутствует	0	
$\chi^2 = 2,18; p > 0,05$		

Таблица 2

Ориентировка

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Правильная	$97,7 \pm 2,3$	$98,3 \pm 1,7$
Нарушена	$3,3 \pm 2,3$	$1,7 \pm 1,7$
$\chi^2 = 0,51; p > 0,05$		

Таблица 3

Бредовая симптоматика

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Выявлены	$43,3 \pm 6,5$	$36,7 \pm 6,3$
Не выявлены	$56,7 \pm 6,5$	$63,3 \pm 6,3$
$\chi^2 = 0,91; p > 0,05$		

Таблица 4

Галлюцинаторная симптоматика

	Контрольная группа, %	Исследуемая группа, %
Выявлены	$18,3 \pm 5,0$	$13,3 \pm 4,4$
Не выявлены	$81,7 \pm 5,0$	$86,7 \pm 4,4$
$\chi^2 = 0,94; p > 0,05$		

Существенно преобладало в исследуемой группе число подэкспертных, у которых присутствовал симптом резонерства. ($66,7 \%$ и $43,4 \%$), чаще у них встречалась и разноплановость ($31,7 \%$ и 25%) и нецеленаправленность мышления (90% и $81,7 \%$).

Значительно преобладало в контрольной группе число подэкспертных, у которых были выявлены психические автоматизмы ($16,7 \%$ и $1,7 \%$).

В исследуемой группе у большего количества лиц не были выявлены расстройства мышления ($8,3 \%$ и $1,7 \%$ в исследуемой и контрольной группах).

У $1,7 \%$ подэкспертных контрольной группы мышление приближалось к конкретному, в исследуемой группе этого симптома мы не обнаружили ни у одного испытуемого.

Статистически достоверных различий по симптомам паралогики и другим структурно-логическим нарушениям мышления в обеих группах мы не выявили.

При оцінці інтелектуально-мнестическої функції ми виявили, що в контрольній групі декілька переважає число осіб зі зниженим інтелектом (6,7 % в контрольній і 1,7 % в досліджуваній групі, $p=0,07$), в той час як формальна збереженість інтелекту виявлена у 98,3 % підекспертних досліджуваної групи (проти 93,3 % испытуємих контрольної групи).

Зниження пам'яті (гіпомнезія) частіше відзначалась у підекспертних досліджуваної групи (13,3 % і 3,3 % испытуємих досліджуваної і контрольної груп відповідно), що є статистично достовірним: $p < 0,001$. У 86,7 % підекспертних досліджуваної групи пам'ять порушена не була, в той час як в контрольній групі 96,7 % испытуємих не виявляли порушень пам'яті.

З усіх випадків порушеної мимики переважало її обеднення (88,3 % в контрольній і 91,7 % в досліджуваній групах $p=0,01$).

Достовірні статистичні відмінності між контрольною і досліджуваною групами ми виявили за симптомом парамимії. Парамимії були виявлені у 6,7 % підекспертних контрольної групи. В досліджуваній групі парамимії не відзначалось ні у одного з підекспертних.

Порушення мимики не були виявлені у 5 % підекспертних контрольної і 8,3 % підекспертних досліджуваної групи. Вказане відміння статистично незначимо.

Найбільш значущі і статистично значимі ($p < 0,001$) відмінності в клінічній картині були виявлені нами в емоційно-вольовій сфері обстежених підекспертних.

У значущого числа підекспертних обох груп (95 % і 91,7 % в контрольній і досліджуваній) відзначалось емоційне уплощення.

Ліць, у яких на фоні емоційного уплощення мала місце також емоційна нестійкість, достовірно більше в досліджуваній групі — 56,7 % проти 31,7 % в контрольній. В той же час в контрольній групі переважали особи з неадекватністю емоційних реакцій (25 % і 3,3 % в контрольній і досліджуваній групах відповідно).

У 11,7 % підекспертних досліджуваної групи на момент експертизи відзначалась немотивовано підвищений фон настрою, в той же час, як в контрольній групі ні одного людини з підвищеним фоном настрою ми не виявили.

Порушення емоцій не визначались в 5 % випадків в контрольній групі і в 8,3 % випадків в досліджуваній.

Таблиця 5

Розлади мислення

	Контрольна група, %	Досліджувана група, %
Прискорення по темпу	5,0±2,8	25,0±5,6
Замедлення по темпу	0	1,7±1,7
Нецільованість, соскальзання	81,7±5,0	90,0±3,9
Паралогіка	61,7±6,3	65,0±6,2
Резонанс	43,4±6,5	66,7±6,1
Різноманітність	25,0±5,6	31,7±6,1
Мислення ближче до конкретного	1,7±1,7	0
Інші структурно-логічні порушення	1,7±1,7	3,3±2,3
Порушень клінічно не виявлено	1,7±1,7	8,3±3,6
Психічні автоматизми	16,7±4,9	1,7±1,7
$\chi^2 = 34,8; p < 0,001$		

Таблиця 6

Інтелект

	Контрольна група, %	Досліджувана група, %
Формально збережений	93,3±3,2	98,3±1,7
Знижений	6,7±3,2	1,7±1,7
$\chi^2 = 3,1; p > 0,05$		

Таблиця 7

Пам'ять

	Контрольна група, %	Досліджувана група, %
Не порушена	96,7±2,3	86,7±4,4
Знижена (гіпомнезія)	3,3±2,3	13,3±4,4
Інші порушення пам'яті	0	0
$\chi^2 = 6,6; p < 0,01$		

Таблиця 8

Миміка

	Контрольна група, %	Досліджувана група, %
Обеднення	88,3±4,2	91,7±3,6
Парамимії	6,7±3,2	0
Порушень не виявлено	5,0±2,8	8,3±3,6
$\chi^2 = 7,6; p = 0,01$		

Таблиця 9
Емоції

	Контрольна група, %	Ісследуемая группа, %
Уплющення афекта	95,0±2,8	91,7±3,6
Неадекватність афекта	25,0±5,6	3,3±2,3
Емоціональна неустойчивість на фоні уплющення	31,7±6,1	56,7±6,5
Другі порушення емоцій	0	0
клінічно не визначаються	5,0±2,8	8,3±3,6
Повищений фон настроєння	0	11,7±4,2
$\chi^2 = 35,7; p < 0,001$		

Таблиця 10
Волевые нарушения

	Контрольна група, %	Ісследуемая группа, %
Гіпобулія	83,3±4,9	66,7±6,1
Амбівалентність	16,7±4,9	6,7±3,2
Расторможеність	10,0±3,9	30,0±6,0
Другі порушення волі	8,3±3,6	8,3±3,6
Волевих порушень не виявлено	6,7±3,2	0
$\chi^2 = 22,0; p < 0,001$		

Таблиця 11
Характеристика критических функцій

	Контрольна група, %	Ісследуемая группа, %
Сохранна	25,0±5,6	21,7±5,4
Формальна	6,7±3,2	6,7±3,2
Отсутствует	64,3±6,1	71,7±5,9
$\chi^2 = 0,55; p > 0,05$		

Гіпобулія була виявлена у 83,3 % під експертних контрольної групи і у 66,7 % досліджуваної — то єсть, в контрольній групі цей симптом зустрічався значно частіше. Амбівалентність також частіше виявлялась у хворих контрольної групи (16,7 % випадків в контрольній і 6,7 % в досліджуваної).

Значні відмінності виявлені по симптому расторможеності — він набагато частіше зустрічався у досліджуваної групи (30 % випадків проти 10 % в контрольній групі).

Волевих порушень не було виявлено у 6,7 % під експертних контрольної групи, в той час, як в досліджуваної різні порушення волі присутні у всіх досліджуваних.

Критика до стану і захворюванню не-набагато частіше відсутня у під експертних досліджуваної групи. (71,7 % в досліджуваної групі і 64,3 % в контрольній) Між кількістю осіб з збереженою або формальною критикою в обох групах ми не виявили статистично достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

Выводы

Аналіз наведених даних показав, що контакт з хворими шизофренією, як використовуваними, так і не використовуваними психоактивними речовинами частіше носить формальний характер (97,7 %±2,3 і 98,3 %±1,7 в контрольній і досліджуваної групах відповідно). Хворі шизофренією обох груп частіше правильно орієнтовані в місці, часі і власної особистості (97,7±2,3 і 98,3±1,7 в контрольній і досліджуваної групах). У хворих контрольної групи частіше відзначалося «бредове» порушення орієнтовки в власній особистості (у 3,3 % (±2,3) і 1,7 % (±1,7) під експертних в контрольній і досліджуваної групах орієнтовка була порушена за рахунок наявності бредових переживань). Активна бредова симптоматика небагато частіше зустрічалася у хворих шизофренією, не використовуваних психоактивними речовинами (43,3±6,5 і 36,7±6,3 в контрольній і досліджуваної групах відповідно). У хворих шизофренією, використовуваних психоактивні речовини, частіше спостерігаються розлади мислення в формі прискорення по темпу (25 % і 5 % в досліджуваної і контрольній групі відповідно) і резонансу (66,7 % і 43,4 %), частіше у них зустрічалася і різноманітність (31,7 % і 25 %) і нецільованість мислення (90 % і 81,7 %).

У хворих шизофренією, не використовуваних психоактивні речовини, частіше відзначалися психічні автоматизми (16,7 % в контрольній і 1,7 % в досліджуваної групах), і частіше клінічно не виявлялися розлади мислення (8,3 % і 1,7 % в досліджуваної і контрольній групах).

У хворих шизофренією, використовуваних психоактивні речовини, частіше відзначалася гіпомнезія. (13,3 % і 3,3 % досліджуваних досліджуваної і контрольній груп відповідно), що є статистично достовірним: $p < 0,001$. Серед хворих шизофренією, не використовуваних психоактивні речовини, небагато переважає кількість осіб з зниженим інтелектом (6,7 % в контрольній і 1,7 % в

исследуемой группе, $p=0,07$). У больных шизофренией, не употребляющих психоактивные вещества, чаще наблюдались парамимии (6,7 % больных контрольной группы, $p=0,01$). Эмоциональное уплощение наблюдалось у большей части обследованных больных (95 % и 91,7 % в контрольной и исследуемой). Эмоциональная неустойчивость на фоне уплощения значительно чаще отмечалась у больных, употребляющих психоактивные вещества — 56,7 % против 31,7 % в контрольной. Эмоциональная неадекватность более характерна для больных шизофренией, не употребляющих психоактивные вещества (25 % и 3,3 % в контрольной и исследуемой группах соответственно). У больных шизофренией, употребляющих психоактивные вещества, в 11 %

случаев наблюдался немотивированно повышенный фон настроения. Все вышеописанные различия в эмоциональной сфере между двумя группами статистически значимы ($p < 0,001$). У большей части обеих групп обследованных подэкспертных выявлена гипобулия (у 83,3 % подэкспертных контрольной группы и у 66,7 % исследуемой). Расторможенность встречалась достоверно чаще ($p < 0,001$) у больных исследуемой группы (30 % случаев). Нарушения в волевой сфере присутствовали у всех подэкспертных исследуемой группы, в то время, как в контрольной у небольшой части больных они отсутствовали вовсе (6,7 %). Критика к состоянию и заболеванию несколько чаще отсутствовала у лиц исследуемой группы (71,7 % в исследуемой группе и 64,3 % в контрольной).

Література

1. Фридман Л. С. Наркология / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Пер. с англ. — 2-е изд., испр. — М.; СПб: «Издательство БИНОМ» — «Невский Диалект», 2000. — 320 с., ил.
2. H. Miles. Characteristics of Subgroups of Individuals With Psychotic Illness and a Comorbid Substance Use Disorder / H. Miles [et al.] — *Psychiatric Services*. — 2003. — Vol. 54, № 4. — P. 554—561.
3. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes / L. Dixon — *Schizophr. Res.* — 1999. — № 35(Suppl). — P. S93—S100
4. Sarah Isherwood and Deborah Brooke Prevalence and severity of substance misuse among referrals to a local forensic service/ Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley, I. and Harrison//, G *The Journal of Forensic Psychiatry* 2001; vol. 12, 2, pp. 446-454

Психічне здоров'я населення Київської області — регіональний аспект проблеми, організаційні технології підвищення ефективності психіатричної служби

Зінченко О. М., Зільберблат Г. М.

Міністерство охорони здоров'я України. Комунальний заклад Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»

Резюме. У статті представлені результати вивчення регіональних особливостей динаміки психічного здоров'я населення Київської області. Розглядається вплив організації психіатричної служби на показники психічного здоров'я населення на регіональному рівні.

Ключові слова: психічні розлади, захворюваність, жителі села, психіатрична допомога.

Resume. The paper present study results of regional features of population mental state dynamics in Kiev region. We consider effects of organization of mental health services on population mental health indicators on regional level.

Key words: mental disorders, incidence, rural inhabitants, mental health services.

Стан психічного здоров'я населення обумовлений не тільки комплексом соціально-економічних факторів, але й ефективністю діяльності існуючої психіатричної служби, її ресурсною забезпеченістю, кадровим потенціалом і рівнем кваліфікації фахівців, що надають спеціалізовану допомогу.

За період з 2000 по 2010 рр. в Київській області було проведено дослідження з оцінки динаміки психічного здоров'я населення регіону та стану надання психіатричної допомоги.

Число хворих, що звернулися по допомогу з уперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу в 2010 р. склало 5831 осіб і у порівнянні з 2000 роком збільшилося на 1,8 %, а показник первинної захворюваності збільшився на 7,8 % (рис. 1).

Під час аналізу первинної захворюваності на психічні розлади населення Київської області нами встановлено, що перше рангове місце займала група непсихотичних психічних розладів (табл. 1). В динаміці років спостерігалось

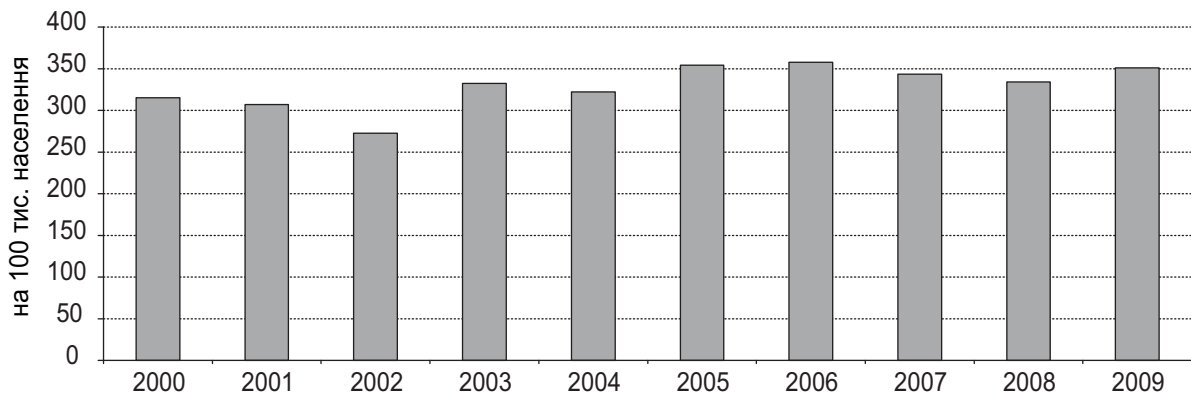


Рис. 1

Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів Київської області

Таблиця 1

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у 3 основних групах

Види розладів	Київська область						Україна	
	2000 рік		2005 рік		2010 рік		2010 рік	
	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.
Розлади психіки психотичного характеру	784	43,0	737	41,56	788	45,92	18761	40,98
Розлади психіки непсихотичного характеру	4377	239,9	5071	285,99	4728	275,53	79845	174,4
Розумова відсталість (усі ступені)	591	32,39	472	26,62	315	18,36	8801	19,22

збільшення зазначеного показника з 239,9 у 2000 р. до 275,53 у 2010 р.

Зовсім майже не змінилося число хворих з розладами психіки психотичного характеру, склавши в 2010 р. 788 хворих (приріст за 11 років склав 0,5 %). При цьому в окремі роки число хворих то дещо зростало, то знижувалося. Показник первинної захворюваності на розлади психіки психотичного характеру збільшився на 4,7 %.

Число хворих розумовою відсталістю за період з 2000 по 2010 роки зменшилося на 276 осіб, або на 53,3 %. Показник первинної захворюваності розумовою відсталістю також зменшився на 56,7 %.

Слід зазначити, що показники первинної захворюваності розладів психіки психотичного та непсихотичного характеру перевищували середньоукраїнські показники.

Порівняльний аналіз показників первинної захворюваності на психічні розлади за місцем проживання свідчить, що захворюваність у жителів міста була вищою ніж у жителів села (рис. 2).

Так, показник первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців села у 2010 році склав 289,5 на 100 тис. сільського населення і у порівнянні з 2000 роком збільшився на 22,8 %. Максимальним зазначений

показник був у 2006 році і становив 319,74 на 100 тис. сільського населення.

У структурі первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села у 2010 році перше рангове місце займали непсихотичні психічні розлади (табл. 2).

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів у жителів Київської області з 2000 по 2010 рр. свідчить про те, що у 2010 р. в психіатричних закладах під диспансерним та консультативним спостереженням перебували 42489 осіб з різними формами цієї патології. Показник загальної захворюваності (поширеності) за 11 років збільшився на 7,5 % (рис. 3).

Аналіз загальної захворюваності (поширеності) психічних розладів по нозологіям виявив наступне: розлади психіки непсихотичного характеру займали перше рангове місце і у динаміці збільшилися на 6,1 % (табл. 3).

Друге рангове місце займали розлади психіки психотичного характеру. В динаміці років показник поширеності збільшився на 8,3 %.

Аналіз загальної захворюваності психічних та поведінкових розладів у сільського населення Київської області свідчить про щорічні коливання цього показника з тенденцією до зростання (рис. 4). Протягом 2000–2010 років зазначений показник збільшився на 18,4 %

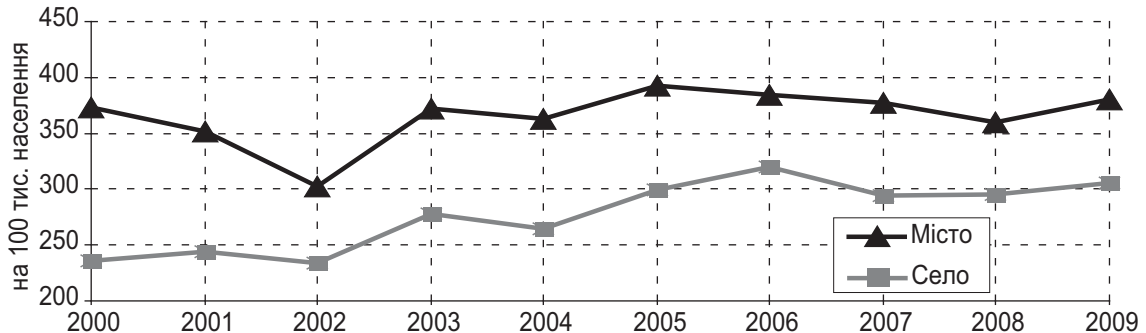


Рис. 2

Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Київської області

Таблиця 2

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у мешканців міста та села

Психічні розлади	Місто на 100 тис. населення	Село на 100 тис. населення
Органічні, вкл. симп. розл психіки (F00-F09)	145,5	100,2
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	19,4	17,2
Афективні розлади (F30-F39)	15,6	11,4
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	120,1	77,0
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F49)	119,6	87,4
Розумова відсталість (усі ступені)	11,8	28,4
Розлади особ. та поведінки (F50-F69, 80—98)	60,5	44,9
Усього (F00-F09 F20-F99)	372,4	289,5

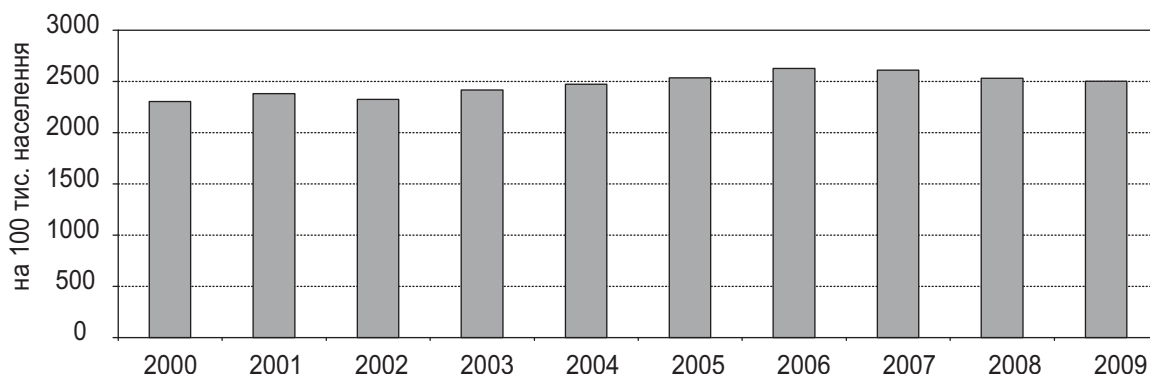


Рис. 3

Динаміка показника загальної захворюваності розладів психіки та поведінки у жителів Київської області

Таблиця 3

Структура загальної захворюваності (поширеності) на розлади психіки та поведінки

Види розладів	Київська область						Україна	
	2000 рік		2005 рік		2010 рік		2010 рік	
	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.	абс. кількість хворих	на 100 тис. нас.
Розлади психіки психотичного характеру	10083	552,5	10033	565,83	10272	598,61	309936	676,97
Розлади психіки непсихотичного характеру	22303	1222,1	24334	1372,37	22248	1296,51	585531	1278,94
Розумова відсталість (усі ступені)	9662	529,47	10596	597,58	9969	580,95	273250	596,84

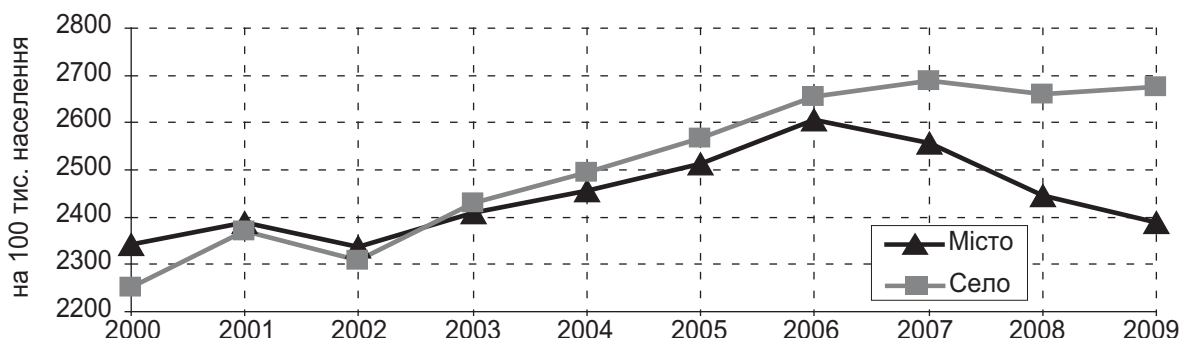


Рис. 4

Динаміка показника поширеності розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Київської області

і становив у 2010 році 2665,6 на 100 тис. населення.

Найбільший відсоток в структурі загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у мешканців міста так і у мешканців села у 2010 році займали непсихотичні психічні розлади, показник загальної захворюваності складав 1368,9 на 100 тис. міського населення і відповідно 1184,8 на 100 тис. сільського населення.

Вагоме значення при вивченні стану психічного здоров'я населення має вивчення інвалідності. Рівень і структура первинної інвалідності є одним з об'єктивних показників якості діагностики, лікування та реабілітації хворих на психічні та

поведінкові розлади. В Київській області у 2010 р. інвалідами внаслідок розладів психіки та поведінки первинно визнано 372 особи (або 21,68 на 100 тис. населення). У динаміці зазначений показник знизився на 12,86 %. В структурі визнаних первинно інвалідами у 2010 р. — 46 % становили хворі на розумову відсталість, 38 % — на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, 15 % — на розлади психіки внаслідок епілепсії.

Динаміка загальної інвалідності внаслідок психічних захворювань в Україні характеризується відсутністю явних підйомів і спадів показників, більш плавною тенденцією до росту, що характеризує процес накопичення осіб із

Таблиця 4

Структура загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у мешканців міста та села

Психічні розлади	Місто на 100 тис. відп. населення.	Село на 100 тис. відп. населення.
Органічні, вкл. симп. розл психіки (F00-F09)	743,8	768,8
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	376,8	323,3
Афективні розлади (F30-F39)	85,6	90,5
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	560,1	547,4
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F49)	367,7	284,5
Розумова відсталість (усі ступені)	382,2	887,5
Розлади особ. та поведінки (F50-F69, 80-98)	397,0	311,9
Всього	2353,2	2665,6

психічними та поведінковими розладами, які мають групу інвалідності. Так, у середньому по Україні, з 2000 по 2010 рр. контингент інвалідів внаслідок психічних розладів збільшився на 17,4 %. В Київській області рівень загальної інвалідності зменшився на 16,37 %, з 585,14 в 2000 р. до 489,3 на 100 тис. населення в 2010 році.

На сьогодні психіатрична допомога населенню Київської області надається КЗ «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання», обласною психоневрологічною лікарнею № 2, Білоцерківським психонаркологічним територіальним медичним об'єднанням, Сквирським психонаркологічним центром, психіатричними кабінетами при центральних районних та міських лікарнях.

Аналіз ресурсного забезпечення психіатричної служби Київської області виявив, що показник забезпеченості населення ліжками психіатричного профілю збільшився на 1,1 % (з 71,8 до 72,6 на 100 тис. населення). Аналіз динаміки показника використання ліжкового фонду протягом зазначеного періоду свідчить про зменшення середнього числа зайнятості (роботи) ліжка з 328 днів у 2000 р. до 306,7 днів у 2010 році. Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі в порівнянні з 2000 роком зменшилась на 2,1 %.

У 2010 році число госпіталізованих хворих у психіатричні стаціонари Київської області складо 7275 осіб (423,95 на 100 тис. населення).

У структурі госпіталізованих переважали хворі на психотичні психічні розлади — 195,16 на 100 тис. населення. Число госпіталізованих внаслідок непсихотичних психічних розладів складало — 176,28 на 100 тис. населення.

Ефективність діяльності регіональної психіатричної служби визначається не тільки її ресурсними характеристиками, але й кадровим забезпеченням і рівнем кваліфікації системи надання психіатричної допомоги населенню.

Загальна чисельність лікарів-психіатрів у Київській області у 2010 році становила 88 осіб або 5,13 на 100 тисяч населення (Україна — 7,24 на 100 тисяч населення) і не забезпечувала реальної потреби жителів регіону, особливо тих які проживають у сільських районах. Укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів — психіатрів — 67,3 %.

83 % лікарів-психіатрів мали кваліфікаційні категорії, з них 26 % — вищу кваліфікаційну категорію, 35 % — першу, 49 % — другу.

На виконання наказу МОЗ України від 31.03.2010 № 283 в Київській області впроваджуються заходи щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

УДК 616.89:(092):(091)

Карл Густав Юнг: биографические, научные и психиатрические аспекты (к 135-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.², Петрюк А. П.¹

¹ Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,

¹ Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача),

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

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведені нові біографічні дані і спогади сучасників про життєвий і творчий шлях професора К. Г. Юнга — видатного різносторонньо і глибоко освіченого швейцарського ученого, психіатра, психолога і філософа сучасної епохи. Приводиться аналіз творчої еволюції його поглядів і наукових досягнень, а також перенесених психічних розладів. Підкреслюється значення наукового заділу ювіляра для вітчизняної і світової науки.

Ключові слова: професор К. Г. Юнг, біографічні дані, спогади сучасників, наукові досягнення, психічні розлади.

Carl Gustav Jung: biographic, scientific and psychiatric aspects (To 135-th anniversary)

Petryuk P. T.², Petryuk O. P.¹

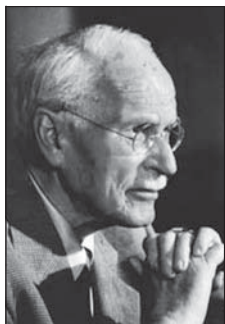
¹ Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine,

¹ Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), .

² 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 new biographic information and flashbacks of contemporaries is resulted about the vital and creative way of professor C. G. Jung — prominent scalene and deeply well-educated Swiss scientist, psychiatrist, psychologist and philosopher of modern epoch. An analysis over of creative evolution of his looks and scientific achievements is brought, and also the carried psychical disorders. The value of scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined for domestic and world science.

Key words: professor C. G. Jung, biographic information, flashbacks of contemporaries, scientific achievements, psychical disorders.



Карл Густав Юнг

*Хорошо написанная биография так же редка, как и хорошо прожитая жизнь.
Томас Карлейль*

Карл Густав Юнг (Carl Gustav Jung) (1875–1961) — великий швейцарский психиатр, психолог и философ, один из основоположников

столь популярного ныне психоанализа, представитель психоаналитического направления в изучении культур, основатель «аналитической психологии». Ввел технику «свободных ассоциаций». Развил учение о коллективном бессознательном, в образах которого (так называемых архетипах) видел источник общечеловеческой символики, в том числе мифов и сновидений («Метаморфозы и символы либидо»). Ввел термины «интроверсия» (погруженность в самого себя) и «экстраверсия»

(постоянное стремление к конфликтам с другими людьми). Центром личности К. Г. Юнг считал «самость» — стремление к индивидуальности. Разработал типологию характеров в зависимости от доминирующей функции личности. Цель психотерапии, по К. Г. Юнгу, — осуществление индивидуализации личности. Его аналитический способ исследования культур отличается от концепции З. Фрейда двумя основными чертами: отказом от пансексуализма и разработкой содержания понятия «коллективное бессознательное». Вклад К. Г. Юнга в изучение культуры более разнообразен и значителен по сравнению с другими психоаналитиками культуры. Оказал влияние на культурологию, сравнительное религиоведение и мифологию [1-9].

Карл Юнг родился 26.07.1875 года в Кессвиле — маленькой швейцарской деревушке, кантон Тургау, на берегу живописного озера Констанц, в семье пастора реформистской церкви Иоганна Юнга и Эмилии Юнг, урожденной Прайсверк. Семья Юнгов происходила из Германии. Отец увлекался классическими науками и изучением Востока. Все предки его были теологами и врачами, а дед — даже одним из основателей Базельского университета. Молва называла этого деда внебрачным сыном самого Гёте, что для немецкоязычной части Европы было овеяно своеобразным ореолом святости (ведь их «все» — это Гёте). К концу жизни К. Г. Юнг даже решил, что он сам является реинкарнацией Гёте, причем не только его одного, но и германского мистика XIV века Майстера Экхарда.

До девяти лет Карл Юнг был единственным ребенком, одиноким, необщительным и замкнутым. Впоследствии, уже, будучи взрослым, он придавал большое значение сновидениям и событиям своего детства.

Отец с шести лет стал обучать его латыни, и к моменту поступления в Базельскую гимназию Карл Юнг был намного впереди своих сверстников. В 1886 году Карл поступает в гимназию, где он проводит долгие часы в библиотеке, погруженный в старинные книги. В девятнадцать лет юный библиофил прочел у Эразма Роттердамского **«Призываемый или нет, Бог присутствует всегда»**. Он включил эти слова в свой эскиз, а позже велел высечь их на каменной арке над входной дверью своего дома [3].

В 1895 году Карл Юнг поступил в Базельский университет, хотя первоначально его интересовала антропология и египтология, он выбрал для изучения естественные науки, а затем взгляд его обратился к медицине. Во время учебы он увлекся изучением спиритизма и месмеризма, несколько раз посещал

спиритические сеансы. Буквально перед самыми выпускными экзаменами ему попал в руки учебник Р. В. Краффт-Эбинга по психиатрии, и он «внезапно понял связь между психологией, или философией, и медицинской наукой», после чего решил специализироваться в области психиатрии и психологии [3].

По окончании медицинского факультета К. Г. Юнг написал докторскую диссертацию «О психологии и патологии так называемых оккультных явлений», оказавшейся прелюдией к его длившемуся почти 60 лет творческому периоду. Основанная на тщательно подготовленных спиритических сеансах со своей необычайно одаренной медиуматическими способностями кузиной Хелен Прейсверк, работа Карла Юнга представляла описание ее сообщений, полученных в состоянии медиуматического транса. Данная работа до сих пор сохранила научное значение — К. Г. Юнг дает в ней психологический и психиатрический анализ медиуматического транса, сопоставляет его с галлюцинациями и помраченными состояниями ума. Карл Юнг считает, что у поэтов, пророков, мистиков, основателей различных религиозных движений наблюдаются те же состояния, которые психиатр встречает у больных [2].

По словам К. Г. Юнга, «расщепление личности у спиритического медиума восходит к определенным склонностям в младенчестве, а в основе галлюцинаторных систем можно проследить наличие маниакальных сексуальных влечений». Карл Юнг неоднократно ссылается на труд врача и психиатра З. Фрейда «Толкование сновидений» и «Исследования по истерии» Е. Блейлера и З. Фрейда. Однако К. Г. Юнг уже тогда четко определяет и направление своей будущей работы, и ее отклонение от позиции З. Фрейда. С одной стороны, К. Г. Юнг рассматривал «пробуждающуюся сексуальность юной сомнамбулы как «основную причину этой весьма любопытной клинической картины». В то же время он был поражен «идеей пациентки о реинкарнации, где она представала прародительницей бесчисленных тысяч людей».

В 1900 году К. Г. Юнг переехал в Цюрих и стал работать ассистентом у известного в то время психиатра Е. Блейлера в университетской психиатрической клинике Бургхельцли (пригород Цюриха). Он поселился на больничной территории, и с этого момента жизнь молодого сотрудника стала проходить в атмосфере психиатрического монастыря. Е. Блейлер от себя и сотрудников требовал точности, аккуратности и внимательности к пациентам. На территории больницы царил сухой закон, Карл Юнг упоминает, что первые шесть месяцев он

провел совершенно отрезанный от внешнего мира и в свободное время читал. Вскоре он начал публиковать свои первые клинические работы, а также статьи по применению разработанного им же теста словесных ассоциаций. К. Г. Юнг пришел к выводу, что посредством словесных связей можно обнаружить («нащупать») определенные совокупности (конstellации) чувственно окрашенных (или эмоционально «заряженных») мыслей, понятий, представлений и тем самым дать возможность выявиться болезненным симптомам.

14 февраля 1903 года К. Г. Юнг женился на двадцатилетней дочери преуспевающего фабриканта Эмме Раушенбах (1882-1955), с которой прожил вместе пятьдесят два года, став отцом четырех дочерей и сына. Вначале молодые поселились на территории клиники Бургхёльцли, заняв квартиру этажом выше Е. Блейлера, а позже — в 1906 году — переехали в собственный дом в пригородное местечко Кюснахт, что неподалеку от Цюриха. Годом раньше К. Г. Юнг начал преподавательскую деятельность в Цюрихском университете [3, 4, 8, 9].

После трех лет изысканий К. Г. Юнг опубликовал в 1906 году свои выводы в книге «Психология раннего слабоумия», которая, по выражению Э. Джонса, «сделала переворот в психиатрии». Об этой книге другой приверженец З. Фрейда, А. А. Брилл, сказал, что эта книга, вместе с исследованиями З. Фрейда, «стала краеугольным камнем современной толковательной психиатрии». В начале книги К. Г. Юнг дал один из лучших обзоров теоретической литературы того времени по раннему слабоумию. Его собственная позиция основывалась на синтезе идей многих ученых, в особенности Э. Крепелина, П. Жане и швейцарского психиатра Е. Блейлера, но он также заявил, что в очень большой степени обязан «оригинальным концепциям Фрейда».

Однако К. Г. Юнг не только интегрировал существовавшие в то время теории, но и заслужил репутацию первооткрывателя экспериментальной психосоматической модели раннего слабоумия, где мозг представляется объектом эмоциональных влияний.

Концепцию К. Г. Юнга можно представить следующим образом: в результате аффекта вырабатывается токсин, который поражает мозг, парализуя психические функции таким образом, что комплекс высвобождается из подсознания и вызывает характерные симптомы раннего слабоумия. Позднее К. Г. Юнг отказался от токсинной гипотезы и воспринял более современную концепцию нарушения химического обмена. Но даже много позже, в 1958 году, ученый писал: «... без психологии

не обойтись при объяснении причин и природы первичных эмоций, которые вызывают изменение метаболизма. Эти эмоции, по-видимому, сопровождаются химическими процессами, вызывающими специфические кратковременные или хронические изменения или поражения органов».

В той же книге о раннем слабоумии К. Г. Юнг, к тому времени респектабельный швейцарский психиатр, привлек широкое внимание к теориям З. Фрейда и выразил сожаление по поводу того прискорбного факта, что З. Фрейд «почти не признанный исследователь». Буквально перед тем, как поставить последнюю точку в своей книге, в апреле 1906 года К. Г. Юнг начал переписываться с З. Фрейдом. В конце февраля 1907 года он съездил в Вену вместе со своей женой и Людвигом Бинсвангером, в то время внештатным врачом в Бургхёльцли, специально для встречи с З. Фрейдом. Их первая беседа длилась без перерыва 13 часов, как позже вспоминал К. Г. Юнг, «это был обзор горизонтов». Он нашел, что З. Фрейд «производит впечатление и в то же время он «странен» для человека его квалификации» [7-9].

В свою очередь, в письме К. Абрахаму весной 1908 года З. Фрейд написал о К. Г. Юнге: «Лишь его появление на нашей сцене спасло психоанализ от превращения в национальное еврейское предприятие. Более того, Фрейд не только считал, что Юнг придает вес психоанализу, но и самого его охарактеризовал как «поистине оригинальный ум». Он увидел в нем «Иисуса, которому суждено изучить обетованную землю психиатрии, в то время как Фрейд, подобно Моисею, смог лишь взглянуть на нее издалека».

На первом Международном конгрессе по психиатрии и неврологии в Амстердаме К. Г. Юнг сделал доклад «Фрейдистская теория истерии», имевший целью защиту психоанализа, а по сути превратившийся в апологию идей З. Фрейда, во всяком случае, таких его понятий, как «младенческая сексуальность» и «либидо».

В следующие несколько лет К. Г. Юнг написал серию статей, которые в точности укладываются в рамки классического фрейдовского анализа. Наиболее четкие определения можно найти в работе «Значение образа отца в судьбе индивида» (1909). В то же время проглядывают здесь и наметки позднейшей идеи К. Г. Юнга о противоположных тенденциях. «... Осознанное выражение черт отцовского образа, как и любое выражение бессознательного комплекса, проявляющегося в сознании, обретает облик двуликого Януса, со всеми его негативными и позитивными компонентами».

Нет сомнения в том, что К. Г. Юнг внес значительный вклад в нарождавшееся психоаналитическое движение. Через несколько месяцев после своего первого визита к З. Фрейду, он основал Фрейдистское общество в Цюрихе. В 1908 году К. Г. Юнг организовал первый Международный конгресс по психоанализу в Зальцбурге, где родилось первое издание, целиком посвященное вопросам психоанализа, — «Ежегодник психоаналитических и психологических изысканий». В нем Е. Блейлер и З. Фрейд были содиректорами, а К. Г. Юнг — редактором [3-5, 9].

В 1909 году К. Г. Юнг ушел с поста главного врача клиники Бургхёльцли, чтобы полностью посвятить себя развитию и практике психоанализа. На конгрессе в Нюрнберге в 1910 году была основана Международная психоаналитическая ассоциация, и он был избран ее президентом, несмотря на сердитый протест венской группы. Несмотря на столь высокое положение в психоаналитическом движении, К. Г. Юнг ощущал растущее беспокойство. Оригинальность, отмечавшая его работы, исчезает в тех статьях, что были опубликованы в годы, когда главной его заботой стала защита теорий З. Фрейда.

В 1911 году он предпринял попытку распространить принципы психоанализа на те области, которые многие годы занимали его, а именно применить новые подходы к изучению содержания мифов, легенд, басен, классических сюжетов и поэтических образов. После года исследований К. Г. Юнг опубликовал свои заключения под названием «Метаморфозы и символы либидо, часть I». В «Метаморфозах I» К. Г. Юнг ссылается на множество источников с целью провести параллель между фантазиями древних, выраженными в мифах и легендах, и схожим мышлением детей. Он был намерен также продемонстрировать «связь между психологией сновидений и психологией мифов». К. Г. Юнг сделал неожиданный вывод, что мышление «имеет исторические пласты», содержащие «архаический умственный продукт», который обнаруживается в психозе в случае «сильной» регрессии. Он доказывал, что если символы, используемые веками, схожи между собой, то они «типичны» и не могут принадлежать одному индивиду. В этой цепи выводов лежит зерно центральной концепции К. Г. Юнга о коллективном бессознательном.

В 1912 году выходят в свет «Метаморфозы II». Несмотря на то, что в течение ряда лет К. Г. Юнг поддерживал взгляды З. Фрейда на сексуальность, он так и не согласился полностью с его сексуальными теориями. Предлагая свою версию, он трактует либидо совсем не в

духе З. Фрейда, а в «Метаморфозах II» полностью лишает его сексуальной подоплеки.

Полемика по поводу либидо оказала серьезное влияние на развитие теории психоанализа. Изменились и отношения К. Г. Юнга и З. Фрейда. Их переписка вскоре утратила личный характер, став исключительно деловой. В сентябре 1913 года К. Г. Юнг и З. Фрейд встретились в последний раз на Международном конгрессе в Мюнхене, где К. Г. Юнга вновь избрали президентом Международной психоаналитической ассоциации [3, 8].

Выдвигая противоположные идеи, ученые стимулировали друг друга; однако, что касается К. Г. Юнга, идеи З. Фрейда повлияли на него главным образом в годы, предшествовавшие их личной встрече. Несмотря на интерес к психоанализу и даже временами защиту его основных принципов, Карл Юнг так и не отступил от мистицизма, окрашивавшего все его труды, начиная с самой первой работы, где уже проглядывал зародыш идеи о коллективном бессознательном. А после 1913 года его теоретические разработки, определяющие сегодня юнговскую школу, не носят и следа влияния З. Фрейда.

Пересмотр Карлом Юнгом основных положений *психоанализа* (трактровка *либидо* как психической энергии вообще, отрицание сексуальной этиологии неврозов, понимание психики как замкнутой автономной системы, функционирующей по принципу *компенсации*, и др.) привёл к его разрыву с З. Фрейдом, что очень остро переживал Карл Юнг [8]. Фактически это была личная драма, духовный кризис, состояние внутреннего душевного разлада на грани глубокого нервного расстройства. «Он не только слышал неведомые голоса, играл, как ребенок, или бродил по саду в нескончаемых разговорах с воображаемым собеседником, — замечает один из биографов в своей книге о Карле Юнге, — но и серьезно верил, что его дом населен привидениями» [10]. Знакомство с работами К. Г. Юнга убеждает многих, что разрыв К. Юнга с З. Фрейдом был не столько бунтом непокорного последователя, сколько естественным отходом равновеликой фигуры, не пожелавшей возвращаться на чужой орбите. Аналитическая психология К. Г. Юнга — самостоятельная сложная теория, играющая в мировой науке не меньшую роль, чем классический фрейдовский психоанализ [1].

Драма расставания обернулась для тридцативосьмилетнего К. Г. Юнга возможностью большей свободы развития своей собственной теории содержаний бессознательного психического. В работах его все более выявляется интерес к архетипическому символизму. В личной жизни это означало добровольный спуск в

«пучину» бессознательного. В последовавшие шесть лет (1913-1918) Карл Юнг прошел через этап, который он сам обозначил как время «внутренней неопределенности» или «творческой болезни». К. Г. Юнг пытался понять значение и смысл своих сновидений и фантазий и описать это — насколько возможно в терминах повседневной жизни. В результате получилась рукопись в 600 страниц, иллюстрированная множеством рисунков образов сновидений и названная «Красной книгой» (По причинам личного характера она никогда не публиковалась). Пройдя через личный опыт конфронтации с бессознательным, Карл Юнг обогатил свой аналитический опыт и создал новую систему аналитической психотерапии и новую структуру психического. *Карл Юнг считал исследование психики наукой будущего.* Для него актуальная проблема человечества заключалась не столько в угрозе перенаселения или ядерной катастрофы, сколько в опасности психической эпидемии. В судьбе человечества решающим фактором является сам человек, его психика. Еще конкретнее этот «решающий фактор» сфокусирован и сконцентрирован в бессознательной психике, являющейся реальной угрозой; «мир висит на тонкой нити, и эта нить — психика человека». Концепция К. Г. Юнга состоит в том, что символ представляет собой неосознаваемые мысли и чувства, способные преобразовать психическую энергию — либидо — в позитивные, конструктивные ценности. Сновидения, мифы, религиозные верования — все это средства справиться с конфликтами при помощи исполнения желаний, как выявляет психоанализ; кроме того, в них содержится намек на возможное разрешение невротической дилеммы. К. Г. Юнга не удовлетворяло толкование сновидений как различных вариаций Эдипова комплекса — что, кстати, отнюдь не является единственным методом психоанализа, — поскольку такое толкование не признавало созидательной перспективы сновидения. Сам К. Г. Юнг неоднократно под влиянием своих сновидений изменял направление своей жизни так, как если бы они были вещими предзнаменованиями.

В одной из более поздних работ К. Г. Юнг предложил ряд психотерапевтических приемов, которые могут быть применены в клинических условиях. В частности, его метод «активного воображения» иногда используется врачами неюнговского направления. Пациенту предлагается нарисовать или написать красками любые образы, которые спонтанно приходят ему в голову. С развитием, с изменением образа меняются и рисунки. Стремление пациента как можно точнее передать тот образ,

что ему является, может помочь ему проявить свои предсознательные и сознательные представления. К. Г. Юнг считал, что этот прием помогает пациенту не только тем, что дает ему возможность выразить свои фантазии, но и позволяет реально как-то использовать их [5, 7].

Спустя месяц после мюнхенского конгресса Карл Юнг ушел с поста редактора «Ежегодника», а в апреле 1914 года и с поста президента ассоциации. В июле 1914 года после публикации «Истории психоаналитического движения», где З. Фрейд продемонстрировал полную несовместимость своих воззрений с взглядами К. Г. Юнга и австрийского врача-психиатра и психолога Альфреда Адлера, вся цюрихская группа вышла из состава Международной ассоциации [3].

После разрыва с З. Фрейдом и психоаналитическим движением К. Г. Юнгу пришлось определить свои собственные ценности, новую ориентацию, стать самим собой. Оставшиеся годы своей жизни ученый посвятил литературным трудам, оставив в наследие более чем сотню книг, статей и обзоров. Среди них следует назвать наиболее известные: «Трансцендентальная функция», «Структура души», «Проблема души нашего времени», «Жизнь и воззрение Карла Юнга», «Человек и его символы», «Сознательный разум», «Сновидения, размышления», «Личное и сверхличное, или человеческое бессознательное», «О значении бессознательного в психопатологии», «Психоз и его содержание», «Психотерапия и мировоззрение», «Символы и метаморфозы либидо», «О становлении личности», «Некоторые принципиальные соображения о процессе психотерапии», «Об отношении аналитической психологии к поэтико-художественному творчеству», «О перерождении», «Тавистокские лекции. Аналитическая психология», «НЛО как предмет слухов», «Об индийском святом», «О психологии восточной медитации», «Нераскрытая самость», «Практическое использования анализа сновидений», «Психологические типы», «Психологическая типология», «Психологическая теория типов», «К вопросу о подсознании», «К вопросу об изучении психологических типов», «Отношения между эго и бессознательным», «Семь проповедей к мертвым», «Проблема души современного человека», «Исследование феноменологии самости», «Борьба с тенью», «Обзор теории комплексов», «Психология и религия», «Введение в религиозно-психологическую проблематику алхимии», «Цели психотерапии», «О синхроничности», «Пикассо», «Подход к бессознательному. Значение слов», «Йога и Запад», «Шизофрения», «Брак как психологическое

взаимоотношение», «Комментарий к тибетской книге мертвых», «Об архетипах коллективного бессознательного», «Основные вопросы психотерапии» и многие другие [7].

Карл Юнг объехал весь свет, изучая древние цивилизации — Пуэбло в Аризоне и Нью-Мексико; Элгон в Британской Восточной Африке; Судан, Египет и Индию. Отчет об этих исследовательских поездках, а точнее, своеобразное культурно-психологическое эссе составили позднее главу «Путешествия» в автобиографической книге К. Г. Юнга «Воспоминания, сновидения, размышления». В отличие от беззаботно-любопытствующих туристов, Карл Юнг смог взглянуть на другую культуру с точки зрения раскрытия содержащегося в ней смысла; он полагает, что сама история имеет известный общечеловеческий универсальный смысл, в рамках которого возможно взаимодействие и культур, и времен [11].

Следует отметить, что полное собрание сочинений К. Г. Юнга на английском языке (The Collected Works of C. G. Jung) состоит из двадцати томов. Редакционная коллегия (Герберт Рид, Майкл Фордхам, Герхард Адлер, Вильям МакГваер) начала работу над материалом вскоре после смерти Карла Юнга в 1961 году. Начало издания приходится на 1967 год. Сначала оно было опубликовано издательством Routledge в Великобритании, затем — Princeton University Press в США. Дополнительно Bollingen Foundation в США издал дополнительные тома и Семинары Юнга, а Philemon Foundation — Письма и ранее неопубликованные работы. Отдельно были изданы работы К. Г. Юнга «Воспоминания, сновидения, размышления» (1963); «Семь проповедей к мертвецам» и «Подход к бессознательному» (1964)».

Двадцатитомное собрание сочинений К. Г. Юнга дает нам полное представление о широте мировоззренческих взглядов и огромной житейской мудрости зачинателя психологического направления — аналитической психологии. Здесь мы встречаем цикл психиатрических изысканий, уникальную разработку символической интерпретации мифологических мотивов и образов сновидений. Представлены основополагающие работы по теории архетипов и понятию коллективного бессознательного. В ряде статей и эссе перед нами предстает, так называемый, «мистический» Карл Юнг — один из первых современных психологов прокомментировавший эзотерические алхимические тексты средневековья и выпустивший принципиальную работу о мистической связи между материей и разумом, проявляющейся в синхронистических переживаниях. Ну и, конечно,

важнейшей работой К. Г. Юнга является его грандиозный труд по психологической типологии — «Психологические типы», представленный в шестом томе. Во всем этом поражающем многообразии идей и мыслей постоянно — явным образом или незримо — присутствует и земное смиренное понимание разрушительного аспекта неизбывной психической смуты — «человеческое, слишком человеческое», — порождаемой бессознательными комплексами, и напряженное духовное величие смысловой картины мира. Не случайно Карл Юнг в конце своей жизни на вопрос, верит ли он в Бога, ответил: «Я не верю, я знаю» [7].

Основные темы, наиболее разработанные в аналитической теории К. Г. Юнга, — это проблема соотношения мышления и культуры, пути развития культур на Западе и Востоке, роль биологически унаследованного и культурно-исторического в жизни народов и, конечно, анализ мистических явлений в культуре, выяснение значения мифов, сказок, преданий, сновидений. Образ культуры у Карла Юнга в целом более иррационален и мистичен, чем, например, у Э. Тайлора или у Б. Малиновского. К. Г. Юнг критично настроен по отношению к детерминизму XIX века; предметом его исследований нередко становятся случайные события, не получившие никакого объяснения в науке. В поле его зрения находится не только логика, но и интуиция. Изучение интеллекта как культурного феномена дополняется стремлением понять глубинные чувства человека и человечества. Самому К. Г. Юнгу принадлежит интересное высказывание о том, что человек без мифологии становится продуктом статистики. В начале 1920-х годов Карл Юнг познакомился с известным синологом Рихардом Вильгельмом, переводчиком известного китайского трактата «Книга перемен», и вскоре пригласил его прочесть лекцию в Психологическом клубе в Цюрихе. К. Г. Юнг живо интересовался восточными гадательными методами, и сам с некоторым успехом экспериментировал с ними. Он также участвовал в те годы в ряде медиуматических экспериментов в Цюрихе совместно с Е. Блейлером. Сеансами руководил известный в те годы австрийский медиум Руди Шнайдер. К. Г. Юнг долгое время отказывался делать какие-либо заключения по поводу этих экспериментов и даже избегал всякого о них упоминания, но впоследствии открыто признавал реальность этих феноменов. Он также проявлял глубокий интерес к трудам средневековых алхимиков, в лице которых увидел провозвестников психологии бессознательного. Он делал доклады на многих международных конгрессах, а в 1937 году прочел курс лекций в Йельском

университете о взаимоотношении психологии и религии. Он вновь начал преподавать, еженедельно читая лекции в Высшей технической школе в Цюрихе. В 1944 году в Базельском университете специально для К. Г. Юнга была создана кафедра медицинской психологии, с которой он, правда, спустя некоторое время ушел из-за пошатнувшегося здоровья.

Поистине королевские почести были оказаны Карлу Юнгу в день его восьмидесятилетия, когда в маленьком городке Кюснахт, где он обосновался более чем на полвека, его избрали «энергбюргером» (почетным гражданином), что, по собственным словам К. Г. Юнга, он оценил даже выше, чем избрание членом Королевского медицинского общества Лондона. Он стал также почетным доктором наук Оксфордского университета, почетным членом Швейцарской академии наук, получил почетные степени от Гарвардского университета и университетов Калькутты, Бенареса и Аллахабада — и все это среди прочих многочисленных отличий. В 1958 году, за три года до его кончины, в Цюрихе собрался конгресс по аналитической психологии, первый конгресс международного уровня с участием ста двадцати делегатов [1-6, 8, 9].

В целом психология Карла Юнга нашла своих последователей больше среди философов, поэтов, религиозных деятелей, нежели в кругах медиков-психиатров. Учебные центры аналитической психологии по К. Г. Юнгу, хотя учебный курс в них не хуже, чем у З. Фрейда, принимают и студентов-немедиков. Карл Юнг признал, что он «никогда не систематизировал свои исследования в области психологии», потому что, по его мнению, догматическая система слишком легко соскальзывает на напыщенно-самоуверенный тон. К. Г. Юнг утверждал, что причинный подход конечен, а потому фаталистичен; его же телеологический подход выражает надежду, что человек не должен быть абсолютно рабски закабален собственным прошлым.

В 1923 году Карл Юнг приобрел небольшой участок земли на берегу Цюрихского озера в местечке Боллинген, где он выстроил здание башенного типа и где в тишине и уединении проводил воскресные дни и отпуск. Здесь не было ни электричества, ни телефона, ни отопления. Пища готовилась на печи, вода доставалась из колодца. Как удачно заметил известный историк медицины Г. Ф. Элленбергер, переход из Кюснахта в Боллинген символизировал для К. Г. Юнга путь от эго к самости, или, другими словами, путь индивидуализации.

В 1909 году вместе с З. Фрейдом и другим психоаналитиком-венгром Ш. Ференци, работавшим в Австрии, Карл Юнг впервые приехал

в Соединенные Штаты Америки, где прочел курс лекций о методе словесных ассоциаций. Университет Кларка в штате Массачусетс, пригласивший европейских психоаналитиков и праздновавший свое двадцатилетнее существование, присудил К. Г. Юнгу вместе с другими почетную степень доктора.

В 1930-е годы Карл Юнг был удостоен титула почетного президента Психотерапевтического общества Германии. В ноябре 1932 года Цюрихский городской совет присудил ему премию по литературе, приложив к ней чек на 8000 франков. В 1933 году в Германии к власти пришел Гитлер. Психотерапевтическое общество было немедленно реорганизовано в соответствии с национал-социалистическими принципами, а его президент Эрнст Кречмер подал в отставку. Президентом Международного общества стал К. Г. Юнг, но само общество стало действовать по принципу «крышечной организации», состоящей из национальных обществ (германское общество было лишь одним из них) и индивидуальных членов. Как впоследствии объяснял сам Карл Юнг, это была своего рода увертка, позволившая психотерапевтам-евреям, исключенным из германского общества, оставаться внутри самой организации. В связи с этим К. Г. Юнг отверг всяческие обвинения относительно его симпатий к нацизму и косвенных проявлений антисемитизма.

В 1935 году Карл Юнг был назначен, как уже отмечалось выше, профессором психологии Швейцарской политехнической школы в Цюрихе, в том же году он основал Швейцарское общество практической психологии. По мере того как международная ситуация становилась все хуже, К. Г. Юнг, который до того никогда не выказывал сколь-нибудь явного интереса к мировой политике, стал проявлять к ней все больший интерес. Из интервью, которые он давал в те годы разным журналам можно понять, что Карл Юнг пытался анализировать психологию государственных лидеров и в особенности диктаторов. 28 сентября 1937 года во время исторического визита в Берлин Муссолини К. Г. Юнг случайно оказался там и имел возможность близко наблюдать поведение итальянского диктатора и Гитлера во время массового парада. С этого времени проблемы массовых психозов сделали одним из фокусов внимания Карла Юнга.

Другой поворотный пункт в жизни Карла Юнга следует отнести к концу Второй мировой войны. Он сам отмечает этот момент в своей автобиографической книге. В начале 1944 года, пишет К. Г. Юнг, он сломал ногу, а также у него приключился инфаркт, во время которого он потерял сознание и почувствовал,

что умирает. У него возникло космическое видение, в котором он рассматривал нашу планету со стороны, а самого себя не более чем сумму того, что он когда-то сказал и сделал в течение своей жизни. В следующий момент, когда он собирался переступить порог некоего храма, он увидел своего доктора, идущего ему навстречу. Вдруг доктор принял черты короля острова Кос (родина Гиппократ), чтобы вернуть его обратно на землю, и у Карла Юнга возникло такое чувство, что жизни доктора что-то угрожало, в то время как его, К. Г. Юнга, собственная жизнь была спасена (и действительно, через несколько недель его врач неожиданно умер). Карл Юнг отметил, что впервые почувствовал горькое разочарование, когда вернулся обратно к жизни. С этого момента что-то изменилось в нем бесповоротно, и его мысли приняли новое направление, что можно увидеть и из его работ, написанных в то время. Теперь он сделался «мудрым старцем из Кюснахта». К концу своей жизни К. Г. Юнг все меньше отвлекался на внешние перипетии каждодневных событий, все более проявляя свое внимание и интерес к общемировым проблемам. Не только угроза атомной войны, но и все возрастающая перенаселенность Земли и варварское уничтожение природных ресурсов наряду с загрязнением природы глубоко волновали его. Возможно, Карл Юнг почувствовал гораздо раньше других, какая угроза нависла над человечеством. Поскольку на кон поставлена судьба человечества, то естественно спросить, а не существует ли архетип, который представляет, так сказать, целое человечества и его судьбу. К. Г. Юнг видел, что почти во всех мировых религиях такой архетип существует и обнаруживает себя в образе так называемого изначального (первочеловека) или космического человека, антропоса. Антропос, гигантский космический человек, олицетворяет жизненный принцип и смысл всей человеческой жизни на Земле (Имир, Пуруша, Панку, Гайомарт, Адам) [5, 6, 8, 9].

Сотрудничество Карла Юнга в последние годы жизни с физиком Вольфгангом Паули привело обоих к убеждению, что изучение физиками глубин материи, а психологами — глубин психического, могут быть лишь разными способами подхода к единой, скрытой реальности. Ни психология не может быть достаточно «объективной», поскольку наблюдатель неизбежно влияет на наблюдаемый эффект, ни физика, не способная на субатомном уровне измерить одновременно количество движения и скорость частицы. *Принцип дополнительности*, ставший краеугольным камнем современной физики, применим и к проблемам души и тела.

В течение всей жизни у К. Г. Юнга возникало впечатление последовательности разных внешне не связанных друг с другом событий, происходящих одновременно. Скажем, смерть одного человека и тревожный сон у его близкого родственника, случившиеся одновременно Карл Юнг ощущал, что подобные «совпадения» требовали какого-то дополнительного объяснения, кроме утверждения о некоей «случайности». Такой дополнительный принцип объяснения К. Г. Юнг назвал *синхронностью*. По мнению Карла Юнга, определенные изменения в состоянии психики Э. Сведенборга дали ему временный доступ к «абсолютному знанию» — к области, где преодолеваются границы времени и пространства. Восприятие структур упорядочивания воздействует на психическое как смысл.

В 1955 году в честь восьмидесятилетия К. Г. Юнга в Цюрихе состоялся Международный конгресс психиатров под председательством Манфреда Блейлера, сына Е. Блейлера, у которого молодой Карл Юнг начинал свою карьеру психиатра в Бургхельцли. К. Г. Юнгу предложили сделать доклад о психологии шизофрении — теме, с которой начались его научные исследования в 1901 году. В ноябре 1955 года он пережил большое горе — умерла его жена Эмма, бессменный спутник на протяжении более полувека. Из всех великих пионеров глубинной психологии Карл Юнг был единственным, чья жена стала его учеником, усвоила его методы и приемы, и на практике применяла его психотерапевтический метод.

Коллективное бессознательное представляет собой «совокупность архетипов, является осадком всего, что было пережито человечеством, вплоть до его самых темных начал. Но не мертвым осадком, а живой системой реакций и диспозиций, которая невидимым, а потому и действенным образом определяет индивидуальную жизнь». Когда-то это было названо «наиболее революционной идеей» в науках о культуре и человеке в XX веке. Век закончился, но пока никаких выводов из идей К. Г. Юнга и их разработки не было сделано. Ещё в 1918 году Карл Юнг пришел к выводу, что Германия занимает особое место в Европе, что ей предназначена особая, выдающаяся роль. К сожалению, К. Г. Юнг приветствовал приход фашистов к власти. Прогрессивные круги того времени не простили ему симпатий к фашистам и идеологии нацизма, хотя он в разное время пытался это отрицать [1-6].

Необходимо отметить, что в творческой судьбе К. Г. Юнга определенную роль сыграли его «русские встречи» — взаимоотношения в разное время и по разным поводам с

выходцами из России — студентами, пациентами, врачами, философами, издателями. Начало «русской темы» можно отнести к концу первого десятилетия XX века, когда в числе участников психоаналитического кружка в Цюрихе стали появляться студенты-медики из России. Имена некоторых нам известны: Фаина Шалевская из Ростова-на-Дону (1907), Эстер Аптекман (1911), Татьяна Розенталь из Петербурга (1901-1905, 1906-1911), Сабина Шпильрейн из Ростова-на-Дону (1905-1911) и Макс Эйтингон (1909). Все они впоследствии стали специалистами в области психоанализа.

Татьяна Розенталь вернулась в Петербург и в дальнейшем работала в Институте мозга у В. М. Бехтерева в качестве психоаналитика. Являлась автором малоизвестной работы «Страдание и творчество Достоевского», которая, к сожалению, в 1921 году в возрасте 36 лет покончила жизнь самоубийством.

Уроженец Могилева, Макс Эйтингон, в 12 лет вместе с родителями переехал в Лейпциг, где изучал философию, прежде чем вступить на медицинскую стезю. Он работал ассистентом Карла Юнга в клинике Бургхельцли и под его руководством в 1909 году получил докторскую степень в Цюрихском университете.

Другая «русская девушка» Сабина Шпильрейн была пациенткой начинающего доктора К. Г. Юнга (1904), а впоследствии сделалась его ученицей. Завершив образование в Цюрихе, и получив степень доктора медицины, Сабина Шпильрейн пережила мучительный разрыв с Карлом Юнгом, переехала в Вену и примкнула к психоаналитическому кружку З. Фрейда. Некоторое время работала в клиниках Берлина и Женевы, у нее начинал свой курс психоанализа известный впоследствии психолог Жан Пиаже. В 1923 году она вернулась в Россию, где вошла в состав ведущих специалистов-психоаналитиков образованного в те годы в Москве Государственного психоаналитического института. Дальнейшая ее судьба сложилась весьма трагично. После закрытия Психоаналитического института Сабина Николаевна переехала в Ростов-на-Дону к родителям. Запрет на психоаналитическую деятельность, арест и гибель в застенках НКВД трех братьев и, наконец, собственная смерть в Ростове, когда она вместе с двумя дочерьми разделила участь сотен евреев, расстрелянных в местной синагоге немцами в декабре 1941 года [5].

Работы К. Г. Юнга оказали огромное влияние на современную культуру. К примеру, книга Г. Гессе «Степной волк» написана под впечатлением психотерапевтических сеансов, которые автор проходил у Карла Юнга. Влияние идей о коллективном бессознательном и

присущих ему архетипических образах можно увидеть во многих художественных произведениях и кинофильмах [14].

Кроме отмеченных выше необщительности и замкнутости в подростковом возрасте, мыслей о реинкарнации, неадекватно пережитого кризиса после разрыва с З. Фрейдом и космических видений у Карла Юнга наблюдались и другие проявления психического расстройства.

«Примерно между шестнадцатью и семнадцатью годами приступы депрессии становятся более редкими» [9].

«Нельзя не вспомнить также о падении с лестницы и тяжелом повреждении головы: одно время Юнг находится между жизнью и смертью, позднее у него случаются обмороки. В своей автобиографии он говорит даже о *роковом противодействии жизни в этом мире*. Все это усиливает впечатление, что структура личности этого человека как бы расшаталась и он стал более восприимчив для картин и образов *царства теней, от которого некуда было деться*» [9].

«Юнг все более и более замыкался в себе. В какой-то момент он даже опасался психического расстройства. В этом гибельном положении Юнг решил дать выход тому, что все время подтачивало его изнутри. Так он начал свой добровольный спуск в пучину бессознательного» [12].

«Такое состояние переносили многие известные творческие люди — Гоголь страдал такими же шубообразными расстройствами, писатель Булгаков, Карл Густав Юнг. Интересно, что все они расценивали эти перенесенные расстройства, этот подъем, парафреничность, наплыв чувств, как некое богатство, которое воплощали в творчестве. Многие произведения Гоголя написаны по воспоминаниям от этих состояний. И Булгакова, конечно. А Карл Густав Юнг вообще сознался, что он перенес это состояние и потом вся его жизнь до самой глубокой старости, (а умер он в 86 или в 87 лет) была посвящена научной разработке перенесенных тогда ощущений. Он тоже был не критичен и не понимал это как психоз, а писал о том, что чуть не сошел с ума. Это было некоторое отступление. Итак, мой диагноз: шубообразная шизофрения...» [13].

«Случается и так, что больной переносит психотические приступы шизофрении и выходит из них иным человеком, но без грубого дефекта личности, вынося из бездны психоза стремление исследовать неведомые ему до того глубины. Возможно, приступы болезни по своему помогли творчеству... Карла Юнга» [14].

«Выдающимся примером... некрофильного характера был К. Г. Юнг. В опубликованной после его смерти автобиографии имеются

многочисленные подтверждения этому. В его снах часто появлялись трупы, кровь и убийства... За много лет до этого Фрейду бросилось в глаза ориентирование Юнга на мертвое... Однако с другой стороны, Юнг был необычайно творческим человеком, а творчество является прямой противоположностью некрофилии. Он разрешил свой внутренний конфликт благодаря тому, что уравнивал деструктивные силы в себе своим желанием и способностью лечить и сделал свой интерес к прошлому, мертвому и разрушению предметом блестящих умозаключений» [15].

«Парафренное расстройство случилось и с гениальным Карлом Юнгом... Это с ним произошло, когда ему было около сорока лет, — и всю оставшуюся жизнь он посвятил тому, что обдумывал, обобщал этот сложный парафрено-красочный материал, который получился в психозе. Это был именно парафренный психотический материал, гениальный по своему содержанию. Карл Юнг всю оставшуюся жизнь прожил, кажется, без острой парафренной психотики, но и без критики к перенесенному. Впрочем, гениальность, видимо, истребляет понятие критики» [16].

«Карл Густав Юнг (1875-1961), также переживавший парафренные психотические расстройства... дожил до глубокой одухотворенной старости. Ему повезло в том отношении, что был он сам психиатр-исследователь и у других психиатров не лечился. Наблюдая за своими остропсихотическими сказочными видениями-переживаниями, изучая их, Юнг открыл существование коллективного бессознательного с архетипами в своей основе, создал развивающуюся всемирно известную школу «аналитической психологии». Он смело описывал-публиковал и свою встречу с коллективным бессознательным, и психотические видения, переживания в различные периоды жизни, выводя из всего этого свои открытия» [17].

К. Г. Юнг (1994) вспоминает, например: «Я сидел за письменным столом, погруженный в привычные уже сомнения, когда вдруг все оборвалось, будто земля в буквальном смысле разверзлась у меня под ногами, и я погрузился в темные глубины ее. Я не мог избавиться от панического страха. Но внезапно и на не очень большой глубине я почувствовал у себя под ногами какую-то вязкую массу. Мне сразу стало легче, хотя я и находился в кромешной тьме. Через некоторое время мои глаза привыкли к ней, я себя чувствовал как бы в сумерках. Передо мною был вход в темную пещеру, и там стоял карлик, сухой и темный, как мумия» (с. 180-181). А вот как подошел Карл Юнг в психозе к своим архетипам

«Анима» и «Анимус»: «Меня крайне занимало то, что какая-то женщина существует внутри меня и вмешивается в мои мысли. В самом деле, думал я, может, она и есть «душа» в примитивном смысле слова, и я спросил себя, почему душу стали называть «anima», почему ее представляют как нечто женственное. Впоследствии я понял, что эта «женщина во мне» — некий типический, или архетипический образ в бессознательном всякого мужчины, я назвал его «Анима». Соответствующий образ в бессознательном женщины я назвал «Анимус» (с. 187) [11].

А. В. Шувалов (2004) справедливо отмечает, что знакомство с патографией К. Г. Юнга делает более понятным такие факты его научных исследований, как введение в психологию понятия «интроверсия», «интровертированный характер». Критерии этого типа личности словно списаны с самого К. Г. Юнга (без сомнения, так оно и было). Признание им сверхъестественных сил, недоступных научному познанию (признание, по существу, оккультизма), также коренится в его собственном парапсихологическом опыте и личных переживаниях. Вполне возможно, что и происхождение идеи о существовании коллективного бессознательного с его архетипами находит свои истоки в перенесенных Карлом Юнгом психотических эпизодах. Следовательно, талантливое раскрытие глубинных психологических механизмов своей личности явилось для ученого основой его психических и философских откровений. Убеждаемся еще раз, что гений способен извлечь максимальную пользу даже из своей болезни [10].

С годами Карл Юнг ослабевал физически, но его ум оставался живым и отзывчивым. Он поражал своих гостей размышлениями о тайнах человеческой души и будущем человечества. В восемьдесят пять лет К. Г. Юнг получил титул почетного гражданина Кюснахта, в котором поселился в далеком 1909 году. Мэр торжественно вручил «мудрому старцу» церемониальное письмо и печать, а Юнг выступил с ответной речью» обратившись к собравшимся на своем родном базельском диалекте. Незадолго до смерти Карл Юнг завершил работу над своей автобиографической книгой «Воспоминания, сновидения, размышления», ставшей бестселлером в западном мире, а также вместе со своими учениками написал увлекательную книгу «Человек и его символы» — популярное изложение основ аналитической психологии.

Карл Густав Юнг умер в своем доме в Кюснахте 6 июня 1961 года. Прощальная церемония состоялась в протестантской церкви Кюснахта. Местный пастор в погребальной

речи назвал покойного «пророком, сумевшим сдержать всеохватывающий натиск рационализма и давшим человеку мужество вновь обрести свою душу». Два других ученика Юнга — теолог Ганс Шер и экономист Юджин Бюлер отметили научные и человеческие заслуги своего духовного наставника. Тело было кремировано, а пепел захоронен в семейной могиле на местном кладбище.

Таким образом, профессор К. Г. Юнг внес большой вклад в золотой фонд мировой науки, несмотря на наличие проблем с психическим

здоровьем. Его высокая принципиальность как гражданина и ученого, врача и философа, широта научных интересов и оригинальность мышления, непоколебимая воля и порядочность, настойчивость в работе и высокий гуманизм являются наилучшим примером для молодежи, которая посвятила себя науке. Безусловно, творческая биография и научное наследие Карла Юнга имеют большой интерес как для истории отечественной, так и мировой науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Література

1. Степанов С. К. Г. Юнг (1875-1961) // Психология в лицах. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 108-122.
2. Юнг Карл Густав // 100 великих психологов / Автор-сост. В. Яровицкий. — М.: Вече, 2004. — С. 419-423.
3. Карл Густав Юнг — биография [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://taina.aib.ru/biography/karl-jung.htm>.
4. Луков Вл. А. Юнг Карл Густав [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.litdefrance.ru/199/164>.
5. Карл Густав Юнг. Жизнь и творчество [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://psychology.vuzlib.net/book_o188_page_4.html.
6. Карл Густав Юнг — биография и основные понятия [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://psylive.ru/articles/8519_karl-gustav-ung-biografiya-i-osnovnie-ponyatiya.aspx.
7. Собрание сочинений К. Г. Юнга в 20 томах (на английском языке). The Collected Works of C. G. Jung (G. Adler and R. F. C. Hull, eds. and trans.) (1-20) [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.psychoanalyse.ru/biblio/jung_1.html.
8. Ляликов Д. Н. Юнг (Jung) Карл Густав [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/127/774.htm>.
9. Вер Г. Карл Густав Юнг сам свидетельствующий о себе и своей жизни (с приложением фотодокументов и иллюстраций): Пер. с нем. Е. Азгачевой. — Челябинск: Урал LTD, 1998 — С. 5, 14.
10. Юнг Карл Густав // Безумные грани таланта: Энциклопедия патографий / Авт. — сост. А. В. Шувалов. — М.: ООО «Издательство АСТ»; ООО «Издательство Астрель»; ОАО «ЛЮКС», 2004. — С. 1136-1138.
11. Юнг К. Г. Воспоминания, сновидения, размышления: Пер. с нем. — К.: Air Land, 1994. — С. 180-181, 187.
12. Кирш Т. Юнг и происхождение аналитической психологии // Юнг К. Г. Феномен духа в искусстве и науке. Собр. соч. в 19 т. — Т. 15. — М., 1992. — С. 223.
13. Бурно М. Е. Клинические разборы: Приступообразная шизофрения // Независимый психиатрический журнал. — 1996. — № 5. — С. 21.
14. Волков П. В. Разнообразие человеческих миров: Руководство по профилактике душевных расстройств. — М., 2000. — С. 443.
15. Фромм Э. Душа человека. — М., 1992. — С. 34.
16. Бурно М. Е. Процесс или «органика»? // Независимый психиатрический журнал. — 2001. — № 4. — С. 24.
17. Бурно М. Е. О «психотерапевтическом рассказе» А. П. Чехова «Черный монах» // Независимый психиатрический журнал. — 1998. — № 2. — С. 88-89.

УДК 616.89.001.6:616.8:614.254

Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук: Профессор Константин Константинович Платонов — выдающийся отечественный ученый-экспериментатор, психолог, невропатолог и бывший сабурянин. Сообщение 3



Петрюк О. П.



Петрюк П. Т.

Петрюк О. П.¹, Петрюк П. Т.², Бондаренко Л. И.³

¹ Харьковский национальный медицинский университет,

¹ Харьковская областная клиническая больница,

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

³ Харьковский национальный педагогический университет им. Г. С. Сковороды,

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведені нові біографічні дані і спогади сучасників про життєвий і творчий шлях професора К. Г. Юнга — видатного різносторонньо і глибоко освіченого швейцарського ученого, психіатра, психолога і філософа сучасної епохи. Приводиться аналіз творчої еволюції його поглядів і наукових досягнень, а також перенесених психічних розладів. Підкреслюється значення наукового заділу ювіляра для вітчизняної і світової науки.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукової спадщини.

Ключові слова: професор К. К. Платонов, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науковий доробок.

Dynasty of Platonovs and problems of psychiatric neurosciences: Professor Constantin Constantinovich Platonov is a prominent domestic scientist-experimenter, psychologist, neurologist and which at one time worked on the Saburova dacha. Report 3

Petryuk O. P.¹, Petryuk P. T.², Bondarenko L. I.³

¹ Kharkiv national medical university,

¹ Kharkiv Regional Clinical Hospital,

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

³ Kharkiv National Pedagogic University named after G. S. Skovoroda,

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. C. Platonov — prominent domestic scientist-experimenter, psychologist, neurologist from the dynasty of Platonovs, working at one time on the Saburova dacha, which brought in a ponderable contribution the scientific achievements to development of general and social psychology, military and medical psychology, psychology of labour, history of psychology and its popularization.

The necessity of subsequent study of biography and scientific legacy is underlined.

Key words: professor C. C. Platonov, biographic information, vital and creative way, scientific reserve0.



Платонов К. К.

*Велик на земле только
человек,
велик в человеке
только ум.
В. Гамильтон*

Константин Константинович Платонов (1906–1984) — известный отечественный ученый-экспериментатор, невропатолог, психолог, биолог, доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, одно время непродолжительно работавший на Сабуровой даче — бывший сабурянин. Константин Константинович известен как ученый-исследователь, психолог-теоретик и психолог-практик, стоявший у истоков отечественной психологической науки советского периода и посвятивший ей, по существу, всю свою многогранную жизнедеятельность. Он внес значительный вклад в разработку общей и социальной психологии, психологии труда, военной и медицинской психологии, истории психологии. Автор ряда психологических концепций и в то же время прекрасный популяризатор психологии, он обладал великим даром говорить просто об очень сложных и специфически научных проблемах. Многие из тех, кто впоследствии связал свою судьбу с психологией, впервые об этой науке узнали из книги К. К. Платонова «Занимательная психология», написанной им в госпитале, в период реабилитации после инсульта. С чрезвычайным вниманием, высокой ответственностью и самоотверженной отдачей относился Константин Константинович также к той функции, которую он выполнял до самых последних дней своей жизни, — быть наставником, учителем молодых ученых [1, 2]. К. К. Платонов утверждал, что «с первых шагов своей умственной деятельности поставил себе две параллельные задачи: работать для науки и писать для народа, т. е. популярно (от *populus* — народ)» [2].

К. К. Платонов родился 7 июня 1906 года в г. Харькове в семье потомственных врачей. Его дед, Иван Яковлевич Платонов, — известный отечественный психиатр, один из тех врачей-подвижников, которые способствовали утверждению нового подхода к лечению нервно-психических заболеваний, формированию гуманного отношения к человеку, пораженному этим тяжким недугом. Отец, Константин Иванович, — крупный невропатолог, психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, работавший с 1909 по 1912 годы в Петербурге в нервно-психиатрической клинике

Военно-медицинской академии под руководством В. М. Бехтерева, впоследствии — известный врач-клиницист и преподаватель медицины, внесший большой вклад в разработку и использование в клинике неврозов методов внушения и гипноза.

Большое влияние на формирование личности ученого оказала его мать — Вера Александровна Лебедева, высокообразованный, культурный человек, профессиональный педагог. Проведший детство в окружении больных, рано столкнувшийся с человеческим несчастьем и сам перенесший большие потери (у К. К. Платонова рано умерла мать), испытывавший благотворное влияние родных, Константин Константинович глубоко усвоил и навсегда впитал в себя устойчивый интерес к познанию людей и их проблем [2, 3].

С 1925 года он работал в Украинском психоневрологическом институте по проблемам психологии личности, труда и социальной психологии. В 1930 году проводил исследования профессий железнодорожного транспорта в Ленинградском институте мозга. С 1932 по 1934 годы — заведующий психофизиологических лабораторий сначала Горьковского автомобильного завода, в дальнейшем Челябинского тракторного завода. С 1934 года занимался проблемами авиационной психологии. Во время Второй мировой войны в составе 16 воздушной армии дошел до Берлина. В 1950 году начал читать курс лекций по психологии труда на кафедре психологии МГУ (1950–1958). С 1960 года — сотрудник сектора психологии Института философии АН СССР, затем вновь организованного Института психологии АН СССР. Проводил новаторские исследования в области психологии труда. Разработал новые методы психологического анализа деятельности летчика, в частности, создал самолет-лабораторию.

Жизненной стратегией Константина Константиновича было стремление всегда находиться там, где начинались серьезные дела, где ставились и решались новые и трудные задачи, где требовались смелые, верные гражданскому долгу люди. Именно в этих условиях и в эти исторические моменты его пылкий ум и неукротимая энергия получали свою максимально полную реализацию. Невероятная работоспособность, новаторский дух, бесстрашие в постановке новых задач и способов их решения — вот что более всего отличало К. К. Платонова — ученого и человека.

Нельзя не обратить внимания на тот факт, что в личной и научной судьбе Константина Константиновича, как в капле воды, отразилась вся история отечественной психологии с ее

проблемами и поисками на всех этапах ее развития. А история эта была непростой и научная работа — нелегкой. Серьезные достижения, выдвинувшие отечественную психологическую науку в фарватер мировой психологии, сочетались с немалыми ошибками: периоды бурного развития сменялись временами отступления, застоя, свертывания исследований в отдельных ее отраслях. В развитии психологии отразились те общие социальные трудности, через которые прошла вся страна, наша наука. Каких только перипетий не пришлось пережить тем ученым, которые связали свою жизнь и научную судьбу с психологией: Б. Г. Ананьеву, Л. С. Выготскому, А. Н. Леонтьеву, В. Н. Мясищеву, С. Л. Рубинштейну, Д. Н. Узнадзе и многим другим. Среди них — организаторов и создателей отечественной психологической науки XX столетия — достойное место занимает и К. К. Платонов.

Пристальное внимание, особенно в последние годы работы, Константин Константинович уделял истории отечественной психологии, постоянно подчеркивал важность историко-психологических разработок.

В 1921 году, будучи еще 15-летним подростком, Константин Константинович начинает работать коллектором-препаратором в Институте распространения естествознания (ИРЕ) в г. Харькове. ИРЕ представлял собой первый народный лекторий, созданный на базе краеведческого музея, где для населения бесплатно читались лекции по атеизму и краеведению. В 1924 году К. К. Платонов избирается секретарем правления ИРЕ и утверждается лектором.

Следует отметить, что в течение всей своей жизни К. К. Платонов активно участвовал в лекционной пропаганде, являлся членом правления Всесоюзного общества «Знание», с высокой ответственностью относился к подготовке каждой лекции. Здесь же, в ИРЕ, он делает свои первые шаги в науке, здесь формируются его интересы, здесь он приобретает значительный объем знаний в области естествознания, а также навыки, необходимые ученому-естествоиспытателю. Итогом уже первых научных проб К. К. Платонова явился его «Краткий определитель амфибий и рептилий Украины» — книга, вышедшая в Харькове в 1926 году, которая представляла собой довольно систематическое учебное пособие для студентов педагогических вузов. А ведь автору этой книги было в то время всего 20 лет. Сам он очень любил свой первый научный труд, с гордостью показывал его своим друзьям и коллегам.

Константин Константинович считал себя счастливым человеком не только потому, что десятки лет занимался любимым делом, но и потому, что на жизненном пути встречался или

работал с замечательными людьми. Среди его знакомых — поэт и художник М. Волошин, артист-дрессировщик В. Дуров, герпетолог А. Никольский. Определенное влияние на К. К. Платонова оказали встречи и с другими известными советскими естествоиспытателями. Среди них Н. К. Кольцов — советский генетик, отстаивавший идею генетической обусловленности психосоматических и поведенческих свойств животных, М. М. Завадовский — известный генетик, Л. Л. Васильев — руководитель лаборатории нейрофизиологии Института мозга и специалист в области парабиоза, автор серии популярных и научных трудов по проблемам внушения, отечественные полярники-исследователи Г. А. Ушаков, О. Ю. Шмидт и другие. В ИРЕ произошла встреча К. К. Платонова с его будущей женой Галиной Николаевной, ставшей на всю жизнь ему верным другом и помощником и разделявшей все его жизненные успехи и трудности.

В 1923 году Константин Константинович поступил на биологический факультет Харьковского института народного образования. Однако его деятельная натура требовала полной отдачи, поиска социально значимой сферы деятельности. И такой одновременно и научной, и практической областью ему представлялась медицина. Бесспорно, сказывалось влияние родителей-врачей, общая гуманистическая ориентированность личности. И в 1925 году он перевелся на первый курс Харьковского медицинского института. Позднее, в 1929 году, уже, будучи дипломированным врачом и работая в области психогигиены, он экстерном заканчивает биологический факультет, получая, таким образом, второе высшее образование. В студенческие годы К. К. Платонов одновременно работал внештатным младшим научным сотрудником в психофизиологической лаборатории Украинского психоневрологического института, возглавляемой профессором З. И. Чучмаревым. Здесь он осуществляет первую попытку психофизиологического исследования, включившись в обследование лиц, находящихся под следствием (совместно с З. И. Чучмаревым, В. А. Лавровой, С. Д. Кашинским). Таким образом, уже с самых первых шагов четко обозначились и заявили о себе глубоко ощущаемые интересы в области изучения естественнонаучных основ психики и сознания.

Важно отметить, что на выбор его жизненного пути значительное влияние оказала встреча с Владимиром Михайловичем Бехтеревым, известным русским психиатром, ученым-невропатологом, состоявшаяся в 1925 года в доме отца Константина Константиновича. Эта встреча представителей двух поколений на стыке

двух эпох в истории отечественной психологии глубоко символична. О ней часто и очень тепло отзывался К. К. Платонов, пишет об этом он и в своих воспоминаниях [2]. И не случайно: ведь с именем В. М. Бехтерева связано очень много важных событий в истории русской психологии.

Он являлся организатором первой в нашей стране психофизиологической лаборатории, созданной в 1885 году в г. Казани, и Петербургской лаборатории экспериментальной психологии, открытой в 1904 году. Под руководством В. М. Бехтерева создаются Психоневрологический институт, Институт мозга и психической деятельности, Психоневрологическая академия, Казанский институт НОТ, Государственная лаборатория по изучению труда, организуется ряд научных журналов и т. д. Огромны и научные заслуги В. М. Бехтерева в разных отраслях физиологии, морфологии, анатомии и психологии, в разработке ряда ведущих направлений и проблем психологической науки, ее основополагающих принципов и подходов. Наконец, В. М. Бехтерев воспитал целую плеяду ученых, прославивших отечественную науку, поэтому разговор с таким человеком, блестящим ученым-естествоиспытателем не мог не оставить неизгладимого следа в сознании К. К. Платонова [2].

В 1926 году он работает в психотехнической лаборатории Южной железной дороги, затем, переехав в Ленинград, — в Институте мозга по проблемам нейрофизиологии, а после окончания Ленинградского института медицинских знаний едет по распределению работать врачом в Забайкалье. Практическая энергия сочеталась у К. К. Платонова с исследовательской. Очень рано, уже в молодые годы, у него сформировалась потребность ставить и решать проблемы, пытаться не только видеть, но и объяснять мир. Это, в частности, отчетливо проявилось во время медицинской практики в Забайкалье, где его врачебная деятельность сочеталась с глубоким исследованием урсовской болезни, проведенным совместно с профессором Н. И. Дамперовым, в котором получены интересные и полезные научные и практические результаты.

Становление молодого ученого осуществлялось на фоне социально-исторических преобразований, происходящих в нашей стране после Октябрьской революции. В 1920-1930-е годы происходила перестройка и в психологической науке на диалектико-материалистической основе. Один из инициаторов перестройки психологической науки в нашей стране, К. Н. Корнилов, отмечая историческую неизбежность переворота в методологических предположениях общественных наук и естествознания,

подчеркивал, что этот переворот, конечно же, не может пройти бесследно и для соединительного звена этих сфер человеческого знания, каковым является психология.

Игнорируя роль и функции психики и сознания человека в его взаимодействии с миром и сводя психическую деятельность исключительно к поведенческим актам, представляющим собой непосредственный ответ организма на объективные воздействия извне, В. М. Бехтерев и К. Н. Корнилов тем самым, по существу, ставили под сомнение и само существование психологии как самостоятельной науки, призванной исследовать реалии, отраженные в понятиях «психика» и «сознание человека».

В конце 1920-х — начале 1930-х годов в ходе острых дискуссий по проблемам рефлексологии и реактологии были вскрыты недостатки механистического подхода к пониманию сущности и природы психического, показано упрощенное толкование отражения мозгом человека окружающего мира. В результате всей этой серьезной методологической работы, проведенной в данный период, утвердилось диалектико-материалистическое понимание психики, сознания, личности. Психика стала рассматриваться как процесс и результат отражения, как субъективный образ объективного мира. Вводится принцип двойной детерминации психического — со стороны объективного мира и со стороны материального субстрата — мозга. Психика, сознание утверждаются как главный предмет психологического исследования. Признается регулирующая роль психического в поведении живых организмов, находящихся на определенном этапе филогенеза, активная преобразующая роль психики и сознания в жизнедеятельности человека.

Диалектический материализм явился основанием разработки методологических принципов психологии: детерминизма, развития и общественно исторической обусловленности психики, единства сознания и деятельности, рефлексорной природы психического, системного подхода, единства теории, эксперимента и практики и другие. Нельзя не подчеркнуть, что К. К. Платоновым внесен вклад в обоснование принципа личностного подхода и принципа иерархической организации психической деятельности.

Отечественная психология с момента ее зарождения и до настоящего времени осуществляет поиск путей и форм связи своих исследований с жизнью, возможностей влияния на практическую деятельность и общественное развитие. Этим же характеризовалась и психология советского периода.

Решение широкомасштабных задач преобразований в промышленности и сельском хозяйстве в 1920-1930-е годы, необходимость оптимизации трудовой деятельности и воспитания людей вызвали бурное развитие психотехники и педологии — прикладных отраслей психологии, непосредственно ориентированных на практические требования времени.

В мае 1932 года К. К. Платонов возглавил исследовательский сектор Нижегородского автозавода, решающего проблемы промышленной гигиены и санитарии, НОТ и психологии труда. В отдел, наряду с химической и санитарно-гигиенической лабораториями, входила и психотехническая лаборатория. Здесь большое внимание уделялось разработке проблем профотбора, «оздоровления труда», работоспособности, травматизма и т. д. Предметом особой гордости молодого ученого были разработка и внедрение специальной конструкции стульев к рабочим местам.

В 1934 году К. К. Платонова переводят на Челябинский тракторный завод, где он разворачивает такую же работу. На примере личной судьбы Константина Константиновича на этом отрезке его жизненного пути отчетливо прослеживается то, что эмпирический характер психотехнических разработок 1930-х годов не позволял им выйти за рамки добытых фактов и сделать на их основе глубокие научные обобщения, несмотря на энтузиазм, высокую научную и организационную активность, творческую инициативу и научную смелость ученых.

В 1935 году начинается новый этап в жизни и научной деятельности Константина Константиновича, на много лет определивший его путь в психологии. Ему предлагают работать в недавно организованном в Москве Научно-исследовательском санитарном институте (в дальнейшем Институт авиационной медицины). К. К. Платонов вступает в ряды Красной Армии, получает воинское звание военврача III ранга. Так началась научная разработка К. К. Платоновым авиационной и военной психологии, которым была отдана большая часть его научной жизни. В 1936 году без защиты диссертации (по совокупности работ) Константину Константиновичу была присвоена ученая степень кандидата медицинских наук. Он назначается начальником филиала этого института в Качинской авиационной школе. Главным предметом научных исследований Константина Константиновича становятся психологические проблемы летной деятельности: формирование навыков и способностей летчика, использование различных систем летных тренажеров в профессионально-психологической подготовке к восприятию летчиком

приборной доски, изучались также психические состояния человека в условиях полета и т. д.

К. К. Платонов всегда стремился максимально полно представлять предмет своего исследования. С этой целью он ставит перед собой и последовательно решает задачу овладения умениями и навыками пилотирования самолета, много летая сам, непосредственно проводит различные психологические исследования в воздухе. Этот период ознаменовался также напряженной научной и педагогической деятельностью. Константин Константинович разрабатывает курс лекций по авиационной психологии. В Качинской школе издается его «Конспект курса психологии». В это время у него вместе с Л. М. Шварцем созревают и реализуются замыслы подготовки книги «Очерки психологии для летчиков» — первого оригинального отечественного систематического учебного пособия.

Опубликование в 1936 году постановления ЦК ВКП (б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов», предопределившего разгром психотехники и педологии, не могло не сказаться негативно на состоянии всех других отраслей психологической науки, а также и на судьбах ученых. Отразилось это определенным образом и на деятельности К. К. Платонова. В 1936 году ему было предложено сдать дела и выехать с семьей в Москву для решения вопроса о его дальнейшей службе. Вопрос о его демобилизации вскоре, однако, был снят, ибо претензии, предъявляемые ему, не имели отношения к его научным результатам и оказались необоснованными. Ему была предложена работа в психиатрическом отделении комгоспиталя в Лефортове (филиале лечебного Института авиационной медицины). Одновременно в 1937–1938 годах Константин Константинович работал в психиатрической клинике В. А. Гиляровского. В госпитале он проводит серию исследований психических и физиологических состояний человека в условиях барокамеры, а также продолжает анализировать и обобщать материалы по урсовской болезни. В то же время начинается интенсивное научное сотрудничество К. К. Платонова с коллегами из Института психологии.

В 1939 году Константин Константинович был назначен начальником учебного отдела Института авиационной медицины. В его функции входила организация учебных сборов авиационных врачей, повышение уровня их профессиональной подготовки на базе института. В это же время у него появляется интерес к истории авиационной медицины и авиационной психологии, который сохранился до последних дней его жизни и воплотился не

только в серии соответствующих публикаций, но и в подготовке целой плеяды специалистов по истории психологии, психологии труда и авиационной психологии.

Буквально в последний предвоенный день 1941 года К. К. Платонов дописал последнюю страницу задуманной им популярной книги «Человек в полете». Вторая мировая война поставила и перед психологической наукой новые серьезные и ответственные задачи: массы людей, одетых в солдатские шинели, необходимо было, прежде всего, рационально, грамотно распределить для подготовки по боевым специальностям, а также изыскать пути эффективной адаптации их к действиям в боевых условиях, к опасности стихии войны. Важно было также вскрыть психологические условия и пути ускоренного формирования у них боевых умений и навыков, эмоционально-волевой устойчивости в бою. Лозунг «Все для фронта, все для победы» стал главным ориентиром в жизни и деятельности как тех психологов, кто с оружием в руках сражался с ненавистным врагом на фронте, так и тех, кто продолжал в тылу исследовательский поиск. Об этом красноречиво свидетельствует тематика психологических разработок того времени.

Так, Б. М. Теплов завершил в 1943 году серьезное психологическое исследование содержания и специфики деятельности военачальников по руководству войсками в бою, раскрыл ее внутреннюю структуру и совокупность личностных качеств полководца, определяющих его эмоциональную устойчивость в бою и «способность к максимальной продуктивности ума в условиях максимальной опасности». И хотя в этой работе Б. М. Теплова речь шла о полководце, его идеи легли в основу подготовки всего офицерского корпуса Вооруженных сил СССР.

Отечественная психологическая наука не была нацелена на решение этих задач и соответствующим образом организована. Поэтому она далеко не в полной мере отвечала фронтовым запросам, особенно нуждам личного состава подразделений и частей. Прежде всего, приходится сожалеть о том, что не только не решалась, но даже не была поставлена центральная для военной психологии и важнейшая для фронтовых нужд проблема психологической закалки, психологической подготовки личного состава подразделений и частей к боевым действиям в условиях современной войны. Как было установлено лишь спустя двадцать лет после окончания Второй мировой войны, психологическая подготовка военнослужащих включает в себя: 1) формирование надежности психических функций человека при действиях в экстремальных ситуациях; 2) формирование

эмоционально-волевой устойчивости; 3) формирование постоянной внутренней готовности человека к боевым действиям (А. Д. Глоточкин).

На основе этих положений можно заключить, что наша военная психология в годы Второй мировой войны лишь благодаря статьям командиров, политработников и преподавателей военно-учебных заведений, а отнюдь не научным трудам обогатилась ценным фактическим материалом, глубокими наблюдениями и обобщениями об особенностях боевой деятельности советских солдат, сержантов и офицеров в боевых условиях, о психологической закалке личного состава, о путях предотвращения и преодоления страха и паники. Запоздалая реакция психологической науки на требования боевой практики во многом объясняется тем, что умонастроения руководства армии и военно-морского флота в тот период устойчиво характеризовал следующий стереотип: высокий моральный дух войск обеспечивается исключительно идейно-политическим влиянием на них посредством пропаганды и политической подготовки солдат (матросов), сержантов (старшин) и политических занятий офицеров.

Психологическая же подготовка личного состава армии и военно-морского флота к боевым действиям расценивалась скорее как выдумка ученых-психологов. И хотя многие многоопытные фронтовые командиры соединений и частей под влиянием жестких требований боя на свой страх и риск стремились внедрять на занятиях по тактике боевых действий подразделений элементы психологической закалки личного состава (пулеметные стрельбы в промежутках, а также поверх голов наступающих подразделений, обкатка пехоты танками, пребывание в противогазах в камерах окуривания и т. п.), глубокого теоретического обоснования такая работа не находила ни в период войны, ни длительное время после ее окончания. Все это не могло не сказаться негативно на эффективности боевых действий. В годы войны оказалась также в загоне и явно недостаточно решалась с научно-психологических позиций исключительной важности проблема военно-профессионального психологического отбора [2].

Потоки хлынувшей в Вооруженные силы многомиллионной массы призванных распределялись в многочисленные школы и курсы (учебные команды) для подготовки солдат и матросов по боевым специальностям, а также подготовки офицерских кадров — по существу, без какого-либо научно обоснованного отбора, что называется, «на глазок». При распределении призванных по подразделениям недостаточно учитывались их способности и другие индивидуально-психологические особенности.

В расчет обычно принимались профессиональный трудовой опыт, уровень предшествующей военной подготовки и общего образования. Пополнение войск подразделялось лишь на три категории: а) обученных; б) мало обученных; в) необученных.

Нетрудно представить, какой ценой был оплачен такой упрощенный подход к подбору солдат и матросов и распределению призванных по боевым специальностям, к каким издержкам в эффективности и сроках подготовки он приводил, какими потерями обернулся на полях сражений.

Ведь только за два первых месяца после нападения фашистской Германии на нашу страну было сформировано 150 новых дивизий, а численность одного только запасного полка доходила до 30–40 тысяч солдат и сержантов. Всю эту огромную массу людей необходимо было распределить по боевым специальностям грамотно, с учетом индивидуально-психологических особенностей каждого.

Такой масштабный отбор мог осуществляться посредством применения тестов, доказавших свою эффективность еще в период Первой мировой войны в вооруженных силах США и других стран, где в результате массового тестирования были сэкономлены большие средства, а главное — существенно снижены потери в живой силе и технике и повышена эффективность подготовки воинов к различным боевым специальностям. В наших вооруженных силах вопреки здравому смыслу и мировому опыту тестирование было осуждено и запрещено как антинаучное направление. Над психологией и в годы Второй мировой войны продолжала нависать тень предвзятости и недоверия, окутавшая ее после известного постановления ЦК ВКП (б) 1936 года «О педологических извращениях в системе Наркомпросов», когда целые научные направления и отрасли науки (например, социальная психология) были свернуты. Ученые же психологи, особенно те, кто развернул применение психологических тестов в своих психотехнических исследованиях, были покрыты позором, а некоторые из них даже репрессированы [2].

Многие другие были надолго запуганы или сменили профессию. К счастью, К. К. Платонов чудом избежал подобной участи. Потенциал психологической науки был серьезно подорван. Однако и те возможности, которые в психологической науке еще имелись, были использованы слабо, что не могло не отразиться и на военной психологии. Не этим ли объясняется тот факт, что военная психология как важнейшая отрасль психологической науки, призванная обслуживать войсковую практику

и прежде всего повышать эффективность боевой деятельности, ни перед войной, ни во время войны, ни длительное время после ее окончания не находила своего организационного оформления? Даже название этой отрасли психологической науки — «военная психология» — было введено в научный оборот лишь в 60-е годы прошлого столетия.

Во время войны Константин Константинович продолжает свою деятельность как практический психолог. В 1943 году по настоятельным просьбам об отправке на фронт его назначают начальником санитарной дивизии (позднее корпуса) 16-й воздушной армии I Белорусского фронта, в составе которой он закончил Вторую мировую войну в Берлине.

С ноября 1943 года К. К. Платонов был назначен председателем военно-врачебной летной комиссии фронта, призванной проводить медицинскую экспертизу с целью определения профессиональной пригодности и возможностей возвращения летчиков после ранения к боевой летной деятельности. Боевой путь Константина Константиновича, майора, подполковника, а затем полковника медицинской службы, был отмечен высокими боевыми наградами — орденами Красного Знамени и Отечественной войны II степени, а также 11 медалями.

В 1944 году вышла книга К. К. Платонова «Человек в полете». На основе нового, полученного в условиях боевых действий материала Константин Константинович значительно дополнил и переработал книгу «Очерки психологии для летчиков», написанную им в предвоенные годы в соавторстве с Л. М. Шварцем.

После окончания войны он продолжал работать невропатологом в Центральном военном авиационном госпитале, являясь одновременно членом Центральной военно-летной комиссии по определению профессиональной пригодности летчиков к летной боевой деятельности. Много сил и времени он уделял пропаганде идей психологии, в первую очередь авиационной.

В 1947 году Константин Константинович вновь был приглашен на работу в Научно-исследовательский институт авиационной медицины, где продолжал трудиться до 1958 года. В этот период он многое сделал для совершенствования методов и способов психологического исследования летной деятельности. Содержательные научные контакты складываются у К. К. Платонова с многими известными психологами и физиологами: Б. Г. Ананьевым, П. К. Анохиным, Н. А. Бернштейном, А. Н. Леонтьевым, В. Н. Мясищевым, С. Л. Рубинштейном, А. А. Смирновым, Б. М. Тепловым и многими другими. Это были по-настоящему крупные

ученые, яркие, интересные, духовно богатые личности, которым приходилось порой в нелегких условиях проводить научные исследования и создавать отечественную психологическую науку. В нашей стране это прежде всего 30-50-е годы XX века, когда в управлении наукой утвердился авторитарный, командно-административный стиль, проявившийся в попытках положить в основу всего научного здания один подход и в сворачивании всех тех направлений научной мысли, которые не укладывались в прокрустово ложе такого подхода, в установлении жесткого контроля, административных и идеологических санкций по отношению к тем исследователям, которые в той или иной мере допускали отступление от этого признанного якобы единственно правильным пути научного развития, в сворачивании научных дискуссий, обсуждений. Наиболее рельефно такой стиль и соответствующие ему методы руководства наукой проявились, как известно, в 1930-е годы в отношении психотехники и педологии. Не менее тяжелые последствия для психологической науки вызвала Павловская сессия 1950-х годов, организаторы которой сделали все, чтобы вопреки взглядам И. П. Павлова на психологию подменить психологию физиологией, свести психологические исследования к изучению закономерностей рефлекторной деятельности мозга. На этой основе в эти годы осуществлялась реорганизация психологии в плане перевода ее в подчиненное физиологии положение. Учинен был также разгром ученых, стоящих на методологически «неверных» позициях. Теперь уже, по существу, вся психология оказалась под угрозой запрета. Отечественных психологов поставили перед необходимостью отказа от многих принципиально важных научных положений, раскаяния (в буквальном смысле этого слова), признания якобы допущенных ими ошибок. Многие из них, стремясь сохранить для себя возможность продолжения психологических исследований, вынуждены были в поисках обходных путей уйти в сферу психофизиологической проблематики, где ими были достигнуты немалые результаты. Примером в этом отношении является школа дифференциальной психофизиологии, созданная в тот период Б. М. Тепловым [2].

Поворот в сторону физиологии осуществил и К. К. Платонов. Ему, в частности, пришлось существенно переделывать уже готовую и сданную на рассмотрение докторскую диссертацию, которую в связи с этим он защитил в 1953 году, а в 1954 году получил ученую степень доктора медицинских наук и звание профессора.

К. К. Платонов всегда ратовал за медицинскую психологию. В частности, он говорил о том, что мешало и мешает созданию той

медицинской психологии, о которой мечтал И. М. Сеченов и значение которой подтвердил К. М. Быков, сказав: «...всякая попытка создать теоретическое обоснование медицинской науки на основе только биологии или на основе только психологии неизбежно приводила и приводит к грубому механистическому мировоззрению и, в конце концов, к беспочвенному идеализму и фидеизму». Он уделял большое внимание значению психологических исследований при проведении различных видов медицинских экспертиз (трудовой, военно-врачебной, врачебно-лётной, судебной), психотерапии и лечении неврозов [4].

В 1950-е годы наряду с авиационной психологией Константин Константинович активно разрабатывает проблемы психологии труда — отрасли психологической науки, развитие которой определялось высокой степенью общественной потребности в результатах таких исследований, тем более что уничтожение психотехники привело к нарушению научной преемственности в изучении психологии труда. После продолжительного перерыва в 1956 году К. К. Платонов, завершив соответствующие исследования, публикует монографию «Психология труда». По существу, это первая обобщающая научная работа в сфере трудовой деятельности. Кроме того, в течение девяти лет (1950-1958) он читает студентам МГУ курс лекций по психологии труда [2, 5, 6].

В 1958 году, когда Константину Константиновичу исполнилось 52 года, на него обрушился тяжелый удар. Разрушительный недуг — инсульт — приковал его к постели, лишил возможности двигаться, писать, работать. Сказались, вероятно, долголетние физические и нервные перегрузки, сломившие его могучий организм. Будучи больным, он совершает подлинный подвиг: ценой невероятных усилий воли, концентрации всех своих душевных и физических сил заставляет себя подниматься, тренироваться в движении, что и позволило ему вновь приступить к работе. Своим примером он практически подтверждает тот тезис, научному обоснованию которого он уделял большое внимание в своих работах: *все внешние воздействия на человека опосредуются особенностями его личности, социальное в человеке влияет на биологическое.*

В 1959 году полковник медицинской службы К. К. Платонов выходит в отставку. Символично то, что коллеги, провожая Константина Константиновича на заслуженный отдых, подарили ему статуэтку Дон Кихота, этого бескорыстного, вечно мечущегося в поиске, борющегося с несправедливостью рыцаря. Жить не работая, находиться вне активной

научной деятельности К. К. Платонов, конечно, не мог. В 1960 году он проходит по конкурсу на должность старшего научного сотрудника сектора психологии Института философии Академии наук СССР — первого психологического подразделения, которое было создано в системе Академии наук С. Л. Рубинштейном, долгие годы его возглавлявшим. И снова закипела активная творческая жизнь Константина Константиновича. Более того, период 1960-1980-х годов стал наиболее творческим и наиболее насыщенным его научными поисками и значительными достижениями.

В целом, характеризуя особенности этого этапа жизненного пути ученого, можно выделить следующие основные направления его научной деятельности: наряду с разработкой теоретических основ психологии он исследует проблематику авиационной психологии, психологии личности, психологии религии, социальной психологии, медицинской психологии. В каждом из указанных направлений им были получены результаты, имеющие как фундаментальное теоретическое, так и практически-прикладное значение.

Для коллективной монографии «Психологическая наука в СССР» (Т. 1, 1959; Т. 2, 1960) подготовлена работа «Психология летного труда», которая в дальнейшем будет издана отдельной книгой «Психология летного труда» (1961), в это время выходит статья, посвященная истории отечественной авиационной психологии. Большое внимание К. К. Платонов уделял военной психологии. Являясь крупным психологом и пройдя суровую школу ратного труда в тылу и на фронте, он обобщил научные и разнообразные жизненные наблюдения в книге «Военная психология», написанной в соавторстве с Г. Д. Луковым — одним из известных отечественных военных психологов.

В какой бы сфере психологической науки ни осуществлялось исследование — будь то авиационная, военная психология, психология труда и др., К. К. Платонов неизменно обращался к проблемам психологии личности, по праву рассматривая ее как главный предмет психологического исследования. В 1960-1980-е годы проблема личности выдвигается в его научных разработках на первый план, становится предметом его специального, пристального исследовательского внимания, как на эмпирическом, так и на теоретическом уровне.

Непосредственно им самим и под его руководством исследуются важнейшие личностные образования: потребности и мотивы, способности и характер. Парадокс заключался в том, что как раз эти наиболее ключевые личностные образования в психологии были разработаны к тому времени крайне слабо.

И поэтому выход в свет книги К. К. Платонова «Проблемы способностей», являющейся обобщающим теоретическим трудом по данной проблеме, имел большое значение. Проанализировав и систематизировав основные подходы к изучению психологических аспектов проблемы способностей, он разработал и сформулировал собственную концепцию способностей как интегративного свойства личности, включающего в себя относительно устойчивые, хотя и изменяющиеся под влиянием воспитания компоненты, относящиеся ко всем подструктурам единой психологической структуры личности, выступающие в соотношении с той деятельностью, на основе которой они формируются и проявляются. Обобщение исследований, направленных на изучение особенностей формирования творческих, организаторских, коммуникативных способностей личности, приводит К. К. Платонова к выводу о необходимости деления способностей на общие и конкретные (профессиональные), актуальные и потенциальные.

В этом труде Константин Константинович выдвигает и обосновывает оригинальную концепцию *«динамической функциональной структуры личности»*, являющуюся результатом сбора, анализа и обобщения репрезентативного эмпирического материала, серьезных и длительных исследований. Суть указанной концепции состоит в признании динамизма и единства личности, взаимосвязи ее черт, относящихся к четырем главным подструктурам: направленности, опыту, индивидуальным особенностям психических процессов, биологически обусловленной подструктуре.

Предложенная К. К. Платоновым концепция личности, и, в частности, его четырехкомпонентная структура личности, не была единодушно принята психологами, занимавшимися исследованиями проблем личности. Возражения ряда ученых вызвали место, отводимое в данной концепции способностям и характеру как общим личностным образованиям, входящим во все выделенные подструктуры личности, как бы пронизывающим их, включение биологического в понятие «личность», конкретное содержательное наполнение подструктуры «направленность» и др. Но, несмотря на определенные возражения и несогласия оппонентов по поводу тех или иных элементов в предложенной Константином Константиновичем структуре личности, безусловным является то, что это одна из продуктивных в отечественной психологии попыток дать целостное структурно-уровневое представление о психологическом строении личности. Причем (что является очень важным) это практически работающая структура, используемая

в конкретных эмпирических и прикладных исследованиях.

Заслугой К. К. Платонова является также разработка специального метода изучения личности — *метода обобщения независимых характеристик*, широко используемого в настоящее время в социально-психологических исследованиях личности.

В 1973 году выходит книга «Резервы человеческой психики», написанная К. К. Платоновым совместно с Ф. В. Бассиным, где личность рассматривается уже более широко, с точки зрения возможностей и потенциалов, условий их реализации в конкретной деятельности и поведении. Психологическое исследование личности в концепции К. К. Платонова включало также задачи изучения социально-психологических факторов и условий ее формирования. Отсюда обращение к исследованию влияния коллектива на личность, изучение самого коллектива как социально-психологического образования. Эта проблема получила отражение в ряде работ Константина Константиновича, и, прежде всего, в коллективной монографии «Коллектив и личность» (1975), где он выступает и вдохновителем, и организатором коллектива авторов.

Константин Константинович внес вклад и в разработку психологической классификации социальных групп, критериев выделения коллектива как высшей формы внутренней организации групп, вопроса о роли и функциях коллектива в формировании личности. Большое место в научной деятельности К. К. Платонова занимала разработка методологических проблем психологии, о чем красноречиво говорят такие его монографические труды, как «О системе психологии» (1972), «Методологические проблемы медицинской психологии» (1977) и другие. Он постоянно указывал на необходимость разработки принципов, системы понятий и категорий психологии. Ведущей категорией психологии К. К. Платонов считал категорию «взаимодействие», лежащую в основе понятий «отражение» и «система». На основе категории «взаимодействие» автор предпринял попытку объединения теории отражения и системного подхода в психологии.

Концентрированным выражением разработки Константином Константиновичем системы понятий и категорий психологии явилась подготовка им словарей психологических понятий, включающих наиболее используемые психологические термины, представленные автором в виде системы понятий, в которой, в свою очередь, отражается системное строение объективно существующих психических реалий. «Краткий словарь системы психологических понятий» (23-е издание вышло в 1984 году) насчитывает 1192 понятия.

Характеристика личности К. К. Платонова была бы неполной, если бы в ней не был освещен еще один аспект его творческой деятельности — пропаганда и популяризация психологических идей. Глубокий теоретик, строгий экспериментатор сочетался в нем со страстным, эмоциональным, влюбленным в науку человеком, пропагандирующим достижения психологии, популярно объясняющим широким кругам читателей, что изучает наука психология, каковы ее задачи и как она может помочь человеку в понимании себя и окружающего мира. Многим людям, не только специалистам в области психологии, знакома книга К. К. Платонова «Занимательная психология», несколько раз издававшаяся в нашей стране и во многих странах мира.

В столь же доступной широкому читателю форме он рассматривает психологические особенности религиозного воздействия, основой которого является сугубо психологическое образование — «вера», психологические проблемы медицины, факторы и условия создания здорового социально-психологического климата в трудовом коллективе и другие.

К. К. Платонов был человеком высокой гражданственности, широкой души, исключительной порядочности и чести, доброты, отзывчивости, психологического такта. Это был действительно неформальный наставник научной молодежи, подготовивший десятки специалистов-психологов, продолжающих разработку его богатого научного наследия. Константин Константинович намеревался осуществить серьезные и большие планы. Его глубоко интересовали история психологии, проблемы психологического тезауруса; он хотел продолжить разработку психологических основ профотбора, профориентации и многое другое.

5 сентября 1984 года Константина Константиновича не стало. На его рабочем столе остались рукописи неоконченных книг, тетради, письма друзьям, ученикам, коллегам.

К. К. Платонов оставил большое научное наследие, и оно непременно должно быть максимально использовано сегодня, когда активизация, а, следовательно, и исследование человека во всех сферах общественной жизни, в том числе и в науке, приобретают особое значение.

В книге К. К. Платонова «Мои личные встречи на великой дороге жизни (Воспоминания старого психолога)» (2005), опубликованной под редакцией А. Д. Глоточкина, А. Л. Журавлева, В. А. Кольцовой и В. Н. Лоскутова, как раз и показана роль личности, человека — носителя сознания в развитии научного знания. Этим во многом определяется ценность книги, ее актуальность. В итоге важно отметить, что эта книга К. К. Платонова является одним из первых

в нашей психологии трудов мемуарного жанра, насыщенных богатым историческим и научно-психологическим материалом.

За шестьдесят лет Константин Константинович опубликовал более 300 научных трудов — монографии, словари, статьи, подготовил несколько учебных пособий и популярных книг по биологии, медицине и психологии. Вот названия некоторых из них: «Краткий определитель амфибий и рептилий Украины» (1926), «Очерк психологии для летчиков» (совм. с Л. М. Шварцем, 1948), «Человек в полете» (1957), «Психология летного дела» (1960), «Вопросы психологии труда» (1962), «Авиационная психология» (1963), «Психология религии. Факты и мысли» (1967), «О системе психологии» (1972), «Проблемы способностей» (Ред., 1972), «Краткий психологический словарь хрестоматия» (1974), «Методические проблемы медицинской психологии» (1977), «Психология труда» (1956, 1979), «Система психологии и теория отражения» (1982), «Пути самостоятельной работы по усвоению системы основных психологических понятий» (1983), «Структура и развитие личности» (1983), «Мои личные встречи на великой дороге жизни (Воспоминания старого психолога)» (2005) и многие другие. Необходимо отметить, что в 1960-е годы вышло немало его статей в журнале «Наука и жизнь».

И все, кому посчастливилось знать К. К. Платонова и работать с ним, испытали на себе благотворное влияние его личности, навсегда запомнили его душевную щедрость, готовность делиться своими обширными знаниями и передавать свой богатейший опыт, увлеченность психологией, можно сказать, одержимость и оптимизм. Он был многогранной и цельной личностью, отличался необычайной широтой интересов: знаток и ценитель музыки, изобразительного искусства, достижений медицины, астрономии и космонавтики, литературы

и истории. Собеседник всегда получал от него новую, неизвестную ему ранее информацию, восхищался оригинальными и глубокими суждениями и оценками. К. К. Платонов был предан науке, ей он отдавал всего себя всю свою сознательную жизнь. Буквально до самого последнего своего вздоха он продолжал работать, оставаясь на передовом рубеже научного поиска [2, 5, 6].

Изредка — в отпусках — не отказывал себе в экзотических путешествиях: однажды верхом проехал по Военно-Сухумской дороге, в другой раз пересек Большой Кавказ на велосипеде по Военно-Грузинской дороге, а в третий раз «пробежался за три дня» по Военно-Осетинской дороге.

Таким образом, профессор К. К. Платонов внес весомый научный вклад в развитие отечественной психологии советского периода, обогатив её крупнейшими достижениями. Его высокая принципиальность как гражданина и ученого, широта научных интересов и оригинальность мышления, добросовестность и настойчивость в работе являлись наилучшим примером для молодежи, которая решила посвятить себя науке. Вне сомнения, творческая биография и научные достижения Константина Константиновича имеют большой интерес для отечественной психологической и психиатрической науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Выражение признательности

Авторы выражают особую благодарность и признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских наук И. И. Кутько и родственнице Константина Константиновича, врачу-невропатологу Л. И. Вельковской за конструктивные замечания, которые в значительной степени помогли сделать работу более понятной и уточнить многие её аспекты.

Література

1. Платонов Константин Константинович // Психологический толковый словарь [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://magazine.mospsy.ru/dictionary/dictionary.php?term=2185000>.
2. Глоточкин А. Д., Журавлев А. Л., Кольцова В. А., Лоскутов В. Н. Жизнь и научное творчество К. К. Платонова // 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. 5-38. (Выдающиеся ученые Института психологии РАН).
3. Морозов Ю. Занимательно о психологии // Наука и жизнь. — 2006. — № 11 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.nkj.ru/archive/articles/8102/>.
4. Платонов К. К. Несостоявшиеся выступления // Физиологическое учение академика И. П. Павлова в психиатрии и невропатологии: Материалы стенографического отчета объединенного заседания расширенного Президиума АМН СССР и пленума Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров (г. Москва, 11-15 октября 1951 г.). — М.: Медгиз, 1952. — С. 393-397.
5. К 70-летию К. К. Платонова: наши юбилеи // Вопросы психологии. — 1976. — № 4. — С. 170-171.
6. Константин Константинович Платонов: некролог // Вопросы психологии. — 1984. — № 6. — С. 168-169.

Про профілактику внутрішньолікарняного та професійного зараження віл-інфекцією у медичних працівників

Кузнецов В. М., Цегельна С. В.
Кафедра психіатрії НМАПО ім. П. Л. Шупика

On prevention of professional and inpatient transmission of HIV-infection among health care professionals

Kuznetsov V.M., Tsegelna S.V.

До вашої уваги представлені матеріали МОЗ України та Київської міської державної адміністрації Головного управління охорони здоров'я про профілактику внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією/СНІД у медичних працівників, що працюють з пацієнтами.

Кожен медичний працівник під час виконання професійних обов'язків може мати справу з ВІЛ-інфікованими хворими. В умовах розповсюдження ВІЛ-інфекції серед населення кожен, хто звертається за медичною допомогою, повинен розглядатися, як потенційний носій вірусу імунодефіциту людини. Відповідно кожне робоче місце медичного працівника має бути забезпечене засобами попередження передачі ВІЛ від можливого вірусоносія або хворого на СНІД — іншим пацієнтам, медичному і технічному персоналу.

Найвищий ризик інфікування ВІЛ медичних працівників існує під час надання ними медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, у разі потрапляння біологічного матеріалу на ушкоджену шкіру або слизові оболонки. До груп високого професійного ризику інфікування ВІЛ належать медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам при виконанні інвазивних маніпуляцій та працівники діагностичних лабораторій, які здійснюють дослідження біологічного матеріалу, що містять ВІЛ. Медичним працівникам слід неухильно дотримуватися правил виконання всіх медичних маніпуляцій з урахуванням протиепідемічних і санітарно-гігієнічних норм. Безпеку медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків контролює режимна комісія лікувально-профілактичного закладу.

До контактів, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ на робочому місці:

- ушкодження шкіри інструментом, що міг бути інфікований (наприклад укол голкою чи поріз гострим інструментом).

- контакт слизових оболонок або ушкоджених шкірних покривів із тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинками інфікованого;
- тривалий (кілька хвилин і більше) або великий за площею контакт неушкодженої шкіри з тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинками інфікованого.

До заходів безпеки під час роботи з ВІЛ-інфікованим матеріалом відносяться:

1. Універсальні заходи безпеки;
2. Індивідуальні заходи безпеки;
3. Технічні заходи безпеки;

Універсальні заходи безпеки, яких варто дотримуватися в разі контакту з будь-якими людськими тканинами чи органами, крім неушкодженої шкіри і патологоанатомічних зразків, фіксованих спеціальними розчинами; під час роботи з тканинами й органами експериментальних тварин, заражених інфекційними збудниками, що передаються з кров'ю, а також з будь-якою біологічною рідиною (зокрема з спермою, вагінальними виділеннями, будь-якою рідиною з видимою домішкою крові, культурами або середовищами, що містять ВІЛ, у разі контакту з якими були зареєстровані випадки інфікування ВІЛ, а також з синовіальною, цереброспінальною, плевральною, перитонеальною, перикардіальною, амніотичною рідинками, для яких ступінь небезпеки щодо передачі ВІЛ поки що не встановлено). Усі медичні заклади і всі особи, що стикаються з ризиком інфікування на робочому місці, повинні дотримуватися цих правил. Необхідно уникати випадкових травм інфікованими голками або іншими гострими інструментами; для уникнення поранень, після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед зануренням шприца з голкою в дезрозчин тільки виймають поршень. Бригади швидкої та невідкладної допомоги для забору використаних шприців забезпечуються ємкістю з матеріалу, який не проколюється. З метою уникнення

поранень забороняється використовувати для взяття біологічного матеріалу скляні предмети з відбитими краями. Усі маніпуляції з кров'ю та сироватками в лабораторіях здійснюються за допомогою гумових груш, автоматичних піпеток, дозаторів; контакту слизової оболонки ротової порожнини, очей чи носа, ушкоджених ділянок шкіри (порізи, подряпини, дерматит, вугрі) з інфікованою кров'ю та іншими біологічними рідинами; доторкання до забрудненого інфікованим матеріалом поверхні; медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо захистити лейкопластирем або гумовими рукавичками, звільняються на період захворювання від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними.

Якщо небезпека інфікування на робочому місці після впровадження загальних технічних засобів захисту і правил техніки безпеки зберігається, то роботодавець зобов'язаний безкоштовно надати своїм працівникам індивідуальні засоби захисту. Ці засоби потрібно зберігати в легкодоступному місці.

Індивідуальні засоби захисту

1. рукавички;
2. халати, захисний одяг;
3. захисні екрани для обличчя, маски, захисні окуляри для очей;

У разі правильного використання засобів індивідуального захисту вони захищають робочий і звичайний одяг, нижню білизну, а також шкірні покриви, слизові оболонки очей, рота від забруднення чи контакту з кров'ю й іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами. Якщо захисний одяг просякнув кров'ю або іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами, його варто якнайшвидше зняти. Промити ділянки шкіри, на яких відбувся контакт з кров'ю під захисним одягом, водою з милом. Перед тим як залишити робоче місце, потрібно зняти всі індивідуальні засоби захисту та помістити їх у виділену для цього тару. За очищення, прання, ремонт, заміну й утилізацію використаних індивідуальних засобів захисту несе відповідальність роботодавець.

Технічні засоби захисту та дотримання техніки безпеки включають в себе засоби захисту (наприклад контейнерів для утилізації гострих інструментів), які ізолюють предмети, що становлять небезпеку як джерела інфекції, чи виключають зіткнення з інфікованими інструментами в процесі лікувально-діагностичних маніпуляцій. Вони належать до першої

лінії захисту від інфікування на робочому місці. Дотримання правил техніки безпеки під час виконання професійних обов'язків також знижує ризик інфікування.

Для того щоб запобігти зараженню збудниками, що передаються з кров'ю, медичний працівник повинен дотримуватися таких запобіжних заходів:

- з кров'ю та іншими потенційно інфікованим матеріалом слід поводитись акуратно, уникаючи їх розбрискування.
- після зняття засобів індивідуального захисту потрібно негайно вимити руки.
- усі використані одноразові матеріали варто розміщувати в вологонепроникні контейнери, що закриваються;
- необхідно звести до мінімуму контакт із забрудненою білизною, розміщуючи її в марковані мішки або контейнери. Вологу білизну варто перевозити в непромокальних мішках або контейнерах.

Крім того, не можна:

- їсти, курити, накладати макіяж, знімати (надягати) контактні лінзи на робочому місці, де ймовірний контакт з інфікованою кров'ю або іншими біологічними рідинами;
- зберігати їжу і напої в холодильниках або інших місцях, де зберігаються зразки крові й інших потенційно інфікованих біологічних рідин;
- насмоктувати у піпетки кров та інші потенційно інфіковані біологічні рідини ротом;
- піднімати руками осколки скла, що можуть бути забруднені біологічними рідинами;
- надягати ковпачок на використані голки, згинати чи ламати, переміщати використані голки й інші використані колючі чи різальні інструменти, якщо можна цього не робити чи це не обумовлено необхідністю проведення медичної маніпуляції;
- вручну відкривати чи спорожняти, мити багаторазові контейнери для колючих і різальних інструментів.

Імовірний ступінь інфікування:

- після контакту рани з ВІЛ-інфікованою кров'ю імовірність інфікування ВІЛ становить у середньому 0,3 %;
- після потрапляння ВІЛ-інфікованої крові на неушкоджені слизові оболонки імовірність інфікування ВІЛ становить приблизно 0,09 %;
- після контакту неушкодженої шкіри з ВІЛ-інфікованою кров'ю або з іншими біологічними рідинами, що містять вірус, імовірність інфікування ВІЛ не встановлено [1].

Робочі місця лікувально-профілактичних закладів забезпечуються аптечками для проведення термінової профілактики в разі аварійних ситуацій, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження [2]. Медичний інструментарій, а також посуд, білизна, апарати та інші забруднені кров'ю, біологічними рідинами речі (за винятком сечі, слини, випорожнень у зв'язку з невеликою кількістю вірусів, що практично унеможлиблює інфікування (надалі — біологічні рідини), а також речі, які забруднені слизом, відразу після використання підлягають дезінфекції згідно з вимогами нормативної документації. [1, 2].

Вміст аптечки, якою укомплектовують кожний підрозділ лікувально-профілактичного закладу, для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам і технічному персоналу лікувально-профілактичних закладів [2]:

- напальчники, із розрахунку 1–2 на кожного працівника;
- лейкопластир, 1 катушка;
- ножиці, 1 шт.;
- перманганат калію у наважках по 0,05, 3 шт.;
- ємність для розведення перманганату калію з маркуванням на 1 л;
- спирт етиловий 70 %, 50 мл;
- тюрник-крапельниця з 30 % розчином альбуміду, 1-2 шт.;
- 5 % спиртовий розчин йоду;
- 3 % розчин перекису водню;
- рукавички гумові, 3 пари;
- наважки деззасобів:
- хлорамін 30,0;
- хлорцин 30,0 (по 3 шт. кожної (зберігати окремо);
- ємність для розведення деззасобів, 1 шт.

Медичні працівники зобов'язані бути обережними під час проведення маніпуляцій з різальним і колючим інструментом (голками, скальпелями, ножицями та ін.). Для уникнення поранень після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед занурюванням шприца з голкою в дезрозчин виймають тільки поршень. Бригади швидкої та невідкладної допомоги для збору використаних шприців забезпечують ємністю з матеріалу, який не проколюється. Для уникнення поранень забороняють використовувати для взяття крові та інших біологічних рідин скляні предмети з відбитими краями. Під час маніпуляцій, які супроводжуються порушенням цілісності шкіри та слизових оболонок, під час розтину

трупів, проведення лабораторних досліджень, оброблення інструментарію та білизни, прибирання тощо медичні працівники та технічний персонал повинні використовувати засоби індивідуального захисту (хірургічні халати, гумові рукавички, маски, а в разі потреби — захисні екрани, непромокальні фартухи, нарукавники, окуляри). Ці дії дають змогу уникнути контакту шкіри та слизових оболонок працівника з кров'ю, тканинами, біологічними рідинами пацієнтів. Перед надяганням гумових рукавичок шкіру біля нігтів потрібно обробити 5 % спиртовим розчином йоду.

Медичних працівників з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластирем або гумовими рукавичками, звільняють на період захворювання від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними. Усі маніпуляції з кров'ю та сироватками в лабораторіях виконують за допомогою гумових груш, автоматичних піпеток, дозаторів.

Будь-які ємності з кров'ю, іншими біологічними рідинами, біоматеріалами (тканинами, шматочками органів тощо) відразу на місці взяття щільно закриваються гумовими або пластиковими корками. У лікувальних закладах для забезпечення знезараження в разі випадкового витікання рідини кров та інші біоматеріали транспортують у штативах, які розташовані в контейнерах, біксах або пеналах, на дно яких укладають чотиришарову суху серветку. Транспортування проб крові та інших біоматеріалів з лікувальних закладів до лабораторій, які розташовані за межами цих закладів, здійснюють тільки в контейнерах (біксах, пеналах), що унеможлиблює випадкове або навмисне відкриття кришок під час їх перевезення (замок, пломбування, заклеювання місць з'єднання лейкопластирем). Ці контейнери після розвантаження обробляють дезрозчинами. Оптимальною є доставка в сумках-холодильниках. Не допускається транспортування проб крові та інших біоматеріалів у картонних коробках, дерев'яних ящиках, поліетиленових пакетах. Не допускається вкладання бланків направлень або іншої документації в контейнер чи бікс.

Профілактика під час поранень, контактів з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта [2, 3]. Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання

допомоги кваліфікують як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ. Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом) необхідно:

- зняти рукавички робочою поверхнею усе-редину;
- видавити кров із рани;
- обробити ушкоджене місце одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 5 % настоякою йоду при порізах, 3 % перекисом водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70 % розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, надягнути напальчик;
- за потреби продовжувати роботу, вдягнувши нові гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 3 % розчином перекису водню, 3 % розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на слизові оболонки:
- ротової порожнини — прополоскати 70 % розчином етилового спирту;
- порожнини носа — закапати 30 % розчином альбуциду;
- очей — промити водою (чистими руками), закапати 30 % розчином альбуциду.

Для оброблення носа й очей можна використовувати 0,05 % розчин перманганату калію.

Для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією:

- під час підготовки до проведення маніпуляцій ВІЛ-інфікованому медичний персонал повинен переконатися в цілісності складу аптечки;
- здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може в разі розриву гумової рукавички чи порізу продовжити виконання медичної маніпуляції;
- не терти руками слизові оболонки.

У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг:

- одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;

- шкіру рук та інших ділянок тіла в разі їх забруднення через одяг протерти 70 % розчином етилового спирту, а потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом;
- забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою в розчині одного з дезінфекційних засобів.

Для реєстрації аварій, спостереження за потерпілими та заходи щодо запобігання професійному зараженню в усіх лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) ведеться форма 108-01/0 «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом».

Аварією слід вважати уколи, порізи, забруднення слизових оболонок і шкірних покривів кров'ю та іншими біологічними рідинами. Реєстрацію аварій проводять у встановленому порядку за добровільної згоди потерпілого [2, 3].

Облікову форму заповнюють завідувачі відділень ЛПЗ. Порядок заповнення вищезазначеної форми облікової звітності:

1. Порядковий номер.
2. Дата та час аварії (зазначають прописом, з указанням годин і хвилин).
3. Характер аварії (ушкодження, укол, поріз, потрапляння біоматеріалу на шкіру, слизові оболонки, одяг та ін.).
4. Робота, яку виконували під час аварії.
5. Прізвище, ім'я, по батькові потерпілого (на підставі паспортних даних).
6. Джерело зараження, вид матеріалу, що інфікує (кров та її продукти, амніотична рідина чи інші біологічні рідини).
7. Особистий код чи прізвище, ім'я та по батькові особи (за її згоди), якій належав цей біологічний матеріал.

Ці відомості підписує завідувач відділення, а також голова режимної комісії. Після проведення в установленому порядку реєстрації аварії потерпілому пропонують (за його згоди) пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ. Уперше кров для тестування за кодом відбирають безпосередньо після аварії, але не пізніше ніж через 72 год. Позитивний результат свідчить про те, що працівник був інфікований ВІЛ раніше і аварія не є причиною зараження [2].

Якщо результат негативний, то наступне тестування проводять через 1, 3, 6 міс і через рік [1–3].

Якщо профаварія мала місце під час роботи з біоматеріалом, про який заздалегідь було відомо, що він інфікований ВІЛ, то потерпілому співробітнику на період спостереження за ним

забороняють здавати донорську кров (тканини, органи) і проводять екстрену профілактику, тобто призначають антиретровірусні лікарські засоби (за згоди потерпілого). Це бажано зробити якнайшвидше, але не пізніше ніж через 72 год після факту ушкодження [1-4].

Результати обстеження медичних працівників є конфіденційними [1-3].

До початку призначення післяконтактної профілактики (ПКП) антиретровірусними препаратами необхідно обстежити потерпілого медичного працівника на наявність у нього антитіл до ВІЛ за добровільної згоди згідно з чинним законодавством. Медпрацівник повинен заповнити форму № 503-1/0 (інформована згода на проходження тесту на ВІЛ). Кров пацієнта, з яким відбувся медичний контакт, також необхідно протестувати на наявність антитіл до ВІЛ (згідно з наказом № 415 МОЗ України, кров обстежують за добровільної згоди, у зв'язку з цим заповнюють форму № 503-1/0) [4].

Фахівці Центру СНІДу аналізують аварійну ситуацію, характер ушкодження, терміни, результати тестування крові медпрацівника та пацієнта і лише після цього приймають рішення про доцільність призначення ПКП. У разі призначення ПКП потерпілий заповнює бланк інформованої згоди на проведення ПКП антиретровірусними препаратами. За наявності показань, ПКП необхідно почати якомога раніше, але не пізніше ніж через 72 год від моменту виникнення аварійної ситуації [1-4].

Тактика ведення медичних працівників після контакту, сполучного з ризиком інфікування ВІЛ, на робочому місці [1-3].

Медичному працівнику після контакту, сполучного з ризиком інфікування ВІЛ, рекомендується:

- утримання від статевих актів або використання презервативів, щоб запобігти можливому подальшому поширенню інфекції;
- не бути донором крові і її похідних, а також сперми або органів;
- припинити годування груддю на період хіміопротекції.

Оскільки схеми хіміопротекції досить складні і застосування антиретровірусних препаратів може супроводжуватися розвитком побічних ефектів, потерпілий медичний працівник повинен перебувати під спостереженням фахівця з ВІЛ-інфекції. Протягом першого місяця після контакту, сполучного з ризиком інфікування ВІЛ, медичний працівник повинен щотижня відвідувати лікаря. Під час відвідувань оцінюють рівень дотримання режиму ПКП, розвиток

побічних ефектів антиретровірусної терапії, зміни самопочуття й емоційного стану за період після попереднього обстеження. У разі виявлення будь-яких психологічних проблем рекомендують консультацію психолога.

Після проведення курсу ПКП потерпілий медичний працівник перебуває на диспансерному обліку в Міському центрі СНІДу протягом року та періодично, згідно з нормативною документацією, здає кров для виявлення антитіл до ВІЛ.

У приймальному відділенні КМЦ СНІДу цілодобово чергує лікар, у якого можна завжди отримати професійну консультацію з ВІЛ-інфекції, аварійної ситуації та вирішити питання щодо призначення ПКП у кожному конкретному випадку.

У разі відмови медпрацівника від запропонованої ПКП він письмово засвідчує цей факт. Під час звернення з приводу аварійної ситуації медпрацівник повинен мати при собі паспорт або документ, який засвідчує особистість.

Необхідні дії у разі виникнення аварійної ситуації на робочому місці під час виконання професійних обов'язків. Виконати профілактичні заходи, згідно з наказом МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р. «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» і наказом ГУОЗ м. Києва № 550 від 14.11.2001 р. «Про профілактику внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією». негайно повідомити адміністрацію лікарні, зав. відділенням, старшу медичну сестру відділення про аварійну ситуацію. Зареєструвати аварію в журналі, форма № 108-01/0 «Журнал реєстрації аварії при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом». Оформити акт аварії. Набрати кров пацієнта для тестування на антитіла до ВІЛ за його добровільної згоди. Пацієнт заповнює форму № 503-1/0 (згода на проходження тесту на ВІЛ-інфекцію), та роблять відмітку в історії хвороби. Кров пацієнта з направленням встановленого зразка доставляють тільки в лабораторію КМЦ СНІДу для тестування на антитіла до ВІЛ. Потерпілий медичний працівник з направленням, актом аварії, паспортом повинен з'явитися в перші 72 год після аварійної ситуації до КМЦ СНІДу, в амбулаторно-поліклінічне відділення КМЦ СНІДу до лікаря-дерматолога або інфекціоніста для консультування. У вихідні та святкові дні можна звертатися до чергового лікаря приймального відділення КМЦ СНІДу.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ № 120

від 25.05.2000 м. Київ

**ПРО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД**

Відповідно до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» і постанов Кабінету Міністрів України від 18.07.98 № 2026 «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД», від 10.07.98 № 1051 «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунodefіциту людини або хворим на СНІД» і від 16.10.98 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» та з метою удосконалення організації медичної допомоги особам з ВІЛ-інфекцією та хворим на СНІД.

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:
 - 1.1. Інструкцію з організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (додається).
 - 1.2. Інструкцію з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією (додається).
 - 1.3. Порядок профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ та попередження розповсюдження ВІЛ в акушерських стаціонарах (додається).
2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій:
 - 2.1. Щороку до 1 березня розглядати на засіданнях колегії стан епідситуації з ВІЛ-інфекції, організації та надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. Про проведену роботу інформувати МОЗ до 1 квітня.
 - 2.2. Посилити контроль за дотриманням протиепідемічного режиму в закладах охорони здоров'я.
 - 2.3. Визначити лікувально-профілактичні заклади для надання планової спеціалізованої

медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. В одному з них створити невичерпний запас антиретровірусних препаратів для проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції медпрацівникам з розрахунку на 5 осіб.

2.4. Заборонити в лікувально-профілактичних закладах вигодовувати немовлят донорським грудним молоком.

2.5. Забезпечити: організацію надання невідкладної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у всіх лікувально-профілактичних закладах; усі лікувально-профілактичні заклади аптечками для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу, склад яких затверджено Інструкцією з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією цього наказу; створення лабораторії для визначення імунологічного стану та діагностики опортуністичних інфекцій; медичний огляд вагітних під час узяття їх на облік та перед пологами шляхом обстеження на наявність антитіл до ВІЛ (за їх добровільною згодою); дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, адаптованими молочними сумішами відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 08.02.94 № 66 «Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого і другого року життя»; щорічне санаторно-курортне лікування ВІЛ-інфікованих дітей на базі місцевих санаторіїв; підготовку медичного персоналу та проведення санітарно-освітньої роботи серед педагогічного персоналу дитячих дошкільних та шкільних закладів щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та особливостей перебування ВІЛ-інфікованих дітей в організованих дитячих колективах; уведення в усіх лікувально-профілактичних закладах форми облікової звітності № 108-0 «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом».

2.6. Організувати спеціалізовані відділення (палати):

2.6.1. В інфекційних лікарнях, у тому числі дитячих — для госпіталізації пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (дітей та дорослих), які не вживають наркотики ін'єкційно.

2.6.2. У наркологічних диспансерах (лікарнях) — для госпіталізації пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які вживають наркотики

шляхом ін'єкцій. Увести в цих закладах посади лікарів-інфекціоністів з розрахунку 1 посада на 20 ліжок відділення для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

2.6.3. У протитуберкульозних диспансерах, туберкульозних лікарнях, у тому числі дитячих, — для проведення стаціонарного лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з активними формами туберкульозу. Увести в цих закладах посади лікарів-інфекціоністів з розрахунку 1 посада на 20 ліжок відділення для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

3. Начальникам: управління соціально небезпечних хвороб та СНІДу, управління організації медичної допомоги дітям і матерям, директору НДІ епідеміології та інфекційних хвороб спільно з начальником Головного управління охорони

Міністр

здоров'я Київської міської держадміністрації створити до 01.01.2001 клінічний відділ дитячих інфекційних хвороб зазначеного інституту з відділенням для ВІЛ-інфікованих дітей.

4. Начальнику управління освіти та медичної науки забезпечити:

4.1. Виконання актуальних наукових розробок з проблем СНІДу. Постійно.

4.2. Унесення до 01.01.2001 до програми до- та післядипломної підготовки лікарів та середніх медичних працівників питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на першого заступника Міністра, Головного державного санітарного лікаря України Бобильову О. О., заступника Міністра Картиша А. П.

В. Ф. Москаленко

**КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАКАЗ № 550**

від 14.11.2001 р. м. Київ

**ПРО ПРОФІЛАКТИКУ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОГО ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗАРАЖЕННЯ
ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ**

В умовах стрімкого розповсюдження ВІЛ-інфекції серед населення кожен, хто звертається за медичною допомогою, повинен розглядатися як потенційний носій вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ). Відповідно, кожне робоче місце медичного працівника повинне забезпечуватися засобами попередження передачі ВІЛ від можливого вірусоносія, або хворого на СНІД іншим пацієнтам, медичному і технічному персоналу.

Найвищий ризик інфікування ВІЛ медичних працівників під час надання ними медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, у випадках попадання крові, біологічних рідин та іншого біоматеріалу на ушкоджену шкіру, або слизові оболонки. До груп високого професійного ризику інфікування ВІЛ належать медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам при виконанні інвазійних маніпуляцій та працівники діагностичних лабораторій, які здійснюють дослідження крові, біологічних рідин та іншого біоматеріалу, що містять ВІЛ.

З метою зниження ризику інфікування при виконанні професійних обов'язків медичними працівниками слід неухильно дотримуватись правил виконання всіх медичних маніпуляцій з дотриманням протиепідемічних та санітарно-гігієнічних норм. В разі ігнорування цих правил підвищується ризик професійного зараження медичних працівників ВІЛ.

З метою зниження професійного ризику інфікування ВІЛ серед медичних працівників та на виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2000 р. № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», — НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Профілактичні заходи при наданні медичної допомоги хворим, роботі з біоматеріалом (додаток 1).

1.2. Заходи профілактики при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта (додаток 2).

1.3. Склад аптечки для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу лікувально-профілактичних закладів (додаток 3).

1.4. Порядок реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом (додаток 4).

1.5. Порядок організації нагляду за потерпілими медичними працівниками та заходи щодо попередження професійного зараження (додаток 5).

2. Директорам ТМО та головним лікарям ЛПЗ міського підпорядкування:

2.1. Посилити контроль за додержанням протиепідемічного режиму в закладах охорони здоров'я.

2.2. Контроль за безпекою щодо ВІЛ-інфікування медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків покласти на режимну комісію лікувально-профілактичного закладу, склад якої затверджується відповідним наказом головного лікаря.

2.3. Забезпечити:

- контроль за дотриманням профілактичних заходів медичними працівниками при наданні медичної допомоги хворим, роботі з біоматеріалом (додаток 1);
- безумовне виконання заходів профілактики при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинками та біологічними матеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта (додаток 2);
- всі лікувально-профілактичні заклади аптечками для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу, склад яких затверджено наказом МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 (додаток 3);
- всі робочі місця інструктивно-методичними документами, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження;
- введення в усіх лікувально-профілактичних закладах форми облікової звітності № 108-0 «Журнал реєстрації аварій при наданні

медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом» (додаток № 6) та порядку реєстрації аварійних ситуацій згідно наказу МОЗ України від 25.05.2000р. № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» (додаток 4);

- дотримання порядку організації нагляду за потерпілими медичними працівниками та виконання заходів щодо попередження професійного зараження (додаток 5).

3. Головному лікарю КМКЛ № 5 Юрченко В. Д.— директору Центру СНІДу:

3.1. Забезпечити виконання вимог даного наказу щодо організації нагляду за потерпілими медичними працівниками та проведення профілактики ВІЛ-інфекції антиретровірусними препаратами.

3.2. Створити невичерпний запас антиретровірусних препаратів для проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції медпрацівникам з розрахунку на 5 осіб.

3.3. Забезпечити ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД пацієнтам — мешканцям м. Києва, достатнім запасом антиретровірусних препаратів для проведення профілактики професійного зараження ВІЛ.

4. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Перший заступник начальника

В. Загородній

Додаток № 1

до наказу ГУОЗ від 14.11.2001р. № 550

ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ, РОБОТІ З БІОМАТЕРІАЛОМ

1. Медичні працівники зобов'язані бути обережними під час проведення маніпуляцій з ріжучими та колючими інструментами (голками, скальпелями, ножицями, тощо).

- Для уникнення поранень після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед занурюванням шприца з голкою в дезрозчин виймають тільки поршень.
- Бригади швидкої та невідкладної допомоги для збору використаних шприців забезпечуються ємністю з матеріалу, який не проколюється.

2. З метою уникнення поранень забороняється використовувати для взяття крові та інших біологічних рідин скляні предмети з відбитими краями. При маніпуляціях, які супроводжуються порушенням цілісності шкіри та слизових оболонок (при розтині трупів,

проведенні лабораторних досліджень, обробці інструментарію і білизни, прибиранні, тощо) медичні працівники та технічний персонал користуються засобами індивідуального захисту (хірургічними халатами, гумовими рукавичками, масками, а в разі потреби — захисним екраном, непромокальними фартухами, наруківниками, окулярами). Ці дії дають змогу уникнути контакту шкіри та слизових оболонок працівника з кров'ю, тканинами, біологічними рідинками пацієнтів. — Перед надяганням гумових рукавичок шкіру біля нігтів слід обробити 5 %-ним спиртовим розчином йоду.

3. Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластиром, або гумовими рукавичками, звільняються на період захворювання від безпосереднього медичного

обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними.

4. Всі маніпуляції з кров'ю та сироватками в лабораторіях виконуються за допомогою гумових груш, автоматичних піпеток, дозаторів.

5. Будь-які ємності з кров'ю, іншими (без винятку) біологічними рідинами, біоматеріалами (тканинами, шматочками органів тощо) відразу на місці взяття щільно закриваються гумовими, або пластмасовими корками.

6. У лікувальних закладах для забезпечення знезараження (при випадковому витіканні рідини), кров та інші біоматеріали транспортуються в штативах, покладених в контейнери, бікси, або пенали, на дно яких укладається чотиришарова суха серветка.

7. Транспортування проб крові та інших біоматеріалів з лікувальних закладів до лабораторій, які розташовані за межами цих закладів, здійснюється тільки в контейнерах (біксах, пеналах), що унеможливорює випадкове, або

навмисне відкриття кришок під час їх перевезення (замок, пломбування, заклеювання місць з'єднання лейкопластиром). Ці контейнери після розвантаження обробляють дезрозчинами. Оптимальною є доставка в сумках-холодильниках.

8. Не допускається транспортування проб крові та інших біоматеріалів у картонних коробках, дерев'яних ящиках, поліетиленових пакетах.

9. Не допускається вкладання бланків направлень, або іншої документації в контейнер чи бікс.

10. Обробка інструментарію медичного призначення (дезинфекція, передстерилізаційна очистка, стерилізація) здійснюється відповідно ОСТу 42-21-2-85.

11. При роботі в медичних закладах слід також здійснювати заходи, викладені в «Методичних рекомендаціях по профілактиці професійного зараження ВІЛ в установах охорони здоров'я» КМТМО «Санепідслужба», м. Київ, 1999р. за № 27/12.99 № 5462.

Додаток № 2

до наказу ГУОЗ від 14.11.2001р. № 550

ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПРИ ПОРАНЕННЯХ, КОНТАКТАХ З КРОВ'Ю, БІОЛОГІЧНИМИ РІДИНАМИ ТА БІОМАТЕРІАЛАМИ ВІЛ-ІНФІКОВАНОГО ЧИ ХВОРОГО НА СНІД ПАЦІЄНТА

Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання їм допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ. 1. Для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією:

- при підготовці до проведення маніпуляцій ВІЛ-інфікованому медичний персонал повинен переконатися в цілісності складу аптечки;
- здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може в разі розриву гумової рукавички чи порізу продовжити виконання медичної маніпуляції;
- не терти руками слизові оболонки.

2. Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом), то потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею всередину;
- перев'язати джгутом кінцівку вище місця ушкодження, терміново видавити максимальну кількість крові з рани;
- зняти джгут та обробити ушкоджене місце одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 5 % настойкою йоду при порізах, 3 % перекисом водню);

- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70 % розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластр, надіти напальчник;
- при Потребі продовжувати роботу одягти гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

3. У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 3 % розчином перекису водню, 3 % розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

4. У разі потрапляння крові, біологічних рідин чи біоматеріалу на слизові оболонки:

- ротової порожнини — прополоскати 70 % розчином етилового спирту;
- порожнини носу — закапати 30 % розчином альбуну;
- очі — промити водою (чистими руками), закапати 30 % розчином альбуну;

- для обробки носа і очей можна використувати 0,05 % розчин перманганату калію.
- 5. У разі попадання крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг:
 - одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;
 - шкіру рук та інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70 % розчином

етилового спирту, а потім помити водою з милом і повторно протерти спиртом;

- забруднене взуття дворазове протерти ганчіркою, змоченою у розчині одного з дезінфекційних засобів.

Додаток № 3

до наказу ГУОЗ від 14.11.2001р. № 550

СКЛАД АПТЕЧКИ ДЛЯ НАДАННЯ ТЕРМІНОВОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКАМ ТА ТЕХНІЧНОМУ ПЕРСОНАЛУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ (ДАЛІ — АПТЕЧКА)

Аптечкою укомплектовується кожний підрозділ лікувально-профілактичного закладу. Склад аптечки:

- Напальчники із розрахунку 1–2 на кожного працівника.
- Лейкопластир — 1 катушка.
- Ножиці — 1 штука.
- Перманганат калію у наважках по 0,05 — 3 шт.
- Ємкість для розведення перманганату калію з маркіруванням на 1л.
- Спирт етиловий 70 % — 50 мл.
- Тюбик-крапельниця з 30 % розчином альбуциду — 1-2 шт.
- 5 % спиртовий розчин йоду.
- 3 % розчин перекису водню.
- Рукавички гумові — 3 пари.
- Джгут — 1 шт.
- Наважки деззасобів (по 3 шт. кожної; зберігати окремо): — хлорамін 30,0
- хлорцин 30,0
- Ємкість для розведення деззасобів — 1 шт.

Додаток № 5

до наказу ГУОЗ від 14.11.2001р. № 550

ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ НАГЛЯДУ ЗА ПОТЕРПІЛИМИ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗАРАЖЕННЯ

1. Після проведення в установленому порядку реєстрації аварії потерпілому пропонують (за його згодою) пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ.

- Уперше кров для тестування за кодом 115 (медичний контакт) відбирається безпосередньо після аварії, але не пізніше 48-72 годин після неї. - Позитивний результат свідчить про те, що працівник був інфікований ВІЛ раніше і аварія не є причиною зараження.
- Якщо результат негативний, то наступне тестування має проводитись через 3, 6 місяців і далі — через рік.
- Якщо професійна аварія мала місце під час роботи з біоматеріалом, про який заздалегідь було відомо, що він інфікований ВІЛ, то потерпілому співробітнику, на період нагляду за ним, забороняється здавати донорську кров (тканини, органи), і проводиться екстрена профілактика, тобто приймання

антиретровірусних лікарських засобів (за згодою потерпілого). Це бажано зробити якнайшвидше, але не пізніше 24-36 годин після факту пошкодження.

2. Всім медичним працівникам, у яких виникла аварійна ситуація при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованому, або хворому на СШД пацієнту, на період нагляду за ними забороняється здавати донорську кров тканини, органи).
3. У разі виявлення у медичного працівника ВІЛ-інфекції (на підставі форми облікової звітності № 108-о), визнання захворювання професійним здійснюється в порядку, установленому чиним законодавством.
4. Наявність та ведення журналів реєстрації аварій і обстеження потерпілих медичних працівників контролюється органами охорони здоров'я та територіальними санітарно-епідеміологічними станціями.
5. Результати обстеження медичних працівників є конфіденційними.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА УКРАЇНИ

НАКАЗ № 415

від 19.08.2005 м. Київ

**ПРО УДОСКОНАЛЕННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ
НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

На виконання пункту 9 заходів з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 — 2008 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року № 264, з метою удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) (додається).

1.2. Форму первинної облікової документації № 503/о «Журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію» та Інструкцію щодо її заповнення (додається).

1.3. Форму первинної облікової документації № 503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ» та Інструкцію щодо її заповнення (додається).

1.4. Форму первинної облікової документації № 503-2/о «Довідка про результат тесту на ВІЛ» та Інструкцію щодо її заповнення (додається).

1.5. Форму первинної облікової документації № 503-3/о «Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» (додається).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської держадміністрацій та Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації довести зазначені Порядок та облікові форми до відома працівників закладів охорони здоров'я, які безпосередньо забезпечують медичний огляд населення на наявність ВІЛ-інфекції на засадах добровільного тестування з перед- та післятестовим консультуванням.

3. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Міністр

М.Є. Поліщук

Література

1. Антоняк С. М., Щербинська А. М. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. — К.: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. — 112 с.
2. Наказ МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р. «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».
3. Наказ ГУОЗ м. Києва № 550 від 14.11.2001 р. «Про профілактику внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією».
4. Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р. «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію».

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, ліве — 3 см, праве — 1,5 см); орієнтація стор. — книжна) та в електронному варіанті (формат тексту — ідентично до паперового, формат файлу — RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом — рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті — не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення — не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі *.jpg або *.tif на 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

ОРИГИНАЛЬНЫЙ АФОБАЗОЛ

препарат нового поколения
от тревоги и стресса

- ✓ Эффективно, быстро и безопасно устраняет вегетативные и психические проявления тревоги у пациентов с соматической патологией
- ✓ Обладает нейропротекторными свойствами
- ✓ Повышает устойчивость в условиях стресса
- ✓ Улучшает память, внимание и работоспособность
- ✓ Нормализует сон

Новая
упаковка:
60 таблеток



АФОБАЗОЛ:
максимально безопасное средство от тревоги и стресса

- ✓ Не вызывает дневной сонливости, сохраняет привычный ритм жизни
- ✓ Без синдрома отмены и привыкания, подходит для длительного приема

Регистрационное свидетельство № UA/5497/01/01
За дополнительной информацией обращаться в ООО "Универсальное агентство
"ПРО-ФАРМА", г. Киев, ул. М.Котельникова, 1 оф. 97

www.pro-pharma.com.ua

PRO PHARMA