

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

MENTAL HEALTH

1-2 (30-31) 2011

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



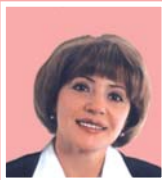
Сергій МАЛЯРОВ

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 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.**

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

За зміст рекламних матеріалів
відповідає рекламодавець.

СПОНСОРИ ВИПУСКУ:



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



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

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
MENTAL HEALTH**

*Міждисциплінарний
науково-практичний журнал*

ВИПУСК 1(30) 2011 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 № 1 від 13.01.2011 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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

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

Тел.: 468-29-32.

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, 2011

Зміст

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Боднар Л. А.</i> Клініко-психопатологічні та патофизиологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики	4
<i>Лагутін А. Ю., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.</i> Психопатологічні ускладнення при операціях на серці.	8
Аддиктивні розлади	
<i>Андрух П. Г.</i> Клинико-психопатологическая и патоперсоналогическая характеристика нарушений эмоциогенеза и расстройств эмоциональной сферы у лиц с алкогольной зависимостью.	15
<i>Мельник В. О.</i> Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та інтернет-мережі	22
<i>Аймедов К. В., Возний Д. В.</i> Аналіз сучасного стану проблеми алкогольних психозів	26
Медична психологія та психотерапія	
<i>Лобанов С. О.</i> Застосування психотерапії та реабілітації у хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, що обтяжені опійною наркоманією	30
<i>Михайлов В. Б.</i> Система психотерапевтической коррекции непсихотических психических расстройств у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт	37
Психофармакотерапія	
<i>Дзюб Г. К., Нестерчук Н. В.</i> Ангедония как индикатор пролактиногенности антипсихотиков	42
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Зінченко О. М.</i> Динаміка основних показників стану психічного здоров'я населення Донецької області.	46
<i>Лісовенко В. Л.</i> Значення клініко-діагностичних, соціально-рольових та соціотерапевтичних чинників в організації психіатричної ресоціалізації	51
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Психиатрия при нацизме: насильственная стерилизация душевнобольных и других лиц. Сообщение 2.	54
<i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Вадим Иванович Ремяк – известный отечественный учёный, психиатр, организатор охраны здоровья и сабурянин (К 70-летию со дня рождения)	63
В допомогу практикуючому лікарю	
<i>Вієвський А. М.</i> Методичне забезпечення складової системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання (повідомлення перше)	68
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	80

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
І. Ф. Аршава (Україна)
А. М. Бачеріков (Україна)
В. Г. Бідний (Україна)
Л. О. Булахова (Україна)
В. С. Бітенський (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>Bodnar L. A.</i> Clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty	4
<i>Lagutin A. Y., Bushinskaya E. V., Tarnovetskaya K. I.</i> Psychiatric complications of heart surgery	8
Addictive disorders	
<i>Andrukh P. G.</i> Clinical-psychopathological and patho-personological characteristics of disturbances of the emotiogenesis and emotional disorders of persons with alcohol abuse	15
<i>Melnyk V. O.</i> The analysis of the modern state of psychical and behavior disorders related to pathological using computer and internet	22
<i>Aymedov K. V., Vozniy D. V.</i> Analysis of the modern state of problem of alcoholic psychoses	26
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Lobanov S. O.</i> Application of psychotherapy and rehabilitation for patients by aids or HIV-infected and opium-drug addiction	30
<i>Mykhaylov V. B.</i> The psychotherapeutical correction system of nonpsychotic psychic disorders on cardiac infarction and cerebral stroke patients.	37
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Dzyub G. K., Nesterchuk N. V.</i> Anhedony as indicator of prolactinogen effect of antipsychotics.	42
Organization and management of psychiatric care	
<i>Zinchenko O. M.</i> The dynamics of main population mental health indicators in Donetsk region.	46
<i>Lisovenko V. L.</i> The importance of clinic-diagnostics, social-roles and socialtherapeutics factories in the organization of psychiatric resocialization.	51
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>P. T. Petryuk, O. P. Petryuk</i> Psychiatry at Nazism: violent sterilization of mentally ill and other persons. Report 2.	54
<i>P. T. Petryuk, O. P. Petryuk</i> Vadim Ivanovich Reminjak – the known domestic scientist, psychiatrist, organizer of health care, which long time work on the Saburova dacha (To 70-th anniversary).	63
Help for physician practice	
<i>Viewskyi A. M.</i> The methodical supplement of the parental oriented part of the comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for children in general schools of the I-III levels of education (the first information).	68
The notice for our authors (equipments to the articles)	80

Шановні читачі!

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

У Європейському регіональному бюро ВООЗ діє програма з охорони психічного здоров'я, що збирає, аналізує і поширює інформацію про стан і тенденції психічного здоров'я, лікування і кінцеві результати і здійснює технічне сприяння відповідно до запитів суспільства. ВООЗ визначила три практичні цілі в Європейському регіоні. Вона створила ряд цільових груп, поставивши перед ними завдання збору прикладів належної практики, розробки і поширення посібників з ефективних стратегій і служб охорони психічного здоров'я.

Попередження випадків передчасної смерті, викликані безпорадністю і стресом. Проблеми психічного здоров'я і пов'язані зі стресом порушення – це найважливіша причина передчасної смертності в Європі. Тому пошук шляхів усунення цієї проблеми є одним із пріоритетних завдань.

Боротьба зі стигматизацією. Дискримінація — це один з найважливіших факторів, що сприяють росту тягаря, пов'язаного з нелікованими психічними розладами, і тому з цією проблемою треба рішуче боротися.

Національна оцінка і планування. Європейські країни багато в чому відрізняються одна від одної. Тому служби охорони психічного здоров'я варто планувати і фінансувати таким чином, щоб вони найбільш ефективним чином задовольнили потреби конкретних пацієнтів у конкретному суспільстві.

*З повагою,
Головний редактор, професор В. М. Кузнецов*

УДК: 616.89:616.212-089.844

Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики



Боднар Л. А.

Боднар Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. В статье проанализированы клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики пациентов, которые обращаются к пластическим хирургам по поводу ринопластики. Показана высокая частота дисморфофобического синдрома, который требует своевременной диагностики и назначения индивидуальной психотерапии и психокоррекции.

Ключевые слова: дефекты и деформации носа, клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование, дисморфофобический синдром, ринопластика.

Clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty

Bodnar L. A.

Resume. The article analyzes the clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty. The high frequency of body dysmorphic disorder is shown that requires prompt diagnosis and use of individual psychotherapy and psychocorrection.

Key words: defects and deformations of the nose, clinical and psychopathological examination, body dysmorphic disorder, rhinoplasty.

Вступ

Останнім часом реєструється все більше осіб, які прагнуть змінити форму свого носа. Причин, що спонукають до цього, багато. З одного боку — суто медичні, які пов'язані з високою частотою вроджених вад, підвищенням рівня травматизму у сучасному світі (природні катаклізми, транспортні катастрофи, опіки, вогнепальні поранення), онкопатологією і часто направлені на відновлення фізіологічних функцій органу. З іншого боку — прагнення за допомогою змін зовнішності вирішити проблеми особистого та комунікативного характеру, відповідати певному ідеалу краси [1, 2].

Доведено, що більшість людей залишаються задоволені результатом пластики з позитивним психологічним та психосоціальним ефектом. Однак є й такі, що не сприймають результатів вдало проведеної косметичної операції, вимагають чергових оперативних втручань, можуть переключатися на «дефекти» інших частин тіла та хронічно невдоволені своєю зовнішністю [3-5]. Цілком імовірно, що більшість з цих людей страждають на дисморфофобії, визнаний психічний розлад, який складається з тривоги і упередженості щодо неіснуючих або незначних дефектів зовнішнього вигляду [5].

Тому перед оперативним втручанням для лікаря постає складне завдання виокремити хворих з надмірним естетичним відчуттям та неадекватним ставленням до свого дефекту, від осіб, що дійсно потребують ринопластики та мають до цього відповідні показання.

При цьому дослідження та аналіз клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів набувають провідного значення та безпосередньо впливають на вибір оптимальної лікувальної тактики.

Мета роботи

Вивчити клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети обстежили 99 осіб, які звернулися до пластичного хірурга з проханням виконати їм ринопластику. В залежності від наявності дефекту чи деформації обстежені розподілені на дві групи:

- особи з дефектом чи деформацією зовнішнього носа (перша група) — 69 (чоловіків — 22, жінок — 47) віком від 19 до 45 років;

- особи, в яких дефект носа відсутній або непомітний (друга група) — 30 (чоловіків — 9, жінок — 21) віком від 19 до 30 років;

Першу (I) групу склали 69 пацієнтів з вродженими ($n=47$; 68,12 %) та набутими ($n=22$; 31,88 %) деформаціями та дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи. Другу (II) групу склали 30 осіб, з яких 24 (80 %) не мали дефекту чи деформації зовнішнього носа, однак наполягали на зміні його форми; у 6 (20 %) виявляли незначний дефект чи деформацію, що не був помітний при першому погляді на пацієнта, але при цьому в силу суб'єктивних причин обстежені фіксували на ньому невинуватно велику увагу, були категорично незадоволені своїм носом і бажали кардинально його змінити. В анамнезі таких пацієнтів, як правило, реєструвалися неодноразові звернення до пластичних хірургів, повторні ринопластики, результатами яких вони не були задоволені.

Порушень фізіологічних функцій органу в жодного з обстежених в обох групах виявлено не було. Основними мотивами звернення до пластичних хірургів стало бажання наслідувати ідеальному образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягти успіху в професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності.

Психічний стан пацієнтів оцінювали комплексно з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження: тестів шкали реактивної і особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), характерологічного опитувальника К. Леонгарда - Г. Шмішека (1981), методики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою та особистісного опитувальника для визначення особистісного реагування на хворобу (1987) [6, 7].

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

Результати та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики, психічний стан мав особливості, які відрізнялися залежно від наявності та вираженості дефекту або деформації

зовнішнього носа. Так, при аналізі клініко-психопатологічних характеристик з'ясувалося, що в усіх обстежених II групи діагностований дисморфофобічний синдром (100 %).

Ці пацієнти мали виражені ідеї відношення, депресивний або субдепресивний фон настрою, надцінний комплекс уявлень щодо наявності «фізичного недоліку», який надзвичайно негативно впливав на їхнє соціальне та міжособистісне функціонування. Хворі постійно приглядалися до «дефекту», фіксували на носі увагу, постійно доторкалися до нього; скаржилися, що відчують надмірну увагу оточуючих до носа і неприємне ставлення до себе, що супроводжувалося тривожним компонентом. Характерним для більшості пацієнтів ($n=18$; 60 %) було гіпертрофоване прагнення всіма можливими способами приховати «ваду», використовуючи винаходи косметичної індустрії та яскраві прикраси. Досить часто такі спроби були відверто невдалими і призводили до абсолютно протилежного результату.

Більшість пацієнтів надто критично ставилися до своєї зовнішності, незважаючи на те, що оточуючі не надавали особливої значимості або взагалі не помічали «дефекту». Привертало увагу, що майже всі обстежені мали нормальну або навіть приємну зовнішність, але вважали, що вони потворні через ніс та уникали контактів з людьми, побоюючись насміхань ($n=25$; 83,33 %). Більшість пацієнтів ($n=17$; 56,67 %) скаржились, що навіть рідні їх не розуміють, вважають їхню проблему проявом дурості або бажанням виділитися.

В частини обстежених ($n=11$; 36,67 %) виявляли ознаки симптому дзеркала (постійне користування люстерком, спроби знайти вигідний ракурс, в якому «дефект» мало помітний, міркування, яка саме корекція потрібна) та симптому фотографії ($n=13$; 43,33 %) (категорична відмова фотографуватися під будь-яким приводом, а насправді страх того, що фото «увічніть потворність»).

В обстежених I групи серед неспсихотичних психічних розладів переважала тривожно-депресивна симптоматика. Найчастіше діагностували депресивний (36,23 %), тривожний (24,64 %), рідше — істероформний (20,29 %) та астеноневротичний (18,84 %) синдроми.

Поряд з клініко-психопатологічними відмінностями на синдромальному рівні в обстежених

обох груп спостерігалися й деякі особливості патопсихологічних характеристик.

Так, аналіз наявності та ступеню вираженості депресії, проведений за методикою Гамільтона, показав, що депресивна симптоматика була характерною для переважної більшості обстежених II групи ($n=24$; 80,00 %) із середнім бальним показником $16,06 \pm 1,4$. Тоді як серед осіб I групи депресивні симптоми реєструвалися достовірно рідше — лише у половині обстежених ($n=35$; 50,72 %) та мали меншу вираженість із середнім значенням $9,75 \pm 0,87$ ($p < 0,05$).

Проведені дослідження ситуаційної та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна довели, що обстежені II групи мали вищий рівень особистісної тривожності. Так, її середній показник визначався у них на високому рівні і склав $46,23 \pm 1,07$ бала, що підтверджено індивідуальним аналізом, за яким особистісна тривожність була високою у 20 (66,67 %) пацієнтів. Тоді як в осіб I групи ступінь вираженості особистісної тривожності виявився достовірно нижчим із середнім бальним показником $38,36 \pm 0,91$ ($p < 0,05$), а при індивідуальному аналізі високий рівень визначався лише у кожного п'ятого ($n=13$; 18,84 %), ($p < 0,05$).

Привертало також увагу, що в обстежених II групи особистісна тривожність достовірно переважала над ситуаційною ($46,23 \pm 1,07$ проти $37,96 \pm 1,26$ відповідно, $p < 0,05$), тоді як в осіб I групи проведений аналіз виявив практично однакові значення як ситуаційної, так і особистісної тривожності помірного рівня ($40,78 \pm 0,83$ та $38,36 \pm 0,91$ відповідно).

При вивченні типів акцентуацій характеру за допомогою опитувальника Леонгарда-Шмішека встановлено, що в осіб I групи переважала демонстративна ($n=20$; 28,98 %), а в осіб II групи — дистимічна ($n=15$; 50 %) акцентуація. Домінуючим типам акцентуацій в групах поступалася лише тривожна, яка виявлялася дещо рідше (27,53 % та 43,33 % відповідно).

Інші типи акцентуацій характеру (гіпертимний, застрягаючий, емотивно-лабільний, екзальтований, педантичний) спостерігалися рідше без достовірної різниці між групами.

Серед типів відношення до хвороби в обстежених I групи найчастіше діагностували гармонійний ($n=18$; 26,09 %), дещо рідше — егоцентричний ($n=15$; 21,74 %).

Натомість в осіб II групи такі типи відношення не реєструвалися взагалі, а переважали obsесивно-фобічний ($n=10$; 33,34 %) та тривожний ($n=7$; 23,33 %). Інші типи відношення до хвороби (іпохондричний, неврастенічний та сенситивний) виявлялися значно рідше без достовірної різниці між групами.

Результати оцінки функціонального стану за методикою САН виявили глибші порушення в обстежених II групи за трьома досліджуваними показниками. Майже в усіх обстежених II групи такі стани як «самопочуття», «активність» та «настрій» були значно порушеними із середніми значеннями $3,20 \pm 1,1$; $2,94 \pm 0,11$; $2,63 \pm 0,09$ відповідно, які виявилися достовірно нижчими за показники I групи ($3,73 \pm 0,07$; $3,75 \pm 0,05$; $3,02 \pm 0,06$ відповідно).

Висновки

Проведені дослідження показали, що загалом особи, які зверталися до пластичних хірургів з метою проведення ринопластики, мали особливості психічного стану, які відрізнялися залежно від наявності та вираженості дефекту або деформації зовнішнього носа. Так, при порівняльному аналізі клініко-психопатологічних характеристик з'ясувалося, в усіх осіб, в яких дефекту носу не було, або він був майже непомітним, діагностований дисморфофобічний синдром, тоді як в обстежених з наявним дефектом чи деформацією виявлялися депресивний, тривожний, рідше — істероформний та астеноневротичний синдроми.

Порівняльний аналіз патопсихологічних характеристик довів, що в обстежених, які не мали дефекту чи деформації носу, однак налягали на ринопластику, виявлявся глибший ступінь вираженості депресивної симптоматики, особистісної тривожності, порушень функціонального стану за показниками «самопочуття», «активність» та «настрій», переважала дистимічна акцентуація характеру (в осіб з дефектом носу — демонстративна), obsесивно-фобічний та тривожний типи відношення до хвороби (в осіб з дефектом носу — гармонійний та егоцентричний).

Таким чином, особливого значення набуває своєчасна діагностика та призначення індивідуальної психотерапії та психокорекції виявлених порушень при дисморфофобічному синдромі, який може бути предиктором негативної психологічної реакції пацієнта на хірургічно вдало виконану ринопластику.

Література

1. Боймурадов Ш.А. Частота встречаемости переломов костей носа среди травм лица / Ш.А.Боймурадов // Российская ринология. — 2006. — №6. — С.4-6.
2. Герасименко Л.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з косметичними дефектами та деформаціями обличчя і їх психотерапевтична корекція: дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Герасименко Лариса Олександрівна. — Полтава, 2007. — 172 с.
3. Honigman R.J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery / R.J.Honigman, K.A.Phillips, D.J.Castle // Plast. Reconstr. Surg. — 2004. — Apr 1;113(4). — P. 1229-1237.
4. Groenman N.H. Personality characteristics of the cosmetically insatiable patient. / N.H.Groenman, H.C.Sauer // Psychother. Psychosom. — 1983. — №40(1-4). — P.241-245
5. Ercolani M. Five year follow up of cosmetic rhinoplasty / M.Ercolani, B.Baldaro, N.Rossi, G.Trombini. // J. Psychosom. Res. — 1999. — Sep;47(3). — P.283-286
6. Березин Ф.В. Методика многостороннего исследования личности / Ф.В. Березин, Р.В. Рожанец, В.П. Мирошников. — М., 1978. — 234 с.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. — Самара: «БАХРАХ», 1998. — 672 с.

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

Психопатологічні ускладнення при операціях на серці



Лагутін А. Ю.



Бушинська О. В.



Тарновецька К. І.

Лагутін А. Ю., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.

Український НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ м. Київ

Резюме. В Статье рассматриваются особенности психопатологических осложнений при проведении операций на сердце, оценивается психопатологическое состояние как до так и после проведения операции. Проанализировано большое количество научных литературных источников с подобными исследованиями. Оценивается актуальность проблемы психического состояния кардиохирургических больных непсихотического регистра.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, личность, психические состояния, патологические процессы, когнитивные нарушения.

Psychiatric complications of heart surgery

Lagutin A. Y., Bushinskaya E. V., Tarnovetskaya K. I.

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Public Health and Addiction, Kiev

Resume. The article deals with features of psychiatric complications during heart surgery, is estimated psychopathological condition both before and after surgery. The large number of scientific references to similar studies were analyzed. Relevance of the mental state of non-psychotic patients undergoing cardiac registry was estimated.

Key words: psycho-emotional disorders, personality, mental status, pathological processes, cognitive impairment.

Вивчення психічних змін у хворих із захворюваннями серцево судинної системи представляють серйозну самостійну проблему, яка привертає все більше уваги психіатрів, психотерапевтів та хірургів. Розширення та заглиблення досліджень по цим питанням викликано перед усім тим, що психічні фактори явно впливають на перебіг основного патологічного процесу, ефективність операції і всього комплексу лікування [1].

Операція на серці надовго залишає хворобливий емоційний слід у психіці, що істотно впливає на якість життя хворого після операції. Внаслідок важкого стресу, обумовленого захворюванням, у хворих відразу ж змінюється спосіб життя, виникають складні соціально-психологічні проблеми у зв'язку з труднощами адаптації у сім'ї та суспільстві.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з основних причин смертності населення розвинених країн світу. За зведеними даними, щороку вона забирає життя понад 2,5 мільйонів жителів

планети, причому більше однієї третини з них — люди працездатного віку (наше майбутнє) [2,3].

Аортокоронарне шунтування (АКШ) є одним з найбільш радикальних способів лікування хвороби серця. Використання штучного кровообігу (ШК) при кардіохірургічних втручаннях досить часто (від 5,6 до 90 % випадків) є причиною нейропсихологічних ускладнень [4]. Прогноз хворих, які перенесли АКШ, залежить від низки обставин. По-перше — це «технічні» особливості проведення операційного втручання. По-друге — наявність супутніх захворювань до проведення операцій (перенесений раніше інфаркт міокарда, цукровий діабет, серцева недостатність, вік та ін.). По-третє — пряма залежність від зусиль пацієнта і лікаря, спрямованих на попередження та профілактику різних ускладнень [5,6]. Так, за літературними даними, 30-40 % хворих після АКШ відчувають певні психологічні труднощі. Різні за характером і мірою вираженості, розлади нервово-психічної сфери зустрічаються в ранньому

післяопераційному періоді у 13–79 % пацієнтів і зберігаються через 6–12 місяців після операції; у 5–35 % і не рідко стають бар'єром на шляху до одужання. На перший план виступають тривожно-іпохондричний, депресивний і неврастеничний синдроми.

За численними дослідженнями встановлено, що у 72 % пацієнтів з ІХС мають місце порушення психічної сфери. У 20 % хворих ці порушення мають доклінічний характер і проявляються астеничною, субдепресивною і тривожною симптоматикою [7,8].

Прикордонні психічні розлади у хворих на ІХС представлені, в основному, порушенням адаптації (46,8 %), дистимії (16 %), невротичними розладами (13,8%), психічними порушеннями органічної природи (23,4 %) [9].

У кардіохірургічних хворих ще на етапі підготовки до операції виявляють різні психічні порушення, які є наслідком захворювання як серця, так і реакцією на майбутнє хірургічне втручання, котрі можуть надавати несприятливий вплив на виконання лікарських рекомендацій і призводити до відмови від операції [10-13]. Тому психотерапевтична робота має проводитись саме з цього моменту. Саме оперативне втручання спрямовано на відновлення серцевої діяльності і, як наслідок, на поліпшення якості життя пацієнта. Але далеко не всі ці очікування виправдовуються повною мірою [14].

У роботах багатьох авторів відображено, що стресогеним фактором являється факт госпіталізації, операції, усвідомлення реальної загрози захворювання для життя, загрози інвалідності, тривога за майбутнє, які впливають на психічний статус хворого, приводячи до різних порушень, аж до суїцидальних спроб та суїцидів [15].

На основі цілісного розуміння людини при підході до стану хворого завжди беруть до уваги складні взаємини між його психічним станом і хворобою. Психічне напруження, конфліктні ситуації, можуть відбиватися на соматичному стані хворого і викликати так звані психосоматичні захворювання. Прикладом є теорія Франца Александера (1891-1964), американського психоаналітика, який вважає, що між характером і схильністю до визначеного захворювання може знаходитися проміжна ланка — специфічний спосіб життя, до якого схильні люди з визначеним характером: так, якщо вони схильні до професій з високим рівнем відповідальності, то безпосередньою причиною захворювання можуть стати професійні стреси, а не самі по собі властивості характеру. Більш того, психоаналітичне дослідження може виявити той самий емоційний конфлікт під покривом зовні зовсім різних типів особистості і саме цей конфлікт, з погляду Александера, буде визначати хвороба,

до якої найбільш схильний індивід: наприклад, «характерний емоційний паттерн астматика можна виявити в персонах із зовсім протилежними типами особистості, що захищають себе від страху відділення за допомогою різних емоційних механізмів». Таким чином, спираючись на психоаналітичний метод, Александер не зупиняється на обговоренні статистичних кореляцій між зовнішніми показниками психічного і соматичного функціонування, що мають дуже обмежену цінність у відношенні основної задачі — лікування хворого, а йде значно далі, намагаючись — хоча і не завжди успішно — виявити глибинні механізми патології. Теоретичний фундамент даного погляду складає теорія психосоматичної специфічності чи специфічних конфліктів — найбільш відома концепція Александера. Відповідно до неї, тип соматичного захворювання визначається типом неусвідомлюваного емоційного конфлікту. Александер виходить з того, що «кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, такі як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, подиху, та ін.», більш того, «емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органа». Психоаналітичне дослідження виявляє в багатьох людей неусвідомлювану емоційну напругу, що зберігається в продовж довгого часу. Можна припустити, що в подібних випадках, протягом тривалого часу, будуть зберігатися і зміни в роботі фізіологічних систем, приводячи до порушення їхньої нормальної роботи і в остаточному підсумку провокуючи розвиток хвороби. Оскільки при різних психічних станах спостерігаються різні фізіологічні порушення, так і в результаті різних емоційних станів, будуть відмічатись різні патологічні процеси: підвищений кров'яний тиск — наслідком подавленого гніву; дисфункції шлунково-кишкового тракту — наслідком фрустрації залежних схильностей та ін. [16].

Мета роботи

Проаналізувати психопатологічні, психологічні ускладнення при операціях на серці.

Матеріал та методи дослідження

Проведено теоретичний аналіз великої кількості вітчизняних та закордонних наукових робіт, а також власного клінічного досвіду ранньої діагностики психопатологічних ускладнень операцій на відкритому серці. Методи дослідження: теоретичний, системний, клініко-психопатологічний.

Власні матеріали дослідження склали 55 пацієнтів, які поступили в лікарню кардіохірургічного профілю для проведення операції. У 75% (33 чоловіка) при поступленні виявили ознаки (в оцінці за МКХ-10: депресивного синдрому в

межах — F32.00, F32.01, F32.11, F32.9, F38.10, F41.2, F41.9) На ряду з цим було проведена оцінка когнітивної сфери, яка виявила значне зниження когнітивного потенціалу у 77% (35 чоловік).

Результати та їх обговорення

У ряді робіт виявлено зв'язок психоемоційних розладів при серцево-судинних захворюваннях з розвитком кардіocereбрального симптомокомплексу. Передбачається, що психоемоційні симптоми (зниження критичної оцінки власного стану, порушення реалістичного сприйняття дій, рекомендацій, прогнозів лікаря, порушення адекватності реагування на події, відмова від госпіталізації і від лікування тощо) є результатом мозкових розладів, що спостерігаються при порушенні серцевої діяльності [17].

За даними зарубіжних авторів частота депресій серед хворих ішемічною хворобою серця (ІХС) становить 16-23 %. У післяінфарктному періоді при рецидивах стенокардії, а також у зв'язку з АКШ, часто виникає тривога, кардіофобія, а в подальшому формується вторинна депресія. Депресія (незалежно від її походження), що розвивається на фоні важкого соматичного захворювання значно обтяжує його перебіг та реабілітацію хворого. У низці досліджень встановлено, що симптоми депресії є достовірними прогностичними показниками смертності від серцево-судинних захворювань після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ). По даним N. Frasure-Smith та співавтори, депресивна симптоматика, що виявлена після ІМ, достовірно підвищує ризик смерті або повторного інфаркту, особливо якщо взяти до уваги інші фактори ризику (дисфункцію лівого шлуночка, наявність ІМ в анамнезі, частоту шлуночкових екстрасистол). Певну роль при цьому можуть грати підвищення активності адреналової системи, зниження варіабельності частоти серцевих скорочень, ішемія міокарда, що розвивається на фоні стресу, зміна рецепторів та реактивності тромбоцитів. Соматовегетативні еквіваленти депресій вкрай різноманітні і включають у себе різні больові синдроми (кардіалгії, головні болі, невралгії), нерідко імітуючи серйозну патологію; зниження або збільшення апетиту і відповідно втрату або прибавку у вазі, розлади сну, вегетативні пароксизми та ряд інших розладів. При довготривалих хронічних захворюваннях, етіологію яких не вдається виявити, що перебігають зі спонтанними періодичними загостреннями, лікарю завжди потрібно подумати про наявність замаскованої депресії. Тільки прискіпливий аналіз усіх больових проявів у сукупності дозволяє більш визначено говорити про наявність депресії [18, 19].

Вивчення депресивних розладів і станів виявило чотири варіанти взаємин: виникнення ІМ на тлі існуючої або попередньої депресії — 35,1 %; одночасна поява депресії та ІМ — 21,1 %; депресії, що розвинулися в ранньому періоді (до 1 міс.) — 10,5 %; депресії, що виникли у відновлювальному періоді ІМ — 33,3 % спостережень. При характеристиці клінічних особливостей депресивних розладів у пацієнтів виділяються наступні варіанти депресій: тривожні, меланхолійні, дисфоричні, замаскованні. Незалежно від варіанту депресії для хворих характерні: больовий симптомокомплекс, тривожні і фобічні розлади. Депресія в постінфарктному періоді в 2–2,5 рази підвищує ризик несприятливих серцево-судинних випадків, а смертність протягом 6 місяців після перенесеного ІМ у пацієнтів з депресією в 3,5 рази перевищує таку як у хворих без неї [20–22]. Виразність тривожності у кардіологічних хворих також вище, ніж у загальній популяції. Наприклад, тривожність має місце у 50 % госпіталізованих пацієнтів з гострими коронарними синдромами, панічний розлад реєструється в 10–34 % випадків. З іншого боку, при виявленні тривожних розладів, збільшується ризик розвитку ІХС (у 1,5–3,8 рази), ІМ, серцевої смертності. Відомо, що афективні порушення при захворюваннях серцево-судинної системи виявляються в 30–32 % випадків. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання. За даними Бакер Р.А. зі співавторами (2001), у пацієнтів з депресією летальність досягає — 12,5 %, тоді як за відсутності депресії лише — 2,2 %, на увазі чого депресію можна розглядати як негативний предиктор відновного лікування [23].

Поряд з депресивними порушеннями відзначаються порушення сну (багаторазове пробудження протягом ночі, неспокійний сон, ранні пробудження), тривога, ажитація, загальмованість. Формується іпохондрична спрямованість особистісних реакцій. За даними багатьох дослідників, вираження тривоги виявляється тільки у 4,8 % хворих, занепокоєння з незначних поводів — у 19 %, суб'єктивне напруга і дратівливість — у 66,6 %. Відзначається різна ступінь враженості фізіологічних проявів тривоги (від шлунково-кишкових, серцево-судинних, дихальних порушень, зміни потовиділення) від слабких (у 40,5 % пацієнтів) до середніх (у 42,8 %) і сильних (у 9,5 %) [24, 25]. У різні періоди вираженість реактивної та особистісної тривоги різна: у гострому періоді спостерігається висока реактивна і низька особистісна тривога; в ранньому відновлювальному періоді особистісна тривога підвищується, а реактивна знижується; у пізньому відновному

періоді у більшості пацієнтів знижується особистісна та реактивна тривога [26,27].

У зв'язку з цим важливого значення набувають питання психотерапевтичної допомоги, корекції та якості життя у даної категорії пацієнтів. На необхідність участі психіатрів та психотерапевтів в реабілітаційній програмі хворих, яким проводилась операція на серці, вказують самі кардіохірурги. Доведено ефективність психотерапії на етапі реабілітації і у хворих після АКШ. Показано, що пацієнти, які пройшли повний курс передбачених психотерапевтичних заходів, досягали адекватного ступеня психологічної адаптації в 94,8 % випадків. Психотерапія носила індивідуальний характер при обов'язковій активній ролі пацієнта. Підкреслюється факт, що ефективність психореабілітації залежить від передопераційної психологічної підготовки хворого. Востріков В.Є. і співавтори [28] також дотримуються думки, що проходження курсу психологічної реабілітації у хворих з кардіохірургічними втручаннями, дає можливість значною мірою домогтися регресу психопатопатологічної симптоматики у всіх кардіохірургічних пацієнтів.

Ряд інших авторів, аналізуючи психічні функції у хворих, що перенесли АКШ, відзначають велику вираженість когнітивних розладів у порівнянні з пацієнтами, що перенесли мармурно коронарне шунтування (виконується без застосування штучного кровообігу) [29]. Супутні психічні розлади, обумовлені вагою, тривалістю, особливостями перебігу основного захворювання, особистісними особливостями хворих, недостатньою результативністю оперативного втручання перешкоджають ефективній адаптації, реабілітації і надалі ресоціалізації. Найбільш часто спостерігається підвищення рівня тривоги відносно прогнозу.

Окремим підпунктом дослідження у кардіохірургічних хворих є дослідження їх типу особистості. На психічний статус хворого впливають такі фактори як: тип ставлення до хвороби, (тривожний; іпохондричний; неврастенічний; меланхолічний; апатичний; сенситивний; егоцентричний; паранояльний; гармонійний; ергопатичний), а також преморбідні особливості особистості (гармонійна; соціально-адаптована; гіперстенічна; тривожно-мінлива; ригідна; емоційно-лабільна; істероїдна; збудлива; інтровертована; паранояльна). Все це впливає на внутрішню картину хвороби, в сукупності отримана інформація дозволяє бачити різні форми психологічної компенсації, які в одних випадках сприяють конструктивним типам пристосувальної поведінки та оптимальної реабілітації, в інших — заважають функціонуванню на зниженому або спотвореному рівні.

До найбільш розповсюджених у хворих з психічними розладами непсихотичного регістру

відносяться п'ять типів внутрішньої картини хвороби: гармонійний, тривожний, іпохондричний, індіферентни, анозогностичний типи.

Багато авторів надалі вивчали роль типу особистості в розвитку серцево — судинних захворювань, однак отримані ними дані не були однорідними. Значна кількість наукових робіт присвячена вивченню різних характеристик особистості, що спричиняють розвиток психосоматичних захворювань. F. Dunbar (2002) описала «коронарну особистість», як агресивно — компульсивну з прагненням проводити багато часу в роботі й завойовувати авторитет. Пізніше був описаний тип особистості А — орієнтований на дію суб'єкт, що бореться за невизначені цілі методами ворожого суперництва, із властивим для них підвищеним рівнем холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів. Для особистості типу А характерно: амбіційність, велика жага до успіху, одержимість роботою, нетерпимість, запальність, агресивність, що поєднуються з підвищеним відчуттям відповідальності та пригніченням внутрішніх потягів шляхом контролю за своїми емоціями, що призводить до постійного ефекту напруги [30].

За результатами одних досліджень підтверджувалася роль типу особистості А (коронарний тип особистості) в підвищенні ризику виникнення серцево-судинних захворювань, в інших, істотних зв'язків між ними не було виявлено. У деяких дослідників були дані про відсутність зв'язку між виникненням ризику ускладнень при серцево-судинних захворювань та типом особистості А, а виявлений зв'язок з типом особистості В, особливістю якого є схильність до подавлення емоційного дистресу.

М. Friedman та співавтори (2000) у 10 пацієнтів із типом особистості А протягом 14 місяців проводили консультативну підтримку, направлену на зменшення відчуттів ворожості і браку часу. Після цього проводили повторне 24-годинне моніторування ЕКГ і виявили, що число ішемічних епізодів скоротилося з 6,6 до 3,1 за добу. Інші спроби модифікації неоптимальної поведінки пацієнтів із типом особистості А не дали позитивних результатів. Е. Billing та співавтори (1997), вивчаючи пацієнтів зі стабільною стенокардією, відзначили, що вони мали в житті більше стресових подій, високий рівень агресивності. В.Т. Волков і В.Ф. Виноградов (2003) показали, що у хворих на серцево — судинні захворювання часто зустрічаються порушення в системі міжособистісних взаємин, незадоволення становищем у суспільстві, зниження мотивації до праці та якості життя. У соціально-психологічній дезадаптації цих осіб провідну роль відіграють психоемоційні порушення самооцінки стану свого здоров'я, саме здоров'я. На початку

XX століття W. Osler описав деякі особливості хворих з грудною жабою, характеризуючи цих людей як сильних, впевнених у собі, схильних до напруженої, яскравої, емоційно забарвленої роботи, енергійних і честолюбних [31].

У 50-х роках був описаний психологічний тип А, який найбільш поширений в кардіології в даний час. Людини цього типу дослідники описували наступним чином: «Зазвичай він невеликого росту, лисючий, кремезний, середнього віку, чоловік з надмірною масою тіла, гарним апетитом. Його попільничка заповнена недопалками цигарок, під руками блокнот і набряклий портфель — символ невідкладних справ, жвавість розуму і напористість, поспіх в роботі, честолюбство і дух суперництва, дисциплінованість, раціоналізм, ставлення до роботи як до засобу для підвищення соціального становища».

В останні роки значно виріс інтерес дослідників і практичних лікарів до проблеми когнітивних порушень у кардіохірургічних хворих. Це пов'язано, в першу чергу, з великими перспективами психотерапевтичного впливу при цій формі в порівнянні з деменцією.

На синдромальному рівні виділяють два основних види порушення пам'яті:

- первинне порушення довготривалого запам'ятовування — «інструментальні» порушення;
- вторинне недостатність самостійного відтворення інформації — «динамічні» порушення.

В основі першого типу мнестичних розладів лежить патологія гіпокампу. Відмінними рисами даного типу порушень є значна різниця безпосереднього і відстроченого від пред'явлення матеріалу відтворення, неефективність підказок при відтворенні або смислової організації матеріалу. «Динамічні» порушення пам'яті розвиваються при патології підкоркових церебральних структур, їх зв'язків з лобовими частками головного мозку, іноді при нормальному старінні або емоційних розладах [32].

Існують дані, що однією з важливих причин нейропсихологічних порушень при кардіохірургічних операціях, які проводяться в умовах штучного кровообігу (ШК) та гіпотермії, може стати порушення церебральної перфузії. Однак, дослідження такого плану поодинокі [33,34]. У схожих дослідженнях когнітивні функції оцінювали використовуючи нейропсихологічні тести за схемою А.Р. Лурія та методики D. Wechsler [35]: оцінка слухомовної короткострокової пам'яті, продуктивності запам'ятовування і довготривалої пам'яті (запам'ятовування 10 слів, відтворення рядів цифр у прямому і зворотному порядку), оптико-просторовий праксис (проба Хеда), мислення (тлумачення прислів'їв і

приказок, «схожість»), дослідження просторового мислення (Проба Іеркса), динаміка психічної діяльності та уваги (таблиці Шульте, коректурна проба, «шифровка»).

Оцінку неврологічного стану проводили двічі: до операції і через 10-15 днів після АКШ. При цьому для зменшення ефекту тест-ретест, з огляду на незначний часовий проміжок між до операційний і раннім післяопераційним обстеженням, використовували чергування версій когнітивних проб. Дані нейропсихологічних тестів показують, що у всіх пацієнтів, підданих АКШ із застосуванням ШК, мало місце післяопераційне зниження короткочасної пам'яті в середньому на 22,4 % ($p = 0,033$), погіршення довготривалої пам'яті на 38,5 % ($p = 0,009$), зменшення продуктивності запам'ятовування на 23,6 % ($p = 0,005$). У меншій мірі негативний вплив операції на всі види пам'яті простерігалось при виконанні реваскуляризації міокарда на працюючому серці. Зокрема, погіршення цієї когнітивної функції (більш ніж на 20 %) спостерігалось лише у 55 % із загального числа хворих цієї групи. При цьому, післяопераційне зниження продуктивності запам'ятовування, а також короткочасної та довготривалої пам'яті склало відповідно 13,5 % ($p = 0,027$), 18,5 % ($p = 0,018$) і 27,5 % ($p = 0,01$). Зниження перфузії головного мозку та зумовлене цим погіршення якості виконання нейропсихологічних тестів у обстежених хворих після АКШ з ШК можуть бути обумовлені цілим рядом факторів, серед яких варто особливо виділити мікроемболію церебральних судин різного ступеня вираженості, а також розвиток транзиторної церебральної ішемії внаслідок зниження перфузійного тиску під час використання ШК. Незважаючи на наявність артеріальних фільтрів в контурі апарату ШК, у пацієнтів, підданих АКШ, можуть утворюватися мікроемболи. Незначне погіршення когнітивного статусу в ранньому післяопераційному періоді у деяких пацієнтів, оперованих без використання ШК, ймовірно, можна пояснити такими неспецифічними ефектами оперативного втручання, як психоемоційний стрес, анестезія, порушення сну, незнайома обстановка та інше. Деяке поліпшення когнітивних функцій і збільшення церебральної перфузії після операції може бути обумовлено поліпшенням загального стану хворого у зв'язку з нормалізацією гемодинаміки після реваскуляризації міокарда. З цією метою повинна проводитися медикаментозна, фізична і психологічна реабілітація хворих, спрямована на швидке повернення до звичного способу життя [36].

Найбільш чітко когнітивні порушення виявляються за допомогою вивчення найбільш складних функцій головного мозку (ГМ), за якими здійснюються процеси пізнання світу. До когнітивних функцій відносять: пам'ять, гнозис, мова, праксис та інтелект.

Багатофункціональні когнітивні порушення, тобто афазія, агнозія, амнезія або апраксія, зазвичай зустрічаються при локальних ураженнях тих чи інших відділів кори головного мозку. У той же час, більшість прогресуючих захворювань ГМ або судинної природи супроводжується поліфункціональними когнітивними розладами, відзначається одночасне пригнічення декількох (або всіх) когнітивних функцій. Відповідно до класифікації академіка РАМН М.М. Яхно (2005), виділяють: важкі, помірні і легкі когнітивні порушення [37].

Важкими когнітивними порушеннями (ВКП) називають моно- або поліфункціональні розлади когнітивної функції, які призводять до повної або часткової втрати незалежності і самостійності пацієнта [38].

Помірні когнітивні порушення (ПКП) представляють собою моно- або поліфункціональні розлади когнітивних функцій, які можуть призводити до труднощів у складних і незвичних для пацієнта ситуаціях [39]. Пацієнт з ПКП більш уразливий при будь-яких стресах, насилу

перемикається на новий об'єкт уваги і види діяльності, труднощі випробовують при збереженні і видаленні інформації [40].

Легкі когнітивні порушення (ЛКП) — визначаються у випадку зниження одного або декількох когнітивних функцій в порівнянні з початковим більш високим рівнем (індивідуальною нормою). ЛКП не впливають на побутову, професійну і соціальну діяльність.

Висновки

Психоемоційні симптоми (зниження критичної оцінки власного стану, порушення реалістичного сприйняття дій, рекомендацій, прогнозів лікаря, порушення адекватності реагування на події, відмова від госпіталізації і від лікування тощо) є результатом мозкових розладів, що спостерігаються при порушенні серцевої діяльності.

Більше 50 % кардіологічних пацієнтів мають виражені симптоми депресії.

Аналіз робіт за проблемою показав актуальність та необхідність психотерапевтичної допомоги і корекції кардіохірургічним хворим.

Література

1. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии // А.Т.Филатов, В.А.Скумин. — К: Здоров'я, 1985. — 72с.
2. И.М.Фуштей, З.В.Лашкуп, Ю.В. Коцюба Особенности ведения пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование в раннем и позднем послеоперационном периоде // Ліки України. — 2008. — № 9. — С. 12-18.
3. Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., Косов В.А. Медико-социальные аспекты реабилитации военнослужащих после хирургического лечения ИБС // РМЖ. — 2003. — Т.11, — № 9. — С. 48-50.
4. Newman S. Cardiac surgery and brain // Perfusion. — 1989. — Vol. 4. — P. 93-100.
5. Показания к проведению кардиохирургических вмешательств и ведение больных после операций на сердце: Методические рекомендации для семейных врачей, терапевтов, кардиологов // Под. ред. А.С.Никоненко Запорожье, 2005. — 31 с.
6. Рекомендации Европейского кардиологического общества по проведению перкутанных коронарных вмешательств. — К. — 2005. — С. 84.
7. Кирюхин О. Л., Гасанов Н. А., Ракица Д. Р. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца // Клиническая медицина — 2007. — № 8. — С. 29–32.
8. Михайлов Б. В., Черная О. В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта // Судинні захворювання головного мозку. — 2006. — № 4. — С.18-20.
9. Михайлов В. Б. Эмоциональные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт // Український вісник психо-неврології — 2009. — Т. 17. — С. 40-44.
10. Скачкова Н.И. Психологические особенности больных, согласившихся и отказавшихся от операции аортокоронарного шунтирования // Психовегетативные аспекты внутренней патологии. Сб. науч. трудов. — Тверь, 1992. — С. 26-29.
11. Шашков О.В., Побережная Н.В., Бабюк И.А. Психореабилитация кардиохирургических больных // Актуальні проблеми сучасної психіатрії. Харків, 2003. — С. 71-72.
12. Комиссаров С.И., Кузнецов А.С., Чекалова Е.Г. Психосоматические корреляции у больных, оперированных по поводу фибрилляции предсердий // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2003. — Т. 4, — № 1. — С. 13-16.
13. Крылов В.И. Динамика внутренней картины болезни у больных с тяжелыми формами аритмий при проведении постоянной электростимуляции сердца // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — Т. 85, — № 2. — С. 219-224.
14. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Психические расстройства и сердечно-сосудистая система. Сб. науч. работ. — М. — 1994. — С. 154-163.
15. Гусак В.К., Кузнецов А.С., Дзюгань С.А. Повреждение эндокардиального электрода с суицидальной целью // Клінічна хірургія. — 1992. — № 9-10. — С. 76.
16. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина // Кратк. Учебн. Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.

17. Михайлов В. Б. Эмоциональные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт // Украинський вісник психо-неврології — 2009. — Т. 17. — С. 40-44.
18. Яковлева О.О., Семененко С.І., Римша С.В. Проблема соматогенних депресій у хворих на ішемічну хворобу серця та їх корекція Флуоксетином // ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ — 2004. — № 106. — С. 16-20.
19. Фуштей И.М. Особенности введения пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем послеоперационном периоде // Ліки України — 2008. — № 9. — С. 31-35.
20. Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48-54.
21. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шалыкова С. А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС // Кардиология — 2005. — С.38-44.
22. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1. — С. 69-71.
23. Замотаев Ю.Н., Ерошина В.А., Кремнев Ю.А., Неботов С.Г., Мандрыкин Ю.В. Опыт применения методов психотерапевтической коррекции в реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования // Кремлевская медицина. — 2003. — № 1. — С. 22-25.
24. Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // Инсульт. — 2001, 2. — С.35-38.
25. Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 5. — С.36-39.
26. Изабудалаев З. Р. Эффективность алпрозолама (ксакса) при психических расстройствах у больных с лево- и правополушарным ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — № 3. — С.68-69.
27. И.М. Фуштей, З.В.Лашкуп, Ю.В. Коцюба Особенности ведения пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем и позднем послеоперационном периоде // Ліки України, 2008. — № 9. — С.5.
28. Востриков В.Е., Зубкова В.И., Шумкина М.И., Кумукова Б.Э., Левчук С.М., Прилепко Л.А., Ахматова С.Н., Обухова А.А., Головкин Г.Н., Дорохов С.И. Особенности санаторного этапа реабилитации больных ишемической болезнью сердца после кардиохирургических вмешательств // Кремлевская медицина. — 2003. — № 3. — С. 28-30.
29. Малиновский Н.Н., Беляев А.А., Хомская Е.Д., Олейникова Е.Н. Анализ психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 17-22.
30. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология — М. — 2005. — С. 253-255.
31. Е.А. Гаврилова Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания // Кардіологія. — 1999. — С. 2-4.
32. Грибачева И.А. Сосудистые когнитивные расстройства и современные подходы к их коррекции // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 58-60.
33. Н.Ю. Ефимова, И.Ю. Ефимова, В.И. Чернов, Ш.Д. Ахмедов Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия — 2002. — № 6. — С. 49-52.
34. Newman M.F., Croughwell N.D., Blumenthal J.A. et al. Analysis and interpretation of neuropsychological test in cardiac surgery // Ann. Thorac. Surg. — 1995. — Vol. 59. — P. 1326-1330.
35. Wechsler D. Wechsler Memory Scale- Revised. Manual. //New York: Psychological Corporation. — 1987. — P. 147-510.
36. Лядова К.В. Реабилитация кардиологических больных М.: Гэотар. — 2005. — С. 288.
37. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике //Неврологический журнал — 2006. — № 1 — С. 4-12.
38. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти — М: Гэотар — 2003. — С. 150.
39. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврол. Журнал — 2006. — №1. — С. 57-64.
40. Грибачева И.А. Сосудистые когнитивные расстройства и современные подходы к их коррекции // Материалы симпозиума: «Сердце — мозг» — 2009. — С. 58-62.

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

Клинико-психопатологическая и патоперсоналогическая характеристика нарушений эмоциогенеза и расстройств эмоциональной сферы у лиц с алкогольной зависимостью



Андрух П. Г.

Андрух П. Г.

Кафедра психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины

Резюме. Статья посвящена подробному медико-психологическому исследованию особенностей эмоциональной сферы пациентов, страдающих от химической зависимости (этанол). Отражены основные клинико-психопатологические и патоперсоналогические особенности лиц, у которых констатирована химическая зависимость. Представлены описания особенностей разрушения личности при употреблении наркотических веществ, отражены признаки характерные для клинической картины зависимости. Сопоставлены и проанализированы полученные результаты исследований, в которых определена связь аддикций с преморбидными особенностями личности. Представлен разработанный своеобразный паспорт эмоциональных нарушений при указанных видах химической зависимости, который включает подробное изложение эмоциональных изменений личности и эмоциогенеза.

Ключевые слова: психопатология, патоперсоналогия, эмоциогенез, личность, химическая зависимость, алкоголизм, аддикции, этанол.

Clinical-psychopathological and pathopersonological characteristics of disturbances of the emotiogenesis and emotional disorders of persons with alcohol abuse

Andrux P. G.

Resume. The article is devoted to detailed medical and psychological studies characteristics of emotional sphere of patients, suffering from the chemical dependency (etanol). Reflects the main clinical-psychopathological and pathopersonological especially those who have ascertained the chemical dependency. Presented describing the features of the destruction of personality at the use of drugs, the signs reflect typical clinical picture of dependence. We compared and analyzed the results of studies that defined relationship addiction with premorbid personality characteristics. Submitted developed a kind of passport emotional disorders in these types of substance abuse, which includes a detailed description of the emotional changes and emotiogenesis of personalit.

Key words: psychopathology, pathopersonology, emotiogenesis, identity, chemical dependency, alcoholism, addiction, etanol.

В настоящее время алкоголизация населения продолжает нарастать, и в силу этого все более актуальным становится изучение некоторых «сферных» расстройств, прежде всего эмоциональных, поскольку среди мотиваций к употреблению психоактивных веществ *гедонистическая* мотивация играет ведущую роль уже в силу существования потребностного цикла с гедоническим компонентом. То же справедливо и в отношении *подражательной* мотивации (и, отчасти, в отношении мотивации *атакратической*), поскольку именно на представлении о переживании гедонического компонента строится в данном случае наркотическая инициация. Это обуславливает теснейшую связь и взаимодетерминацию гедонизма и наркотизма [1].

Выявление же ведущего этиопатогенетического звена подобного плана является

необходимым для целей последующей психотерапии и реабилитации [2-4], поскольку в настоящее время в терапии зависимостей именно мотивационным системам отводится ведущая роль [5].

Традиционная клиническая классификация нарушений эмоций и чувств, подразумевающая категории патологических *усиления* и *ослабления*, а также *нарушения подвижности* и *адекватности*, не отражает полноты изменений эмоциональной сферы при алкоголизме, поскольку касается лишь семиотико-клинического аспекта. Вне рассмотрения остаются два важнейших компонента, а именно — существование эйфории от приёма наркотического средства (принцип гедонизма) и формирование специфической эмоциональной дефицитарности (достигающей уровня патоперсоналогии), а также динамический

аспект, виражаючийся в формуванні специфічного модуля інтронізації емоціональних переживань.

Крім того, в клінічній класифікації не враховується медико-психологічний аспект, а саме — порушення функцій емоцій: перевагування одних функцій (переключаючої, підкріплюючої, компенсаторної, побудительної, предвосхищаючої, дезорганізуючої) і ослаблення, вплоть до елімінації, інших (отражательно-оценочной, эвристической, синтетической, активизирующе-мобилизационной, экспрессивной).

Кожному психоактивному речовині властива специфічна, особа структура ейфорії, однак можна виділити і деякі загальні для всіх них властивості. Емоціональні переживання в стані алкогольного опьянения в цілому характеризуються, — за винятком наявності компонентів емоціональної приємності і емоціонального підйому, — наступними особливостями:

- неуправляемостью, произвольностью собственной психической деятельности;
- интрапсихической диссоциацией;
- протопатичностью (глубинностью, безотчётностью, необъяснимостью, невыразимостью);
- корреляцией с уровнем активности сознания.

Одною з найбільш соціально значимих і тому представляючих медико-соціальну небезпеку (в частині, в силу наявності інвалідизуючих соматических розладів) є залежність від алкоголю (в тому числі в силу його доступності і навіть «традиціоналістичності»).

Цілью нинішнього дослідження стало виявлення і аналіз основних клініко-психопатологічних і патоперсоналогічних характеристик порушень емоціогенезу, розладів емоціональної сфери і сопряжённої патології у осіб з залежністю від етанолу.

Нами було досліджено 200 осіб, що перебувають в відділенні політравми Харківської міської клінічної лікарні швидкої і неотложної медическої допомоги ім. А. І. Мещанинова з супутнім діагнозом: хронічний алкоголізм.

Було встановлено, що в результаті вживання етанолу формуються чотири складні організованих і ієрархічно підпорядкованих вектора:

- 1) екзогенний (ейфорія різної структури і частоти виникнення в результаті застосування наркотического засобу);
- 2) семиотический (функціональні емоціональні порушення);
- 3) патоперсоналогічний (специфічна емоціональна дефіцитність);

- 4) динамічний (інтронізація емоціональних переживань).

Результати проведених досліджень показали, що емоціональна сфера при залежності від етанолу характеризується наступними показателями:

- стереотипністю, однорідністю структури ейфорії;
- медленим формуванням і помірною вираженістю онтогенетического гедоніческого компонента;
- помірною швидкістю формування дефіцитності емоціональної сфери;
- низькою швидкістю розвитку емоціональних порушень;
- наявністю сопряжённості з іншими «сферними» розладами (прежде всего волевыми и интеллектуально-мнестическими);
- стереотипністю і компактністю симптоматики;
- низькою швидкістю формування «гомеостатического плато»;
- нерізким зниженням здатності до емпатії;
- наявністю критики до власного стану.

Для встановлення причин формування і закріплення різних форм аддиктивного поведінки важливе значення має вивчення особливостей досліджуваних осіб з залежністю від етанолу.

Для проведення даного психодіагностического дослідження нами була використана методика багатобічного дослідження особистості (MMPI). Важливою перевагою методики багатобічного дослідження особистості є можливість побудови усередненого профілю для будь-якої групи досліджуваних, виділеної з використанням зовнішнього по відношенню до методики критерію, методи варіаційної статистики дозволяють судити про належності того чи іншого спостереження до розглянутого ряду, про величину розкиду і про достовірність відмінностей між усередненими профілями виділених груп. При побудові усередненого профілю групи, репрезентативної для досліджуваної сукупності, нівелювання індивідуальних тенденцій, дозволяє оцінити особистісні якості, властиві групі в цілому. На основі отриманих даних було побудовано усереднений профіль особистості для групи досліджуваних. При побудові усередненого профілю в якості показників по окремим шкалам використовували середні значення для даної групи по окремим шкалам в Т-баллах (табл. 1). Наступним етапом дослідження з метою оцінки виявлених тенденцій, характерних для даної групи, проводили інтерпретацію отриманого профілю.

Таблица 1

Общая характеристика клинических шкал (в Т-баллах)

Группа обследованных	Клинические шкалы												
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
зависимые от алкоголя (n=200)	53	47	56	65	69	61	54	49	62	70	43	37	55

Необходимо отметить, что при построении усредненных профилей учитывались только те данные, где показатели оценочных шкал (L-лжи, F-достоверности, K-коррекции) находились в пределах нормативных значений, на основании которых мы судили о достоверности полученных результатов и адекватном отношении обследуемых к тестированию.

Усреднённый профиль личности обследованных лиц с зависимостью от алкоголя (рис. 1) отличался умеренным повышением ($p < 0,05$) на 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии), 3 (истерии), 6-й (аффективной ригидности), 7-й (психастении) и снижением на 9-й (гипомании) шкалах.

Тестовые показатели свидетельствуют о том, что для лиц, зависимых от алкоголя, характерным является выраженный эмоциональный дискомфорт, связанный с соматическими ощущениями, которые касаются не какой-нибудь одной функции и определённой системы организма, а общего самочувствия, работоспособности, жалоб на нарушение различных соматических функций и неприятные физические ощущения. Исходно повышенное внимание к себе сочетается с недостаточной способностью контролировать свои эмоции, склонностью к постоянным жалобам, постоянной озабоченностью своим физическим состоянием, пессимизмом. Поглощённость внимания собственным физическим состоянием приводит к высокой резистентности поведения по отношению к внешним воздействиям, которая проявляется в упрямстве и несговорчивости. Пациентам свойственны сниженное настроение, раздражительность,

жалобы на недостаточность внимания и понимания со стороны окружающих (1-я шкала).

Пик профиля на 2-й шкале свидетельствует о внутренней напряжённости, неуверенности, сниженной самооценке, пессимистической оценке перспективы. Наименее выраженным расстройством в этом случае является ощущение внутренней напряжённости, нарастание которой приводит к затруднениям в дифференцировании значимых и незначимых раздражителей. Дальнейшее нарастание выраженности тревожных расстройств приводит к возникновению собственно тревоги. Явления тревоги, характеризующиеся нарушением психического и физического гомеостаза, возникают в связи с рассогласованием потребностей и стереотипа поведения, направленного на удовлетворение этих потребностей. На психологическом уровне они обычно характеризуются пессимистическим настроением, замкнутостью, застенчивостью. У них имеется выраженная потребность в глубоких и прочных связях с окружающими, угроза разрыва которых может приводить к депрессии. Они дорожат их оценкой, пытаются привлечь и удержать их внимание, сохранить с ними близость, при этом испытывают чувство вины и гнева, направленного на себя.

Характерной особенностью лиц, зависимых от алкоголя, является устранение тревоги за счет вытеснения из сознания обуславливающих ее факторов и выраженной тенденции к демонстративному поведению. Однако способность к вытеснению затрудняет формирование устойчивого поведения, так как из сознания вытесняется

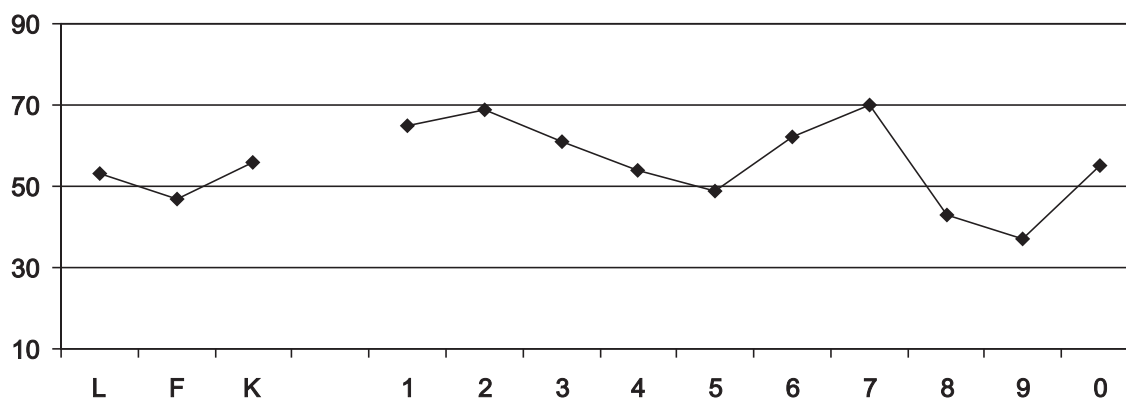


Рис. 1.

Усреднённый профиль личности лиц, зависимых от алкоголя

информация не соответствующая данной ситуации, необходимая для адекватного взаимодействия с окружающими. Однако эмоциональные затруднения и напряженность в межличностных контактах ими отрицаются, при этом акцент делается на тяжести своего соматического состояния, которое используется как средство давления на окружающих, уменьшения напряженности, способ разрешения конфликтных ситуаций и избегания ответственности. Неспособность формирования устойчивых установок и поведения на основе полученного опыта и потребности удовлетворения сиюминутного желания приводит к построению поведения методом «проб и ошибок». Либо эффективные в прошлом формы поведения, позволившие достичь удовольствия и удовлетворить желания, повторяются по типу «клише» в независимости от их адекватности согласно изменившейся ситуации. Они ищут признания и поддержки и добиваются этого настойчивыми действиями (3-я шкала).

У них отмечаются длительно неугасающие отрицательные эмоции, связанные с невозможностью немедленного удовлетворения своих потребностей. «Застревающий аффект» подвергается интенсивной идеаторной переработке в сочетании с обидчивостью и жалобами на недостатки окружающих, настороженным обдумыванием их действий. Действия других людей они воспринимают как ущемляющие их личность, собственные трудности рассматривают как следствие чужих недостатков или недожелательного отношения (6-я шкала).

Выявленная аффективная ригидность в единстве с депрессивными тенденциями (сочетание 2-й и 6-й шкал) отражают выраженную дисгармоничность, при которой аффективно насыщенные концепции и подозрительность обследуемых приводят к разрыву межличностных связей, что вызывает у них тревогу и депрессивные реакции. Трудности, возникающие у них в межличностных отношениях, и ожидание враждебных действий окружающих вызывают стремление избежать разочарования, путем ограничения контактов и тем самым ведут к нарушению социальной адаптации.

На дисгармоничность указывает также одновременное стремление ориентироваться на внешнюю оценку с вытеснением отрицательных сигналов от окружающих и ощущение враждебности с их стороны с фиксацией и переработкой этих сигналов (сочетание 3-й и 6-й шкал). Враждебность и эгоцентричность лиц, зависимых от алкоголя затрудняют их правильную ориентацию в ближайшем окружении. При попытке блокировать проявления этих тенденций у них возникает тревога и напряженность (2-я шкала).

Пик на 7-й шкале указывает на формирование ограничительного поведения, связанного с их постоянной готовностью к возникновению тревожных реакций. Характерными их проявлениями являются сензитивность, тревожность, немотивированные опасения, неуверенность в себе, низкая самооценка. У них отсутствует способность дифференцировать реально значимое и малозначительное, поэтому круг стимулов, получающих эмоциональную значимость, неограниченно расширяется, что в свою очередь обуславливает недостаточную способность к концентрации внимания, сомнения при необходимости принять решения. Стремление придерживаться старых форм поведения, которые представляются (может и ошибочно) надежными, так как уже проверены, возникает в ответ на новые стимулы, которые воспринимаются как потенциально угрожающие.

Присущая им склонность к мрачной окраске ситуации и пессимистичной оценке перспективы, а также ощущение собственной недостаточности сочетаются со снижением продуктивности, инициативы и ощущением подавленности (сочетание 2-й и 7-й шкал). Присущая им потребность во внимании, признании, демонстративном поведении и снижение социальной спонтанности приводит к большей критичности и болезненным реакциям на отрицательные сигналы со стороны окружающих (сочетание 3-й и 7-й шкал).

Незначительное снижение профиля на 9-й шкале подтверждает выявленные ранее снижение активности, недостаток побуждений и неспособность испытывать удовольствие, а также легко возникающее чувство вины и недостаточную оценку собственных возможностей.

Дисгармоничное сочетание депрессивных и демонстративных тенденций в личностном профиле свидетельствует об интрапсихическом конфликте обусловленном противоречием между эгоцентризмом с ориентировкой на собственные желания и потребности и выраженной потребностью в глубоких и прочных связях с окружающими со снижением ценности собственных потребностей (сочетание 2-й, 3-й и 9-й шкал). Их поведение ориентировано на поддержку, внимание и сочувствие окружающих, что достигается за счет соматических жалоб с целью давления на окружающих и в конечном итоге затрудняет адаптацию в ближайшем окружении.

Таким образом, усредненный профиль личности больных с зависимостью от алкоголя свидетельствует об устойчивом внимании к собственным соматическим ощущениям; тревожности, сниженном настроении, внутренней напряженности, неуверенности, пессимистической оценке будущего. Демонстративное поведение

и ощущение недостаточности внимания и понимания со стороны окружающих сочеталось с длительно неугасающими отрицательными эмоциями, что явилось дисгармоничным проявлением личности и привело к нарушению социальной адаптации.

Следующим этапом данного исследования было изучение личностных проявлений и выявление тех особенностей личности, которые характерны для лиц с зависимостью от этанола.

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что для всех лиц, зависимых от алкоголя, характерна незаинтересованность испытуемых представить себя в возможно более выгодном свете, продемонстрировав строгое соблюдение социальных норм (средние нормативные значения по шкале L).

Повышение профиля в его левой половине (одновременно на 1-й, 2-й и 3-й — шкалы «невротической триады»), связанное с недостаточностью физических и психических ресурсов для реализации мотивированного поведения, направленного на реализацию актуальных потребностей. Такое неадаптивное поведение представляющее выражение интрапсихического конфликта, было характерно только для лиц с зависимостью от алкоголя ($p < 0,05$).

Усредненные профили личности этой группы обследованных характеризовались достоверно ($p < 0,05$) высокими значениями на 6-й шкале, что свидетельствует о том, что у лиц с зависимостью от этанола отмечается ригидность аффекта с построением трудно корригируемых установок или концепций, благодаря чему аффект представляется обоснованным и контролируемым, а поведение определенным. Интенсивная разработка концепции обеспечивает ощущение адекватности эмоций и позволяет сохранить приемлемое мнение о собственной личности. К окружающим относятся с подозрением, их действия воспринимают аффективно, как ущемляющие личность, что ведет к межличностным конфликтам.

Ограничительное поведение, связанное с их постоянной готовностью к возникновению тревожных реакций, сензитивность, неуверенность в себе, низкая самооценка, о чем свидетельствует пик на 7-й шкале, также было характерным проявлением для зависимых от алкоголя.

Низкие значения показателя гипомании (9-я шкала) были характерны (отличия достоверны $p < 0,05$) для зависимых от алкоголя, что свидетельствует о недостатке побуждений, неспособности испытывать удовольствие, чувстве вины и недостаточной оценке собственных возможностей.

Усредненные профили личности трех этой группы обследованных характеризовались средненормативными значениями на шкале L

и достоверно ($p < 0,05$) высокими значениями на 6-й шкале, что свидетельствует об отсутствии желания у зависимых от этанола представить себя в более выгодном свете перед исследователем и длительно неугасающих отрицательных эмоциях с построением трудно корригируемых концепций и подозрительным враждебным отношением к окружающим.

Лица, зависимые от алкоголя, характеризовались умением вытеснять тревогу с формированием демонстративного поведения, эгоцентризмом, склонностью трактовать жизненные затруднения за счет тяжести своего соматического состояния, которое используется как средство давления на окружающих и способ разрешения конфликтных ситуаций (3-я шкала).

У лиц, зависимых от алкоголя, отмечались высокие значения показателей на 2-й шкале, что свидетельствовало о тревожных расстройствах, внутреннем напряжении, сниженной самооценке, пессимистической оценке перспективы.

Таким образом, усредненный профиль личности больных с зависимостью от алкоголя свидетельствует об устойчивом внимании к собственным соматическим ощущениям; тревожности, сниженном настроении, внутренней напряженности, неуверенности, пессимистической оценке будущего. Демонстративное поведение и ощущение недостаточности внимания и понимания со стороны окружающих сочеталось с длительно неугасающими отрицательными эмоциями, что явилось дисгармоничным проявлением личности и привело к нарушению социальной адаптации.

В рамках 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 этанола устойчивые личностные факторы, обуславливающие их поведение. Была предпринята попытка выявить характерные комбинации относительно независимых свойств для лиц с зависимостью от алкоголя и провести сравнительный анализ этих комбинаций, которые являются «уязвимыми звеньями» патогенеза и, следовательно, — мишенями психотерапевтических и реабилитационных воздействий.

Результаты исследования лиц с зависимостью от алкоголя (рисунок 2) 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.

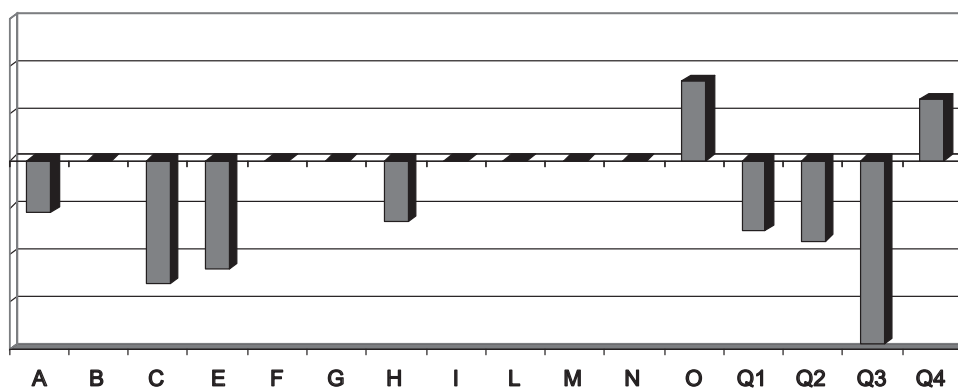


Рис. 2

Усредненные значения личностных факторов обследованных с зависимостью от алкоголя (n = 200)

Для лиц с зависимостью от алкоголя были характерны выраженная импульсивность, низкий контроль поведения (Q3-), гипотимия или склонность к чувству вины (O+), фрустрированность, напряженность (Q4+), конформность, зависимость (E-), слабость «Я», неустойчивость эмоций (C-), сизотимия, отчужденность (A-), слабость «Сверх-Я», тректия или робость (H-), ригидность, консерватизм (Q1-), социабельность, зависимость от группы (Q2-).

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 усталыми 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, озабоченность, 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.

На основании проведенных исследований был сформирован своеобразный **паспорт эмоциональных нарушений** при алкоголизме и наркоманиях, отражающий нарушения процессов и стадий эмоциогенеза.

К первой группе была отнесена позиция *структура эйфории*, которая расценивается в качестве «чистой» экзогении.

Ко второй группе были отнесены позиции *характер симптоматики, скорость развития эмоциональных нарушений и сопряжённость с иными «сферными» расстройствами*.

К третьей группе были отнесены позиции *наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы, скорость*

формирования «гомеостатического плато», способность к эмпатии и наличие критики к собственному состоянию.

К четвертой группе была отнесена позиция *онтогенетический гедонический компонент* (под которым понимаются запоминание и значимость позитивного эмоционального переживания, опыта).

Было установлено, что особенности эмоциогенеза у лиц с зависимостью от алкоголя характеризуются сохранностью основных процессов и стадий эмоциогенеза, что объясняется более поздним развитием деформирующих и разрушающих патоперсоналогических воздействий и относительно медленной скоростью их развития.

Література

1. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / А. В. Батаршев. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. — 320 с.
2. Диагностика личности. Методики и тесты. Учебное пособие по психологии семейных отношений. — Самара: Издательский Дом БАХРАХ — М., 2004. — 736 с.
3. Кирпиченко А. А. Концепция качества жизни и ее особенности у женщин с алкогольной зависимостью / А. А. Кирпиченко // Белорусский медицинский журнал. — 2003. — №1. — С. 51-54.
4. Кирпиченко А. А. Сравнительная клинико-психологическая характеристика личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью / А. А. Кирпиченко // Здравоохранение. — 2002. — №8. — С. 12-13.
5. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. — С. 192.

УДК: 616.89-008:004-036-07-084

Аналіз сучасного стану психічних та поведінкових розладів пов'язаних з патологічним використанням комп'ютеру та інтернет-мережі



Мельник В. О.

Мельник В. О.

Одеський обласний психоневрологічний диспансер, м. Одеса

Резюме. Автором проведено сбор данных, которые свидетельствуют про актуальность проблемы компьютеромании сегодня, практически по всем странам, где компьютер и Интернет являются доступными для среднестатистического пользователя. Проведен детальный анализ полученных фактов, сформулированы выводы и приведен авторский взгляд на пути решения указанной проблемы.

Ключевые слова: компьютеромания, Интернет, поведенческая зависимость.

The analysis of the modern state of psychical and behavior disorders related to pathological using computer and internet

Melnyk V. O.

Resume. An author is conducting the capture of data which testify about actuality of problem of pathological using computer and Internet today, practically on entire countries, where a computer and Internet are accessible for an average user. The detailed analysis of the got facts is conducted, conclusions are formulated and an author look is resulted on the way of decision of the indicated problem.

Key words: pathological using computer and Internet, behavior disorders.

Дефініція комп'ютероманія є досить новою для сучасної науки, так саме, як і поведінкова залежність, яку вона визначає [1-3]. В нашій країні, цей термін увійшов до використання майже у останні десять років, з поширенням комп'ютерів у оселях та доступності можливості, щодо підключення нагаданих пристроїв до Інтернет-мережі [4, 5]. Але у більш розвинених країнах, з точки зору техногенних впроваджень, ця хвороблива пристрасть заявила про себе років на десять раніше, і якщо згадати, то в Україні, на той час вже в самостійної державі, на початку дев'яностих років почали з'являтися ігрові приставки, типу Nintendo, spectrum та інші [1, 3]. І мешканці, у першу чергу великих міст почали засвоювати новий для себе спосіб проведення власного часу відпочинку за цим цікавим заняттям, а деякі особи вже і не тільки час відпочинку, а й час призначений для праці, навчання чи для виконання інших власних обов'язків, тобто почали виявлятися перші особистості, що схильні до формування цього типу залежності [6]. Поява перших комп'ютерних аддиктів не викликала масової уваги до цього нового явища і тільки з часом, коли коло залежних почало поширюватись у геометричній прогресії прямопропорційно поширенню комп'ютерів у приватної власності населення та інформації про те, що це не є забавою, чи дитячою грою, а має всі признаки хвороби залежності, тільки після цього суспільство звернуло увагу, науковці почали

вивчати, а лікарі та психологи замислюватися про те, як подолати цей новий недуг [7, 8]. До загальної інформації, й сьогодні, хвороба під назвою комп'ютероманія не включена у сучасну класифікацію існуючих хвороб МКХ-10 [9], що свідчить про її досить не тривалу історію виникнення, а тому й актуальну до пошуків шляхів її вирішення у сучасній площині розуміння комп'ютероманії, саме як психічної хвороби. Також не відома кількість патологічних користувачів комп'ютеру та Інтернету, як в загальному світовому масштабі, так і по окремих країнах.

Нами здійснена спроба зібрати у доступній літературі дані стосовно сучасного стану проблеми комп'ютерної залежності, динаміки її клінічної та соціальної картини за останні роки, з'ясувати ефективність існуючих способів по боротьбі з вказаним недугом й на тлі отриманої інформації у подальшій роботі у вказаному напрямку дослідження розробити власні шляхи по вирішенню поставленої проблеми.

За поглядами фізіологів, комп'ютероманія, а точніше тривала робота за комп'ютером супроводиться значною напругою зоровий, серцево-судинний, ендокринний, імунний, центральний нервової та інших систем, а також м'язів спини і плечового поясу [10]. І хоча до цих же проблем можна прийти і без комп'ютера, ведучи неправильний спосіб життя, він є додатковою причиною недостатнього відпочинку, малорухливого

способу життя, нераціонального живлення і так далі, що в загальні з додатковим інформаційним навантаженням та впливом іншими негативних чинників, про які ми поговорили надалі, й призводять до комплексного ураження систем організму, як при різноманітних аддикціях хімічного та поведінкового ґенезу.

Робота за комп'ютером є особливим видом інформаційно-аналітичної діяльності, пов'язаним перш за все з необхідністю підтримки на високому рівні продуктивності процесів сприйняття, уваги і переробки інформації [1]. Аналіз основних ритмів ЕЕГ дорослих дозволив передбачити, що даний вид діяльності є високим інтелектуальним навантаженням, що вимагає значної концентрації уваги і розумової напруги [11, 12]. Тобто все це підкреслює, що використання комп'ютеру потребує від користувача високого ступеню активації головного мозку, і коли такий процес довготривалий, він швидко виснажує нейромедіаторні депо, які у молодому та юнацькому віці ще не підготовлені до подібних навантажень внаслідок незрілості адаптаційних механізмів і з іншого боку, як наслідок природної пластичності мозкових структур за короткий термін формують нові шляхи межсинаптичної передачі електричного імпульсу по закріпленим каналам патологічно типу, а це вже ознаки хвороби залежності [13] (наприклад, схильні механізми та наслідки відбуваються при формуванні опійної та інших видах наркоманії [14]).

Важливо враховувати, що людина вимушена довгий час підтримувати специфічну робочу позу, розглядаючи дрібні значки на екрані монітору, що світиться та непомітно пульсує. Тому йдеться про чинники ризику, це електромагнітне поле, нерівномірна яскравість монітора, статична поза та інші. Поряд з дослідженням впливу окремих компонентів підкреслюється є необхідність вивчення їх сукупної дії. Так дослідники проблеми з'ясували, що під впливом фізичного навантаження і розумової напруги під час користування комп'ютером у дорослих виявлено значне зниження активності парасимпатичної нервової системи, почастішання серцевого ритму та збільшення артеріального тиску, а також виявлені істотні зміни тонуусу церебральних судин та об'ємного мозкового кровотоку під час тривалої роботи за комп'ютером у старшокласників [15].

Фахівці виділяють діагностичні критерії, що допомагають визначити наявність патологічної пристрасті по відношенню до користування комп'ютером, та підрозділяють їх на два типи: психічні й фізичні [1, 4]. Де, більшість з психічних ознак такі ж, як і при аддикціях іншого типу. Серед найбільш поширених, це «втрата контролю» над часом, невиконання обіцянок та доручень, даних собі або іншим, що стосуються зменшення

періоду, проведеного за комп'ютером, виправдання власної хворобливої поведінки. Важливими симптомами є змішане відчуття радості та провини під час «роботи» перед монітором, знервована поведінка, у випадку, якщо по яких-небудь причинах тривалість такої роботи обмежується. А фізичні аспекти комп'ютерної залежності, окрім вже перерахованих, характеризуються загальним виснаженням організму, тобто хронічною втомою. Як правило, особи, що страждають комп'ютерною залежністю, нехтують необхідною тривалістю сну та відпочинку. При цьому ейфорія і схвилюваність можуть маскувати стомлення, що стає причиною ще більшої подальшої втоми та загальної астенизації [1, 3, 5, 8].

Користування Інтернетом, робота за комп'ютером або деякі відеоігри у розумних межах можуть бути навіть корисними для людини як засоби, що розвивають увагу, логіку і мислення [4]. Проблеми та саме хвороба, з'являється, коли час, що проводиться за комп'ютером, перевершує допустимі межі і виникають патологічна пристрасть і необхідність знаходитися у онлайн-режимі більше допустимого, що й веде, як до психологічних, соціальних проблем і до втрати гармонійного, рівноважного здоров'я.

Комп'ютерна індустрія, а особливо її розважальна галузь розвивається вельми швидко. Наприклад з'являються ігри всіляких типів: від банальних «квачів» та «головоломок» до складних спортивних тренажерів й віртуальних ролевих сюжетів.

Кажучи про шкідливість наслідків, коли зір та м'язи можуть зіпсуватися за допомогою клавіатури, миші або монітора, то на психіку в першу чергу безпосередньо впливають самі ігри та Інтернет. Зі слів хворих, це те, що «затягує», від чого неможливо відірватися, без чого більше не представляєш власне життя, – досить нагадує різновид маніакальної одержимості [1, 5]. Й не враховуючи, що у наш час термін комп'ютероманія все ще офіційно не визнаний багатьма фахівцями, проте сам феномен став очевидним і набуваючи все більшого поширення та розмаху. Аналіз літературних джерел довів, що характерними особливостями залежностей різного типу є: прагнення роздобути об'єкт, поведінку, направлену на його придбання, зниження критичного відношення до негативних сторін життя, свого зовнішнього вигляду і задоволення інших потреб [16]. І у тих прикладах, де дорослі більш менш усвідомлено роблять свій вибір, то діти часто стають заручниками поведінкових патернів інших та наприклад, способу життя батьків. Вони швидко пристосовуються до навколишньої дійсності, у тому числі і до віртуального світу. Багато змін у юнаків та підлітків відразу

можна й не відмітити «неозброєним оком», а досвідчений педагог або психолог часто просто не зустрічається з такими проблемними особистостями [17]. З таких хворобливих особливостей, важливо підкреслити емоційний стан, у якому домінує підвищена агресивність, можливі спалахи насильства. Дитина перестає фантазувати, стає нездбною створювати власні візуальні образи, насилу узагальнює і аналізує різноманітну інформацію. Також, як не дивно комп'ютер може стати причиною довготривалих порушень психічного та інтелектуального розвитку. У так званого «комп'ютерного покоління» гірше працюють деякі види пам'яті, спостерігаються емоційна незрілість, безвідповідальність [1, 4, 16]. Деякі дослідники розділяють комп'ютерну залежність від ігор та від неігрових форм (наприклад, програмування і робота з Інтернетом) [2, 5]. У свою чергу, у зв'язку з розподілом ігор на рольові та нерольові, окремо розглядають залежність від перших та других [1, 17]. На думку вчених, найбільшу небезпеку представляють ролеві ігри, що породжують якісно новий рівень залежності, найпотужнішої, що є, по ступеню впливу на особу, це так звані «стрелялки», що характеризуються вельми примітивним сюжетом заснованим на насильстві [16, 17]. Вони можуть негативно позначитися на психіці і стати причиною надмірної агресивності реалізованої у реальної площині матеріально світу, приклади ми інколи чуємо у новинах, про те як підлітки розстрілюють з огнестрільної зброї своїх співучнів, батьків, педагогів та випадкових перехожих.

Комп'ютероманія та супутня Інтернет-залежність зазвичай є симптомами прихованої проблеми, яка присутня в сім'ї ще до того, як комп'ютер увійшов до життя людини. Ця проблема може включати і недостатнє родинне спілкування, і розбіжності в педагогічних підходах до виховання дітей, і відмова від підтримки батьків. Залежні від Інтернету користувачі з психологічними проблемами можуть піти по «простій» дорозі, вибравши віртуальне спілкування, як основне і посиливши таким чином свої проблеми, один з варіантів психологічного аутозахисту. Типова ситуація: підліток не уміє спілкуватися, заводити друзів і має непереборну боязкість в спілкуванні з однолітками, особливо з представниками протилежної статі. І тут на допомогу приходить всесильна віртуальна Мережа чи на сленгу Павутина. Всілякі чати та форуми – місце, де вам ради, де ви з легкістю знайдете однокумців, друзів або на худий кінець співбесідників, де можливо бути таким, як сам забажаєш, просто задавши параметри власного статусу, не прикладаючи не яких зусиль для того, щоб їм відповідати на справді. На думку вчених, першими чинниками виникнення комп'ютерної залежності

є розвинена у людині пізнавальна потреба, що дісталася нам по генетичному спадку від тварин у вигляді трансформованого дослідницького інстинкту, який є досить потужним мотивуючим базовим чинником поведінки. Тварина, якою керує подібний інстинкт, забуває про небезпеку і може загинути ради пізнання. Тобто дослідницький інстинкт, інколи може пригнічувати навіть дуже потужний інстинкт самозбереження [4, 8]. Не треба доказувати, що людина це мисляча істота та інформація для неї має велике значення, а комп'ютер підключений до мережі Інтернет є потужним інструментом її отримання, обробки і зберігання, крім того, завдяки ньому стали доступними різні види інформації [9, 13, 16]. Саме ця особливість найпривабливіша для людей, що мають комп'ютерну залежність, оскільки в певному значенні вони страждають порушенням процесів обміну інформацією. Отже, поява Інтернету створила можливість так званого інтерактивного спілкування, привабливого для людей відчужених і не впевнених у собі, для яких поширився горизонт можливостей задоволення власних інформаційних потреб.

Ознаками безпосередньо Інтернет-залежності є постійне нав'язливе бажання перевіряти електронну пошту, тривале просиджування у чатах, неконтрольоване бажання пошуку і читання різного роду інформації, проходження нових все більш складних рівнів гри та багато іншого. Тому як, ми бачимо прояви хвороби вельми різні, що потребує подальшого дослідження, нагляду та систематизації останніх, як формування тла для ефективної адекватної терапії про яку ми поговоримо у наступних публікаціях.

Висновки

1. Комп'ютерна залежність є вельми поширеним сьогодні аддиктивним розладом, який вимагає щільної уваги з боку лікарів та суспільства з метою вирішення питань стосовно допомоги вказаним аддиктам та розробки заходів по її профілактики, щодо виникнення у майбутньому.
2. Досі не існують статистичні дані стосовно загальної кількості залежних та особливостей найбільш уразливих груп населення, подібні дослідження є штучними та проведеними на окремих, обмежених вибірках, тому необхідно додаткові поширенні дослідження з використанням сучасних інформаційних технологій (Інтернет-форуми, чати та побудова інших тематичних ресурсів).
3. Досліджуючи динаміку клінічних та соціальних особливостей комп'ютерної залежності, ми дійшли висновку, що картина комп'ютероманії змінюється, як у діапазоні віку хворих, так і по ступеню вираженості

симптомів хвороби та виникнення додаткових пов'язаних з основним патогенним ланцюгом проблем.

4. Сучасні існуючі методи та способи допомоги (як психокорекційні, психотерапевтичні, фармакологічні, так і профілактичні, педагогічні та загально-соціальні)

комп'ютерним аддиктам не є достатньо ефективними, не повністю відповідають сучасним умовам та взагалі не є у достатньо мірі доступними, тому нами власноруч проводиться розробка та клінічне апробування авторських способів допомоги патологічним комп'ютеро-залежним.

Література

1. Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л. Н. Юрьева Т. Ю. Больбот // Монография. — Днепропетровск: «Пороги», 2006. — 196 с.
2. Якушина Е. В. Подростки в Интернете: специфика информационного взаимодействия / Е. В. Якушина // Педагогика. — 2001. — № 4. — С. 55–61.
3. Електронне джерело: http://zn.ua/HEALTH/kompyuteromaniya_eto_bolezn-3482.html
4. Больбот Т. Ю. Профілактика і корекція комп'ютерної залежності в осіб молодого віку // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2005. — № 2. — С. 139–142.
5. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії — 2007. — № 1 (11). — С. 136–145.
6. Фомичева Ю. В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми / Ю. В. Фомичева, А. Г. Шмелев, И. В. Бурмистров // Вестник МГУ. — 1991. — Сб. № 14. — С. 27–39.
7. Бадмаев С. А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников / С. А. Бадмаев // М.: Изд-во «Магистр», 1997. — 96 с.
8. Murray J.B. Computer addictions entangle students / J.B. Murray // APA-Monitor. — 1996. — N 27. — P. 38–39.
9. Електронне джерело: http://zdd.1september.ru/view_article.php.ID=20090403
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб: Оверлайн, 1994. — 287 с.
11. Иващенко О. И. Спектральные основы ЭЭГ психопатических личностей с возбудимыми и тормозными чертами / О. И. Иващенко, Б. В. Шостакович, Е. М. Огарок // Соц. клинич. психиатрия. — 1998. — Т. 8, № 1. — С. 15–26.
12. Beridge C. W. Effects of locus coeruleus activation on electroencephalographic activity in neocortex and hippocampus / C. W. Beridge, S. L. Foote // J. Neuroscience. — 1991. — N 11. — P. 135–145.
13. Мельник Е.В. Про природу хвороб залежності (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші) / Е.В. Мельник // Одеса: Вид. «Чорномор'я», 1998. — 400 с.
14. Иванец Н. Н. Психотерапевтически-реабилитационный подход к лечению больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С.11–16.
15. Иванов М.С. Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека. <http://www.flogiston.ru>
16. Black D. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior / D. Black, G. Belsare, S. Schlosser // J. Psychiatry. — 1999. — N 7. — P. 839–844.
17. Shotton M. A. Computer Addiction? A study of computer dependency / M. A. Shotton // J. Affective Disorders. — 1998. — N 5. — P. 56–59.

УДК: 616.895-008

Аналіз сучасного стану проблеми алкогольних психозів



Аймедов К.В.



Возний Д.В.

Аймедов К. В., Возний Д. В.

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме. Автором отобрано состояние проблемы алкогольной зависимости, особенностей её клиники с учетом различных современных факторов, особое внимание уделено алкогольным психозам, которые являются весьма важными и небезопасными для больного. Приведен системный анализ обзора мировой литературы по указанной проблематике.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольные психозы, клиника алкоголизма.

Analysis of the modern state of problem of alcoholic psychoses

Aymedov K. V., Vozniy D. V.

The Odessa regional clinic of psychiatry № 1

Resume. An author is represent the state of problem of alcoholic dependence, features of its clinic taking into account different modern factors, the special attention is spared alcoholic psychoses which are essential and unsafe for a patient. The analysis of the systems of review of world literature is resulted on indicated problem.

Key words: alcoholic dependence, alcoholic psychoses, clinic of alcoholism

Алкогольні напої відомі людству вже тисячі років, с того самого часу, як людина побачила існування процесу бродіння та пристосувала його для власних господарських потреб [1]. Практично с того самого часу і починається епоха одного з самих розповсюджених та давно відомих аддиктивних захворювань — алкоголізму. Не зважаючи на вельми тривалий термін існування даної патології та впроваджені засоби по його викоринюванню, людство поки, що не змогло остаточно вирішити це питання [2-4]. Розповсюдженість якого сьогодні також вражає, за даними різних дослідників, в Україні осіб, що страждають на будь яку форму алкоголізму нараховується більш одного мільйону осіб, в Росії більш двох с половиною мільйонів [5-7], у світі за даними ВОЗ це приблизно сто двадцять мільйонів осіб, по різних країнах показники різні та варіюють, наприклад у Франції це біля 4 % населення, в Канаді 1,6 % та т.і. [8, 9]. Про реальну поширеність алкоголізму можна судити дуже приблизно, оскільки лише частина хворих алкоголізмом потрапляє у поле зору лікарів [10]. Цифри поширеності алкоголізму вельми неточні, особливо в країнах, де терпимо відносяться

до вживання спиртних напоїв [7, 8]. Поширеність та тенденції розвитку алкоголізму оцінюють за низькою показників, один з найважливіших серед яких, це кількість вживання абсолютного алкоголю на душу населення у рік, що опосередковано вказує на взаємозв'язок даного показника та числа осіб, які є алкоголь-залежними. Зростання вжитку абсолютного алкоголю на душу населення завжди супроводжується збільшенням кількості хворих алкоголізмом [6]. Дослідники та статистичні установи мають і інші інструменти оцінки розповсюдження алкоголізму, це так звані непрямі показники наркологічної ситуації, що пов'язані з порушеннями робочої дисципліни, кількості розлучень, відсотком виробничого браку, дорожньо-транспортними випадками та інше, а також числом померлих від травм, нещасних випадків і отруєння й померлих безпосередньо в результаті отруєння алкоголем і його похідними. Вивчення всього перерахованого загалу інформації приближує нас до розуміння дійсних масштабів захворювання. Зростає доля жіночого населення, серед хворих алкоголізмом, співвідношення жінок і чоловіків знаходиться сьогодні між 1:5 та 1:2, хоча

в недавньому минулому цей показник складав 1:12, а інколи і менше [6, 7].

Особливу увагу слід приділяти алкогольним психозам, доля яких в популяції у продовж років має зміни та протиположну динаміку, наприклад, у радянські часи, за термін дії антиалкогольної компанії (1985 — 1987 рр.) вжиток алкоголю, що реалізовується через державну торговельну мережу з розрахунку на душу населення, знизився з десяти літрів у 1984 році до 3,2 літрів у 1987 році, а це практично у три рази, при цьому кількість тих, що стали на облік у наркологічному диспансері продовжувало нестримно зростати та до 1987 року досягло двох тисяч осіб на сто тисяч населення [11]. Проте, за цей же час у 3,2 разу знизився відсоток страждаючих алкогольними психозами, а за статистикою 1988 років — вже у чотири рази. Показники стали нестримно погіршуватися відразу після згортання антиалкогольної компанії й вжиток алкоголю (особливо з високим вмістом спирту) швидко повернувся на колишній рівень, а показник інтенсивності алкогольних психозів до 1992 року виріс у 2,5 рази порівняно з 1988 роком, а згодом став зростати ще стрімкіше [6]. Так статистика по наркологічних клініках хворих алкоголізмом у періоді, що розглядається нами, дає значно кращу ситуацію. Можливо зробити висновок, що деякі «суб'єктивні» показники, такі як захворюваність алкогольним психозом відображають картину набагато повніше і є більш інформативними, ніж ті, які мають у своєму розпорядженні наркологічні служби.

А так виглядає справа із захворюваністю алкогольними психозами: країни з найвищим вжитком алкоголю (Латвія, Естонія, Словенія, Фінляндія, Польща, Литва, Молдова, Чехія, Угорщина, Росія та інші, де вживають до 22 літрів абсолютного алкоголю) відрізняються високими показниками (у Латвії — 67,8, Фінляндії — 61,2, Естонії — 53,8 на сто тисяч населення). У країнах з низьким показником вжитку алкоголю на душу населення (Ізраїль — 2 літри, Вірменія — 2,5 літри Грузія — 3 літри, Норвегія — п'ять літрів) захворюваність алкогольними психозами знаходиться на найнижчому рівні (Ізраїль — 1,3, Вірменія — 2,3, Грузія — 1,4, Норвегія — 10,2 на сто тисяч населення) [6, 10, 11]. В Україні цей показник відноситься до когорти «лідерів», а саме вживається 15,6 літрів спирту (абсолютного алкоголю) на одного мешканця у рік. Показник алкогольних психозів наступний 21,0 на сто тисяч населення у 2000 році, 22,13 у 2004 році та 10,69 у 2010 році, як ми бачимо динаміка неоднозначна, ще більш він коливає по різних регіонах нашої країни, від 1,79 у Дніпропетровський області до 24,83 у Донецький [6, 11]. Ретельно обговорювати отримані показники ми не будимо, але це наштовхує на різні думки, від подібності

кодування діагнозу лікарями різних міст та точності загальної наданої статистики до регіональних особливостей, яким ми майже не приділяємо достатньо уваги.

В цілому наведена статистика алкоголізму вражає та свідчить не лише про кількість жертв згаданого важкого захворювання, але й про генетичну схильність до цього наступних поколінь [7-9].

Важливо враховувати, що алкогольні психози це загальна назва психозів, що виникають внаслідок вживання спиртних напоїв. Правильніше, їх називати металкогольними, оскільки вони виникають не унаслідок прямої дії алкоголю на мозок, а головним чином, с часом, унаслідок порушення обміну речовин. Класично алкогольні психози підрозділяють на делірії, галюцинози, маревні психози, енцефалопатії та патологічне сп'яніння (яке часто потрапляє до розгляду судово-психіатричних експертів). Клініка перерахованих станів алкогольного психозу також різна, що вимагає і різного терапевтичного підходу [2].

Наприклад, алкогольний делірій (біла лихоманка) розвивається зазвичай на тлі синдрому абстиненції при різкому припиненні пияцтва. Початкові ознаки це погіршення нічного сну, окремі вегетативні симптоми, такі як пітливість та тремтіння долоней, загальна метушливість, різні відтінки настрою впродовж короткого часу. З настанням темноти стан погіршується, тоді як вдень він практично нормалізується й дозволяє хворому виконувати свої обов'язки. Надалі з'являється безсоння, виникають зорові ілюзії, потім різні марення і галюцинації. Більш характерні зорові галюцинації з множинною образів та рухливістю. Частіше це таргани, павуки, кішки, щури та інше, також характерне бачення чортів, змій, інопланетян, померлих знайомих. Інколи одночасно співіснують слухові, тактильні, нюхові галюцинації. При цьому, протягом короткого часу, змінюється настрій хворих: страх, здивування, відчай. Хворі безперервно рухаються, мають виразну міміку, що відповідає існуючим у даний момент галюцинаціям, тому хворі можуть ховатись, оборонятись, бути збудженими. Марення уривчасте та відображає зміст галюцинацій, частіше це марення переслідування. Зазвичай порушено орієнтування у місці, але орієнтовані у власній особі. Характерні періодичні «світлі» проміжки та посилення симптомів увечері й вночі. Температура тіла частіше субфебрильна, пульс прискорений. Без лікування хворобливий стан затягується на один два тижні та може ускладнюватися алкогольною енцефалопатією. Оудження частіше відбувається після глибокого тривалого сну.

Алкогольний галюциноз розвивається при абстинентному синдромі або на висоті запою. При цьому основним розладом є слухові

галюцинації, що поєднуються з маренням переслідування. Частіше хворий чує велику кількість голосів, які розмовляють між собою про хворого. Маревні ідеї тісно пов'язані зі змістом слухових галюцинацій, вони уривчасті і несистематизовані. Переважають напружена тривога і страх. Симптоми з вечору посилюються. Тривалість алкогольного галюцинозу від двох трьох днів до декількох тижнів.

Алкогольна депресія з'являється на тлі абстинентного синдрому, характеризується пригнічено-тривожним настроєм, ідеями самознищення, а також окремими маревними ідеями відношення та переслідування. Тривалість від декількох днів до тижнів. Важливо мати на увазі, що у стані алкогольної депресії хворі можуть покінчити життя самогубством.

Алкогольна епілепсія відрізняється великими судорожними припадками, які є передвісником, що починається алкогольний делірій, рідше це відбувається на висоті сп'яніння. Малих припадків, смеркових затьмарень свідомості та «аур» при цьому не буває. Зникають припадки з припиненням зловживання алкоголем.

Алкогольний параноїд розвивається у стані абстинентного синдрому або на висоті запою, характеризується наявністю марення. Зміст маревних ідей вичерпується ідеями переслідування або подружньої невірності. Налічує розгубленість, напружена тривога. Вчинки мають імпульсивний характер: хворі можуть зістрибнути з транспорту при його руху, раптово втекти, звертаються за допомогою у міліцію, інколи здійснюють напади на уявних ворогів. У ряді випадків марення супроводиться вербальними ілюзіями та галюцинаціями, окремими деліріозними симптомами, що виникають у вечірній та нічний час. Алкогольний параноїд продовжується від декількох днів до декількох тижнів.

Алкогольне марення ревнощів виникає майже виключно у чоловіків, частіше після сорока років та має поступовий шлях розвитку. Спочатку хворий відзначає, що дружина стала відноситися не уважно до нього, а з часом й з неприязню. Вона за його думкою все частіше проявляє холодність в інтимних стосунках, ухиляється від них. Водночас хворому здається, що дружина стає ретельніше стежити за зовнішнім виглядом, постійно затримуватись. Хворий стає збудливим, невгамовним, він вимагає «пояснень», що спричиняє за собою все частішають родинні скандали. Проте поведінка дружини лише «погіршується». Підозріння про її невірність, спочатку смутні і виникаючі у зв'язку із запійними станами, стають постійними і впевненішими. Хворий стверджує, що дружина змінює йому з ким-небудь з чоловіків найближчого оточення, наприклад, колегами чи сусідами. Спочатку

«зради» були на відстані від місця мешкання, а з часом дружина «нахабніє» та вдається до «розпусти» вже у власної оселі. Хворий починає стежити за дружиною, звертається за допомогою в різні інстанції та може навіть застосувати відносно дружини насильницькі дії, інколи це може бути і вбивство. Подалі хворий починає стверджувати, що дружина змінювала йому і у минулому, ще до заміжжя, і що діти насправді народилися не від нього. Алкогольне марення ревнощів зазвичай приймає хронічну течію з періодичними загостреннями.

Алкогольні енцефалопатії виникають при алкоголізмі, що супроводиться хронічним гастритом або ентеритом, переважно в осіб, які багато п'ють, але мало їдять. Найчастіша форма гострих алкогольних енцефалопатій, це енцефалопатія Гайе–Верніке, яка починається поступово та продовжується два три місяці. Спочатку виникає наростаюча астения, що виявляється слабкістю, виснаженістю у поєднанні з розладами пам'яті, поступово зникає апетит, наростає тривалість нічного сну, інколи спостерігаються блювота, головні болі, запаморочення, втрата рівноваги. Психоз, що виникає, представлений професійним або муссируючим делірієм, рідше тривожно-маревними станами. Після декілька днів після появи цих порушень наростає оглушеність або симптоми апатичного ступору до стану коми. Виражені неврологічні розлади: підвищення тону м'язів і чутливості до болю, виникають всілякі гіперкінези, параліч окорухових м'язів, світлобоязнь, ністагм, явища поліневропатії, порушення серцевого ритму та дихання, лихоманка центрального походження, нетримання сечі та калу. Хворий характеризується прогресуючим схудненням, аж до кахексії. Без лікування захворювання закінчується смертю. До хронічних алкогольних енцефалопатій відносять Корсаковський психоз та алкогольний псевдопараліч.

Корсаковський психоз розвивається на тлі хронічного алкоголізму, частіше після перенесеного важкого алкогольного делірію. З'являються грубі порушення пам'яті на поточні події з неможливістю запам'ятовування і відтворення (фіксаційна амнезія). Як наслідок мнестичних розладів з'являється дезорієнтованість у місці та часі, не впізнавання оточуючих. Пропуски в пам'яті заміщаються помилковими спогадами. Навики та знання, що були придбані раніше зазвичай зберігаються у достатньому об'ємі. Настрій частіше має ейфоричний відтінок з порушенням критики до власного стану. У неврологічному статусі з'являються офтальмоплегія, ністагм, атаксія, порушення сухожильних рефлексів верхніх та нижніх кінцівок. Алкогольний псевдопараліч характеризується недоумством з вираженими порушеннями пам'яті: розлади запам'ятовування у

поєднанні з конфабуляціями, втратою придбаних знань та навиків, порушеннями думки, відсутністю критики до захворювання. Настрій визначається безпечністю, у низки випадків з'являються ідеї величі. Течія, як правило тривала.

Патологічне сп'яніння — рідкий варіант гострого психозу, що протікає з картиною смеркового розладу свідомості або гострого параноїдного синдрому, який розвивається після вживання невеликих доз алкоголю та може настати услід за станом простого алкогольного сп'яніння. Патологічне сп'яніння частіше виникає в осіб з органічною поразкою ЦНС, епілепсією, олігофренією, психопатією та триває від декількох хвилин до декількох годин з подальшим глибоким сном і амнезією. Поведінка хворого визначається маревними переживаннями страху, галюцинаціями, у зв'язку з чим він здійснює неадекватні агресивні дії, можливі суїцидальні спроби. Зовні це виявляється хаотичним руховим збудженням. Випадки патологічного сп'яніння не рідко стають предметом подальших судово-психіатричних експертиз.

Вищенаведені описові характеристики алкогольних психозів підтверджують, що клінічні ознаки хвороби за літературними даними різних років та власним сучасним практичним досвідом практично ідентичні, але за рахунок розвитку психофармакології, особливо у останнє десятиріччя, підходи до терапії вбирають все нові ліки до власного арсеналу, які надають змогу покращити ефективність та результати терапії, що і є метою нашого подальшого дослідження, тобто пошук більш адекватних та дієвих методів лікування вказаної нозології.

Література

1. Електронне джерело: <http://alkogolizm.info>
2. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
3. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии / А.Ю. Егоров // В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр. / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. — Казань: Школа. — 2004. — С.80–88.
4. Jaffe I.H. Drug addiction and drug abuse / A.G. Gilman, T.W. Rall, A.S. Nies, et al. // The Pharmacological Basis of Therapeutics. — New York, NY: Pergamon Press, 2000. — P. 188–196.
5. Линский И.В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И.В. Линский, А.И. Минко, Э.Б. Первомайский // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12–17.
6. Зінченко О.М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю в Україні / О.М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2011. — № 2 (65). — С. 77–81.
7. Малыгин В.Л. Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения. Новые перспективы / В.Л. Малыгин, И.М. Гуревский, И.В. Ежов // Актуальные вопр. психиатр., нарколог. и мед. психолог. Сб. научн. тр. — Воронеж, 2006. — С.188–193.
8. Bolos A.M. Population and pedigree studies reveal a lack of association between the dopamine D2 receptor gene and alcoholism / A.M. Bolos, M. Dean, S. Lucas-Derse et al. // Journal of the American Medical Association. — 2006. — V 38. — P. 156–160.
9. Crabbe J.C. Elevated alcohol consumption in null mutant mice lacking 5-HT1B serotonin receptors / J.C. Crabbe, T.J. Phillips, D.J. Feller et al. // Nature Genetics. — 2008. — V 21. — N 1. — P. 101–108.
10. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2007 pp. — К.: МОЗ України, — 2008. — 152 с.
11. Електронне джерело: http://www.alkogolizmu.net/articles/articles_213.html

Висновки

1. Проблема алкоголізму є актуальною у наші часи в багатьох країнах світу та України, тому сучасні дослідження, що доповнюють знання про особливості вказаної нозологічної одиниці стосовно допомагають вирішити проблему алкогольної залежності.
2. Алкогольні психози займають вагоме місце серед клініки алкогольної залежності, мають динамічні характеристики. Що змінюються в залежності від низки чинників, таких як, преморбідні особливості хворого, тип алкогольного напою і термін його вживання, супутні соматичні захворювання та т.п. Все це вимагає ретельного вивчення згаданих характеристик, як підґрунтя для подальшої побудови адекватних дійових лікувально-реабілітаційних та медико-соціальних заходів.
3. Аналіз клініки саме алкогольних психозів вимагає втручання у проблему, з метою глибоко розуміння механізмів її виникнення, додаткового вивчення кількісних характеристик хвороби по різних областях України, отримання досвіду стосовно боротьби з алкогольною залежністю з інших країн світу.
4. Враховуючи високий відсоток хворих на алкоголізм у нашої державі, треба негайно втілювати у практику нові психокорекційні та лікувальні методи допомоги й посилювати існуючі профілактичні програми за рахунок заходів по педагогіки, спортивних змагань, антиреклами алкоголю та реклами переваг здорового образу життя й гармонійного розвитку особистості.

УДК: 616.89-008.48

Застосування психотерапії та реабілітації у хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, що обтяжені опійною наркоманією



Лобанов С. О.

Лобанов С. О.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Резюме. В статті йдесть про особливості застосування заходів психотерапії та реабілітації у хворих СПІДом та ВІЧ-інфікованих осіб, які додатково обтяжені опійною наркоманією. Автор наводить результати власних спостережень за вказаним контингентом хворих та результати власноручно створеної соціально-медичної допомоги досліджуваним пацієнтам.

Ключевые слова: ВІЧ-інфіковані хворі, СПІД, опійна наркоманія, психотерапія, психічна реабілітація.

Application of psychotherapy and rehabilitation for patients by aids or hiv-infected and opium-drug addiction

Lobanov S. O.

The Ukrainian research institute of social and judicial psychiatry and narcology of MZ of Ukraine

Resume. In the article speech goes about the features of application of measures of psychotherapy and rehabilitation for patients by AIDS and the HIV-infected persons which are additionally burdened opium-drug addiction. An author brings results over of the own looking after the indicated contingent of patients and results of the handwritten created social-medical help the inspected patients.

Key words: HIV-infected patients, AIDS, opium-drug addiction, psychotherapy, psychical rehabilitation.

Актуальність вивчення психічних порушень при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі, розробка основних положень, на яких можуть базуватися програми психологічної допомоги такій категорії хворих зумовлена зростанням захворюваності серед населення, розповсюдженням інфекції за межі груп ризику та іншими властивостями епідеміологічного процесу [1-3]. В Україні ВІЛ-інфіковані вперше були зареєстровані у 1987 році з початком обстеження осіб, прибулих із-за кордону та до 1993 року зафіксовано 188 випадків ВІЛ-інфікування [4, 5]. На кінець 1996 року за даними звіту Європейського Центру Епідеміологічного Контролю за СНІДом в Україні зафіксовано 298 випадків захворювання на 1 млн. населення. З них 49,4 % представляють ін'єкційні наркомани [6, 7]. Серед ВІЛ-інфікованих хворих дуже часто трапляються хворі на наркоманію, зловживання наркотичними речовинами у теперішній час є другою найбільш значущою причиною захворювання на СНІД у США та Європі [1, 6, 8]. Важливим є вивчення поєднання психопатологічних і патопсихологічних симптомокомплексів, характерних для опійної наркоманії у різних стадіях захворювання з етапами прогресування

ВІЛ-інфекції, часте поєднання наркоманії та ВІЛ-інфекції доведено багатьма авторами [9-12].

Так, з нашої точки зору, при наданні допомоги ВІЛ-інфікованим хворим додатково обтяженим опійною наркоманією необхідний комплексний підхід з урахуванням клінічного стану хворого, патопсихологічних симптомокомплексів та психологічних передумов, що виникають внаслідок захворювання, порушень соціальної адаптації, його реальних психологічних потреб. Ця ідея повинна бути покладена в основу розробки програми психологічної реабілітації ВІЛ-інфікованих хворих та хворих на СНІД, що страждають наркотичною залежністю. Тому нами науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено у практику комплекс психотерапевтичних та реабілітаційних заходів у хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих з поєднаною опійною наркоманією.

За метою та завданнями дослідження, з виконанням принципів біоетики та деонтології, на базі Міського лікувально-консультативного центру м. Києва обстежено 188 ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в різних стадіях захворювання. Дослідження проводилось за умови інформаційної згоди з пацієнтами. Обстежені були чоловіки

та жінки у віці від 18 до 49 років. З них 112 хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих були ще додатково обтяжені опійною залежністю (основна група). Інші 76 хворих мали ВІЛ-інфікування чи СНІД, але без виявлених додаткових навантажень діагнозу у вигляді залежності від вживання будь-яких психоактивних речовин.

Встановлено переважання чоловічої статі серед ВІЛ-інфікованих та серед осіб залежних від опіатів. Серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів обтяжених вжитком опіатів хворі чоловічої статі також переважали. Розподіл за віком у порівнянних двох груп виглядає наступним чином (табл. 1).

Більшість обстежених була у віці 21-40 років (102 (91,07 %) хворих основної та 71 (93,42 %) хворих контрольної групи), що співпадає з літературними даними, де особи у віці 20-39 років, умовно названі «групою ризику», щодо ВІЛ-інфікування.

За способом інфікування групи були різними, в основній 88 хворих (78,58 %) були інфіковані внаслідок внутрішньовенного вживання наркотичних речовин, переважно опійного ряду, коли у контрольній групі подібних випадків не було зовсім, що обумовлено специфікою обстеженого контингенту та умовами нашого дослідження, щодо розподілу пацієнтів на групи. В загалі у основній групі парентеральне інфікування спостерігалось у 85,7±0,46 % випадків та статеве у 14,3±0,46 % (у контрольній 11,3±0,6 % та 88,7±0,6 % відповідно).

Таблиця 1

Розподіл за віком у обстежених основної та контрольної груп

Загальна кількість 188 хворих		Основна група 112 хворих	Контрольна група 76 хворих
Вік	до 18 років	0	0
	18-20	5	3
	21-30	83	50
	31-40	19	21
	41-50	5	2
	50 і більше	0	0
Середній вік:		27,19±5,7 %	31,33±9,21 %

Таблиця 2

Загальні характеристики груп дослідження

Характеристики		Основна група 112 хворих	Контрольна група 76 хворих
Вік		27,19±5,7 %	31,33±9,21 %
Стать	чоловіки	74,1±0,44 %	68,0±0,47 %
	жінки	25,9±0,44 %	32,0±0,47 %
Шлях ВІЛ-інфікування	парентеральне	85,7±0,46 %	11,3±0,6 %
	статеве	14,3±0,46 %	88,7±0,6 %

З'ясовано, що групою ризику є особи у віці 22-37 років. Анамнестичним методом встановлено, що хворі, як правило, не живуть у зареєстрованих шлюбах, частіше мають ситуаційних періодичних партнерів, інколи знаходяться у нестабільних цивільних стосунках з партнером. Переважали пацієнти, що мають середню і неповну вищу освіту з достатком і житловими умовами середнього і нижче середнього рівня. Основне захворювання (СНІД або ВІЛ-інфікування анамнестично визначено від одного року до п'яти років в більшості випадків). Шлях інфікування переважав парентеральний та у пацієнтів основної групи він був пов'язаний з внутрішньовенним введенням наркотичних речовин. Загальні характеристики груп дослідження наведено далі у табл. 2.

Клінічне інтерв'ю виявило у всіх пацієнтів відчуття, печалі, безвиході, самозвинувачення, соціальну ізоляцію та прояви дезадаптації. Клініко-психопатологічний метод дозволив виявити наявність вираженої депресії за шкалою Гамільтона в обох групах, з переважанням вираженості симптоматики в основній групі. Аналогічні показники отримані й при дослідженні тривожності методикою Спілбергера-Ханіна. В цілому аналіз клінічного змісту СНІД та ВІЛ-інфекції, що поєднані з опійною залежністю дозволив встановити, що в обстежених основної групи у клініко-психопатологічній картині психічних розладів переважали порушення здатності до самоконтролю, підвищена тривога та депресія, підвищена дратівливість, прагнення ухилитися від власних обов'язків та доручень, почуття сорому та провини, демонстративна діяльність при відсутності спроб ефективно працювати або добре виконувати професійні обов'язки, формальність суджень, декларативне визнання власної провини або показне каяття. Також у хворих основної групи в клініко-психопатологічній картині переважали сильне бажання або непереборне прагнення вживати наркотичні речовини, вживання опійних препаратів з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції, а також дисфоричність, агресивність, конфліктність, експлозивність, сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього середовища

та виражені сомато-вегетативні прояви: біль і неприємні відчуття в ділянці серця, порушення сну, тремор пальців рук, підвищена пітливість, головний біль, пригнічення настрою.

Також пацієнтам основної групи притаманна загальна декомпенсація при якій, клінічного окреслення здобувають такі симптоми залежності, як абстиненція, наркотичний транс, особистісна деградація, соціальна дезадаптація. В основі психічної складової абстинентного синдрому реєструвалися емоційно-поведінкові прояви (дратівливість, агресивність, конфліктність, полярність афекту) зі зниженням критики до явних ознак небезпечних наслідків опійної залежності. Наявність «парціальної» критики, яка супроводжувалася руйнуванням внутрішньородинних стосунків, включала певний реєстр вагомих мотивів, впливала на рішення пацієнтів щодо власної діяльності. Для соматичної складової абстиненції характерним було загострення хронічних соматичних захворювань на тлі астено-невротичної симптоматики. Поряд з морально-етичним зниженням та негативним емоційним резонансом формувалися аутоагресивні та гетероагресивні тенденції, з асоціальними компонентами (втрата роботи, виникнення проблем із правоохоронними органами, тощо).

Психодіагностичне дослідження принципів життєдіяльності особи за допомогою визначення сенсожиттєвих орієнтацій за методом Крамбо-Махоліка і діагностика життєвих цінностей за методом «Ціннісні орієнтації» Рокича продемонстрували наявність екзистенційного вакууму в обох групах хворих. Проте, якщо у пацієнтів контрольної групи все ж таки були присутні якісь родинні, соціальні або особові сенси життя і діяльність, направлена на перспективу, то в пацієнтів першої групи вони практично повністю були витиснені ейфоричною дією наркотику та інколи сенс їх існування зводився лише до здобуття коштів на чергову дозу наркотичної речовини. Вивчення сенсожиттєвих та ціннісних орієнтацій обстежених дозволило встановити, що для пацієнтів обох груп характерною була відсутність цілей у житті, незадоволеність власним життям у сьогоденні, що більш виражено у осіб основної групи (середньогруповий показник $14,5 \pm 2,1$ балів у пацієнтів основної групи, $16,3 \pm 2,3$ балів у хворих контрольної групи, $p < 0,05$). Найбільш проблемною сферою для пацієнтів основної групи була суб'єктивна скерованість життям ($13,2 \pm 3,1$ балів, $p < 0,05$). Також відзначалася ілюзорність волі вибору в житті, безглуздість будувати плани на майбутнє ($17,2 \pm 2,9$ балів, $p < 0,05$). Вивчення системи цінностей особистості, яка є основою її світогляду та формує відношення до навколишнього світу, інших людей та власного ставлення до себе, показало, що серед життєвих цінностей

у пацієнтів основної групи домінували виключно інструментальні цінності, тобто цінності-засоби ($p < 0,001$). Для хворих контрольної групи пріоритетним виявилось сполучення інструментальних та термінальних цінностей, з привалюванням цінностей-засобів ($p < 0,001$), також важливо відмітити, що за умовами тесту здоровим особам притаманні термінальні цінності, тобто цінності-цілі. У хворих обох груп виявлено екзистенційний вакуум, відсутність сенсу в житті, але тільки у пацієнтів основної групи на цьому тлі формувалася аддиктивна поведінка у вигляді саморуйнівної програми через «втечу» від власних, пов'язаних з відсутністю креативної мети, проблем, до уявного світу формалізованих стосунків за допомогою наркотизації.

У ході дослідження відмічено низку психологічних особливостей обстежених осіб. Це відсутність «почуття дистанції», вибухи гніву та роздратованість, внутрішній страх по відношенню до навколишніх, скептичність, безкомпромісність, дезадаптація за рахунок імпульсивності й песимізму, спонтанність у поведінці, невпевненість у собі, нетерплячість, дратівливість, схильність до відкладання рішень складних питань, а також іпохондричність, конфліктність, перекладання відповідальності на інших, у тому числі й у родинних відносинах, спирання на зовнішні обставини або допомогу інших осіб. Обстежені основної групи були схильні до уникнення реальності за допомогою зміни власного психічного стану, до ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особистісних проблем шляхом зловживання наркотичної речовини, що підтверджувало наявність детермінації «делінквентного потенціалу» — делінквентні тенденції, низький рівень соціального контролю та негармонійні характерологічні й дезадаптивні особливості, які сприяли реалізації адиктивної поведінки.

Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту для визначення типів відношення до хвороби встановив в основній групі наявність тривожного, іпохондричного, меланхолійного, неврастенічного, obsесивно-фобічного, егоцентричного, паранояльного типів і за відсутності явищ абстиненції інколи виявлявся ейфоричний і анозогнозичний тип реагування на хворобу. У пацієнтів контрольної групи це були тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ергопатичний та паранояльний типи. Гармонійний тип реагування не виявлений ні в одній із груп. Частіше характер проявів був змішаний з переважанням меж одного з вказаних типів реагування на хворобу. Самопочуття і настрої пацієнтів були зниженими у всіх пацієнтів контрольної групи та динамічно змінними від пониженого до

необґрунтовано підвищеного у пацієнтів основної групи. Порушення сну та апетиту виявлені у всіх обстежених. Відношення до лікування, медперсоналу і рідних було різним й таким, що різко змінювалось. Частими були прояви дратівливості, емоційних зривів, відмова від співпраці з подальшим каяттям і поверненням в терапію.

При виявленні та дослідженні характеристик, а точніше типів ставлення до хвороби ВІЛ-інфікованих пацієнтів з залежністю від опіоїдів (основна група) й порівняльняні їх з аналогічними у ВІЛ-інфікованих хворих без ознак наркотичної залежності (контрольна група), за допомогою методики ТСХ було виявлено, що у більшості випадків (основна група — 18,75 %; контрольна — 22,37 %) зустрічався змішаний тип реакції на хворобу, детальніше результати наведено у табл. 3.

В поведінці хворих найчастіше поєднувалися такі форми реагування, як виражена тривога щодо близької смерті (незважаючи на те, що хворі знаходилися на початкових стадіях ВІЛ-інфікування та себе добре почували), зосередження на можливих негативних симптомах захворювання та їх очікування, поєднання бажання активно лікуватися із зневірою, що медицина зможе допомогти, чи страхом, що про захворювання можуть довідатися інші, прояви гніву, агресії, тривоги. Інколи зосередження на хворобі змінювалося запереченням очевидних фактів, зокрема про необхідність профілактичних заходів при статевому житті. Хворі кидалися із однієї крайності в іншу, були непослідовними у визначенні та обранні особистої стратегії життя в нових умовах. Невизначеним залишалися відношення до близьких та рідних.

Враховуючи вищенаведене, нами запропонована наступна схема лікувально-реабілітаційної допомоги особам хворим на СНІД

та ВІЛ-інфекцію коморбідну зі зловживанням наркотичних опійних речовин, яка складалася з трьох етапів: активної та підтримуючої терапії й соціальної реабілітації. Лікувальні заходи в основній групі ґрунтувалися на класичному підході до лікування наркологічних захворювань. Етап детоксикації в стаціонарному відділенні складав порядку двох тижнів, і залежав від тягаря наркопатології та вираженості супутніх соматичних розладів. Метою психофармакотерапії при абстинентному синдромі була повна редукція симптоматики синдрому відміни, купірування патологічного потягу, профілактика суїцидальної поведінки. Згідно зі структурою абстинентного синдрому, лікування було спрямовано на корекцію психопатологічних та соматовегетативних порушень, інсомнічних розладів. Також відбувалося подальше підтримуюче фармакологічне лікування (з використанням, як правило, антидепресантів), і засобів соматичної спрямованості при необхідності з поступовим переходом на індивідуально підібрану нами психотерапію. В період ремісії основою корекції супутніх психопатологічних проявів захворювання, попередження і лікування загострень патологічного потягу, була профілактика зривів і рецидивів. У контрольній групі ми відразу здійснювали впровадження психотерапевтичних заходів, оскільки відсутність вжитку наркотичної речовини не передбачала стаціонарного етапу. Метою психотерапевтичної складової комплексної системи лікування було відновлення психічного, фізичного, психологічного, сімейного й соціального статусу пацієнта. Відповідно до мети, психотерапія здійснювалась за двома напрямками, де перший був заснований на принципах екзистенціальної психотерапії й основна увага приділялася здатності людини

Таблиця 3

Характеристика типів ставлення до захворювання в досліджених хворих

Типи ставлення до захворювання	Групи хворих					
	Основна			Контрольна		
	п	%	Ср. бал	п	%	Ср. бал
Гармонічний (Г)	0	0	—	0	0	—
Ергопатичний (Р)	15	13,39	23,10	5	6,58	22,43
Анозогнозичний (З)	4	3,57	19,78	13	17,11	20,53
Тривожний (Т)	18	16,07	20,98	9	11,84	20,92
Іпохондричний (І)	10	8,93	19,79	4	5,26	19,33
Неврастенічний (Н)	6	5,36	18,59	3	3,95	18,80
Меланхолічний (М)	14	12,5	17,44	5	6,58	16,58
Сенситивний (С)	11	9,82	20,48	5	6,58	21,67
Змішаний (О)	21	18,75	16,54	17	22,36	15,32
Дифузний (Д)	13	11,61	18,78	15	19,74	16,26
Всього:	112	100	—	76	100	—

Де, п — це кількість хворих, % — відсоток хворих від групи, Ср. бал — показник, що відбиває середню кількість балів набраних за кожною шкалою

пізнавати свій внутрішній світ, вільно вибирати свою долю, відповідальності, екзистенціальній тривозі, як основному мотивуючому фактору пошуку унікального змісту в «безглуздому» світі, самотності й відносинам з іншими, тимчасовості життя й проблемі смерті. А другий напрямок був спрямований на розв'язання питань трудової, професійної, сімейної реабілітації. Завданням даного напрямку було відновлення, корекція й формування нормативних особистісних і соціальних якостей хворих, повернення пацієнтів у суспільство, формування у хворого нового стилю життя, розуміння своїх цінностей і життєвих завдань на новому більш високому рівні, навчання техніці профілактики рецидивів. Тому базовою у психотерапевтичному лікуванні визначено когнітивно-поведінкову з елементами сімейної психотерапії, з окремим акцентом на нівелювання «екзистенціального дефекту» із застосуванням екзистенційно-орієнтованих технік, де екзистенційно-орієнтована психотерапія була націлена на наповнення екзистенційного вакууму пацієнта, усунення ірраціональних переконань суб'єкта, що реалізовувалось на засадах логотерапії В. Франкла, яка виходить з того, що основною рушійною силою людини є прагнення до пошуку й реалізації змісту свого життя. Застосовані методи когнітивно-поведінкової терапії, являли сполучення технік, які були націлені на зміну когнітивного функціонування й поведінки, що здійснювалось поетапно та послідовно. Спочатку проводилось з'ясування ситуацій, а потім проводилась робота з використання ефективних стратегій оволодіння, здійснювалось вироблення почуття впевненості в собі, формувались навички рішення проблем, соціальні навички, навички релаксації і запобігання рецидивів. Раціональна позитивна психотерапія була спрямована на розкриття основних механізмів, які зумовлювали хаотичний спосіб життя. В якості додаткових впливів використовували короткострокову психодинамічну психотерапію, яка була спрямована на роботу з образами й емоціями, а також із проблемами спілкування, оскільки хворі звичайно зазнавали значних труднощів у цих сферах.

У ході співпраці було з'ясовано, що в першу чергу важливо встановити терапевтичний раппорт між лікарем та пацієнтом і сформувати відкриті й довірчі стосунки, що досягалося шляхом бесіди не лише про основну проблему, але і на різні відверті теми, які були знайомі й близькі пацієнтові. Підкреслювалася добровільність співпраці та лідируюча роль бажань і уявлень про терапевтичну взаємодію самого хворого. Далі по мірі формування стабільних стосунків заснованих на довірі пацієнта лікарю, послідовно переходили до роз'яснювальної, когнітивно-поведінкової,

родинної психотерапії, а також позитивізму та логотерапії за Віктором Франклом. Останню застосували тільки у пацієнтів основної групи, що й дало змогу оцінити за отриманими результатами переваги даного авторського підходу. Важливим аспектом психотерапії була профілактика і виявлення суїцидальних думок у пацієнтів, що прямо корелювало з тягарем захворювання, больовими відчуттями, зруйнованими перспективами і втратами або реакції на гострий психологічний стрес, коли пацієнт вперше дізнавався про наявність у нього ВІЛ-інфекції. Тривалість психотерапії була індивідуальною, періодичність сеансів також варіювалася залежно від побажань хворого, але була не рідше, ніж раз на тиждень в перші три місяці співпраці і раз в два тижні у подальші три місяці. Мінімальний термін психотерапевтичного комплаєнсу склав шість місяців, а в деяких випадках він тривав до трьох років.

Аналіз ефективності впровадження комплексної системи лікування здійснювався за двома базовими показниками: наявності та ступеня вираженості симптоматики, стійкості та тривалості ремісії. Верифікація психопатологічної симптоматики здійснювалась за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) та шкали Гамільтона для оцінки тривоги (HARS). У пацієнтів, які отримували розроблений нами комплекс лікувальних заходів, показник рівня депресії та тривоги за об'єктивним критерієм оцінки виявився значно нижчим як у баловому, так і у відсотковому еквіваленті. Основні результати отримані за психодіагностичними та клініко-психологічними методами наведено у табл. 4.

Спостерігалось достовірне нівелювання клінічних симптомів, а саме: пригніченого настрою, почуття втоми і безперспективності, дратівливості, безсоння, ангедонії, зниження лібідо, метушливості. У той же час в осіб контрольної групи нівелювання даних синдромів було частковим та нестійким. При тому, що у пацієнтів основної групи, де до початку лікування переважали депресивний настрій у вигляді почуття провини з ідеями самозвинувачення, суїцидальна налятованість, безсоння, відсутність активності та ініціативи у бесіді, ажитация, у порівнянні із пацієнтами контрольної групи, у яких на початку також було діагностовано дані симптоми, їх ступінь важкості значно знизився, або дані симптоми зовсім не діагностувалися ($p < 0,05$).

Останнім етапом оцінки ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів став аналіз наркотичної ремісії. У основній групі ремісії вжитку наркотичних речовин, склали — 54,5 % пацієнтів впродовж шести місяців, 35,7 % у термін одного року, 25,9 % — 2 роки, 20,5 % — 3 роки утримування від вживання наркотичних речовин і підтримки терапевтичного комплаєнсу (табл. 5).

Таблиця 4

Основні результати отримані за психодіагностичними та клініко-психологічними методами

Показник		Основна група 112 хворих	Контрольна група 76 хворих
Депресія	до терапії	4,66±2,7 %	5,50±1,52 %
	після терапії	4,36±2,08 %	4,72±2,1 %
Тривога особистісна	до терапії	46,7±10,95 %	46,41±9,5 %
	після терапії	38,17±10,16 %	45,03±10,46 %
Тривога ситуаційна	до терапії	46,74±7,24 %	46,26±8,67 %
	після терапії	33,57±10,54 %	44,75±9,18 %
Міссісіпська шкала	до терапії	70,31±8,54 %	71,00±8,25 %
	після терапії	63,85±8,26 %	62,51±7,53 %
СЖО	до терапії	79,43±16,04 %	81,67±17,2 %
	після терапії	88,63±16,85 %	82,24±15,83 %

Таблиця 5

Результати отриманих наркотичних ремісій у хворих основної групи

Термін ремісії	Основна група n=112	
	n	%
1 місяць	112	100
3 місяці	83	74,11
6 місяців	61	54,46
1 рік	40	35,71
1,5 роки	34	30,36
2 роки	29	25,89
2,5 роки	26	23,21
3 роки	23	20,54

Основним результатом роботи стала відмова від вжитку наркотичних речовин з формуванням ремісії від півроку до трьох років і більше у пацієнтів основної групи. Поліпшення самопочуття, значне зменшення проявів тривоги і депресії в обох групах. У пацієнтів основної групи за рахунок детоксикаційних заходів і подальшої фармакотерапії, що була направлена на соматичні проблеми наголошувалося загальне поліпшення стану здоров'я, що позитивно позначалося і на психотерапевтичній співпраці. Нівелювалася суїцидальна симптоматика. Відбувалася адаптація до ситуації і поліпшення якості життя за рахунок формування нових цілей і появи індивідуального в кожному випадку сенсу життя. Основне захворювання набувало прогностично сприятливішої течії. Відновлювалося соціальне функціонування і в деяких випадках особливо в термінальних стадіях основного захворювання виявлено подовження термінів життя у порівнянні з середніми загальностатистичними даними.

Висновки

1. У дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення

актуальної наукової проблеми надання ефективної соціально-медичної допомоги хворим на СНІД та ВІЛ-інфікованим, що обтяжені опійною наркоманією. Розроблено комплексну систему лікування, що обґрунтована, та впроваджена у клінічну практику, проведена оцінка її ефективності.

2. Виявлено, що особливостями клінічного змісту у хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих при додатковому обтяженні опійною наркоманією є домінування дистимічно-дисфоричної симптоматики, непереборний потяг до прийому психоактивної наркотичної речовини та порушення здатності його контролювати, підвищення показників тривоги та депресії, дратівливість, формальність суджень, почуття провини та показне каяття.
3. Дослідженням притаманна висока схильність до відхиленої поведінки та наявність психологічного делінквентного потенціалу, екзистенційний вакуум, відсутність життєвого сенсу та цілей, безтурботність, імпульсивність, спонтанність у поведінці, невпевненість у собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка. З'ясовано, що групою ризику є особи у віці від 22 до 37 років.
4. При проведенні аналізу життєвих цінностей та типів відношення обстежених до власного захворювання в обраного для дослідження контингенту хворих, встановлено наявність екзистенційного вакууму, відсутність цілей у житті, незадоволеність власним життям у сьогоденні. Особливостями організації сенсовжиттєвих орієнтирів у хворих осіб є необхідність наркотизації, як найбільш значущої події, відносно якої розвертається побудова всієї схеми життя, звуження перспективи, неможливість та нездатність суб'єктивної скерованості життям. Серед життєвих цінностей у таких пацієнтів переважають

цінності-засоби, а не цінності-цілі, а також скептичність, безкомпромісність, безтурботність, імпульсивність, песимізм, спонтанність у поведінці, невпевненість у собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу та схильністю до аддиктивної поведінки.

5. Оцінка ефективності впровадження запропонованого комплексу психотерапевтичних та реабілітаційних заходів у хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, які додатково обтяжені опійною наркоманією, продемонструвала, що достовірно краще здійснено нівелювання

психопатологічної депресивної та тривожної симптоматики у пацієнтів основної групи (з $49,7 \pm 2,09$ до $42,7 \pm 1,87$ балів), порівняно з хворими контрольної групи (з $48,2 \pm 1,23$ до $44,6 \pm 1,44$ балів) та кількості річних наркотичних ремісії у основній групі вище ніж аналогічна отримана за літературними джерелами, а саме 54,5 % у продовж шести місяців, 35,7 % у термін одного року, 25,9 % — 2 роки, 20,5 % — 3 роки утримання від вживання наркотичних речовин та підтримки психотерапевтичного комплаєнсу.

Література

1. Christ G. H. Psychosocial issues in AIDS / G. H. Christ, L. S. Wiener // AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. — Philadelphia: J. B. Lippincott, 1985. — P. 275-297.
2. Gonzalez A. Exploration of the relevance of anxiety sensitivity among adults living with HIV/AIDS for understanding anxiety vulnerability / A. Gonzalez, M.J. Zvolensky, S.E. Solomon, C.T. Miller // J Health Psychol. — 2010 Jan. — 15 (1). — P. 138-146.
3. Батлер У.Э. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России: программы снижения вреда и российская правовая система / Уильям Э. Батлер. Лондон, 2003. — 206 с.
4. Бюлетень Українського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. (А. Щербінська, Ю. Круглов). — Київ, №11, 1998. — 16 с.
5. ВИЧ - инфекция и СПИД / В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряев — К.: Здоров'я, 2003. — 624 с.
6. Carniero M. HIV prevalence and risk behaviors among new initiates into injection drug use over the age of 40 / M. Carniero, M. C. Doherty // Drug Alcohol Depend. — 1999. — V. 54. — P. 83-86.
7. Heckman B. D. Psychometric characteristics and race-related measurement invariance of stress and coping measures in adults with HIV/AIDS / B. D. Heckman, K. S. Berlin, T. G. Heckman, D. J. Feaster // AIDS Behav. — 2011. — Feb. — 15 (2). — P. 441-453.
8. Freeman M. Mental disorder in people living with HIV / M. Freeman, N. Nkomo, Z. Kafaar, K. Kelly. // Aids in South Africa. South African Journal of Psychology. — 2008. — 38 (3). — P. 489-500.
9. Баркалов Б. А. Психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні хворих із залежністю від опіоїдів, інфікованих ВІЛ : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17 / Б. А. Баркалов; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. — К., 2009. — 16 с.
10. Вербенко В. А. Сучасні підходи до терапії когнітивних порушень у ВІЛ-позитивних пацієнтів з опіоїдною залежністю / В. А. Вербенко, Е. В. Філіппова // Український вісник психоневрології. — Т. 19, Вип. 2 (67) — 2011. — С. 32-38.
11. Cournos F. HIV seoprevalence among people with severe mental ileness in the U.S.: a critical review / F. Cournos, K. McKinnon // Clin. PsychoL -1997. — Rev. 17. — P. 259-269.
12. Сервецький А. К. Клініко-психопатологічна характеристика адаптаційних розладів ВІЛ-інфікованих пацієнтів : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / А. К. Сервецький; Одес. держ. мед. ун-т, Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. — К., 2008. — 16 с.

УДК 616.89-008.19:616.127-005.8:616.831-005.1

Система психотерапевтической коррекции непсихотических психических расстройств у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт



Михайлов В. Б.

Михайлов В. Б.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Резюме. Проведено дослідження непсихотичних психічних порушень у 120 хворих, що перенесли ІМ та МІ.

Розроблена система психотерапевтичної корекції цих порушень. Запропонована комплексна система дозволяє покращити показники медичного, соціального функціонування пацієнтів та підвищити якість життя хворих, що перенесли ІМ та МІ.

Ключові слова: непсихотичні психічні порушення, система психотерапевтичної корекції, інфаркт міокарда, мозковий інсульт.

The psychotherapeutical correction system of nonpsychotic psychic disorders on cardiac infarction and cerebral stroke patients

Mykhaylov V. B.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Resume. For conducting of research about nonpsychotic psychotic disorders 120 cardiac infarction and cerebral stroke patients were attracted.

The system of psychotherapeutical correction of nonpsychotic psychic disorders was developed. The proposed integrated system can improve performance of medical, social functioning of patients and improve the quality of life of cardiac infarction and cerebral stroke patients

Key words: nonpsychotic psychic disorders, psychotherapeutical correction system, cardiac infarction, cerebral stroke.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) давно стали проблемой не только медицинской, но и социальной [1,2]. По данным эпидемиологических исследований последних лет инфаркт миокарда (ИМ) и ишемический мозговой инсульт (МИ) продолжают доминировать в структуре сердечно-сосудистых заболеваний, являясь главной причиной смертности и инвалидизации больных не только в Украине, но и во всем мире [1,2,3].

У большинства лиц, перенесших ИМ и МИ, развиваются различные непсихотические психические расстройства, которые затрудняют лечебные и реабилитационные мероприятия, ухудшают прогноз заболевания, повышают относительный риск смертности, ухудшают качество жизни пациентов и их родственников [4,5,6].

Именно потому целью нашего исследования была разработка системы психотерапевтической коррекции непсихотических психических нарушений у лиц, перенесших ИМ и МИ.

Нами было проведено комплексное обследование 120 больных: 60 пациентов с перенесенным ИМ и 60 пациентов с перенесенным ишемическим МИ. Среди обследованных отмечалось преобладание мужчин (67,5 %). Средний возраст пациентов, составлял $(52,5 \pm 5,5)$ лет.

Использовались следующие методы исследования: клиничко-психопатологические, психодиагностические (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала депрессии Бека, шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, «краткая шкала оценки психического статуса» (тест MMSE), оценка качества жизни пациентов Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon, (1999)), статистические [7,8,9].

Исследование и анализ психопатологической симптоматики у лиц, перенесших ИМ и ишемический МИ, позволил выделить ведущие психопатологические синдромы (табл. 1).

У лиц, перенесших ИМ, наиболее часто встречались: болевой (86,7 %), фобический (83,3 %) астено-тревожный (43,3 %), астено-депрессивный (33,3 %) синдромы. Нарушений в когнитивной сфере у больных не отмечалось. Общий показатель когнитивных функций составлял $(28,1 \pm 0,4)$ баллов.

У лиц, перенесших МИ, ведущими были: астенический (100 %) синдром и синдром когнитивных нарушений (83,3 %). Астеническая симптоматика, как правило, входила в структуру астено-депрессивного (41,7 %), астено-тревожного (40,0 %), астено-ипохондрического (8,3%) синдромов. Общий показатель когнитивной функции по шкале

MMSE составлял ($24,5 \pm 0,3$) баллов, что соответствовало умеренным когнитивным нарушениям. Достаточно часто у больных диагностировался болевой синдром (66,7 %).

У всех больных преобладали умеренные депрессивные нарушения (у лиц, перенесших ИМ, средний балл по шкале Гамильтона составлял ($16,0 \pm 2,3$), по шкале Бека — ($17,0 \pm 3,3$); у лиц, перенесших МИ, средний балл по шкале Гамильтона составлял ($18,1 \pm 2,8$), по шкале Бека — ($17,9 \pm 0,8$)) (табл. 2).

Достаточно выраженными (согласно шкале Спилбергера-Ханина) были показатели тревоги у обследованных больных. Так, средний показатель реактивной тревоги у лиц, перенесших ИМ, составлял ($35,8 \pm 2,9$) балла, у лиц, перенесших МИ — ($33,1 \pm 3,2$) балла. Средний показатель личностной тревожности у лиц, перенесших ИМ, составлял ($33,8 \pm 3,0$) балла, у лиц, перенесших МИ — ($32,5 \pm 3,4$) балла (табл. 3).

Для коррекции выявленной симптоматики у лиц, перенесших ИМ и МИ, нами была разработана комплексная система психотерапевтического воздействия, психокоррекции и реабилитации.

Основными принципами предложенной системы являлись: раннее начало, этиопатогенетическая направленность, этапность, дифференцированность, комплексность.

Конечная цель терапевтически — реабилитационных мероприятий заключалась в максимальном восстановлении уровня социального функционирования и качества жизни пациентов.

Используя данные комплексного обследования, для каждого больного составлялась индивидуальная программа психотерапевтической помощи с учетом особенностей пациента, клинической картины заболевания, базисной терапии. Применялись как индивидуальные, так и групповые формы психотерапии.

Таблица 1

Динамика представленности психопатологических синдромов у лиц, перенесших ИМ и МИ, в процессе лечения

Синдром	Представленность на этапах исследования							
	ИМ				МИ			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Болевой	52	86,7	14	23,3*	40	66,7	20	33,3*
Фобический	50	83,3	6	10,0*	46	76,7	10	16,7*
Астенический	-	-	-	-	6	10,0	2	3,3
Астено-ипохондрический	4	6,7	1	1,7*	5	8,3	2	3,3*
Астено-депрессивный	20	33,3	11	18,3*	25	41,7	12	20,0*
Астено-тревожный	26	43,3	8	13,3*	24	40,0	10	16,7*
Истериформный	4	6,7	2	3,3	4	6,7	1	1,7*

* — $p < 0,05$

Таблица 2

Динамика выраженности депрессии у больных, перенесших ИМ и МИ, в процессе лечения (по шкалам Гамильтона и Бека)

Показатель	Представленность на этапах обследования, средний балл			
	ИМ		МИ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала Гамильтона	$16,0 \pm 2,3$	$9,4 \pm 2,3^*$	$18,1 \pm 2,8$	$13,3 \pm 1,4^*$
Шкала Бека	$17,0 \pm 3,3$	$10,6 \pm 2,3^*$	$17,9 \pm 0,8$	$13,7 \pm 1,6^*$

* — $p < 0,05$

Таблица 3

Динамика показателей реактивной тревоги и личностной тревожности у больных, перенесших ИМ и МИ, в процессе лечения

Показатель	Представленность на этапах обследования, средний балл			
	ИМ		МИ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Реактивная тревога	$35,8 \pm 2,9$	$28,9 \pm 3,1^*$	$33,4 \pm 3,2$	$28,5 \pm 3,1^*$
Личностная тревожность	$33,8 \pm 3,0$	$29,7 \pm 3,1^*$	$32,5 \pm 3,4$	$29,7 \pm 3,1^*$

* — $p < 0,05$

В реализации лечебных и реабилитационных мероприятий выделяли 4 этапа: 1 этап — адаптирующий — этап терапевтического альянса; 2 этап — лечебно — корректирующий — основной; 3 этап — заключительный; 4 этап — психопрофилактический.

Первый этап, как правило, состоял из 1-2 индивидуальных и 2-3 групповых занятий. Основными задачами 1 этапа являлись: установка психологического, эмоционального контакта с больным; формирование доверия к врачу, адекватного отношения, позитивной установки к психотерапевтическому процессу. Среди мероприятий данного этапа важное значение имели анализ жалоб больного, тяжести психо — эмоциональных расстройств, когнитивного дефицита.

Основными методами психотерапевтических воздействий на данном этапе были: гипносуггестивная, рациональная психотерапия, непрямая психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, диеты, физиотерапии, а также действий врача — интерниста, как ключевой фигуры лечебного процесса). Главная направленность психотерапии этого этапа — симптоматическая.

Второй этап состоял из 1-2 индивидуальных и 4-6 групповых занятий. Основными задачами 2 этапа являлись: достижение положительной динамики эмоционального состояния больного; изучение и перестройка личностных реакций больного, его системы отношений, масштаба переживаний болезни, ее социальной значимости; коррекция психо — эмоциональных нарушений.

Основными направлениями психотерапевтической коррекции у больных являлись: купирование чувства страха, снижение уровня тревоги и депрессии, ипохондрии, астении, нормализация психического статуса, коррекция когнитивного дефицита, купирование клинических проявлений соматического заболевания. Также важное место на этом этапе занимала работа по восстановлению социального функционирования пациентов в макро- и микросоциальной среде. Задачи этапа реализовались в остром периоде заболевания с помощью индивидуальной работы с пациентом с последующим подключением гипносуггестивной психотерапии, личностно — ориентированной психотерапии, рациональной психотерапии, когнитивного тренинга (для больных, перенесших МИ).

Главная направленность психотерапии второго этапа — патогенетическая.

Третий этап включал 1-2 индивидуальных занятий и 2-3 групповых. Третий этап предполагал постепенное завершение основных лечебных мероприятий. Основными задачами этапа

являлись закрепление: достигнутого терапевтического результата, навыков психотерапевтической саморегуляции, скорректированной системы жизненных целей, ценностей, отношения к заболеванию, своего «Я» и окружающей среды. Методы и формы влияния были те же, что и на втором этапе, но при этом изменялась их направленность. Так, проводимые психотерапевтические мероприятия приобретали характер социального тренинга, с учетом индивидуальных микросоциальных аспектов. В этом периоде возрастало значение таких психотерапевтических методик как аутотренинг, рациональная психотерапия, самовнушение, для больных МИ — когнитивный тренинг и когнитивно — бихевиоральная психотерапия.

Четвертый этап направлен на социально — трудовую реабилитацию больного. Основное место среди мероприятий данного этапа занимал комплекс индивидуализированных психопрофилактических приемов. В основу комплекса положена техника аутотренинга и приемы самовнушения, применение которых содействовали выздоровлению и снижали частоту рецидивов болезненных проявлений.

Главная направленность психотерапии на третьем и четвертом этапах — профилактика.

На каждом этапе проводилась работа с родственниками и близкими пациента, направленная на разъяснение особенностей заболевания, его последствий, в том числе эмоционально-психологических. Проводилась также работа по оптимизации психологического климата в семье, внутрисемейных отношений, организации досуга пациентов, организации терапии занятостью.

Эффективность разработанной психотерапевтической, психокоррекционной системы оценивалась по результатам динамики клинико-психопатологической симптоматики, показателей психодиагностических исследований, показателей качества жизни пациентов.

Динамика синдромальной структуры, выраженности депрессивных нарушений (по шкалам Гамильтона и Бека), показателей реактивной тревоги и личностной тревожности (по шкале Спилбергера — Ханина), общего показателя когнитивной функции (по шкале MMSE) в процессе лечения представлена в табл. 1, 2, 3, 4.

Как видно из таблиц, после проведенного лечения частота и выраженность психо-эмоциональных расстройств, депрессивных реакций, когнитивных нарушений у обследованных больных снижалась. Так у лиц, перенесших ИМ, болевой синдром снижался до 23,3 %, астено-депрессивный синдром до 18,3 %, астено-тревожный синдром — до 13,3 %, фобический синдром — до 10,0 %. У лиц, перенесших МИ, после проведенного лечения представленность

Таблиця 4

Динамика общего показателя когнитивной функций у больных, перенесших ИМ и МИ, в процессе лечения (по методике MMSE)

Показатель	Представленность на этапах обследования, средний балл			
	ИМ		МИ	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий показатель когнитивной функции (макс. 30 баллов)	28,1 ± 0,4	28,5 ± 0,5	24,5 ± 0,3	27,3 ± 0,3*

болевого синдрома снижалась до 33,3 %, астено — депрессивного синдрома — до 20,0 %, астено-тревожного синдрома — до 16,7 %, астено — ипохондрического — до 3,3 %.

После проведенного лечения снижалась выраженность депрессивных проявлений до легкой степени выраженности. Так, у лиц, перенесших ИМ, средний балл по шкале Гамильтона составил (9,4 ± 2,3), по шкале Бека — (10,6 ± 2,3) баллов; у лиц, перенесших МИ, средний балл по шкале Гамильтона составил (13,3 ± 1,4), по шкале Бека — (13,7 ± 1,6) баллов.

В процессе лечения было достигнуто снижение общего уровня тревожности, внутреннего беспокойства, практически не отмечалось спонтанного возникновения чувства страха. Снижались показатели реактивной тревоги и личностной тревожности (на 3-7 баллов). После лечения средний показатель реактивной тревоги у лиц, перенесших ИМ, составил (28,9 ± 3,1) балла, у лиц, перенесших МИ — (30,2 ± 3,2) балла. Средний показатель личностной тревожности у лиц, перенесших ИМ, составил (33,8 ± 3,0) балла, у лиц, перенесших МИ, — (32,5 ± 3,4) балла.

Улучшались показатели когнитивной функции, особенно наглядно у лиц, перенесших МИ. После проведенного лечения общий показатель когнитивной функции у этих больных увеличился на 3 балла и составил (27,3 ± 0,3) баллов.

Улучшение когнитивных функций коррелировало с улучшением психоэмоционального состояния больных, улучшением качества жизни.

Показатели качества жизни по оценке пациентов и врача представлены на рис. 1 (до начала лечения) и 2 (после завершения лечения).

Оценка показателя качества жизни у обследованных больных до и после проведенного лечения свидетельствовала о позитивных изменениях в состоянии больных. Эти изменения отражали повышение показателей по всем шкалам на этапах исследования.

Как видно из рис. 1, 2, показатели шкал «Физическое благополучие», «Работоспособность», «Психологическое благополучие» и «Общее восприятие качества жизни», которые оценивались больными до лечения достаточно низко (3,5–5,2 балла), после проведенного лечения повысились практически в два раза. Также улучшились показатели шкал «Общественная и служебная поддержка», «Социо-эмоциональная поддержка», «Личностная реализация».

У пациентов повышался фон настроения, больные отмечали способность ощущать чувство радости, оптимизма. Исчезали суицидальные мысли, чувство вины, собственной неполноценности и ущербности. У пациентов появлялась уверенность возобновления функциональных способностей и возможностей адаптации

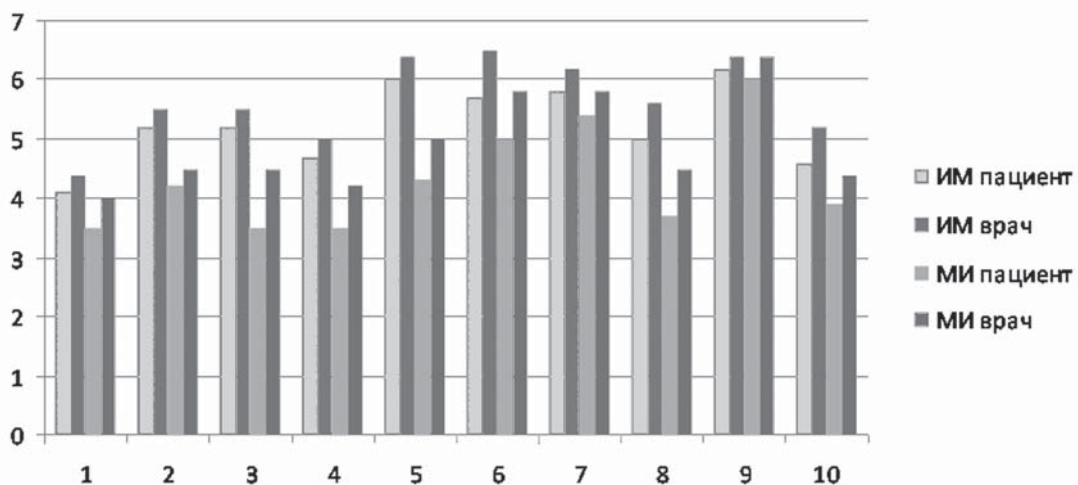


Рис. 1

Показатели качества жизни у лиц, перенесших ИМ и МИ, до начала лечения

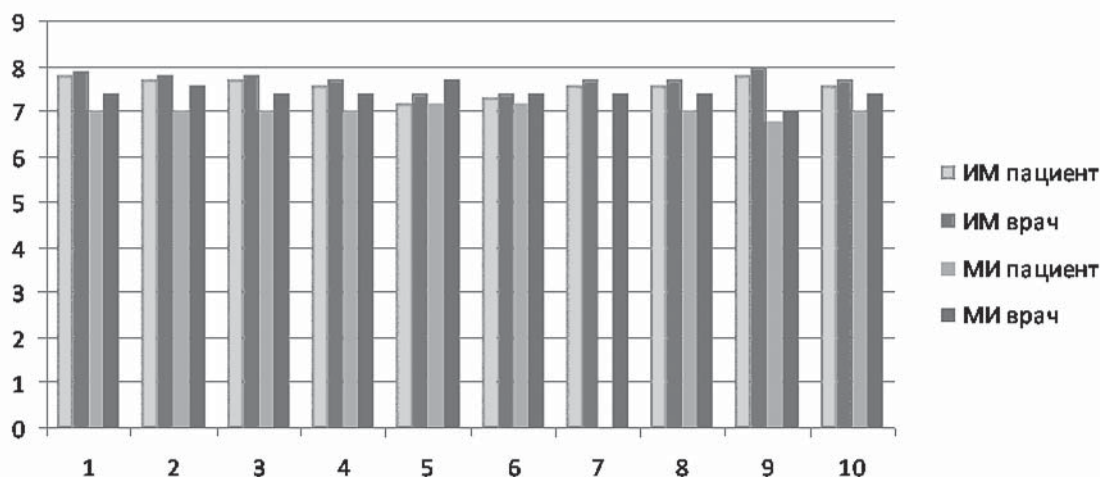


Рис. 2

Показатели качества жизни у лиц, перенесших ИМ и МИ, после лечения

к окружающему. Появилось желание строить планы на будущее и активно участвовать в их реализации, повышалась общая активность.

Условные обозначения шкал рис. 1, 2:

1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — работоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социозмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни

Таким образом, у лиц, перенесших ИМ и МИ, эффективным является применение разработанной системы психотерапевтической коррекции, построенной на этапном и уровневом принципах.

Применение системы психотерапевтических мероприятий ведет к статистически значимой положительной динамике как по данным клиничко-психопатологической симптоматики, так и по показателям психодиагностических обследований.

Полученные результаты позволяют рекомендовать предложенную систему психотерапевтической коррекции лицам с непсихотическими психическими расстройствами, перенесшим ИМ и МИ.

Предложенная комплексная система психотерапии и коррекции непсихотических психических расстройств позволяет улучшить показатели медицинского, социального функционирования пациентов и повысить качество жизни больных, перенесших ИМ и МИ.

Література

1. Мищенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года / Т. С. Мищенко // Журн. Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 1213.
2. Пархоменко О.М. Гостра серцева недостатність у хворих на інфаркт міокарда в умовах сучасного лікування: особливості перебігу, вплив на коротко- та довготривалий прогноз / Пархоменко О.М., Кожухов С.М., Іркін О.І. [та ін.] // Укр. кардіол. журнал. — 2009. — № 5. — С. 17–24.
3. Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства / Б.В. Михайлов // Здоров'я України. — 2007. — С. 27–28, 53–55.
4. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т. 2, № 1. — С. 17–23.
5. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial / [Gump B. B., Matthews K. A., Eberly L. E., Chang Y. F.] // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 98–102.
6. Hackett M. L., Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies/ С. Yapa, V. Paragat al. // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330–1340.
7. Банщиков В.М. Медицинская психология: (Учебник для мед.ин-тов) / — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
8. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии/ А.Н. Белова. — М., 2004. — 432 с.
9. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга. /Составители: Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова, М.А. Трещинская. — Харьков, 2008. — 36 с. — Методические рекомендации.

Ангедония как индикатор пролактиногенности антипсихотиков



Дзюб Г. К.



Нестерчук Н. В.

Дзюб Г. К., Нестерчук Н. В.
Киевский национальный университет им.
Тараса Шевченко,
Киевская городская клиническая психонев-
рологическая больница №1

Anhedony as indicator of prolactinogen effect of antipsychotics

Dzyub G.K., Nesterchuk N.V.

Применение типичных нейролептиков традиционно сопряжено с проблемой лекарственного паркинсонизма, другой же побочный эффект на этом фоне воспринимался как некое второстепенное нежелательное явление и меньше привлекал к себе внимание. Речь идет о повышении уровня пролактина, секреция которого должна постоянно находиться под ингибирующим контролем дофамина. В то же время, закономерно возникающая при использовании антипсихотических («антидофаминных») лекарственных средств гиперпролактинемия отнюдь не является более безобидным негативным последствием.

Преходящие побочные клинические эффекты сводятся к возникновению лактации и нарушений менструального цикла у женщин, кожных проявлений, а также психопатологических состояний ангедонии. Отдаленные риски выглядят более грозно, в частности, возможный остеопороз, значимое возрастание вероятности онкологической патологии. Поэтому диагностика и коррекция этого побочного действия крайне актуальны как на этапе купирования продуктивной симптоматики, так и в процессе длительного применения психотропных препаратов.

Эффект гиперпролактинемии в большей или меньшей мере свойственен практически каждому из нейролептиков. Если всем «антидофаминным» психотропным препаратам естественно сопутствуют паркинсонизм и повышение пролактина, то атипичи почти лишены первого недостатка, но не второго и, напротив, являются предположительно более пролактиногенными. По способности вызывать повышение пролактина препараты нового поколения можно расположить в порядке убывания примерно следующим образом: сульпирид

(эглонил) — рисперидон (рисполепт, инвега, конста) — амисульприд (солиан) — оланзапин (зипрекса) — клозапин (азалептин, лепонекс) — кветиапин (сероквель) — сертиндол (сердолект) — ziprasidon (зелдокс) — арипипразол (абилифай, АРИП).

Сведения о пролактинемии освещаются в эндокринологической, но крайне скудно в психиатрической литературе. В крови пролактин находится в нескольких изоформах — основная или мономерная (молекулярная масса 22000), димерная (50000) и полимерная. Биологически активной является мономерная форма. Полимерная форма почти не обладает активностью, но при определении уровня пролактина радиоиммунологическим методом дифференцировать различные его формы невозможно, регистрируется весь объем пролактина.

Синтез и секреция пролактина осуществляются лактотрофами гипофиза, которые составляют около 20% всей клеточной популяции гипофизарных клеток. Пролактин является единственным из гормонов передней доли гипофиза, который находится под тоническим ингибирующим влиянием гипоталамуса посредством стимуляции дофаминовых рецепторов, локализованных на лактотрофах.

Концентрация пролактина в сыворотке крови женщин составляет в норме 10-12 (до 20) нг/мл, у мужчин — ниже 10 нг/мл. Пролактин, как и другие гормоны, секретруется пульсирующим образом. В период сна секреция увеличивается (пик в середине сна) до 17-18 и снижается в течение дня, достигая минимальных значений к полудню до 6-7 нг/мл.

В физиологических условиях стимуляция высвобождения пролактина наблюдается во время сна, стресса, физической нагрузки, акта

сосания, полового сношения (у женщин), в период беременности, приема белковой пищи.

Секрецию пролактина стимулируют антагонисты D_2 рецепторов, например церукал, эстрогены, пероральные контрацептивы, дофаминовые антагонисты (метоклопрамид), серотонинергические агонисты (5-гидрокситриптофан), адренергические ингибиторы (резерпин, α -метилдофа), опиаты (аналоги энкефалина, морфин).

Секреция пролактина угнетается дофаминергическими агонистами (l-дофа, апоморфин, дофамин, бромокриптин), серотониновыми антагонистами (метизергид). Водная нагрузка снижает уровень пролактина в сыворотке крови на 50% и более и может использоваться в дифференциальной диагностике гиперпролактинемии.

Диагностика. Забор крови для исследования на пролактин проводят натощак в утреннее время. Начальный и посттерапевтический (после активной терапии антипсихотиками) уровни пролактина не коррелируют, и потому показатель перед лечением, к сожалению, не позволяет предсказывать степень повышения концентраций пролактина в процессе антипсихотической терапии.

Биологические эффекты пролактина подразделяют на 7 категорий: 1- влияние на репродукцию и лактацию, 2 — на водно-солевой обмен, 3 — на морфогенез и рост, 4 — на обмен веществ, 5 — на поведенческие реакции, 6 — на иммунорегуляцию и 7 — на эктодерму и кожу.

Клинические признаки синдрома нейролептической гиперпролактинемии наблюдаются не у всех больных, у которых лабораторно обнаруживается повышение уровня пролактина.

Наиболее частыми из начальных клинических симптомов являются ангедония, у женщин галакторея и нарушения менструального цикла — редкие месячные (опсоменорея) и аменорея, у мужчин сексуальные дисфункции (снижение либидо и потенции).

Ангедония может быть самым чувствительным признаком гиперпролактинемии, то есть обнаруживаться еще до появления соматических симптомов, и может служить клиническим критерием, по которому удобно ориентироваться для оценки успешной коррекции гиперпролактинемии. Ангедония, то есть потеря способности испытывать удовольствие, может распространяться на все сферы жизнедеятельности человека (пища, социальные взаимодействия, интересы, влечения) или же может быть ограничена какой-либо определенной областью, например «не получаю удовольствия от общения с людьми». Ангедония, вызванная повышенным пролактином больше известна при новообразованиях гипофиза или в норме у

кормящих матерей. Умиротворение и отрешенность в лицах женщин с младенцем на руках веками привлекали внимание живописцев, не ведавших, что оставляют прагматичным медикам свои утонченные иллюстрации пролактиновой ангедонии. В психиатрии психопатологический признак ангедонии чаще описывался в структуре апатии и депрессий (рис. 1)

То есть, прежде чем судить об ангедонии как признаке повышенного уровня пролактина, необходимо дифференцировать, не относится ли она к апатическим или депрессивным состояниям. Патогенетическая природа подтверждается ее *juvantibus*, например, редукция ангедонии параллельно с ослаблением депрессии или же одновременно с нормализацией уровня пролактина в сыворотке крови (благодаря отмене препарата или применению корректора). Клинически в статике отличить гормональную ангедонию от структурных проявлений депрессии или апатии сложно. Практически только получив подтверждение, что ангедония немедленно устраняется после купирования гиперпролактинемии, врач может сделать вывод о гормональной причине ангедонических признаков.

Для выявления, оценки выраженности и контроля динамики ангедонии разработан ряд самооценочных шкал. В практических целях удобна Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS), табл. 1 (адаптация выполнена совместно с Н.Орловой).

Лица с достаточным уровнем гедонизма дают свыше четырех позитивных ответов, обычно более, зависимо от личностных особенностей.

Ошибки в клинической практике — это чаще всего нераспознавание ангедонии, оценка ее в качестве депрессивного состояния и безуспешные попытки терапии антидепрессантами. Но ангедония является самостоятельным признаком, а не разновидностью депрессивного аффекта и непосредственно тимоаналептической терапии неподатлива.

Лечение. При обнаружении клинических признаков гиперпролактинемии рекомендуется снижение дозы или отмена антипсихотика, замена другим препаратом с меньшей пролактинотропной активностью.

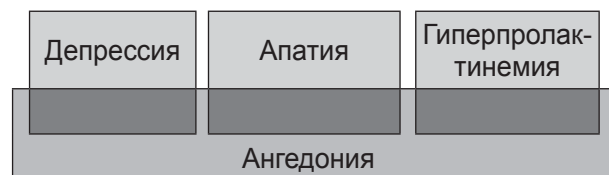


Рис. 1

Виды ангедонии по патогенетической принадлежности

Таблица 1

Шкала ангедонии Snaith-Hamilton

Инструкция: отметьте, пожалуйста, пункты, которые соответствуют Вашему состоянию в настоящее время

	да	скорее да	скорее нет	нет
1. Мне бы доставило удовольствие посмотреть любимый фильм, телепередачу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Меня бы порадовало общение с семьей или близкими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Я бы получил (а) удовольствие от вкусной еды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мне бы доставило удовольствие заняться любимым делом (работой, хобби)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я бы с удовольствием принял (а) теплую ванну или душ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Я бы с удовольствием наслаждался ароматом цветов, запахом леса (поля, свежее испеченного хлеба)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Меня порадовали бы улыбающиеся лица окружающих людей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Мне бы доставило удовольствие иметь эффектный внешний вид (одежда, прическа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Мне бы доставило удовольствие чтение книги, газеты или журнала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Я бы получил удовольствие от чашки чая, кофе или сока	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Я бы с удовольствием порадовался самым обыденным вещам, например, яркому солнечному дню, голубому небу, зеленой траве	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Я бы с удовольствием наслаждался красивым пейзажем, видом из окна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Меня порадовала бы возможность помочь кому-то, быть необходимым, нужным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Меня порадовала бы похвала в мой адрес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если же возникают вынужденные обстоятельства, то есть снижение дозы и отмена препарата крайне нежелательны, а альтернативные назначения для больного уже показали свою неэффективность либо непереносимость, тогда прибегают к лекарственной коррекции. Для снижения уровня пролактина применяются ингибиторы секреции пролактина дофаминергические агонисты. Например, из апробированных при шизофрении, бромокриптин (бромкриптин, парлодел) от 1,25 мг с постепенным наращиванием до 5-7,5, редко 10 мг/сутки в 2-3 приема. Рекомендации по коррекции вызванной атипиками пролактинемии бромокриптином разработаны на Синайской конференции (Нью-Йорк, октябрь 2002 г.). Выраженность симптомов гиперпролактинемии снижается вдвое примерно за 2 нед. и у большинства больных симптоматика устраняется в течении месяца. В

табл. 2 представлены иллюстративные результаты, опубликованные нами ранее на портале Здоровье Украины (www.health-ua.org/article/neuro/51.html.)

Имеется зависимость между уровнем пролактина в сыворотке крови и продолжительностью коррекции бромокриптином — при изначально более высоких лабораторных показателях пролактина требуется более продолжительная терапия. Значимо сокращается срок коррекции при ее раннем начале. Поэтому желательно незамедлительное вмешательство. План переключения на менее пролактиногенный препарат рассматривается повторно, если и на этапе противорецидивной терапии усиленная секреция пролактина сохраняется. Ведь более актуальную проблему составляет гиперпролактинемия не в ограниченном периоде активной терапии, а постоянная, повышающая

Таблица 2.

Динамика концентраций пролактина в сыворотке крови больных с лекарственной гиперпролактинемией

Время исследования	Показатели пролактина (нг/мл)
Перед началом приема антипсихотиков	9,00 ± 2,36
Перед началом приема бромокриптина на фоне антипсихотитка	193,45 ± 24,73
Через 2 недели приема бромокриптина совместно с антипсихотиком	60,7 ± 14,7
Через 1 месяц приема бромокриптина совместно с антипсихотиком	19,4 ± 9,1

опасность остеопороза и онкологической патологии при продолжительном противорецидивном лечении антипсихотиками.

Бромокриптин (парлодел) как и антидепрессанты является неселективным агонистом дофамина. На фоне активной антипсихотической терапии применение препарата периодами до 4 нед. по 2,5-5 мг/сут. или до 3 нед. по 5-7,5 мг/сут. в клинических исследованиях не обнаруживает пропсихотического действия или значимого ослабления антипсихотической эффективности типичных нейролептиков и атипиков. Однако имеются предупреждения о риске психотических обострений при более высоких дозировках бромокриптина, более

продолжительной непрерывной корректирующей терапии, а также на фоне низких (противорецидивных) доз антипсихотиков.

Это сообщение составлено на основе одного из разделов учебного пособия для психиатров «Ургентная психиатрия» Г. К. Дзюба, В. Н. Кузнецова, Н. В. Нестерчук (глава об осложнениях психофармакотерапии: злокачественный нейролептический синдром, острая дистония и акатизия, серотониновый синдром, метаболический синдром, гиперпролактинемия, синдромы зависимости). Как найти книгу в Киеве или получить почтовой пересылкой отвечает издатель по электронной почте psychiatry@ukr.net.

Література

1. Dickson RA, Seeman MV, Corenblum B. Hormonal side effects in women: typical versus atypical antipsychotic treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 3):10-15.
2. D'haenen H. Measurement of anhedonia. *Eur Psychiatry* 1996; Vol 11/No 7:335-343.
3. Halbreich U, Palter S. Accelerated osteoporosis in psychiatric patients: possible pathophysiological processes. *Schizophrenic Bulletin* 1996;22(3):447-454.
4. Hamner MB, Arana GW. Hyperprolactinaemia in antipsychotic-treated patients. Guidelines for avoidance and management. *CNS Drugs* 1998; 10(3):209-222.
5. Huang M.L., Van Peer A., Woestenborghs R. et al. Pharmacokinetics of the novel antipsychotic agent risperidone and the prolactin response in healthy subjects. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54(3):257-268.
6. Marken P.A., Haykal R.F., Fisher J.N. Management of psychotropic- induced hyperprolactinemia. *Clin Pharm* 1992; 11: 851-6.
7. Melkersson K. Differences in prolactin elevation and related symptoms of atypical antipsychotics in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 761-7
7. Misra M., Papakostas G.I., Klibanski A. Effects of psychiatric disorders and psychotropic medications on prolactin and bone metabolism. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(12):1607-18.
9. O'Keane V and Meaney AM: Antipsychotic drugs: a new risk factor for osteoporosis in young women with schizophrenia? *J of Clin Psychopharmacology* 2005; 25(1):26-31.
10. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S., Humayan A., Hargreaves D., Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale //The British Journal of Psychiatry 167: 99-103 (1995). -<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/167/1/99>.
11. Staller J. The effect of long-term antipsychotic treatment on prolactin. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Jun;16(3):317-26.

Динаміка основних показників стану психічного здоров'я населення Донецької області

Зінченко О. М.

Міністерство охорони здоров'я України

Резюме. У статті представлені результати вивчення регіональних особливостей динаміки психічного здоров'я населення Донецької області за період з 2000 по 2010 роки.

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

The dynamics of main population mental health indicators in Donetsk region

Zinchenko O. M.

Ministry of health Ukraine

Оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної науково обґрунтованої діяльності системи охорони здоров'я, служить основою для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і установ охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності по збереженню і зміцненню здоров'я населення. Аналіз роботи психіатричної служби на місцевому і регіональному рівнях дозволяє отримати більш детальну інформацію про стан психічного здоров'я населення з урахуванням соціальної, культуральної та економічної специфіки регіону.

В Донецькій області було проведено дослідження з оцінки динаміки психічного здоров'я населення регіону за період з 2000 по 2010 роки, що дозволило виявити деякі його характерні особливості.

У 2010 р. до лікувально-профілактичних закладів Донецької області за психіатричною допомогою звернулося 132447 осіб (у 2000 р. — 124878).

Показники психічного здоров'я населення Донецької області за період з 2000 по 2010 р.

характеризуються зростанням на 17,5% загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки (рис. 1).

У структурі контингенту хворих у 2010 році переважали хворі з неспсихотичними психічними розладами (52,2%), хворі з розладами психіки психотичного характеру і розумовою відсталістю становили 28,1% і 19,7% відповідно (табл. 1).

По групах розладів і окремих нозологіях показники загальної захворюваності мали тенденцію до зростання (табл. 2).

Так, у групі розладів психіки психотичного характеру простежувалася тенденція збільшення показника загальної захворюваності хворих на шизофренію, шизотипові та маячні розлади з 394,23 в 2000 р. до 429,85 на 100 тис. населення у 2010 році.

Показник загальної захворюваності розумовою відсталістю також збільшився за 11 років на 11,3% (з 527,25 до 586,80 на 100 тис. населення).

В той же час показник загальної захворюваності неспсихотичних психічних розладів протягом зазначеного періоду збільшився на 23,14% (з 1260,55 до 1552,3 на 100 тис. населення). У цій групі розладів на 41,3% збільшився показник

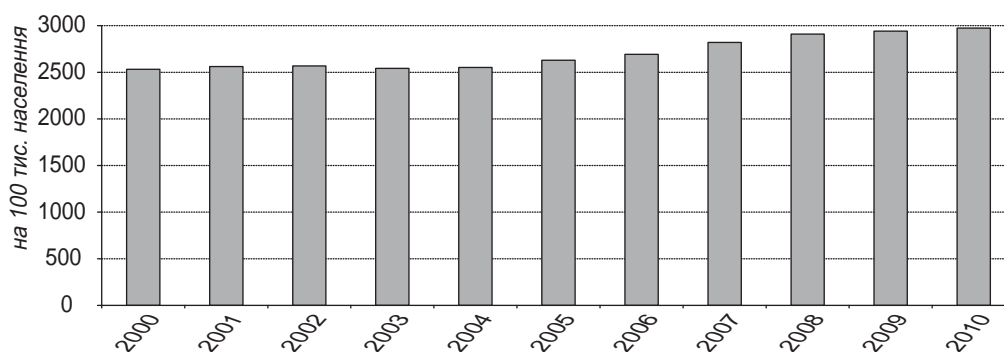


Рис. 1

Динаміка показника загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів Донецької області

Таблиця 1

Структура загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки за 3 основними групами

Види розладів	Донецька 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	37484	760,0	37358	801,84	37175	834,67	309936	676,97
Розлади психіки непсихотичного характеру	61388	1260,55	59455	1276,13	69137	1552,3	585531	1278,94
Розумова відсталість (усі ступені)	26006	527,25	25674	551,06	26135	586,80	273250	596,84

Таблиця 2

Структура загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у жителів Донецької області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	39113	45038	792,98	1011,21
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	22720	29003	460,63	651,19
з них внаслідок епілепсії	3664	3638	74,28	81,68
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	19445	19145	394,23	429,85
Афективні розлади	3345	5204	67,82	116,84
з них афективні непсихотичні розлади	1755	3588	35,58	80,56
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	19807	19712	401,57	442,58
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	7536	7394	152,79	195,6

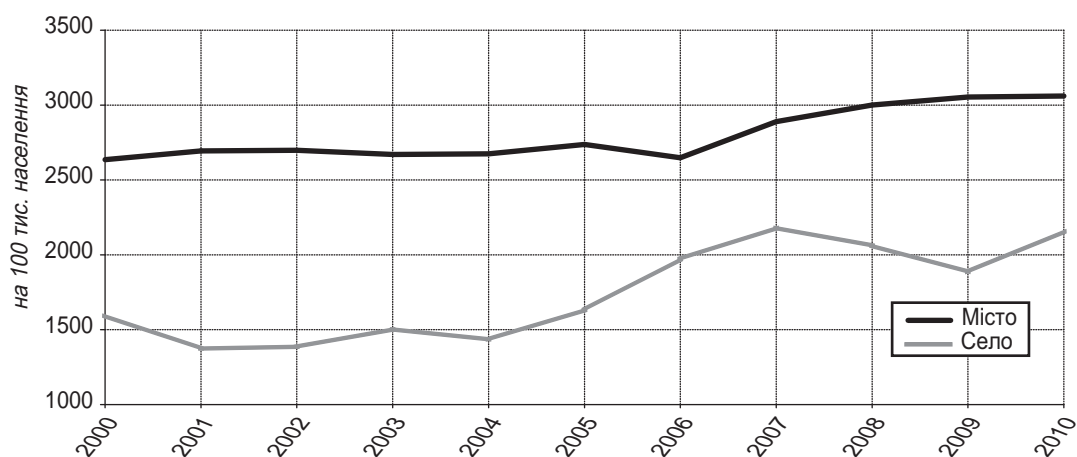


Рис. 2

Динаміка показника загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Донецької області

загальної захворюваності органічних непсихотичних розладів; на 10,2% невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів і на 28% розладів особистості та поведінки у зрілому віці.

Показник загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки за 11 років у сільських жителів зріс на 35,4%; а у міських жителів на 16,1% (рис. 2).

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки як у жителів міста (52,2%), так і у жителів села (52,3%) у 2010 році займали неспихотичні психічні розлади (табл. 3).

Число хворих, що звернулися за допомогою з уперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу в 2010 р. складало 11719 осіб (2000 р. — 13321).

Показник первинної захворюваності населення Донецької області на розлади психіки та поведінки незначно зменшився з 270,1 у 2000 р. до 263,1 на 100 тис. населення у 2010 році, або на 2,6%. По Україні зазначений показник у 2010 році був дещо нижчим і складав 234,6 на 100 тис. населення.

У структурі вперше виявлених хворих в динаміці 11 років спостерігалось зменшення показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2 основних групах, а саме у групі розладів психіки психотичного характеру (на 4,4%) та розумової відсталості (на 32,12%) та збільшення у групі розладів психіки неспихотичного характеру (на 3,3 %) (табл. 4).

У групі розладів неспихотичного характеру зросла кількість хворих на неспихотичні психічні розлади органічного походження. По інших виділених нозологіях має місце як зниження загальної кількості хворих так і показника первинної захворюваності (табл. 5).

У 2010 році показник первинної захворюваності на психічні розлади у жителів міста складав

Таблиця 3

Структура поширеності розладів психіки та поведінки у міського та сільського населення Донецької області (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	865,1	547,4
Розлади психіки неспихотичного характеру	1597,3	1127,6
Розумова відсталість (усі ступені)	597,9	482,3

Таблиця 4

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у 3 основних групах

Види розладів	Донецька 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	2787	56,5	2871	61,62	2406	54,02	18761	40,98
Розлади психіки неспихотичного характеру	8937	181,2	9164	193,64	8334	187,12	79845	174,4
Розумова відсталість (усі ступені)	1597	32,38	1169	25,09	979	21,98	8801	19,22

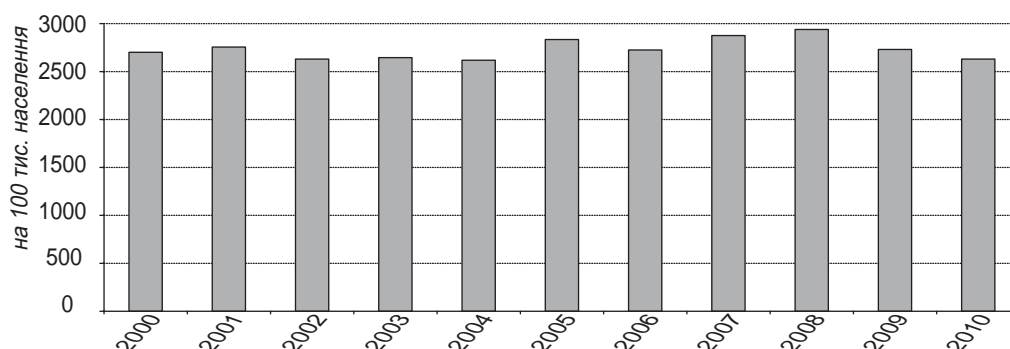


Рис. 3

Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів Донецької області

Таблиця 5

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів Донецької області

	Абсолютне число		Число хворих на 100 тис. нас.	
	2000	2010	2000	2010
Органічні розлади, включаючи симптоматичні розлади психіки	4697	4803	95,23	107,84
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	2808	3156	56,93	70,86
з них внаслідок епілепсії	223	185	4,52	4,15
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	722	637	14,64	14,30
Афективні розлади	424	627	8,60	14,08
з них афективні непсихотичні розлади	1755	586	35,58	13,16
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	3151	2395	63,88	53,77
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	597	502	12,10	13,3

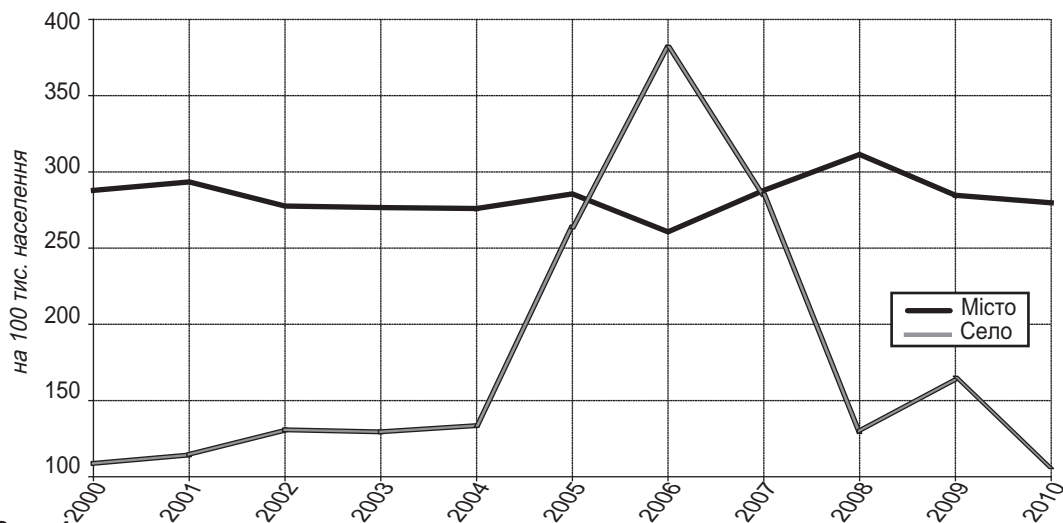


Рис. 4

Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Донецької області

Таблиця 6

Структура первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у міського та сільського населення Донецької області (показник на 100 тис. населення)

Види розладів	Місто на 100 тис. відпов. населення	Село на 100 тис. відпов. населення
Розлади психіки психотичного характеру	56,9	26,9
Розлади психіки непсихотичного характеру	200,4	62,3
Розумова відсталість (усі ступені)	22,5	17,3

279,7 на 100 тис. населення, а у жителів села 106,6 на 100 тис. населення. Порівняльний аналіз зазначеного показника протягом 2000–2010 рр. свідчить що показник первинної захворюваності у жителів міста зменшився на 2,85%, а у жителів села на 1,93% (рис. 4).

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. 6).

Висновки

Проведений нами аналіз динаміки показників загальної та первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки у населення Донецької області у 2000-2010 роках свідчить про зростання абсолютного числа хворих, які звернулися за психіатричною допомогою, зростання показника загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади як в цілому так і за 3 основними групами (розлади психіки психотичного характеру, розлади психіки неспсихотичного характеру, розумова відсталість), а також по окремих діагностичних рубриках. Слід зазначити, що в Донецькій

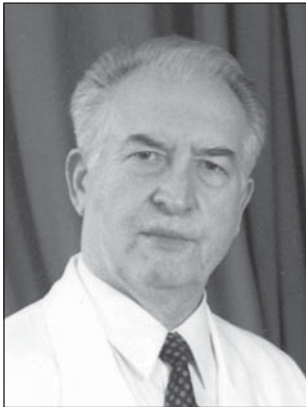
області показник загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади вище загальноукраїнського показника.

Захворюваність міського населення вища ніж сільського. Показник загальної захворюваності за 11 років у сільських жителів зріс на 35,4%;

Показники первинної захворюваності в 2010 р. в порівнянні з 2000 р. зменшилися як в цілому так і у 2 основних (розлади психіки психотичного характеру, розумова відсталість).

У структурі первинної та загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки як у жителів міста так і у жителів села перше рангове місце займали неспсихотичні психічні розлади.

Значення клініко-діагностичних, соціально-рольових та соціотерапевтичних чинників в організації психіатричної ресоціалізації



Лісовенко В. Л.

Лісовенко В. Л.

Національний університет ДПС України

Резюме. в статті розглядається роль клініко-діагностичних, соціально-рольових та соціотерапевтичних факторів в ресоціалізації психічно хворих.

Ключові слова: психіатрична ресоціалізація, клініко-функціональний діагноз, соціально-рольова соціалізація, терапевтичне середовище, соціальна терапія, соціальна недостатність.

The importance of clinic-diagnostics, social-roles and socialtherapeutics factories in the organization of psychiatric resocialization

Lisovenko V. L.

Resume. In the article is examine the role of clinic-diagnostics, social roles and socialtherapeutics factors in resocialization of psychiatric patience.

Key words: psychiatric resocialization, clinicfunctional diagnose, social-role sozialization, occupation therapy, social therapy, social deficiency.

Яким би сьогодні грандіозним не здавався прогрес в діагностиці і лікуванні психічних захворювань в порівнянні з минулим періодом, в психіатрії, як ні в якій іншій галузі знань медицини, до цього часу все ще залишається багато темних плям та до кінця не вирішених проблем організаційного, клінічного, правового та соціального характеру.

Достатньо послатися на далеко не поодинокі факти стигматизації та дискримінації психічно хворих осіб чи колишніх психіатричних пацієнтів при працевлаштуванні, отриманні візи для виїзду за кордон, водійських посвідчень, тощо.

Ці очевидні сентенції свідчать про не одностороннє ставлення до хворих з психічними розладами, особливо під час їх хвороби навіть серед членів сучасного, цивілізованого суспільства, не кажучи про існуючі в суспільній свідомості людей різні забобони та сформовані на їх основі негативні стереотипи не толерантного відношення.

Тому, розглядаючи ресоціалізацію психічно хворих, як проблему їх соціальної реабілітації шляхом відновлення особистісного і соціального статусу, тимчасово втраченого через хворобу, необхідно враховувати всі чинники, що впливають на процес ресоціалізації хворих для повернення їх в суспільство, в сім'ю, трудовий колектив, до праці, без якої людина, як соціальний суб'єкт, взагалі не може існувати.

В зв'язку з цим психіатрична ресоціалізація, насамперед, повинна розглядатися як проблема боротьби за людину, за її повернення до звичної життєдіяльності, трудової зайнятості,

раціонального побутового і соціального влаштування в суспільстві, а не лише як проблема подолання хвороби з допомогою медикаментозно-біологічної та психосоціальної терапії.

Основними ж чинниками, впливаючими на психіатричну ресоціалізацію крім медикаментозно - біологічного лікування за допомогою психофармакотерапевтичних методів, є також комплексна терапія психічно хворих соціальними та психотерапевтичними засобами, до яких відносяться умови лікування і перебування хворих в амбулаторних, стаціонарних і напівстаціонарних психіатричних закладах, створення в них спеціального соціально-психологічного мікроклімату у вигляді лікувального середовища (occupation therapy), включаючи партнерські відносини між хворими та обслуговуючим медперсоналом, широке впровадження в лікарняну практику системи не утискування хворих та відкритого режиму (no restraint and open door system), обов'язкове дотримання основних прав і свобод людини та залучення до боротьби з психічними хворобами широкої громадськості.

В числі соціальних методів терапевтичного впливу особливе значення для забезпечення цілеспрямованої ресоціалізації належить спеціальним методам і формам соціальної активності психічно хворих, культуротерапевтичним заходам, лікувальній фізкультурі, спортивним заняттям та працетерапії. Остання в першу чергу признається не стільки з метою зайнятості хворих, скільки для відновлення їх працездатності, починаючи з елементарних видів трудових процесів, і, закінчуючи професійною підготовкою

з окремих спеціальностей, що користуються попитом на ринку праці з наступним працевлаштування після повернення в суспільство. На жаль, працетерапія, як важливий метод соціальної терапії, психічно хворих людей під час перебування їх на лікуванні за останні десятиліття поступово втратила свою колишню актуальність в зв'язку з суттєвими соціальними змінами в суспільстві, що відбулися в Україні, та ліквідацією чи реорганізацією лікувально-виробничих майстерень і цехів при психіатричних закладах. Деякі ж з них, що продовжують своє жалюгідне існування без достатньої законодавчої бази та матеріальної підтримки з боку держави, фактично не виконують покладених на них завдань реабілітаційних центрів та притаманних їм раніше функцій по відновленню працездатності і соціального стану хворих.

В організації психіатричної ресоціалізації, на наш погляд, не менш важлива роль повинна надаватись також і такому соціально-рольовому фактору як гендерний, не зважаючи на те, що даному чиннику навіть на сучасному етапі розвитку суспільства психіатричною наукою і практикою до цього часу не приділяється належна увага.

Поняття гендер (gender) означає рід або стать, як соціальне явище, яке утворюється над біологічною статтю і визначає статус індивіда з погляду маскуліності чи фемінності. При цьому наявність анатомічних, репродуктивних, поведінкових і соціальних відмінностей між чоловіками і жінками само по собі ні в кого не викликає сумнівів. Навпаки, ця відмінність, як вважає відома соціальний психолог В. В. Москаленко вказує на особистість чоловіка або жінки, що формується внаслідок інтеграції людини в певну соціокультурну систему через засвоєння нею усталених норм, стандартів, принципів, традицій, тощо і зумовлена статеврольовою соціалізацією, що здійснюється на рівні суспільства через соціальні інститути сім'ї, навчання, виховання, гендерні стереотипи і ідеологію.

В повсякденному житті члени суспільства сприймають гендерні міжособистісні взаємовідносини як симбіоз осіб чоловічої та жіночої статі, як звичайне природне явище, яке реалізується в сферах спілкування, статево-рольової поведінки та самосвідомості, що відображають відповідну гендерну ідентичність індивідів своєї статі.

У випадку ж психічної хвороби у більшості хворих мають місце порушення свідомості, емоційно-вольової сфери, поведінки, мислення та інших розладів психічної діяльності, в тому числі втрата соціального контролю та критичного ставлення до себе і оточуючої дійсності.

Враховуючи це та рівень розвитку суспільства, ще з давніх часів, і аж до початку

XIX століття суспільство всіляко намагалось ізолювати психічно хворих людей, утримуючи окремо чоловіків і жінок від нормального соціального оточення в спеціальних установах чи притулках, нагадуючих психіатричні тюрми. В минулому у більшості країн хворих, як правило, заковували у кайдани, а так зване лікування зводилось до застосування методів відволікання, припікання чи залякування хворих. І лише в 1792 році вперше в історії людства французький лікар-психіатр П. Пінель під впливом Великої Французької революції в Бісетрі і Сальпетрієрі зняв кайдани з психічно хворих і тим самим, за образним висловом М. Баженова, «ввів божевільного в ранг хворого». Він же разом зі своїм учнем Д. Ескіролем вперше в психіатричній практиці запровадив історії хвороби, лікарські огляди та дослідження психічно хворих. Деяко пізніше ідеї Пінеля були підтримані В. Тюком та Дж. Коноллі в Англії, які проголосили для психічно хворих вже вищезгадану систему по *restraint*. Дж. Коноллі і вперше ж дійшов висновку, що чим більше надавати свободи психічно хворим і чим менше їх механічно утискувати, тим вони стають спокійнішими і мають більше шансів одужати. Звичайно, що навіть сьогодні ця ідея звучить занадто оптимістично, проте вкрай неважливому, рабському ставленню до психічно хворих людей врешті було покладено край і, таким чином, можна стверджувати, що лише в кінці XVIII століття та першій половині XIX століття соціальний чинник, як такий, набув права громадянства. Але, на жаль, до цього часу він поки що так і не став домінуючим в організації лікування і ресоціалізації психічно хворих.

Підтвердженням цього факту є, наприклад, традиційна організація і профілювання переважної більшості стаціонарно-психіатричних закладів та окреме утримання і лікування чоловіків і жінок в психіатричних відділеннях, що скоріше всього пояснюється суб'єктивними мотивами розуміння керівниками психіатричних установ значення статево-рольового фактору в життєдіяльності людини і, особливо, у випадку психічного захворювання. Ігнорування впливу гендерних стереотипів на ресоціалізацію особистості психічно хворої людини та профілювання стаціонарних відділень психіатричних закладів на засадах ізолюваного перебування чоловіків та жінок створює умови для формування так званого синдрому «здичавіння» хворих на фоні соціальної деградації та соціальної недостатності. При чому синдром «здичавіння» є прямим наслідком недооцінки ролі гендерного чинника, а саме гендерних стереотипів та статево-рольової соціалізації. Що ж стосується причин нехтування вищезазначеного чинника, то очевидно це можна пояснити несвідомим і

майже маніакальним страхом ймовірних сексуальних ексцесів серед психічно хворих, що продовжує існувати в головах багатьох керівників психіатричних служб, і саме він є основною перешкодою двостатевого розташування хворих в одному відділенні, як це загально прийнято в соматичній медицині. Всі інші приводи і причини нічим серйозним не обґрунтовані крім орієнтації на дотримання сумнозвісного принципу, за яким жив і діяв один з героїв повісті А.П. Чехова «Людина у футлярі», вчитель грецької мови Беліков, що постійно боявся: «щоб чогось не сталося», який «жив – тремтів і помирав – тремтів». На жаль, цей принцип все ще залишається живучим і як і колись продовжує перемагати прагматизм та здоровий глузд, не зважаючи на те, що сьогодні ХХІ століття.

В той же час існує багаторічний досвід деяких психіатричних лікарень, зокрема, Київської обласної психіатричної лікарні №2 с.м.т. Ворзель Київської області, де організація психіатричних відділень по типу двостатевого перебування хворих була здійснена з самого початку її більш як 30-річної діяльності, і може бути прикладом відсутності формування негативних гендерних стереотипів у тому числі синдрому «здичавіння» хворих у випадках хронічного перебігу захворювань та тривалого лікування.

Як відомо, синдром «здичавіння» є суто соціальним феноменом внаслідок тривалого одностатевого утримання хворих в закритих психіатричних приміщеннях чи засуджених людей в тюремних установах та порушення умов їх соціально-рольової соціалізації і проявляється в пасивності, бездіяльності, неохайності, стереотипній поведінці, агресивності чи байдужості, непристосованості до нормального життя після повернення в суспільство, негативному або індиферентному ставленні до протилежної статі, тощо, що стосовно психічно хворих створює додаткові труднощі в процесі їх ресоціалізації та негативно впливає на відновлення соціальної сутності.

Серед основних чинників психіатричної ресоціалізації значна увага повинна бути приділена також клініко-функціональному діагнозу та принципу апеляції до особистості хворого. При цьому, функціональний діагноз на відміну від нозологічного дозволяє врахувати не лише виявлені клінічні симптоми та синдроми психічних розладів, що мають місце під час хвороби, стан та стадію перебігу психічного захворювання, а і відповісти на запитання відносно збережених психічних функцій та властивостей хворого. Крім того, функціональний діагноз дає можливість визначити стан його розумової і емоційно-вольової сфери, мислення, свідомості, здібностей, інтересів, особливості професійної діяльності, працездатності та прагнень хворого, що вкрай важливо для вирішення ресоціалізаційних завдань. Одночасно вищезазначені та відомі лікарям анамнестичні відомості про пацієнта є основою для побудови адекватної комплексної індивідуальної програми його ресоціалізації, яка обов'язково повинна поєднуватися також з принципами диференційованого підходу, ступеневості і комплексності в призначенні і забезпеченні різних форм і методів ресоціалізаційної терапії стосовно кожного хворого.

Реалізація такої програми охоплює, як правило, три етапи: медичної, професійної і соціальної ресоціалізації, між якими не існує різких кордонів, а кожний з них має свої характерні особливості і конкретні завдання, що вирішуються в межах відповідних клініко-соціальних та організаційних форм ресоціалізації.

Але соціально-психологічний аспект ресоціалізаційної програми залишається одним із головних напрямків, диктуючи проведення більш дієвих реформ в забезпеченні психіатричної ресоціалізації і, насамперед, стосовно недопущення у психічно хворих формування соціальної недостатності та порушення їх прав і свобод.

Література

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Хельсинки, Финляндия, 12-15.01.2005. Архив психиатрии, 2005, №1
2. В.Л. Лисовенко Реабилитация психически больных, Справочник врача-психиатра, Киев, Здоровье, 1990
3. В.В. Москаленко Статевро-льова соціалізація особистості, Соціальна психологія, Київ, Центр навч. літератури, 2005
4. И.П. Павлов Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии, Избранные статьи и речи по вопросам психиатрии и невропатологии. Выпуск 1, АМН СССР, М., 1951
5. Й.А. Полищук Естественно-научный и социально-психологический аспекты восстановительного лечения психически больных. Вибрані праці, Київ, 2007
6. И.Ф. Случевский Краткие сведения из истории психиатрии, Психиатрия, Медгиз., 1957

УДК 616.89:340.624.6:616.697:618.177

Психиатрия при нацизме: насильственная стерилизация душевнобольных и других лиц. Сообщение 2



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. Представлені дані про кастрацію і насильницьку статеву стерилізацію душевнохворих та інших осіб, аналіз законів про статеву стерилізацію в скандинавських країнах і Німеччині, характеристика груп осіб, що підлягали стерилізації. Підкреслюється, що зі всіх стерилізованих в Німеччині осіб, 60% були визнані психічно хворими, яких німецькі психіатри того часу називали «людським баластом», «порожньою людською оболонкою», «життям, не вартим життя».

Ключові слова: насильницька стерилізація, закони про статеву стерилізацію, душевнохворі.

Psychiatry at Nazism: violent sterilization of mentally ill and other persons. Report 2

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. Information is presented about castration and violent sexual sterilization of mentally ill and other persons, analysis of laws on sexual sterilization in the Scandinavian countries and Germanium, description of groups of persons, subject sterilization. It is underlined that from all persons sterilized in Germanium, 60% were acknowledged mentally patients, which the German psychiatrists of that time named a «human ballast», «empty human shell», «life, not costing life».

Key words: violent sterilization, laws on sexual sterilization, mentally ill.

Размышления — это самая трудная работа, видимо поэтому ею занимается так мало людей.

Генри Форд

По мнению большинства исследователей философии нацизма, в воззрениях психиатров, которые вдохновляли А. Гитлера во времена, предшествовавшие Третьему Рейху, стержневой была идея о том, что умственные заболевания наследуются посредством дефектных генов, и что искоренения болезней можно добиться, лишь уничтожив эти гены. Как стало известно, конечным результатом такого рода

мышления была стерилизация сотен тысяч немцев, страдавших умственной отсталостью и имевших умственные недостатки, проведение жестоких экспериментов на заключённых концентрационных лагерей и систематическое убийство миллионов «генетически второсортных» людей [1].

Самый тяжелый период истории мировой психиатрии был назван «трагическим злоупотреблением медициной во Второй мировой войне» [2]. Однако ничего больше до восьмидесятых годов прошлого века по этому поводу не было сказано. В настоящее время известно, что

это «трагическое злоупотребление» заключалось в следующем:

- 1) 1934-1939 годы: 350 000 реальных или потенциальных психиатрических клиентов или пациентов подверглись в Германии официальной половой стерилизации (далее стерилизации) в принудительном порядке, причем с участием представителей психиатрии;
- 2) 1938-1942 годы: до выхода в свет закона, который так и не был принят, 20 000 проживавших в Германии цыган были отобраны для насильственной стерилизации и помещены в концентрационные лагеря специальной бригадой, которую возглавлял психиатр. Многие цыгане подверглись стерилизации, более 17 000 были убиты в Аушвице;
- 3) 1940-1941 годы: 70 000 психиатрических пациентов в Германии признаны бригадой психиатров неизлечимыми. Все они были уничтожены в газовых камерах специальными группами, которые возглавляли психиатры. Психиатры предпринимают попытки сформулировать законы, которые узаконивали бы эти убийства;
- 4) 1940-1942 годы: психиатрические пациенты еврейского происхождения подвергаются умерщвлению в газовых камерах теми же бригадами, которые осуществляли умерщвление пациентов-неевреев. Когда в 1942 году умерщвление в газовых камерах в Германии прекращается, группы уже достаточно опытных убийц переводятся в Польшу и СССР, где они организуют лагеря смерти для евреев и цыган;
- 5) 1940-1944 годы: ведутся интенсивные работы по изучению мозга, причем задействованные в них пациенты затем подлежат уничтожению;
- 6) 1941-1945 годы: приблизительно 80 процентов оставшихся в живых психиатрических пациентов в Германии гибнут в психиатрических учреждениях от голода, инфекционных болезней и не качественного ухода [3].

Рассматривать перечисленные «трагические злоупотребления» следует с учетом политики «Третьего Рейха» — так национал-социалисты называли свое государство. В германских преданиях так именовали грядущий счастливый век. Одновременно это название должно было подчеркнуть преемственность имперских притязаний: первым рейхом считалась средневековая Священная римская империя, вторым — созданная Бисмарком Германская империя. Национал-социалисты отменили принцип парламентаризма и демократического государственного

устройства. Они заменили Веймарскую республику (1919-1933) моделью авторитарного государства, основанного на принципе «фюрерства» (вождизма), согласно которому решения по всем вопросам принимались не большинством голосов, а «ответственным вождем» на соответствующем уровне в духе правила: *«авторитет сверху вниз, ответственность снизу вверх»*. Соответственно, нацисты не упразднили полностью Веймарскую конституцию 1919 года, но внесли в нее коренные изменения и отменили действие ряда ее принципиальных положений. Прежде всего, декрет «О защите народа и государства» от 28 февраля 1933 года ликвидировал гарантии личных прав и свобод (свободы слова и печати, объединений и собраний, тайну переписки и телефонных разговоров, неприкосновенность жилища и т.д.).

Общеизвестно, что *кастрация и стерилизация* являются двумя видами наказания, которые широко применялись в истории человечества и поныне остаются в арсенале принуждения некоторых государств. Исторически первым вошла в употребление и очень активно использовалась кастрация мужчин.

Кастрация мужчин была широко распространена в древности и в средние века для подготовки евнухов (хранителей гарема), а также у мальчиков-певцов для сохранения у них детского голоса (сопрано). Кастрация применялась как средство мщения и наказания пленных не только в древние и средние века, но и во время Второй мировой войны немецкими фашистами [4].

Следует отметить, что и в наше время кастрацию используют, как средство принуждения и наказания. Когда международный трибунал в 1989 году расследовал преступления ЮАР в Намибии, ряд свидетелей показывали, «мы также часто кастрировали сторонников СВАПО, попавших в плен, если они отказывались перейти на нашу сторону». Кастрировали пленных и во время событий на территории бывшей Югославии. Очень часто угрозу кастрации, ее имитацию (нарезы на мужских органах) применяли во время допроса, как род пытки. Эта угроза очень сильно действует на мужчин, поскольку для большинства угроза превратиться в бесполое существо страшнее смерти [4].

Ситуация резко изменилась с открытием рентгеновских лучей, губительно действовавших на яичники и яички. Сначала в 20-х годах XX века рентгеновскими лучами стерилизовали закоренелых преступников и преступниц в ряде американских штатов. Затем в годы Второй мировой войны, германские нацисты тысячами подставляли под рентгеновские установки женщин и мужчин «неполноценных» народов, выжигая их половые железы.

Характеризуя этот вид наказания, следует более подробно остановиться на *стерилизации*. Под стерилизацией, в отличие от кастрации, при которой прекращается поступление в организм половых гормонов, понимают не удаление половых желез и не выключение их функции, а искусственное создание в организме условий, препятствующих воспроизведению потомства при одновременном сохранении эндокринной функции половых желез [5]. Обычно это перевязка или перерезка семявыносящих протоков у мужчин и маточных труб у женщин. Уже в древние времена сдавливали мошонку приговоренных мужчин, после чего их травмированные яички уже не могли продолжать род, реже применялся рывок за нее, при точно рассчитанном усилии, рвались хрупкие семявыносящие протоки, органы оставались на месте, но как мужчина, человек уже был мало на что способен. Появившись в конце XIX века, стерилизация поначалу начала применяться, как средство контрацепции, последователи Т.Р. Мальтуса рекомендовали проводить ее у женщин из беднейших классов общества. Однако в виду необходимости достаточно сложной операции ее популярность несколько снизилась. В начале прошлого века в законах некоторых штатов США была введена насильственная стерилизация закоренелых преступников и некоторых психически больных.

К 1935 году в ряде стран Европы (Швейцария, Дания, Норвегия, Германия, Швеция и Финляндия) были приняты законы о половой стерилизации. Основной смысл закона сводился к прекращению передачи патологических задатков потомству. Небезынтересно, что в Советском Союзе стерилизация женщин осуществлялась только по строгим медицинским показаниям.

Наиболее широкое распространение она получила в Третьем Рейхе, когда по закону от 1938 года, ей подвергались люди с врожденным слабоумием, шизофренией, циркулярным психозом, наследственной эпилепсией, наследственной хореей Гентингтона, наследственной глухотой, слепотой, тяжелыми телесными уродствами, тяжелым алкоголизмом, преступники, а позднее и неполноценные личности, т.е. этот закон использовался против политических врагов. Что значил этот термин, показывает следующий пример, приведенный на Нюрнбергском процессе — один свидетель показал «будучи вызванным в комиссию по расовым вопросам, на опросе он не смог назвать даты рождения Гитлера, Геббельса. Его обвинили в расовой неполноценности и стерилизовали».

Был и другой пример: «В 1940 году судили одну из немок, Грету С. Было установлено, что,

будучи в Польше, она вышла замуж за польского офицера и родила троих детей. За расовый позор она и ее дети были приговорены к суровому наказанию. Приписывалось детям стерилизовать и отправить в один из государственных детских домов. Мать погибла в концлагере». Так что задуманная родоначальниками евгеники, как средство улучшения человеческой породы, стерилизация превратилась в орудие судебного преследования. В некоторых концлагерях вывешивали грозные приказы «Хотя половые отношения между заключенными неощущаются, отношение к ним терпимое, другое дело беременность. Неполноценные не имеют права беременеть. Беременные осужденные женщины будут подвергнуты принудительному аборт и стерилизованы. Мужчины, виновные в беременности, будут казнены».

Правда, такой «гуманизм» продержался не долго, где-то до 1941 года, когда лагеря были жестко разбиты на мужские и женские зоны и любое нарушение порядка, вплоть до взгляда на своего супруга, мог быть наказан смертью. Когда было открыто действие рентгена на половые железы, немцы были в восторге. Доктор Шпрех, приволок в Освенцим рентгеновскую установку, облучил 300 евреев, в течение недели они работали на общих основаниях, затем их кастрировали и исследовали половые железы. Был шумный восторг, Шпрех и Й. Менгеле писали А. Гитлеру, что «открыто оружие, сродни боевому. Если мы сможем обесплодить наших врагов, т.е. они смогут работать, но не будут размножаться, расовый вопрос будет решен сам собой». На радостях Шпрех даже пообещал стерилизовать в месяц 300 000 человек.

Однако через пару месяцев выяснилось, что на женщин рентген не действует стопроцентно, да и облученные мужчины, при передозировке, что было неизбежно на потоке, умирали, как мухи. Так что этот вопрос повис в воздухе. Так как рентген фактически является лучевой кастрацией со всеми ее последствиями, сейчас стерилизацию применяют только хирургическую, зачастую при помощи лапароскопов и другой современной аппаратуры. К сожалению, мудрецы, пытающиеся использовать ее в политических целях, не перевелись, так она широко применяется китайским правительством в борьбе с женским движением Тибета и в ряде других стран. Так как для основной части женщин материнство является неотъемлемой частью семейного счастья, эта угроза разрушительно действует на психику жертв подобных репрессий... [4].

На протяжении всей войны и после ее окончания со стороны психиатров, к сожалению, почти не было слышно голосов протеста

относительно этих действий. В Западной Германии, как утверждалось нами выше, сведения об этих преступлениях скрывались до начала восьмидесятых годов XX века. Молчание со стороны психиатрического сообщества Германии и всего мира позволило, многим перевертышам продолжать заниматься психиатрией и после войны.

Следует отметить, что единственная опубликованная в США книга (притом великолепная) о совершенных в Германии преступлениях была написана бывшим психиатрическим пациентом L. Laron (1986) [6]. В очень интересной во всех отношениях другой книге R.J. Lifton (1986) об академической психиатрии речь не идет; в ней сообщается о массовом уничтожении людей с помощью медицины [7]. Единственный возможный аргумент против обсуждения этих преступлений заключался в том, что если такие преступления действительно были, то это — специфическое немецкое явление, не относящееся к остальному сообществу психиатров. И только совсем недавно такая позиция была поставлена под сомнение [8].

К сожалению, психиатры были движущей силой в разработке политики, направленной на принудительную стерилизацию множества людей, расцененных как непригодные для воспроизведения потомства. Одним из создателей этого проекта, внедренного после ряда совещаний нескольких ведущих расовых гигиенистов Германии (включая Фрица Ленца, Альфреда Плётца и Герхарда Вагнера), являлся заслуженный и известный многими публикациями профессор психиатрии Эрнст Рюдин [9-12].

В то время он занимал должности директора Мюнхенского психиатрического института и председателя Ассоциации немецких неврологов и психиатров. В настоящее время многие его считают «родоначальником психиатрической генетики», его работы известны как «классические» произведения в этой области. В 1932 году Э. Рюдин был избран президентом Международной федерации организаций, связанных с евгеникой. На следующий год он был назначен нацистским режимом на должность руководителя Общества по расовой гигиене [13]. Он призывал к принудительной стерилизации «балластных существ» (ballastexistenzen) и был автором официально признанного руководства по внедрению принципов принудительной стерилизации больных шизофренией с евгенической целью [14].

Этот закон, введенный в действие в июле 1933 года, был основан на рекомендациях ученых, занимавшихся евгеникой, которые призывали к принудительной стерилизации лиц, страдающих психическими и наследственными

заболеваниями. Многие ученые действовали согласно принципам, которые, с их точки зрения, представляли подлинные интересы общества. Таким образом, медицина превратилась в движущую силу, способствовавшую внедрению евгеники, ставшей защитным фоном для расизма. Из 300 000-400 000 лиц, подвергшихся стерилизации, приблизительно 60% были признаны страдающими психическими заболеваниями. Диагнозы, считавшиеся основанием для проведения стерилизации, включали шизофрению, циклотимию, наследственные формы эпилепсии, хорею Гентингтона, задержку умственного развития и другие.

Большинство процедур стерилизации было проведено в предвоенные годы (1934-1937) и потребовало невероятных усилий со стороны врачей. Случаи стерилизации оказались лишь началом процесса, который был объявлен в 1933 году инспектором здравоохранения Баварии Вальтером Шульцем, представителям Мюнхенской государственной медицинской академии, как мера, направленная на «прекращение существования оравы психопатов, слабоумных и других неполноценных лиц, угрожающей представителям немецкой нации» [9, 15].

К.О. Россиянов, размышляя над книгой «Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland [Евгеника и государство всеобщего благоденствия: Политика стерилизации в Дании, Швеции, Норвегии и Финляндии] / Ed. by Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. East Lansing: Michigan State U. Pr., 1996», отмечает, что данный сборник статей под редакцией Гуннара Броберга и Нильса Ролл-Хансена, посвященный истории евгенической стерилизации в Скандинавии, пополнил теперь уже длинный список книг и исследований об истории евгеники в различных странах. И все же картина евгеники в государствах Скандинавии: Дании, Швеции, Норвегии и Финляндии — представляется во многом парадоксальной, заставляя по-новому взглянуть на целый ряд важных вопросов о месте и роли науки в современном обществе.

Интересно, что начиная с конца 20-30-х годов XX века правительства этих стран проводили широкомасштабную политику стерилизации умственно неполноценных. Не исключая вступления в брак, хирургическая операция стерилизации навсегда лишает возможности иметь детей, а значит, как подчеркивали защитники этой меры, прерывает передачу вредных генов наследственных отклонений и болезней [16].

При этом вспоминается нацистская Германия, где предписывавшаяся законом принудительная стерилизация душевнобольных, умственно отсталых, эпилептиков и некоторых

иных групп населения сочеталась с эвтаназией и другими бесчеловечными методами расовой и демографической политики. И в действительности, кроме скандинавских стран, а также культурно им близких Исландии и Эстонии, законы о стерилизации действовали только в Германии и США, где в целом ряде штатов реакционные политики, ученые и врачи добились принятия закона, известного под названием «Индианского», — по имени штата, в котором он впервые начал действовать в 1907 году.

Стерилизация, предпринимаемая по решению государства и общества, — недопустимое вмешательство в жизнь человека, к тому же чреватое злоупотреблениями и произволом. Однако во всех скандинавских странах закон о стерилизации был принят в обстановке консенсуса, не встречая оппозиции ни в парламенте, ни в обществе, ни среди ученых и врачей. Поразительно и то, что главной движущей силой при разработке законопроекта и принятии его в парламенте были не правые, как в Америке и Германии, а социал-демократы. Более того, закон был составной частью их представлений о государстве всеобщего благоденствия, в котором слабым, больным и нуждающимся будет оказываться массированная социальная помощь. А планы социальной инженерии вдохновлялись ценностями рационально устроенного общества.

Было ли решение о стерилизации закономерным и логичным практическим выводом из того, что было известно науке о наследственности человека? Подобная постановка вопроса может показаться очень необычной, ибо в истории отечественной науки мы привыкли видеть конфликты иного рода, — когда к ученым не прислушивались, а непродуманные проекты, будь то лысенковская яровизация, планы поворота рек или повсеместного строительства атомных электростанций, принимались в обстановке ведомственности и подавления несогласных.

Страх вырождения был одним из наиболее заметных феноменов европейской культуры второй половины XIX — первых десятилетий XX веков. В качестве своего рода «оборотной стороны» вырождение сопутствовало и питалось универсальной верой в эволюцию и прогресс. С другой же стороны, увеличение числа душевнобольных и прогрессивная «порча» человеческой природы — психической, физической и нравственной — рассматривались и как установленный наукой факт. Возможно, наиболее интересным в истории евгеники в Скандинавии является картина того, как высокая степень доверия к науке и специалистам стала отправной точкой для развития биологической утопии евгеники.

Переходя к анализу содержания упомянутой книги, рецензент отмечает, что она явилась плодом длительного совместного труда историков из всех скандинавских стран, — кроме уже упомянутых профессора Лундского университета Гуннара Броберга и профессора университета Осло Нильса Ролл-Хансена в ее создании участвовали Маттиас Тюдэн (Швеция), Бент Сигурд Хансен (Дания) и Марьетта Хиетала (Финляндия). Сравнительные исследования истории науки в различных странах приобретают все больший размах в последние десятилетия, и в этом отношении Скандинавия представляет особый интерес. Исторические различия сочетаются здесь со значительной общностью — преобладанием государственной лютеранской церкви, относительно большой социальной и этнической гомогенностью, тесными контактами и заимствованием друг у друга [16].

Сборник открывается статьей «Какая-то в державе датской гниль», посвященной истории стерилизации в Дании, которая первой приняла соответствующий закон в 1929 году. «Гниль», несомненно, относится к вырождению, в борьбе с которым стерилизация должна была сыграть решающую роль. При этом любопытно, что в Дании, как, в общем, и других скандинавских странах, отсутствовали те социальные и политические условия, которые традиционно рассматривались в качестве необходимых предпосылок для развития евгеники. Так, не было выраженного классового антагонизма и страха привилегированных слоев перед пробуждением масс, не было междоусобиц и межнациональных противоречий, не было и оппозиции консервативных элит социальным тратам.

В скандинавском контексте социальная эффективность и помощь слабым были не взаимоисключающими, а в идеале дополняемыми друг друга понятиями. Считалось, что общество и экономика будут функционировать более эффективно, если не будет обнищания и маргинализации отдельных слоев населения. Но именно поэтому — т.к. необходимость социальной поддержки и социальной политики не вызвала серьезных политических разногласий, — в решении вопроса о конкретном и наиболее рациональном ее осуществлении общество доверялось специалистам [16].

Ниже нами будет показано, что некоторые факты и идеи, связанные с этими массовыми увечьями и убийствами, все еще существуют и поэтому представляют интерес. Вот перечень главных из них: 1) многие болезни генетического происхождения могут быть установлены, однако нередко отсутствуют методы их лечения [17]; 2) когда оказывается, что сомнительные по своему характеру оценки соотношения затрат

и пользы становятся выгодными обществу (или нации), то их с готовностью объявляют этически; 3) врач имеет обязательства перед пациентом и обществом (нацией). Нередко его обязательства перед обществом (или нацией) получают приоритет перед обязательствами по отношению к пациенту; 4) долгом врача является оказывать максимально возможную помощь тем пациентам, которые имеют перспективу вылечиться. На тех пациентов, состояние здоровья которых вряд ли улучшится, могут просто не обращать внимания, особенно когда ресурсы ограничены [18].

«Социальная обстановка в нацистской Германии требовала от психиатра, как и от всех других граждан, подчиняться приказам. Если он подчинялся, у него было право выбора между различными формами зла. Для спасения одного пациента требовалось уничтожить других. Если психиатр отказывался делать так, он не подвергал себя опасности — эту работу делали другие. Неудивительно, что практически все представители профессии психиатров предпочли забыть о столь неприятном периоде; и нет ничего удивительного в том, что автор этих строк не является ни историком медицины, ни психиатром» [3].

Повторное открытие в 1900 году закона Г. Менделя подтвердило тезис о том, что некоторые заболевания человека могут иметь наследственный характер. В сфере психиатрии такие болезни, как слабоумие, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и эпилепсия, были вскоре отнесены к группе наследственных заболеваний. Не без помощи демографов распространилось мнение о том, что страдающие такими заболеваниями лица имеют больше детей, чем здоровые, психически нормальные люди. В результате многие психиатры и антропологи пришли к убеждению, что западная цивилизация окажется под угрозой, если процесс распространения «плохих» генов не будет остановлен. Принятые во многих странах законы, разрешающие проводить стерилизацию таких лиц, ни в одной из них к массовой стерилизации не привели. Несмотря на множество принятых по этому поводу законов, в Соединенных Штатах количество подвергающихся стерилизации оставалось довольно незначительным [10]. Аналогичная ситуация наблюдалась и в странах Европы. Например, в 1932 году соответствующий закон был принят в Германии, на то время — в Веймарской республике. Он предусматривал возможность стерилизации (при наличии добровольного согласия) лиц из числа строго ограниченной группы (страдающих шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией, слабоумием, а также хореей

Гентингтона). Когда к власти пришли нацисты, был принят закон, в соответствии с которым решение о принудительной стерилизации должно было приниматься *специальным судом*, состоящим из двух психиатров и одного судьи. Комментарий к закону был составлен группой, в которую входили ведущий мюнхенский психиатр профессор Эрнст Рюдин, служащий системы здравоохранения и представитель Министерства внутренних дел [11]. Психиатры из университетских клиник не были склонны к тому, чтобы предоставлять властям нужные сведения о пациентах. Они обоснованно опасались, что в таком случае могут потерять клиентов, которые станут бояться обращаться к ним за помощью.

Однако в целом этот закон был встречен психиатрами положительно. В частности, в случаях с шизофренией была возможность обойти закон. В конце-концов, от психиатров требовалась только постановка диагноза. При наличии такового пациент с шизофренией подлежал стерилизации, а если диагноз свидетельствовал, что пациент принадлежит к шизоидному типу, — его оставляли в покое. Процесс стерилизации начался в 1934 году и практически закончился к началу Второй мировой войны. Всего было стерилизовано 350 000 человек (0,5% от общего количества населения), причем в процессе операций скончалось несколько сот человек. Для психиатров и генетиков, которые формулировали этот закон (среди них был профессор Э. Рюдин и профессор Е. Фишер, директор наиболее престижного Исследовательского института генетики человека) [15], было очевидным, что он затрагивает и некоторых лиц, не страдавших наследственными заболеваниями. Они доказывали, что закон принимается в интересах общества (нации), а не конкретных пациентов. Авторам закона было также совершенно ясно, что *количество заболеваний сократится* только в том случае, если закон будет четко исполняться *на протяжении нескольких сот лет*. Сам А. Гитлер написал, что для того, чтобы эффект от введения этого закона стал заметным, потребуется четкое его исполнение на протяжении шестисот лет [13]. На волне всеобщего энтузиазма первых лет Третьего Рейха психиатры пришли к выводу, что все без исключения, больные или здоровые, должны нести эту ношу ради счастья будущих поколений.

Приход А. Гитлера к власти в Германии означал победу крайнего национализма. Германия тогда была практически моноэтническим государством, с двумя крупными национальными меньшинствами: *евреями и цыганами*. Один этот факт диктовал идеологам расовой исключительности выбор первых

мишеней для преследований. Так называемые «Нюрнбергские законы», принятые 15 сентября 1935 года, объявляли еврейский, а вслед за ним и цыганский народ расово чуждыми группами.

В 1937 году на базе Национального института здоровья (Reichsgesundheitsamt) была создана специальная кафедра, которую возглавил психиатр Роберт Риттер. Предполагалось, что кафедра будет заниматься рассмотрением статуса каждого цыгана — жителя Германии. В то время в Германии и в Австрии их насчитывалось около 30 000 человек. Идея заключалась в следующем. Цыгане пришли в Европу из Индии примерно в 1400 году. Небольшую группу, от которой и произошли цыгане, составляли истинные индийцы, то есть арии. В последующие века они ассимилировались с криминальными элементами, проживавшими по всей Европе. Это давало основание предположить, что современные цыгане являются потомками криминальных элементов. Настоящих цыган — истинных потомков ариев, — как полагали, было очень немного, и именно их необходимо было спасти. Остальные должны были пройти стерилизацию и помещены в концлагеря, что, в сущности, и было сделано. В 1943 году немецкие цыгане (около 20 000) были отправлены в Освенцим. Там они все до единого умерли от голода, болезней или погибли в газовой камере. С другой стороны, шесть семей так называемых истинных цыган были спасены официально.

Итогом карательной политики была гибель более чем полумиллиона европейских цыган и стерилизация многих тысяч цыган, принадлежавших к молодому поколению. Нацисты действовали по трем направлениям:

1. Стерилизация (которая началась во второй половине 1930-х годов).
2. Казни на оккупированных территориях (которые шли с 1941 года).
3. Истребление в концлагерях (начавшееся весной 1943 года).

Таким образом, геноцид против разных групп цыган имел разные формы и проводился не одновременно. Следует особо подчеркнуть, что цифра 250 000–500 000 погибших, фигурирующая сейчас в специальной литературе, неточна [19].

Небезынтересно, что цыгане считают себя (и с этим согласны евреи) прямыми потомками одного из сыновей Ноя. Таким образом, можно полагать, что уровень культуры цыган соответствует уровню культуры евреев, живших в эпоху до Авраама и Моисея, то есть уровню культуры, характерному для бедных, лишенных родины кочевых племен. В глазах нацистов цыгане являлись носителями генов преступности, присущих низшим классам европейского

населения, а евреи — носителями генов преступности более высокого порядка. Одинаково ужасная судьба и более развитых в культурном отношении евреев, и менее развитых цыган может служить подтверждением старой еврейской идеи о том, что все человечество восходит корнями к одному отцу [19].

Некоторые группы населения не упоминались в законе о принудительной стерилизации. Одну из таких «забытых» групп составили «цветные» (coloured) — 600 человек, чьи родители были «цветными» французскими солдатами, размещенными в Германии после 1918 года. Вопрос о стерилизации этих детей рассматривался генетиками-специалистами (в том числе и Е. Фишером), которые должны были решить, следует ли считать данного ребенка «цветным» или нет. Известно, что все эти дети прошли принудительную стерилизацию в 1937 году.

Принимая указанный закон, забыли еще об одной группе, представители которой были особенно дороги профессору психиатрии в Мюнхене Э. Рюдину — швейцарцу по происхождению. В 1932 году в Нью-Йорке он был избран президентом Международного общества евгеников. Э. Рюдин и еще несколько генетиков указали нацистским властям на то, что в программе стерилизации отсутствует большая и очень важная группа. Имелись в виду те, кого в Германии называли «асоциал» (этот термин можно перевести как «антиобщественный», или «мелко криминальный»). В тогдашней Германии таких людей было около миллиона. Министерству внутренних дел понравилась выдвинутая Э. Рюдиным идея, согласно которой комиссия из двух психиатров и одного офицера полиции должна решить, является ли тот или иной человек «антиобщественным элементом». В случае положительного решения его надлежало либо подвергнуть стерилизации, либо отправить в концлагерь [19].

Поборники стерилизации, такие как Э. Рюдин, не были удовлетворены принятым законом. По их мнению, он не охватывал большую группу лиц, а именно тех, кто не вписывался в современное индустриализованное общество: мелких преступников, хронически безработных, нищих, проституток и т.п. Проект закона, предусматривавшего стерилизацию этой большой группы лиц (приблизительно миллион человек, или 2 % от общего количества населения Германии), не раз перерабатывался Министерством внутренних дел, однако так и не был принят правительством. Согласно проекту два врача и высокопоставленный полицейский чин должны были принимать решение о стерилизации и помещении таких лиц в концентрационные лагеря. В порядке подготовки

к исполнению этого закона в Национальном институте здоровья группой под руководством психиатра было проведено изучение цыган. По ряду психологических и антропологических критериев, а также по признаку принадлежности к определенным кланам все цыгане были разделены на две основные группы: настоящие цыгане (арийского происхождения), которых насчитывалось менее 10 %, и цыгане смешанного происхождения, которых считали потомками представителей преступного мира Европы. Последние подвергались стерилизации, после чего (по приказу Г. Гиммлера) их направляли в концентрационный лагерь (Аушвиц). Там большинство из них (приблизительно 17 000 человек) погибли от голода, холода, инфекций, а также в газовых камерах [7, 20].

Существует ещё один аспект, который не всегда упоминается и который можно считать типично немецким, — язык. Немецкие специалисты имеют склонность к изобретению и принятию на вооружение уничижительных определений в отношении своих пациентов. Например, считалось обычным называть страдающих шизофренией пациентов «недоброкачественными», причем значение этого немецкого слова гораздо сильнее, чем его английского эквивалента. Фантазия немецких психиатров была особенно изощрённой в придумывании других определений, таких как «человеческий балласт», «пустая человеческая оболочка», «жизнь, не стоящая жизни», которые все сразу прекрасно понимали; эта терминология чуть ли не требовала от общества, чтобы оно избавилось от людей, которых обозначали подобным образом [3].

Таким образом, такой резкий переход от психиатрии высокого уровня до самого низкого, вызывает вопрос относительно того, в чем

заключалась причина такого положения и какие из этого следует сделать выводы. По мнению Б. Мюллер-Хилл (1998), на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: 1. Следует всегда противиться попыткам отдавать предпочтение группе (обществу, нации) за счет интересов пациента. 2. Желания пациента должны всегда уважаться. 3. Поэтические, метафорические формы описания пациентом действительности должны быть всегда поняты и приняты. 4. Если пациент заявляет, что применяемое к нему лечение неудовлетворительное или для него нежелательное, его точка зрения должна всегда уважаться; в таких случаях следует искать альтернативные способы лечения. 5. Психиатры должны с особой осторожностью подходить к своей терминологии: она создает реальность. 6. Психиатры должны задать себе вопрос: почему они противились на протяжении последних пятидесяти лет получению правдивой информации о преступлении своих немецких коллег? *Профессия, которая скрывает свое прошлое, не вызывает доверия* [3, 21].

Совершенно очевидно, что тема массовой насильственной стерилизации и жесточайшего истребления душевнобольных и других лиц с участием психиатров и врачей других специальностей является не совсем удобной для медицинской, и прежде всего, психиатрической общественности Германии, которой продолжительное время принадлежала основная роль в Европе. Современная психиатрия начала развиваться именно в Германии, причем как в форме динамической психиатрии (психотерапии), так и в форме психиатрии институциональной. Однако, вне сомнения, изучение прошлого и настоящего, как мировой, так и немецкой психиатрии, будет способствовать укреплению её имиджа в медицинских и других кругах.

Література

1. Рёдер Т. Психиатрия проникает в мир медицины / Т. Рёдер, Ф. Киллибус, Э. Бёрвелл // Психиатры: люди за спиной Гитлера. — М.: Изд-во «АНВИК К», 2004. — С. 350-371.
2. Musto D. A historical perspective / D. Musto // Psychiatric ethics / Ed. S. Bloch and P. Chodoff. — Oxford: Oxford University Press, 1981. — P. 13-30.
3. Мюллер-Хилл Б. Психиатрия при нацизме / Б. Мюллер-Хилл // Этика психиатрии: Пер. с англ. / Под ред. С. Блоха и П. Чодоффа. — К.: Сфера, 1998. — С. 340-348.
4. Пытка кастрацией и стерилизацией [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://tools-of-death.ru/mazo/ma01/ma0019.html>.
5. Стерилизация половая // ММЭ: В 12 т. / Отв. ред. В.Х. Василенко. — Т. 10. — М.: Советская энциклопедия, 1968. — С. 114-115.
6. Lapon L. Mass murderers in white coats: Psychiatric genocide in Nazi Germany and the United States / L. Lapon. — 1st Edition. — Springfield, MA: Psychiatric Genocide Research Institute. — 1986. — 291 p.
7. Lifton R.J. The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide / R.J. Lifton. — New York: Basic Books, 1986. — 562 p.
8. Breggin P.R. Psychiatry's role in the holocaust / P.R. Breggin // International Journal of Risk & Safety in Medicine. — 1993. — № 4. — P. 133-148

9. *Proctor R.N.* Racial hygiene: medicine under the Nazis / R.N. Proctor. — Cambridge-London: Harvard University Press, 1988. — 414 p.
10. *Gejman P.V.* Ernst Rudin and Nazi euthanasia: another stain on his career / P.V. Gejman. — Am. J. Med. Genet. — 1997. — № 74. — P. 455-456.
11. *Weber M.M.* Ernst Rudin, 1874-1952: a German psychiatrist and geneticist / M.M. Weber. — Am. J. Med. Genet. — 1996. — № 67. — P. 323-331.
12. *Петерс У.Г.* Немецкая психиатрия: Прошлое и настоящее: Пер. с нем. / У.Г. Петерс. — К.: Ассоциация психиатров Украины, 1996. — 40 с.
13. *Friedlander H.* The origins of Nazi genocide: from euthanasia to the Final Solution / H. Friedlander. — Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995. — 302 pages (384 including notes).
14. *Gershon E.S.* Ernst Rudin, a Nazi psychiatrist and geneticist / E.S. Gershon. — Am. J. Med. Genet. — 1997. — № 74. — P. 457-458.
15. *Muller-Hill B.* Murderous Science: elimination by Scientific Selection of Jews, Gypsies, and Others in Germany 1933-1945 / B. Muller-Hill. — Oxford: Oxford University Press, 1988. — 256 p.
16. *Россиянов К.О.* Цена прогресса и ценности науки: новая книга по истории евгеники: Размышления над книгой «Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland [Евгеника и государство всеобщего благоденствия: Политика стерилизации в Дании, Швеции, Норвегии и Финляндии] / К.О. Россиянов / Ed. by Gunnar Broberg and Nils Roll-Hansen. East Lansing: Michigan State U. Pr., 1996» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://dlib.eastview.com/browse/doc/2368687>.
17. *Dudley M.* Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance / M. Dudley, F. Gale. — Aust. N. Z. J. Psychiatry. — 2002. — № 36. — P. 585-594.
18. *Sofair A.N.* Eugenic sterilization and a qualified Nazi analogy: the United States and Germany, 1930-1945/ A.N. Sofair, L.C. Kaldjian. — Ann. Intern. Med. — 2000. — № 132. — P. 312-319.
19. *Мюллер-Хилл Б.* Генетика человека и массовые убийства / Б. Мюллер-Хилл [Электронный ресурс] // *Человек*. — 1997. — № 4. — // Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru/vv/papers/men/mulhill.htm>.
20. *Kater M.* Doctors under Hitler / M. Kater. — Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989. — 426 p.
21. *Alexander L.* Medical science under dictatorship / L. Alexander. — N. Engl. J. Med. — 1949. — № 241. — P. 39-47.

УДК 616.89-001.8:614.254(092)

Вадим Иванович Реминяк — известный отечественный учёный, психиатр, организатор охраны здоровья и сабураинин (К 70-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. У роботі викладені біографічні та науково-практичні аспекти діяльності доцента В.І. Ремін'яка — відомого вітчизняного ученого, психіатра, організатора охорони здоров'я, який тривалий час працює на Сабуровій дачі і своїми науковими досягненнями в області наукової і практичної психіатрії вніс істотний внесок до розвитку вітчизняної психіатрії, в першу чергу, Харківської психіатричної школи.

Ключові слова: доцент В. Ремін'як, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, наукова спадщина.

Vadim Ivanovich Reminjak — the known domestic scientist, psychiatrist, organizer of health care, which long time work on the Saburova dacha (To 70-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. The biographic and scientific and practical aspects of activity of associate professor V.I Reminjak — the known domestic scientist, psychiatrist, organizer of health care, which long time work on the Saburova dacha are expounded in work. In area of scientific and practical psychiatry brought in a substantial contribution the scientific achievements to development of domestic psychiatry, above all things, Kharkiv psychiatric school.

Key words: associate professor V.I. Reminjak, biographic information, vital and creative way, scientific legacy.

Что человек делает, таков он и есть.

Г. Гегель

Вадим Иванович Реминяк — известный отечественный учёный, психиатр, представитель патофизиологического направления в психиатрии, организатор охраны здоровья, ученик и последователь профессоров Е.А. Щербины и А.И. Плотицера, кандидат медицинских наук, доцент, доктор философии, член Нью-Йоркской

Академии наук, Академик Инженерной Академии Украины, Заслуженный врач Украины, кавалер орденов «Знак Почета», «За заслуги» III степени, главный врач клиники Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, долгое время работающий на Сабуровой даче, научные труды которого, посвященные вопросам преодоления терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина у больных шизофренией и неврозами, лечению

эндогенных психозов методом краниоцеребральной гипотермии, проблемам организации внебольничной и стационарной психиатрической помощи, темам использования научной организации труда и ЭВМ в управленческой работе и вопросам управления клиникой Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, получили широкую известность в нашей стране и за рубежом, много сделавший для подготовки большого количества практических врачей-психиатров и организаторов охраны здоровья [1-4].

В.И. Реминяк родился в тяжелое предвоенное время 12 апреля 1941 года в небольшом с. Слобода Шарапановка Крыжопольского района Винницкой области, расположенном в живописной лесистой местности на двух берегах невеликой речки Бережанка в многодетной семье. Как справедливо отмечает Вадим Иванович, трое детей у родителей в то бедственное и опасное время умерло в дошкольном возрасте от туберкулеза, голода и холода. В нелегкое военное время семье приходилось жить на левом берегу речки в подвале дома соседей. Реминяк В.И. закончил 6 классов неполной школы в с. Слобода Шарапановка, 7 класс — семилетней школы в с. Старая Шарапановка, а затем 8-10 классы — Капустянской средней школы Тростянецкого района Винницкой области.

В 1957 году Вадим Иванович поступил в Одесское военно-морское медицинское училище, которое готовило фельдшеров для подводных лодок, и, скорее всего, по причине существующего тогда культа личности маршала Советского Союза К.И. Жукова, было переименовано в Одесское медицинское училище № 3. После успешного окончания училища, получения диплома с отличием и присвоения воинского звания капитан-лейтенанта В.И. Реминяк был направлен для службы в подразделения подводных лодок Черноморского военного флота. Казарменная жизнь в училище, тяжелые материальные условия, суровая служба на подводном флоте, сопряженная со строгой дисциплиной, ответственностью и опасностью выработали у Вадима Ивановича высокое чувство долга и ответственности за порученное дело, высокую самодисциплину и настойчивость в достижении поставленных перед собой задач. Неизгладимое впечатление оставила на В.И. Реминяка служба на Черноморском военном флоте, первые посещения в составе команды подводной лодки таких городов как Севастополь и Батуми, которыми он не перестает делиться со своими коллегами до настоящего времени.

После проведенных сокращений на Черноморском военном флоте Вадиму Ивановичу пришлось покинуть службу на флоте

и начать работать в тяжелых условиях по 14-16 часов в сутки на шахтах Донбасса в должности заведующего подземным здравпунктом. Ежедневно приходилось спускаться на глубину 560 м, идти 3 км под землей пешком и руководить 7 подчиненными фельдшерами.

В дальнейшем В.И. Реминяк успешно работал в должности медбрата (медсестры) в Енакиевском психоневрологическом диспансере (1959-1961), Городской психиатрической больницы № 3 г. Донецка (1961-1962), Донецкой областной психиатрической больницы (1962-1969). Работу в должности медбрата Вадим Иванович совмещал с учебой на лечебном факультете Донецкого Государственного медицинского института (ДГМИ) им. М.А. Горького (1963-1969), который закончил с отличием и много времени и внимания уделял изучению такой дисциплины, как психиатрия.

После окончания медицинского института В.И. Реминяк работал в Горловской психиатрической больнице (1969-1972) в должности участкового врача-психиатра Калининского района, заведующего дневным стационаром, ординатора мужского психиатрического отделения № 2, заведующего острым мужским психиатрическим отделением на 130 коек. На формирование клинического мышления у молодого Вадима Ивановича, как психиатра, большое влияние оказали заведующий кафедрой психиатрии ДГМИ профессор, доктор медицинских наук Е.А. Щербина и главный психиатр Донецкой области кандидат медицинских наук Л.С. Вольфогель.

С 1972 года по настоящее время вся трудовая, научная и педагогическая деятельность В.И. Реминяка связана с ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (ранее Харьковский НИИ неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова, Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии, Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины), Харьковской медицинской академией последипломного образования (ранее Украинский институт усовершенствования врачей, Харьковский институт усовершенствования врачей), где Вадим Иванович работал в должности ассистента, а затем доцента кафедры психиатрии по совместительству (1986-1993), а также с Харьковским городским исполнительным комитетом, где юбиляр работал в должности заведующего городским отделом здравоохранения (1984-1990).

Нельзя не отметить, что В.И. Реминяку пришлось работать в трудное время с 5 мерами г. Харькова, принимать самое активное участие в строительстве и введению в эксплуатацию многих лечебно-профилактических учреждений

г. Харькова. К примеру, в то время сдавали в год до 12 объектов охраны здоровья, строили и вводили в эксплуатацию поликлиники на 850 посещений в день, подстанции скорой медицинской помощи на 350 тыс. вызовов в год, построили и сдали в эксплуатацию 3 диспансера, Харьковскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 15 (Сабурову дачу) значительно обновили, из бараков превратили в многокорпусную современную психиатрическую больницу, в которой размещалось более 40 отделений с общим 2400 коечным фондом.

В ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» В.И. Реминяк последовательно в разное время занимал должности клинического ординатора, аспиранта, младшего научного сотрудника, старшего научного сотрудника, главного врача клиники Института. В настоящее время Вадим Иванович является заместителем директора по лечебной работе — главным врачом клиники Института, и последние 10 лет — секретарем Харьковского филиала аттестационной комиссии НАМН Украины.

В кандидатской диссертации «Терапия атропиновыми комами больных шизофренией и неврозами (Клинико-физиологические и биохимические данные)» (1977), выполненной под научным руководством профессора, доктора медицинских наук А.И. Плотицера и доцента А.М. Бару, В.И. Реминяк изучил вопросы преодоления терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина у больных шизофренией и неврозами. Подробно изложил терапевтические обоснования целесообразности лечения высокими дозами атропина, механизмы поэтапного изменения течения заболеваний под влиянием данного метода лечения с учетом клинико-патогенетических данных (показателей обмена биогенных аминов, температурных, лейкоцитарных и кожно-сосудистых реакций). Показал эффективность метода и его прогностическое значение при последующем лечении больных другими медикаментозными и немедикаментозными методами [1].

Выводы работы, изложенной в материалах кандидатской диссертации, Вадим Иванович развил и дополнил на основе последующей многолетней научно-практической работы по начатой теме, которые изложил в отдельной авторской монографии «Преодоление терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина» (1997). Здесь он, в частности, справедливо и своевременно отмечает, что биоморфоз душевнобольных находится под значительным прессингом длительных и массивных психофармакологических воздействий, поэтому появление феномена так

называемых «фасадных ремиссий», или кратковременного лечения больных психотропными средствами, заставляет ученых и практических врачей искать новые пути лечения при затяжном характере течения психических заболеваний, применяя тактику «зигзагов» — замену психотропных препаратов методами лечения из арсенала «старых» (ЭСТ, инсулинотерапия, лечение высокими дозами атропина и др.).

Новой и аргументированной в монографии представляется трактовка автором состояния больных при лечении их высокими дозами атропина, в особенности в начале лечения. Эти состояния ранее трактовались как коматозные; автор справедливо считает их состояниями глубокого сна и подкрепляет собственными клиническими исследованиями, а также ссылкой на тех авторов, особенно последних лет, чья точка зрения подтверждает его мнение, поэтому вполне понятно и обоснованно предложение именовать применяемую им терапию душевнобольных (шизофренией и неврозами) терапией высокими дозами атропина, а не атропинокоматозной терапией, как это было принято раньше.

Следует поставить в заслугу Вадиму Ивановичу и то, что он вместе с немногими современными авторами настаивает на особой роли атропина, классического холиноблокатора, в лечении именно этих резистентных, длительно и вялотекущих форм шизофрении и неврозов, в определенной степени сдвинутых с «биологического фундамента» различными воздействиями нейрорептиков, как в клинических, так и внебольничных условиях. Справедливо указывается на то, что терапия высокими дозами атропина оправдана не только в случаях непосредственного клинического эффекта, но и как средство снижения резистентности к нейрорептикам за счет повышения естественной реактивности организма больного. В этом случае используется резервационная способность атропина к потенцированию нейрорептиков. На клиническом материале автор убедительно раскрывает механизм этих взаимоотношений, показывая, что при лечении резистентных форм шизофрении высокими дозами атропина изменение доминирующего влияния стволовых структур сопряжено со сменой эмоционального фона в различном взаимном варианте в зависимости от тяжести и глубины психопатологического процесса.

Обращает на себя внимание взвешенный подход В.И. Реминяка к подбору доз атропина для проведения лечения больных по его методу. В результате длительных многолетних исследований он пришел к выводу, что начальная доза атропина при лечении психических

заболеваний, например, резистентных форм шизофрении, находится в пределах 100-150 мг, и справедливо отмечает, что встречающиеся в специальной литературе начальные дозы атропина в пределах 1200-3000 мг ничем не оправданы и чрезвычайно сложны для применения их в клинических условиях [2].

На основе собранного научного материала для докторской диссертации Вадим Иванович в соавторстве издал монографию «Краниocereбральная гипотермия в психиатрии» (1998), которая посвящена лечению резистентных форм эндогенных психозов методом краниocereбральной гипотермии (КЦГ). Подробно изложены история и особенности применения гипотермии, перспективность метода, взаимосвязь резистентных состояний и их этапов, вызванных длительным применением нейролептиков, и редукция психопатологической симптоматики, трансформация ее под воздействием КЦГ. Обобщая многолетний опыт применения КЦГ и других нетрадиционных методов лечения резистентных форм эндогенных психозов, авторы раскрывают в своей работе основные механизмы действия КЦГ. Акценты на многоуровневом механизме регуляции корково-подкорковых взаимоотношений при лечении эндогенных психозов с применением КЦГ за счет нормализации гемо- и ликвородинамики головного мозга, а также на воздействии КЦГ на клеточном уровне за счет повышения чувствительности клеточных структур и гипоксии с последующей регенерацией внутриклеточных обменных процессов, — в работе весьма убедительны. Авторы подчеркивают, что основой механизма воздействия КЦГ является динамика моноаминов в головном мозгу [3].

Интересной и очень своевременной является монография В.И. Реминяка в соавторстве «Опыт организации управления клиникой научно-исследовательского института» (2002), в которой обобщен более чем 20 летний опыт управления клиникой ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», освещены вопросы управления клиникой НИИ, этапы ежедневного предметного руководства лечебно-диагностическим процессом в стационаре и организационного делегирования функциональных и должностных обязанностей руководителям подразделений клиники в системе линейного управления, создания устойчивой системы контроля исполнения их. Уделено здесь также внимание проблемам организации внебольничной и стационарной психиатрической помощи и темам использования научной организации труда и ЭВМ в управленческой работе [4].

Вадим Иванович не устает повторять, что ему всегда везло на хороших людей, которые

тепло к нему относились, давали ценные советы, делились новыми идеями, делали для него добрые дела. *Именно делать людям добро, приумножать его — это долг и кредо юбиляра.* Уметь делать все! Он всегда стремился к этому. И коллеги по работе, и учителя отмечают именно эту черту характера. Даже в свои редкие отпуска, бывая в поездках за границы, В.И. Реминяк, прежде всего шел к специалистам-психиатрам, к своим коллегам, чтобы почерпнуть что-то новое, поделиться своими впечатлениями. Поэтому и знают его хорошо в Италии, США, Индии, Дании, бывших социалистических странах, поэтому и обращаются к нему за помощью и советом. Важно главное, он — врач, и врач из тех, о котором говорят «от Бога». Есть и ещё одно в его характере: доброта, доброта к больным, любовь к ним, ибо, если врач не любит больных — он не врач, считает Вадим Иванович, который на протяжении многих десятков лет серьезно увлекается пчеловодством и не перестает удивляться такой высокоорганизованной системе, как пчелиная семья [5].

За время работы В.И. Реминяк проявил себя как опытный организатор охраны здоровья, зрелый ученый с новаторским подходом, всегда стремившийся развивать в науке нетрадиционные методы терапии психических расстройств, а в практике — современные способы руководства системой охраны здоровья, что, несомненно, способствовало существенному повышению роли и авторитета Харьковской психиатрической школы в частности, и, естественно, Украинской психиатрической школы в целом.

Библиография трудов Вадима Ивановича насчитывает более 70 научных работ, в том числе 4 монографии, многочисленные методические рекомендации по актуальным вопросам клинической психиатрии и статистические справочники о работе специализированных служб Украины. Его перу принадлежат следующие основные публикации: «Преодоление терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина» (1997), «Краниocereбральная гипотермия в психиатрии» (1998), «Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків» (2001), «Опыт организации управления клиникой научно-исследовательского института» (2002) и многие другие.

Вадим Иванович всегда вел активную общественную работу — избирался депутатом трех созывов Харьковского городского совета, на протяжении которых всегда был бессменным членом постоянной комиссии по здравоохранению данного Совета. В течение

многих лет В.И. Реминяк является членом редакционного совета журнала «Український вісник психоневрології».

За многолетнюю добросовестную и плодотворную организаторскую, научную, педагогическую, врачебную, общественную деятельность и весомый личный вклад в развитие отрасли охраны здоровья и высокий профессионализм В.И. Реминяку было присвоено почетное звание Заслуженного врача Украинской ССР (1982), а также заслуги Вадима Ивановича отмечены высокими правительственными наградами — орденами «Знак Почета» (1986), «За заслуги» III степени (2004), знаком «Отличник здравоохранения» (1980) и другими многими почетными грамотами Харьковской городской и областной государственной администрации, Харьковского городского и областного совета и исполнительного комитета Московского

районного в городе Харькове совета, а также многими почетными грамотами НАМН Украины и Министерства охраны здоровья Украины.

Его высокая принципиальность как гражданина и ученого, широта научных интересов и оригинальность мышления, непоколебимая воля и добросовестность, доброта, настойчивость в работе и высокий гуманизм являются наилучшим примером для молодежи, которая решила посвятить себя науке или практической работе.

Таким образом, В.И. Реминяк внёс заметный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т.ч. и Харьковской психиатрической школы, и других дисциплин, обогатив ее новыми достижениями. Свой юбилей В.И. Реминяк встречает в расцвете своих творческих сил и с большими научными и практическими планами на будущее.

Література

1. *Реминяк В.И.* Терапия атропиновыми комами больных шизофренией и невротами (Клинико-физиологические и биохимические данные): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.И. Реминяк. — Л., 1977. — 20 с.
2. *Реминяк В.И.* Преодоление терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина: Монография / В.И. Реминяк. — Х.: Факт, 1997. — 192 с.
3. *Реминяк В.И.* Краниocereбральная гипотермия в психиатрии: Монография / В.И. Реминяк, И.В. Реминяк. — Х.: Основа, 1998. — 200 с.
4. *Реминяк В.И.* Опыт организации управления клиникой научно-исследовательского института / В.И. Реминяк, И.В. Реминяк, Л.А. Гаевский. — Х.: Основа, 2002. — 90 с.
5. *Логачева Р.* Помогать людям — большего счастья нет / Р. Логачева // Вечерний Харьков. — № 042. — 12 апреля 2011 года. — С. 4.

УДК 616.89-615.212.7.099:613.814

Методичне забезпечення складової системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання (повідомлення перше)



Вієвський А. М.

Вієвський А. М.

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України

Резюме. В роботі висвітлені матеріали методичного забезпечення складової розробленої колективом під керівництвом автора комплексної багаторівневої системи медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I – III ступенів навчання, створеної у вигляді коротких профілактичних інтервенцій, представлених у формі 16 методичних розробок профілактичних занять для батьків, рекомендований для використання класними керівниками та шкільними психологами в системі батьківських зборів.

Ключові слова: діти і підлітки, вживання психоактивних речовин, медико-соціальна профілактика, робота з батьками.

The methodical supplement of the parental oriented part of the comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for children in general schools of the I-III levels of education (the first information)

A.M. Vievskiy

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Resume. The article describes the general statements, structure and content of the parental oriented part of the new comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for I – III levels' children and adolescents general schools population, tried in the pilot sites. The parental part of the information and prevention program was elaborated by the author' leaded initiative group as 16 methodical guidelines for parents' trainings and is officially recommended for teachers and school psychologists to use it in the parents' meetings system.

Key words: children and adolescents, psychoactive substances use, medical and social prevention, parental oriented activities.

Згідно Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки, створення системи дієвої первинної профілактики вживання ПАР серед дітей та підлітків є одним з важливіших напрямків державної наркотичної політики в Україні.

На теперішній час профілактичні дії щодо наркотичних/алкогольних проблем серед дітей та молоді є частиною стратегії формування здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та координуються Міністерством освіти та науки, молоді та спорту України.

З урахуванням вищенаведеного, на базі світового досвіду та результатів власних досліджень, нами створена комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики

вживання ПАР у дітей та підлітків, апробована та впроваджена в школах Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва (загальна кількість учнів 1870 осіб), основна ідея якої — сформувати в учнів відповідальне ставлення до власного здоров'я у профілактичній співпраці з їх батьками та персоналом школи, що базується на навчанні здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та створення можливостей впливу на основні негативні наслідки вживання дітьми ПАР, а саме — вживання зі шкідливими наслідками.

Розроблена комплексна система заходів протиалкогольного та протинаркотичного спрямування для шкільної молоді включає в себе щонайменше 3 основні складові. Ці складові направлені безпосередньо на дитячі контингенти, на вчителів і, що є принциповою відмінністю, на

батьків. Кожна з даних цільових груп потребує використання власного набору технологічних прийомів. Це, в свою чергу, дозволяє у повній мірі скористатися перевагами, які здатна надати школа як унікальне місце, в якому зустрічаються інтереси батьків, дітей і освітян.

Школа — це ефективне місце для проведення якісних сучасних технологій профілактичної роботи з батьківською аудиторією. Робота з батьками є важливим напрямком системи медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків. В розробленій нами системі зміст даної складової представлений у формі 16 методичних розробок профілактичних занять для батьків, рекомендований для використання класними керівниками та шкільними психологами в системі батьківських зборів [1].

Метою даної роботи є висвітлення змістовного методичного забезпечення вищезазначеної системи.

Тема 1.

Вступ. Мета профілактичного курсу для батьків (рекомендовано для батьків учнів 1-8 класів). *Мета заняття:* усвідомлення батьками власної значущості в профілактиці наркотичних та алкогольних проблем у дитини.

Методичні матеріали: анкета «Мої дії щодо профілактики наркотичних та алкогольних проблем у моєї дитини» (по два екземпляри на кожного учасника); набір інформаційних листків: «Особливості дітей молодшого шкільного віку (з 6-ти до 10-ти років)», «Хибні уявлення батьків, що заважають ефективній профілактиці» (для кожного учасника), «Тематика профілактичних занять для батьків». Анкета «Мої дії щодо профілактики наркотичних та алкогольних проблем у своєї дитини» представлена у табл. 1.

Інформаційний листок «Особливості дітей молодшого шкільного віку (з 6-ти до 10-ти років)». Діти молодшого шкільного віку емоційні та довірливі, авторитет батьків і вчителів високий: діти хочуть бути «хорошими» для них. Але вони також схильні наслідувати улюблених героїв і наслідувати приклад більш старших учнів. Діти у цьому віці поки що ледве розрізняють тілесні відчуття та емоції, їм важко справлятися зі своїми відчуттями, розуміти наслідки своїх вчинків, усвідомлювати зв'язок між подіями життя і своїм самопочуттям. Вони схильні задовольняти свою природну цікавість, маніпулюючи з незнайомими об'єктами і прагнуть вивчати навколишній світ, буквально «пробуючи його на смак». Такі особливості дитячої психіки, як цікавість, довірливість, схильність до наслідування, відсутність життєвого досвіду, незрілість логічних функцій і саморозуміння, створюють умови для небезпечних експериментів із засобами побутової хімії, медикаментами, тютюном, алкоголем. У цьому віці у дітей вже можна спостерігати перші залежності (від солодощів, від телепередач, від комп'ютерних ігор) як небезпечний спосіб справитися зі своїми переживаннями, сумнівами, страхами та іншими важкими відчуттями. Цей спосіб може закріпитися в поведінці дитини і створити передумови для подальшої заміни засобу залежності на небезпечніше (тютюн, алкоголь, наркотики). Не слід зменшувати глибину та серйозність переживань дітей молодшого шкільного віку, тим паче, що у них поки що немає навичок долати життєві проблеми, стреси та конфлікти. Особливу роль у формуванні ризику залежної поведінки відіграє низька самооцінка дитини, яка може виражатися в поганій успішності, агресивності, неслухняності, конфліктності,

Таблиця 1

Анкета «Мої дії щодо профілактики наркотичних та алкогольних проблем у своєї дитини»

Твердження	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Батькам належить головна роль в профілактиці наркотичних та алкогольних проблем у дитини.			
Я розмовляю з дитиною про речовини, які можуть бути небезпечними для неї.			
Я демонструю своїй дитині як підтримувати здоровий спосіб життя.			
Я знаю потреби моєї дитини.			
Я володію знаннями щодо ризиків, які пов'язані із вживанням алкоголю дитиною.			
Я володію знаннями щодо ризиків, які пов'язані із вживанням наркотиків дитиною.			
Я розвиваю в своїй дитині навички та вміння, необхідні для відстоювання своєї позиції в ситуаціях тиску.			
Я намагаюсь постійно поповнювати свій запас знань щодо наркотиків та алкоголю і наслідки їх вживання більш точною, правдивою інформацією.			
В нашій родині діють певні правила щодо вживання алкоголю та наркотиків.			
Я постійно спілкуюсь з дитиною, та знаю чим вона цікавиться.			

ліношах. У цьому віці самооцінку дитини формують авторитетні для нього дорослі — батьки, вчителі. До 12-річного віку у дитини закладаються базові установки, зокрема, установки на здоровий спосіб життя та вибір на користь здоров'я або шкідливих звичок.

Тому у формуванні здорових установок молодших школярів повинні брати активну участь саме батьки. І педагоги, і батьки мають

усвідомлювати, що залякування дітей «шкідливими наслідками» непродуктивне і, безперечно, стимулює цікавість дитини. Приклад правильної поведінки батьків, спільна корисна діяльність і відпочинок, значно ефективніші при вихованні здорових звичок та формуванні корисних навичок. Інформаційний листок «Хибні уявлення батьків, що заважають ефективній профілактиці» представлено у табл. 2.

Таблиця 2

Інформаційний листок «Хибні уявлення батьків, що заважають ефективній профілактиці»

Хибні уявлення	Реальність
«Батьки повинні одягати і годувати дитину, а профілактикою повинні займатися психологи, лікарі та вчителі...»	Сімейний захист найважливіший, тому що дитина насамперед потребує уваги і розуміння батьків.
«Алкоголіками та наркоманами стають тільки ті підлітки, батьки яких зловживають цими речовинами...»	Безперечно, такий факт збільшує ризик, але не є головною причиною даних проблем у дитини. Багато підлітків, батьки яких зовсім не вживають алкоголь та наркотики мають проблеми з наркотиками.
«Для того, щоб дитина задовольнила цікавість можна навмисно їй дати спробувати один раз алкоголь, тютюн або травку...»	Подібні експерименти дуже ризиковані. Адже дитині може і сподобатися. Ще вона може мати хибне знання про те, що відчуття від першого разу, як правило, погані, тому треба спробувати ще, але пізніше. І повірте це вже буде не під наглядом батьків.
«Наша дитина має добру поведінку та відмінні оцінки, вона ніколи не матиме проблеми з цими речовинами...»	Добра поведінка та гарні оцінки не захистять від натиску однолітків-споживачів. Така дитина може не мати головного в даній справі — корисних навичок: протистояння тиску, вміння відмовити, впевненості в собі, самоповаги, навичок ефективного спілкування.
«Треба заборонити дитині дивитися фільми та рекламні ролики де демонструють атрибути вживання...»	Ми не зможемо завжди бути поряд з дитиною. Вона рано чи пізно побачить, почує та зробить власні висновки щодо вживання. Заборона викличе лише одне — опір. Краще запропонувати альтернативу.
«Щоб у дитини не виникало бажання вживати наркотики, треба показати їй наркомана, які у нього руки, ноги, як йому погано...»	Мислення дитини та підлітка не сприймає жахливі картини про наркомана, як можливі власні проблеми, це надто далеко від нього. Єдине, що може викликати такий метод — це цікавість щодо перегляду.
«Для кращої профілактики необхідно контролювати дитину у всьому...»	Надмірний контроль та опіка викликають лише протест, агресію, замкнутість, примушує дитину чи підлітка вдаватися до брехні та хитрощів.
«Дитина не матиме з цим проблем, якщо поряд не буде друзів - споживачів наркотиків»	Наявність друзів-споживачів, безперечно, підвищує ризик вживання алкоголю або наркотиків, але не є причиною власне вживання. Тому що дитина чи підліток сам обирає компанію, сам приймає рішення щодо вживання, окрім випадків, пов'язаних з насиллям.
«Матеріальне забезпечення дитини захищає від проблем з наркотиками та алкоголем...»	Гроші можуть допомогти пролікувати дитину від наркоманії. В більшості випадків підлітки починали вживати наркотики, маючи чималеньку суму кишенькових грошей. Невміле поводження з грошима, відсутність поваги до заробітку їх батьками, провокують ризиковані дії. Купуючи за гроші розваги, врешті решт виникає бажання спробувати щось більше.

Тема 2.

Психоактивні речовини. Міфи та правда про алкоголь (рекомендовано для батьків учнів 1-4 класів). *Мета заняття:* усвідомлення батькам необхідності поповнювати свої знання щодо алкоголю та наркотиків та мати можливість поговорити про це з дитиною.

Методичні матеріали: анкета «Чи знає моя дитина...» (один екземпляр на кожного) (табл. 3), анкета «Що я знаю про алкоголь та наслідки його вживання» (по два екземпляри на кожного) (табл. 4), інформаційний листок «Правда про алкоголь та наслідки його вживання» (для кожного учасника) (табл. 5).

Таблиця 3*Анкета «Корисні знання»*

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Чи знає Ваша дитина:			
Що означає поняття «корисний»?			
Що означає поняття «шкідливий»?			
Які ситуації для неї є небезпечними?			
Які речовини для неї є небезпечними?			
Як уникати небезпечних ситуацій?			
Що таке ліки і яке їх призначення?			
Чому їй не можна брати ліки та куштувати їх без дозволу батьків?			

Таблиця 4*Анкета «Що я знаю про алкоголь та наслідки його вживання»*

Твердження	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Вживання дитиною/підлітком А. завжди є ризиком.			
Вплив алкоголю на організм людини залежить від її статі.			
Алкоголь збуджує нервову систему людини.			
Вплив алкоголю на організм людини залежить від проміжку часу між вживанням їжі та вживанням алкогольного напою (А.н.).			
Вплив алкоголю на організм людини залежить від наявності вуглецю в ньому («Лонгер», шампанське).			
Пиво — це алкогольний напій.			
У стані похмілля краще не вживати А.н.			
Вплив А. на організм людини залежить від швидкості випитого А.н.			
Алкоголь посилює апетит.			
Вино — корисне для здоров'я.			
Внутрішнє застосування алкоголю має зігріваючий ефект.			
Людині із алкогольною залежністю, рекомендують не вживати А.н. (навіть, пиво) до кінця її життя.			
Наявність алкогольної залежності у близьких родичів — це один з факторів ризику щодо появи проблем з А.			
Алкогольна залежність — це хронічна хвороба.			
Систематичне вживання великої кількості А. — є ризиком появи алкогольної залежності.			
Алкоголь негативно впливає на сексуальну та творчу активність людини.			
Вживання пива у великих дозах може привести до виникнення алкогольної залежності.			
Вживання А.н. з метою покращення настрою (наприклад, в складні періоди життя) - є ризиком появи алкогольних проблем.			

Таблиця 5

Вірні відповіді на питання анкети «Що я знаю про алкоголь та наслідки його вживання»

Твердження	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Вживання дитиною/підлітком А. завжди є ризиком.	+		
Вплив алкоголю на організм людини залежить від її статі.	+		
Алкоголь збуджує нервову систему людини.		+	
Вплив алкоголю на організм людини залежить від проміжку часу між вживанням їжі та вживанням алкогольного напою (А.н.).	+		
Вплив алкоголю на організм людини залежить від наявності вуглецю в ньому («Лонгер», шампанське).	+		
Пиво — це алкогольний напій.	+		
У стані похмілля краще не вживати А.н.	+		
Вплив А. на організм людини залежить від швидкості випитого А.н.	+		
Алкоголь посилює апетит.		+	
Вино — корисне для здоров'я.		+	
Внутрішнє застосування алкоголю має зігріваючий ефект.		+	
Людині із алкогольною залежністю, рекомендують не вживати А.н. (навіть, пиво) до кінця її життя.	+		
Наявність алкогольної залежності у близьких родичів — це один з факторів ризику щодо появи проблем з А.	+		
Алкогольна залежність — це хронічна хвороба.	+		
Систематичне вживання великої кількості А. — є ризиком появи алкогольної залежності.	+		
Алкоголь негативно впливає на сексуальну та творчу активність людини.	+		
Вживання пива у великих дозах може привести до виникнення алкогольної залежності.	+		
Вживання А.н. з метою покращення настрою (наприклад, в складні періоди життя) — є ризиком появи алкогольних проблем.	+		

Інформаційний листок «Правда про алкоголь та наслідки його вживання».

Що називають алкоголем? Алкоголь — це летюча прозора рідина, що має своєрідний пекучий смак. За своїми фармакологічними властивостями (наприклад, здатність пригнічувати Центральну нервову систему (ЦНС) є близьким до барбітуратів. Алкоголь є складовою частиною різних алкогольних напоїв.

Яку дозу алкоголю називають стандартною? Міжнародна стандартна доза алкоголю дорівнює приблизно 10 г абсолютного етилового спирту, тобто 1 стандартна доза містить: 330 мл пива; 100 мл вина; 25 мл горілки чи коньяку.

Чи можливе безпечне вживання алкоголю? Так, але ця безпека відносна. Таке вживання алкоголю називається «керованим». Для людей, які вживають алкоголь надмірно (тобто ризиковано) були встановлені наступні межі відносно безпечних доз вживання алкоголю:

1. Для чоловіків не більше, ніж 14 стандартних доз на тиждень і не більше 3 доз за один день.

2. Для жінок не більше 9 стандартних доз на тиждень і не більше 2 доз за один день.

3. Не менше 2 днів на тиждень без алкоголю. Важливо розуміти, що у житті бувають випадки, коли одна-дві дози алкоголю вже забагато — за кермом, під час вагітності, прийманні ліків, за наявності алкогольної або наркотичної залежності, під час індивідуальної непереносимості алкоголю. Важливо зазначити, що вищезгадані рекомендації не стосуються людей, які мають алкогольну залежність.

Що означає ризиковане вживання алкогольних напоїв (А.н.)? Це означає вживання А.н. більше 6 стандартних доз на день. Ніколи не пийте більше 5 доз алкоголю в день, намагайтесь не вживати А.н. принаймні 3 дні на тиждень.

Від яких факторів залежить поява ризикованого вживання алкоголю?

- Невисокі та худенькі люди швидше п'яніють, тому вживання А.н. дитиною чи підлітком завжди є ризиком.
- При вживанні однакової кількості алкоголю, жінки п'яніють швидше та сильніше, ніж

чоловіки, тому що жіночий організм має менше води та певні особливості ферментативної системи.

- Стан сп'яніння настає швидше, якщо людина вживає А.н. на порожній шлунок.
- Газовані напої, що містять алкоголь, швидше всмоктуються у кров, що призводить до швидшого сп'яніння.
- Щоб нейтралізувати 700–900 мл 40% алкоголю, організму потрібно 24 години. У цей час всі інші функції печінки «залишає» на другому плані, пріоритет надається боротьбі з алкоголем. Коли печінка переробляє вчорашню дозу алкоголю, а людина вживає ще, справи погіршуються. Якщо така поведінка людини повторюється — це великий ризик потрапити до алкогольної залежності.
- Швидке вживання А.н. приводить до швидкого стану сп'яніння.

Що відбувається в організмі людини в результаті прийому алкоголю? Коли ви п'єте алкогольний напій, приблизно 20% алкоголю потрапляє в кров через стінки шлунку. На відміну від інших видів їжі, алкоголю не потрібно перетравлюватися. Решта 80% алкоголю засвоюється через шлунок та кишковий тракт і потрапляє в кров. Алкоголь потрапляє в кров із достатньою швидкістю, тому вже за кілька хвилин його можна знайти в усіх сполучних тканинах, органах і секретії організму. Кров дуже швидко поглинає алкоголь через шлунок і кишковий тракт. Тіло, сприймаючи алкоголь як отруйний препарат, вважає за необхідне його нейтралізувати. При цьому печінка виконує в цьому головну роль. Через безліч кровоносних судин алкоголь потрапляє в мозок. Саме таким чином починається прояв *гальмівного ефекту алкоголю*. Саме так, гальмівного, а не стимулюючого. Насправді, стимулюючий ефект алкоголю насправді є оманливим. Наш мозок можна умовно поділити на три частини: *зовнішня, глибока, найглибша*. Зовнішня частина першою піддається впливу алкоголю, тут є наші «гальма». Алкоголь послаблює їх, і тому ми відчуваємо себе щасливими, розкутими, наслідують говорити та робити те, що в звичайному стані не зробили б. Якщо людина випиває більше, алкоголь впливає на глибоку зону мозку, де розміщується наш «рульовий механізм» — центральне відділення, яке керує рухами м'язів. Координація рухів на цій стадії вживання алкоголю настільки порушується, що примушує нас реагувати на зовнішні подразники з деяким запізненням. Погіршується розумова та фізична діяльність людини. Якщо випити надто багато, алкоголь досягне найглибшої зони. Ця частина мозку здійснює контроль за життєвими функціями організму (дихання та кровообіг), які людина не може контролювати.

Як довго та яким чином алкоголь виходить з організму людини? В нормі з організму людини середньої ваги А. зникає зі швидкістю приблизно 10 г на годину, здебільшого за рахунок окислення. Порівняно невелика частина А. (близько 10%) виділяється через нирки і легені у незмінному вигляді, ще менше — з потом та повітрям, що видихається.

Що таке алкогольна залежність (алкоголізм)? Алкогольна залежність — це хронічна хвороба, яка проявляється в психологічній та фізичній залежності від алкоголю. Людина відчуває потребу в алкоголі, втрачає контроль над кількістю випитого алкоголю та над ситуацією. Алкоголізм призводить до виникнення соматичних (фізичних), психологічних та соціальних проблем.

Які основні фактори ризику розвитку залежності від алкоголю? На сьогодні вважається, що основними факторами ризику розвитку алкогольної залежності є:

- Тривале вживання алкоголю (5 років). Алкогольна залежність розвивається у 10–15% людей, які зловживають алкоголем.
- Більше 6 стандартних доз алкоголю на день.
- Наявність алкогольної залежності у близьких родичів.
- Низька кількість алкогольдегідрогенази в організмі людини. (ферментативна слабкість)
- Відсутність життєво корисних навичок: вміння вирішувати проблеми, конфлікти, навичка самоконтролю тощо.

Чи можливе помірне вживання алкоголю після лікування від алкогольної залежності? Так, але через деякий час симптоми алкогольної залежності повертаються. Здатність контролювати кількість вживання алкоголю втрачається на все життя. Але людина може жити повноцінним здоровим життям без алкоголю.

Чи правда, що люди, залежні від алкоголю, — це здебільшого «вуличні волоцюги»? Ні. Здебільшого це люди соціально збережені, які мають сім'ю та працюють. Але алкогольна залежність поступово може привести людину до соціальної дезадаптації та проблем, пов'язаних зі здоров'ям або до позиції особистої повної тверезості.

Залежними від алкоголю стають лише слабовольні люди? Ні. Ризиковане вживання (зловживання) залежить від ставлення людини до вживання, тобто з якою метою і скільки людина випиває. Навіть емоційно сильна людина може стати залежною від алкоголю, якщо буде користуватися алкоголем, як єдиним способом вирішення життєвих проблем.

Чи можливо нейтралізувати алкоголь (наприклад, за допомогою чашки кави)? Можна зменшити кількість алкоголю, яка потрапить у

кров за допомогою таких способів: вживати А.н. з їжею (це надасть можливість вивести алкоголь в незмінному вигляді із організму), вживати сорбенти (наприклад, активоване вугілля) тощо. Вплинути можна тільки на швидкість, з якою кров всмоктує алкоголь. Цей процес можна загальмувати великою кількістю та якістю їжі. Для повної нейтралізації алкоголю потрібні робота печінки та час. Кофеїн є стимулятором, що нейтралізує ефект сонливості, але не дію алкоголю на організм в цілому.

Перш ніж іти на прийом до стоматолога, чи варто випити небагато горілки для зняття болю? Не варто. Можливо, це і зменшить біль та страх, але алкоголь розріджує кров, що може призвести до ускладнень під час видалення зуба.

Чи впливає на формування алкогольної залежності тип характеру людини? Як вказують різні дослідження, серед залежних людей є люди з різними типами характеру та темпераменту. На формування алкогольної залежності більше впливають відповідні події та тип поведінки, а не сам по собі тип характеру.

Чи поліпшує алкоголь травлення? Ні. Алкоголь запалює та пошкоджує слизові оболонки, порушує роботу стравоходу, ускладнює всмоктування їжі, крім того негативно впливає на функції органів, від яких залежить правильний процес травлення.

Чому людина, як правило, не звертає уваги на проблеми, що виникають на етапі зловживання? На першому етапі зловживання, здебільшого, не настає погіршення стану організму. Можуть лише з'явитися ознаки інтоксикації (отруєння) організму та похмілля. Однак ця недуга в нашому суспільстві не викликає осуду, тому не сильно турбує людину. Інакше кажучи, погане самопочуття після перепою, як правило, вважається прийнятною річчю, яку людина не сприймає як сигнал небезпеки щодо можливої появи алкогольної залежності.

Яким чином алкоголь впливає на керування транспортом? Керування транспортом не сумісне навіть з невеликою дозою алкоголю. Невеликі дози викликають у водія суб'єктивне почуття підвищеної точності руху. Насправді алкоголь впливає на зорову й моторну координацію, погіршує внутрішнє відчуття реального часу, знижує працездатність водія та функціонування стану ЦНС. Під дією алкоголю у людини відбуваються такі порушення:

- зниження швидкості реакцій (час реагування стає довшим у випадку появи небезпеки; погіршення здатності розрізняти дрібні речі, світлові сигнали, знаки, бачити пішоходів та інші перешкоди;
- обмежується поля зору (звужується звичайний діапазон від кута 180 ° до дуже

вузького (ефект тунелю), внаслідок чого можна не побачити транспортний засіб.

Усе це проявляється в помилках під час керування, в складних ситуаціях на дорозі, погіршенні сприйняття кольорів, особливо червоного, в немотивованій ризикованій поведінці. На дорозі нетверезі водії часто підвищують швидкість руху, не дотримуються безпечних інтервалів і дистанцій у транспортному потоці. Вони неправильно вираховують час, необхідний для маневру. Важко визначити реальну цифру загиблих через алкоголь, але можна припустити, що приблизно 40% смертельних випадків на дорозі пов'язані із споживанням алкогольних напоїв. Керування транспортом у нетверезому стані є злочином. Слід зазначити, що 80-90% «нетверезого» травматизму припадає не на осіб з алкогольною залежністю, а на формально здорових людей, які ризиковано вживають алкоголь.

Які наслідки зловживання алкоголем жінкою? Жіночий організм більш чутливий до алкоголю через біохімічні особливості. До того ж вживання А.н. жінкою часто носить емоційний характер. Ці фактори підвищують ризик появи алкогольної залежності. Остання може супроводжуватися наступними наслідками: порушується менструальний цикл, зменшується імовірність завагітніти, підвищується ризик не виношування, втрачається свіжість та еластичність шкіри (особливо на обличчі), характерні часті перепади настрою.

Чи може підліток стати залежним від алкоголю? Так. Цьому сприяє ранній досвід вживання алкоголю, що приводить до уповільнення процесів росту та розвитку; вживання А.н. з метою покращити емоційний стан; невміння протистояти тиску з боку інших в ситуаціях пропозиції.

Чи корисне вино для серцево-судинної системи? На сьогоднішній день не існує доказів щодо корисного використання А.н., в тому числі і вина, на організм людини. Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму зверненні до лікарів усіх фахів виступила за недопустимість рекомендувати пацієнтам алкоголь.

Чи є алкоголь зігріваючою речовиною? Ні, але алкоголь на короткий час дає відчуття тепла, яке викликане приливом теплої крові з організму до розширених судин. Розширені кровоносні судини пришвидшують обмін тепла з навколишнім середовищем і тим самим його втрату. Охолоджена кров повертається до внутрішніх органів, порушуючи при цьому їх функції. Звідти і часті простуди. Вживання алкоголю більше охолоджує організм, ніж зігріває його через підвищення периферичної циркуляції крові.

Чи допомагають медичні препарати зняти симптоми похмілля? Так, медичні засоби,

спрямовані на зняття похмільного синдрому полегшують стан організму, але не лікують від алкогольної залежності.

Чи посилює алкоголь апетит? Легке відчуття голоду провають тільки міцні алкогольні напої і в невеликій кількості (див. інформацію про дози). Але, враховуючи дію алкоголю, яка проявляється в уповільненні обмінних процесів і порушенні всмоктування, людина може з'їсти більше, але зі значно меншою користю для здоров'я.

Чи можна пити велику кількість пива без ризику для здоров'я? Деякі молоді люди вірять в це, але правда полягає в тому, що 330 мл пива, 100 мл вина та 25 мл горілки містять однакову кількість алкоголю. Тому немає значення який саме А.н. вживає людина, важливим є кількість і частота його вживання.

Чи можуть алкогольні напої, а саме слабо-алкогольні, втамовувати спрагу? Якщо людині хочеться пити, любий прохолодний напій допоможе їй подолати це неприємне відчуття. Але разом з цим алкоголь виводить воду із організму, тому спрагу А.н. не втамовують, а в кінці кінців підвищують.

Які проблеми зі здоров'ям може викликати зловживання алкоголем? Часті простудні захворювання, погіршення захисних реакцій, захворювання печінки, передчасне старіння, кровотечі, захворювання шлунку та кишечника: пронос, запалення підшлункової залози; різні неврологічні розлади: тремтіння кінцівок рук, погіршення тактильних відчуттів, погіршення ходи, погіршення пам'яті; кардіологічні розлади: послаблення серцевих м'язів, серцева недостатність, порушення зсідання крові; болі в стопах, авітаміноз, пониження сексуальної потенції у чоловіків, ригідність — у жінок.

Яка допомога потрібна людині залежній від алкоголю? Людина, яка має алкогольну залежність потребує, насамперед, психологічної реабілітації. Медична допомога потрібна лише на етапі лікування з метою детоксикаційних процедур (зняти симптоми похмілля, припинити стан запою). Головне для людини, залежної від

алкоголю, — це не почати знову вживати алкоголь, тому що зміни, які відбулися в організмі під час зловживання алкоголем, залишаються на все життя (одна доза алкоголю може спричинити виникнення залежності або відразу або поступово).

Як можна самостійно визначити наявність алкогольної залежності чи ризикованого вживання алкоголю? Існують так звані скрінінг — тести. Це методи, які дозволяють виявити ризикване вживання алкоголю за достатньо короткий час. Наприклад, методика — «CAGE», що складається із 4 питань:

1. Ви коли-небудь думали про те, щоб зменшити вживання алкоголю? Чи були у Вас спроби вживати меншу кількість алкоголю, чому?
2. Чи робили Вам коли-небудь зауваження щодо вашого вживання алкоголю? Вас ніколи не дратували зауваження щодо вашого вживання алкоголю?
3. Ви коли-небудь відчували провину щодо вчинків, зроблених у стані сп'яніння?
4. Чи вживали Ви коли-небудь зранку алкоголь, щоб краще почуватися та зняти тремтіння у руках?

Результат: Якщо на два та більше питань Ви дали позитивну відповідь, Вам варто пройти обстеження та отримати фахові рекомендації у лікаря.

Тема 3

Вміння підтримувати здоров'я та настрої (рекомендовано для батьків учнів 1-4 класів). *Мета заняття:* підвищення факторів захисту від наркотичних та алкогольних проблем за допомогою формування батьками позитивного ставлення дитини до себе, свого здоров'я та розвитку у неї вміння долати негативні емоційні стани.

Методичні матеріали: анкета «Здоров'я та настрої», набір інформаційних листків: «Приклад діалогу зі своєю дитиною», «Звернись до нас, будь ласка!». Анкета «Здоров'я та настрої» представлено у табл. 6.

Таблиця 6

Анкета «Здоров'я та настрої»

Питання	Відповідь		
Чи знає Ваша дитина:	Так	Ні	Не знаю
1. Що означає поняття «здоров'я»?			
2. Як підтримувати своє здоров'я?			
3. Що означає поняття «хвороба»?			
4. Що означає поняття «настрій»?			
5. Що не варто робити, коли маєш поганий настрій?			
6. Як долати поганий настрій?			

Інформаційний листок «Приклад діалогу зі своєю дитиною».

1. Що ти робиш, коли маєш поганий настрій?
2. Чи покращує це твій настрій?
3. А чи впливає даний спосіб на твоє здоров'я?
4. Чи можна інакше вплинути на твій настрій так, щоб це не зашкодило твоєму здоров'ю?

Інформаційний листок «Звернись до нас, будь ласка»!

«...Моя любя донечко! Коли у тебе поганий настрій, будь ласка, звернись до нас та поговори з нами про свої переживання. Ми допоможемо тобі. Запам'ятай, що деякі дорослі люди можуть запропонувати тобі різні небезпечні речовини у вигляді рідини, порошку чи пігулок, що треба приймати крізь організм (тіло). Не погоджуйся, це небезпечно! Або ти можеш побачити по телевізору чи в Інтернеті, як люди долають свій поганий настрій, приймаючи якісь речовини. Не роби як вони, адже це дуже зашкодить твоєму здоров'ю, а саме: ти можеш отруїтися, потрапити до лікарні, і, навіть, померти. Тому що твій організм росте і йому потрібні корисні для розвитку речовини, вітаміни, які знаходяться у фруктах, овочах, соку, потрібно любити своє тіло і розум, які дала тобі природа. Шкідливі речовини руйнують внутрішні органи нашого тіла, особливо страждає мозок, який є «головним» в нашій голові. А він дуже потрібен, щоб ти могла подумати як зробити так, щоб не було нудно, або, щоб почати знову радіти і весело відпочивати. Давай подумаємо разом, що ти можеш зробити, щоб покращити свій настрій?...Я, наприклад, роблю так...А що хотілося б тобі?... »

Тема 4.

Ефективний діалог зі своєю дитиною. Розмова про алкоголь (рекомендовано для батьків учнів 1-11 класів). Мета заняття:

усвідомлення батьками, що найважливішим фактором захисту від наркотичних та алкогольних проблем у своєї дитини є спілкування з нею.

Методичні матеріали: анкета «Спілкування зі своєю дитиною» (один екземпляр анкети на кожного учасника), набір інформаційних листків: «Прийоми ефективного спілкування з дитиною», «Що не варто робити батькам під час спілкування зі своєю дитиною!», «Розмова про алкоголь?», «Профілактична підказка №1» (один набір на кожного учасника). Анкета «Спілкування зі своєю дитиною» представлено у табл. 7.

Інформаційний листок «Прийоми ефективного спілкування зі своєю дитиною».

Відкласти справи заради розмови з дитиною. Під час спілкування з дитиною не варто займатися іншими справами. Дитина може подумати, що вона для Вас не така цікава, як, наприклад, комп'ютер. Розмова на рівні зросту дитини. Під час розмови надзвичайно важливо знаходитися на рівні дитини, наприклад сісти разом на диван або дорослому присісти. Це необхідно для встановлення зорового та емоційного контакту.

«Відображене вислуховування»:

- демонструйте дитині, що чуєте її (наприклад, словами «угу», «так», «а далі», «що-що...»);
- дозвольте дитині проявити власні почуття;
- доведіть дитині, що правильно зрозуміли її повідомлення.

Мова тіла. Уважно слідкуйте за «мовою тіла» дитини, яка підкаже, як почуватиться дитина, розмовляючи з вами.

Підтримка та похвала. Прояви підтримки можуть бути не тільки на словах, але й у вигляді усмішки, обіймів, погляду тощо.

Тон голосу. Обирайте правильний тон голосу, розмовляючи на делікатні інтимні для дитини, теми.

Таблиця 7

Анкета «Спілкування зі своєю дитиною»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Чи розповідає дитина про свій день: хороші події?			
Чи розповідає дитина про свій день: погані події?			
Чи цікавитеся Ви думкою дитини щодо перегляду певного телевізійного сюжету або фільму?			
Чи шукали Ви разом з дитиною якусь корисну інформацію в Інтернеті, книгах чи журналах?			
Чи спілкуєтесь Ви з дитиною на різні теми, окрім її навчання?			
Чи знаєте Ви друзів своєї дитини?			
Чи маєте Ви з дитиною спільний активний відпочинок?			
Чи виконуете Ви спільно з дитиною повсякденні обов'язкові або сезонні роботи (наприклад, по дому, на городі, дрібний ремонт, догляд за квітами тощо.)?			

Емоційне включення. Під час розмови проявляйте власні почуття щодо теми, яку ви обговорюєте.

Робіть паузу. Під час розмови дайте можливість дитині подумати, просто помовчати, не вимагайте негайної відповіді.

Інформаційний листок «Що не варто робити батькам під час спілкування зі своєю дитиною»!

- Ігнорувати («Почекай, не до тебе зараз...»)
- Віддавати накази («Замовкни! Негайно зроби це!...»)
- Погрожувати («Ще раз це повториться, я тебе...»)
- Читати мораль, повчати («Ти повинен...»)
- Давати відразу готові рішення («А ти зроби ось так...А я в твої роки...»)
- Критикувати, ображати («Знову зробив все не так...Незграба, плакса, дубина...»)
- Наводити свої здогадки («Я знаю, що все це із — за...Мабуть знов ти...»)
- Проводити розслідування («Де був...з ким... що робили...чого мовчиш...»)
- Залякувати під час бесіди
- Нагадувати минулі провини
- Наводити у приклад інших дітей
- Говорити, що це погано, не пояснюючи чому
- Вести монолог а не діалог

Інформаційний листок «Розмова про алкоголь».

Під час спілкування з дитиною варто:

- запитати спочатку чи знає дитина, що таке алкоголь;
- розказати дитині чому Ви вживаєте(не вживаєте) алкоголь;
- в доступній для дитини формі пояснити чому алкоголь — це небезпечна речовина для дитини та підлітка;
- володіти достовірною інформацією, вести діалог, а не повчати;
- дати можливість дитині самій поміркувати над тим, що вживання алкоголю небезпечно;
- запропонувати альтернативу, а не критикувати спосіб життя та світогляд дитини
- переглянути родинні правила щодо вживання алкоголю, можливо, щось змінити, але обов'язково показати дитині, що правила в родині виконуються (якщо їх досі немає, встановити);

Що варто знати дитині (бажано до початку підліткового періоду) про алкоголь:

- що таке алкоголь;
- в яких напоях міститься алкоголь;
- чому люди вживають алкоголь;
- наслідки вживання слабоалкогольних напоїв;
- чому дитині та підлітку не можна вживати алкогольні напої;
- що таке алкогольна залежність (алкоголізм);

- наслідки вживання алкоголю для дитини та підлітка.

Якщо Ви не знаєте як відповісти дитині на задане нею питання, варто сказати: «Я не знаю про..., але якщо знаєш ти, мені було б цікаво послухати. ...Давай дізнаємось про це разом ...А як ти вважаєш?...тощо».

Коли починати говорити про алкоголь? Про алкоголь можна розмовляти з дитиною, починаючи з 5ти річного віку. З 11 –12 років варто детально розповідати про наслідки вживання алкоголю, про альтернативні способи проведення вільного часу, про справжню дружбу, шляхи завоювання поваги, способи подолання неприємних емоцій та почуттів без вживання алкоголю.

Тема 5.

Фактори ризику щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у дітей та підлітків (особистісні та соціальні) (рекомендовано для батьків учнів 1-11 класів). *Мета заняття:* усвідомлення батьками своєї ролі у зменшенні факторів ризику(особистісних та соціальних) щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у їхніх дітей завдяки їх ефективним профілактичним діям.

Методичні матеріали: анкета «Фактор ризику», інформаційний листок: «Основні фактори ризику появи наркотичних та алкогольних проблем у підлітків» (на кожного учасника). Анкета «Фактор ризику» представлено у табл. 8.

Інформаційний листок «Основні фактори ризику появи наркотичних та алкогольних проблем у дітей та підлітків».

А. Соціальні:

1. Алкогольні та наркотичні проблеми у близьких родичів. Наявність алкогольних проблем у близьких родичів підвищує ризик появи алкогольних або наркотичних проблем у дитини. Передусім це зумовлено тим, що батьки або інші родичі несвідомо, шляхом власної поведінки та ставлення до вживання алкоголю або наркотиків, формують так званий «сценарій поведінки» дитини в майбутньому.
2. Проблеми організації та управління сім'єю. Щоб правильно поводитися, дітям потрібно мати чітку та зрозумілу інформацію — інструкцію від батьків про прийнятну та неприйнятну поведінку. Дітей необхідно навчити основних вмінь і навичок, а також забезпечити змістовною підтримкою та винагородою за добру поведінку так само, як і змістовним, але справедливим покаранням за неприйнятну поведінку. Якщо батьки

Таблиця 8
Анкета «Фактор ризику»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
А			
Чи є в Вашій родині алкогольні проблеми?			
Чи є в Вашій родині наркотичні проблеми?			
Чи проявляє Ваша дитина агресію стосовно інших дітей чи дорослих?			
Чи залучаєте Ви дитину до вживання алкоголю?			
Чи залучаєте Ви дитину до використання атрибутів вживання психоактивної речовини? (спробувати вино чи пиво, купити спиртне, цигарки, «чокання» келихами, виготовлення домашнього вина, наливки, самогону тощо).			
Чи проявляє дитина байдужість до шкільного життя?			
Чи проявляє дитина байдужість до навчання?			
Б			
Чи є в Вашій родині чіткі правила щодо вживання алкоголю?			
Чи є в Вашій родині чіткі правила щодо вживання наркотиків?			
Чи є в Вашій сім'ї чітка система сприйнятливих винагород та покарань щодо поведінки дитини?			
Чи цікавитесь Ви шкільним життям своєї дитини?			
Чи цікавитесь Ви позашкільним життям своєї дитини?			
Чи бувають друзі Вашої дитини у Вас вдома?			
Чи маєте Ви правило святкувати маленькі перемоги чи здобутки Вашої дитини та інших членів Вашої сім'ї?			
Чи обговорюєте Ви з дитиною причини її невдач та можливі шляхи долаття проблем?			

- не докладають зусиль до нагляду за поведінкою дитини, тоді будь-яка система винагород і покарань для дитини стає менш значимою. Такі діти ризикують мати проблеми з психоактивними речовинами.
- Вживання наркотиків батьками. Поведінка батьків та їхнє ставлення до психоактивних речовин впливає на поведінку та ставлення до цих речовин їхніх дітей. Особливо, коли батьки залучають дітей до своїх справ, пов'язаних із вживанням. Наприклад, прохання принести пиво, купити алкоголь, підпалити цигарку, змішати коктейль. Такі діти бачать себе майбутніми користувачами таких речей.
 - Друзі, які вживають наркотики або алкоголь. Це сильний фактор ризику вживання психоактивних речовин, особливо, у підлітковому віці, він може визначати поведінку навіть за відсутності інших факторів. Прихильне ставлення до вживання психоактивних речовин, батьківський дозвіл на помірне вживання алкоголю дітьми, навіть під наглядом, призводить до збільшення ризику вживання дітьми марихуани, а також робить вживання алкоголю для них абсолютно звичайною річчю.
 - Деструктивний стиль виховання. Надмірний контроль або повна його відсутність, жорстоке поводження, відсутність ефективного спілкування з дитиною або потурання усім її примхам, значно збільшують ризик вживання психоактивних речовин.
 - Ігнорування потреб дитини батьками. Незадоволення таких потреб, як увага, повага, спілкування... може привести дитину до пошуку задовольнити ці потреби поза родиною та сім'єю, наприклад, в колі друзів, які вживають психоактивну речовину.
 - Наявність «зайвих грошей». Ризик щодо вживання психоактивної речовини збільшує наявність у підлітка чималенької суми кишенькових грошей за умови, якщо батьки не спілкуються з дитиною на тему «що таке гроші, яка їм ціна, наслідки витрат, вміння користуватися грошима...».
- Б. Особистісні:**
- Рання антисоціальна поведінка дитини. Цей фактор притаманний дітям, які з дитячого садка до першого-другого класу школи мали випадки агресивного реагування на події, особливо, коли це поєднується із відчуженістю та сором'язливістю. Майже 40% таких дітей схильні до правопорушень або

вживання психоактивної речовини. Зовсім не обов'язково, що це станеться, але якщо не робити нічого, ризик збільшується.

2. Академічне відставання у середній школі. Академічне відставання може бути спричинене різними факторами: дитині нудно в школі, відсутність інтересу до навчання, брак зв'язку між учителем та учнем. Діти, які не встигають з навчанням у 4, 5, 6 класах, мають більший ризик зловживання психоактивними речовинами.
3. Відсутність зв'язку зі школою. Учні 4-7 класів, які втратили інтерес до школи та навчання, перебувають під впливом більшого ризику виникнення наркотичних проблем.
4. Відчуженість, схильність до бунтарства. Деякі діти сповідують позицію «мені все одно» щодо школи чи домівки. Такі діти не прив'язані до родини чи соціальної установи і тому більш схильні до впливу однолітків, які вживають психоактивну речовину.
5. Ранній досвід першого вживання психоактивної речовини. Фактом є те, що невживання психоактивних речовин до 19 років значно знижує ризик наркотичних проблем. Дитячий організм не здатний справлятися з алкоголем, внаслідок чого можуть з'явитися проблеми з фізичним та психічним розвитком дитини. Ранній досвід вживання алкоголю та наркотиків значно підвищує ризик появи хімічної залежності.
6. Наявність хибних уявлень щодо вживання психоактивних речовин. Ризик вживання алкоголю та наркотиків тісно пов'язаний із наявністю певних міфів або хибних уявлень про наслідки їх вживання. Наприклад, «один разок спробую, не сподобається більше не буду...» або «пиво — це не алкоголь, можна пити скільки хочеш...».
7. Проблеми у спілкуванні. Як правило, проблеми у спілкуванні пов'язані із

невпевненістю в собі, сором'язливістю, невмінням відстоювати власні позиції. Відсутність корисних життєвих навичок та вмій збільшує ризик вживання психоактивних речовин.

8. Нещасливе кохання. Старший підлітковий вік — це як правило, вік першого кохання, першого розчарування. Відсутність навички самоконтролю, критичного мислення, самоповаги збільшує ризик вживання психоактивних речовин.

В. Біологічні:

1. Генетична схильність. Низька кількість алкогольдегідрогенази в організмі свідчить про можливий ризик появи проблем із вживанням алкоголю. Якщо батько або мати страждають на алкогольну залежність, дитині варто пояснити, чому їй краще ніколи не починати вживати алкоголь, а у дорослому житті, якщо і вживати, то невеликі дози.
2. Фізіологічні особливості організму. Ризик появи проблем з алкоголем підвищений, якщо людина має невеликий зріст та маленьку вагу, якщо це жінка, дитина або підліток.

Узагальнюючи вищевикладені результати дослідження щодо складової системи профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання, можна зазначити, що застосування спеціальних прийомів, які дозволяють вирішити питання досягнення стовідсоткової згоди батьків на участь їх та їхніх дітей у виховних профілактичних заходах, а також адекватний за обсягом набір заходів, спрямованих на уніфікацію інформованості батьків з алкогольної та наркотичної тематики, забезпечують проведення сучасної цілісної розвивальної профілактичної протинаркотичної та протиалкогольної програми.

Література

1. Модуль 3. Батьківська компетентність або підказка батькам. Профілактика алкогольних та наркотичних проблем серед дітей: навч.-метод. посіб. / [Дивак В.В., Вієвський А.М., Лепеха К.І. та ін.] — Київ, 2010. — 140 с.

До уваги авторів:

1. До журналу «Психічне здоров'я» приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» на розгляд до журналу «Психічне здоров'я» прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу — українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків), резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку 0151 1,5; шрифт — Times New Roman; розмір шрифту — 14, поля (верхнє і нижнє — 2,5 см, лівє — 3 см, правє — 1,5 см); орієнтація стор. — книжна) та в електронному варіанті (формат тексту — ідентично до паперового, формат файлу — RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом — рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті — не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення — не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі *.jpg або *.tif на 300 dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1-84. Бібліографія подається в послідовності відповідно до зустрічі в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни — згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань — згідно з МКХ-10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті повинен бути трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.
13. Статті, що надходять до редакції, авторам не повертаються.

*З повагою, редакція журналу
«Психічне здоров'я»*

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.

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

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 — 05/5 від 18.05.2011 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 5 від 13.01.2011 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

Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика

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

Тел.: 468-29-32.

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.

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.</i> Клиника, механизмы формирования и принципы психотерапевтической коррекции соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы	4
<i>Федак Б. С.</i> Особистісні та емоційні відхилення у хворих на гострі розлади серцево-судинної системи	8
<i>Коростій В. І.</i> Емоційні розлади в пацієнтів молодого віку із психосоматичними захворюваннями	12
Аддиктивні розлади	
<i>Андрух П. Г.</i> Клинико-психопатологическая и патоперсоналогическая характеристика нарушений эмоциогенеза и расстройств эмоциональной сферы при первитиновой наркомании	17
<i>Карачевський А. Б.</i> Діагностика депресивних розладів у наркозалежних	23
<i>Возний Д. В.</i> Дослідження чинників, що впливають на стійкість алкогольної ремісії	27
<i>Аймедов К. В., Мельник В. О.</i> Комп'ютероманія: огляд лікувальних заходів	32
<i>Осуховская Е. С.</i> Психоэмоциональное состояние лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением	37
Медична психологія та психотерапія	
<i>Сосін І. К., Крамченкова В. О.</i> Індивідуально-психологічні моделі поведінки старшокласників-курців в ситуаціях фрустрації та конфлікту	43
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Зінченко О. М.</i> Динаміка розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю у сільського населення України	48
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Психиатрия при нацизме: проведение «Акции Т-4» с активным участием психиатров. Сообщение 3	53
<i>Петрюк П. Т., Каленюк А. Ф.</i> Рецензія на книгу «Дзюб Г. К., Кузнецов В.М., Нестерчук Н.В. Ургентна психіатрія (клініка, психодіагностика, терапія невідкладних станів): Навчальний посібник. — К.: Б.В., 2010. — 190 с.»	64
В допомогу практикуючому лікарю	
<i>А. М. Вієвський</i> Методичне забезпечення складової системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання (повідомлення друге).	69
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	80

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
І. Ф. Аршава (Україна)
А. М. Бачеріков (Україна)
В. Г. Бідний (Україна)
Л. О. Булахова (Україна)
В. С. Бітенський (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>Mykhaylov B. V., Kudina O. I.</i> Clinic, performing mechanisms and psychotherapy correction somatoform vegetative disfunction of cardiovascular system	4
<i>Fedak B. S.</i> Personality and emotional disturbances on acute cardiovascular disorders patients	8
<i>Korostiy V. I.</i> Emotional disorders in patients with psychosomatic diseases in young old	12
Addictive disorders	
<i>Andruk P. G.</i> Clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of disturbances of the emotogenesis and emotional disorders of peptitin narcomany	17
<i>Karachevskyy A. B.</i> Diagnosis of depressive disorders in drug addicts	23
<i>Vozniy D. V.</i> Research of factors of influencing on firmness alcoholic remission	27
<i>Aymedov K. V., Melnyk V. O.</i> Pathological using computer: review of medical measures	32
<i>Osuhska O.</i> Emotional condition young persons with addiction to gambling suffering from smoking	37
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Sosin I. K., Kramchenkova V. A.</i> Individual psychological model behavior senior-smokers in the situation of frustration and conflicts	43
Organization and management of psychiatric care	
<i>Zinchenko O. M.</i> The dynamics of mental and behavioral disorders due to substance abuse among rural population in Ukraine.	48
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P. T., Petryuk O. P.</i> Psychiatry at Nazism: conducting of «Action T-4» with active participation psychiatrists. Report 3.	53
<i>Petryuk P. T., Kalenyuk A. F.</i> Book review: «Dzyub G.K., Kuznetsov V.N., Nesterchuk N.V. Urgent Psychiatry (clinics, diagnostics and treatment of emergency states): Essential book., Kyiv, 2010, 190 p.»	64
Help for physician practice	
<i>Vievskiy A. M.</i> The methodical supplement of the parental oriented part of the comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for children in general schools of the I-III levels of education (the second information)	69
The notice for our authors (requirements to the articles)	80

Шановні читачі!

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

У Європейському регіональному бюро ВООЗ діє програма з охорони психічного здоров'я, що збирає, аналізує і поширює інформацію про стан і тенденції психічного здоров'я, лікування і кінцеві результати і здійснює технічне сприяння відповідно до запитів суспільства. ВООЗ визначила три практичні цілі в Європейському регіоні. Вона створила ряд цільових груп, поставивши перед ними завдання збору прикладів належної практики, розробки і поширення посібників з ефективних стратегій і служб охорони психічного здоров'я.

Попередження випадків передчасної смерті, викликані безпорадністю і стресом. Проблеми психічного здоров'я і пов'язані зі стресом порушення — це найважливіша причина передчасної смертності в Європі. Тому пошук шляхів усунення цієї проблеми є одним із пріоритетних завдань.

Боротьба зі стигматизацією. Дискримінація — це один з найважливіших факторів, що сприяють росту тягаря, пов'язаного з нелікованими психічними розладами, і тому з цією проблемою треба рішуче боротися.

Національна оцінка і планування. Європейські країни багато в чому відрізняються одна від одної. Тому служби охорони психічного здоров'я варто планувати і фінансувати таким чином, щоб вони найбільш ефективним чином задовольнили потреби конкретних пацієнтів у конкретному суспільстві.

*З повагою,
Головний редактор, професор В. М. Кузнецов*

УДК 612.821+616.89

Клиника, механизмы формирования и принципы психотерапевтической коррекции соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы



Михайлов Б. В.



Кудинова Е. И.

Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Кафедра психотерапії

Резюме. Було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психопатологічне дослідження 97 хворих соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи (СВДССС). Виділені провідні клінічні синдроми — кардіалгічний у 78%, аритмічний у 12% хворих. У всіх хворих встановлено підвищення рівня депресії, особистісної тривоги та реактивної тривожності. Проведена стратифікація патогенетичних механізмів СВДССС, встановлені принципи побудови психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи, патогенетичні механізми, психотерапія.

Clinic, performing mechanisms and psychotherapy correction somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system

Mykhaylov B.V., Kudinova O. I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Psychotherapy Department

Resume. The research of 97 patients on somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system was investigated with clinical psychodiagnostic methods. The main syndromes — cardialgic in 78% and disrhythmic in 12 % patients was offered. All of patients demonstrated high level of depression and personality anxiety.

The level stratification of pathogenic mechanisms was performed, as well as psychotherapy principles.

Key words: somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system, pathogenic mechanism, psychotherapy.

В настоящее время одной из ключевых междисциплинарных проблем медицины является изучение соматоформных расстройств (СФР) (Марута Н.А., 2002; Напреенко О.К., 2002; Кришталь В.В., 2003; Казакова С.Е., 2003; Подкорытов В.С., 2003; Сосин И.К., 2003; Морозов А.Н., 2004 и др.).

СФР выделены как самостоятельный кластер МКБ-10 и DSM-IV TR. Вместе с тем, они представляют собой достаточно неоднородную клиническую группу, в которую объединены системные и органические неврозы и расстройства, которые традиционно рассматривались в качестве отдельных синдромов в структуре истерического невроза.

Существенно пересмотрены также теоретические, практические и классификационные подходы к вегето-сосудистой дистонии, которая особенно в отечественной психоневрологии, долгие годы была фактически общепринятым синонимом СФР (Первомайский Б.Я., 1974; Абабков В.А., 1993; Гиндикин В.Я., 2000; Сердюк А.И., 2000, 2003; Вейн А.М., 2002; Спирина И.Д., 2003; Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Мирошниченко Н.В., 2004 и др.).

Всё это создало ситуацию, когда систематизированные научные разработки в этой отрасли далеко отстали от сформированных клинических нужд. Существующие классические работы по клинической структуре некоторых форм СФР

(Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф., 1988; Абабков В.А., 1993; Смулевич А.Б., Сиркин А.Л., Козырев В.Н., 2000 и др.), не отвечают дифференциации современных форм СФР и выбору наиболее эффективных методов психотерапии и принципов применения патогенетически обусловленных психокоррекционных мероприятий.

Всё вышеперечисленное послужило обоснованием настоящего исследования, целью которого явилось улучшение диагностики СФР и уточнение патофизиологических механизмов формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы и разработки принципов формирования психокоррекционных мероприятий.

Наблюдение включало в себя следующий комплекс исследований: клинико-психопатологическое наблюдение больных, в ходе которого оценивалось состояние психической и соматической сфер; патофизиологическое исследование.

Определение темперамента, уровня нейротизма, экстра- и интроверсии проводилось с помощью опросника Eysenck Personality Inventory (EPI, Eysenck H.I., 1963). Уровень личностной и реактивной тревожности изучали по шкале самооценки (Spilberger C.D., в адаптации Ю.Л.Ханина, 1971). Наличие и уровень депрессии изучали с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, Hamilton M., 1960).

В исследование вошли 97 больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и/или сердечно-сосудистой системы (СВДССС) (F 45.30).

Клинико-психопатологическое исследование больных СВДССС было проведено структурировано, этапно и лонгитудинально. Проводилось структурированное диагностическое интервьюирование больных, а также клиническая идентификация симптомов и синдромов. Анализ полученных данных позволил выделить 2 группы синдромов: синдромы, которые обуславливали нозопринадлежность или определяли клинику расстройства в целом; а также относительно неспецифические синдромы общеневротического регистра, которые распространялись на все клинические группы.

Распределение выделенных синдромов у обследованных больных представлено в табл. 1.

В группе больных СВДССС превалировал кардиалгический синдром (75,66±76%), у 11,64±12% больных регистрировался аритмический синдром, у 4,85±5% — цефалгический.

Кроме специфических синдромов, которые определяли клиническую нозопринадлежность расстройства, у больных СВДССС выделялись синдромы общеневротического регистра, распределение которых в группе больных СВДССС представлено в табл. 2.

Таблица 1

Распределение ведущих синдромов у больных соматоформной-вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы.

Синдромы	Абс.	%±%m
Кардиалгический	76	78
Аритмический	11	12
Цефалгический	5	5
Абдоминальный	1	1
Дисфагический	1	1
Диспноэтический	3	3

Таблица №2

Распределение синдромов общеневротического регистра у больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Синдромы	Абс	%±%
Астенический	28	29
Тревожный	13	14
Астено-ипохондрический	10	10
Астено-субдепрессивный	35	36
Обсессивно-ипохондрический	11	11

Как видно из таблицы, у всех больных превалировали синдромы астенического регистра.

Данные патофизиологического исследования показали следующее. Показатели, полученных с помощью опросника Айзенка (EPI) выявили, что для больных СВДССС характерным было преобладание низкого уровня нейротизма, который регистрировался у 71,66±2,15% обследованных.

По данным методики Спилбергера-Ханина более чем у половины больных СВДССС регистрировались высокие уровни как личностной тревожности (у 64,13±2,64%), так и реактивной тревоги (50,46±2,76%).

Показатели уровня депрессии по шкале Гамильтона показали, что у (43,99±2,36%) обследованных было выявлено наличие депрессии, уровень которой соответствовал лёгкой (31,97±2,22%) или умеренной (12,02±1,55%) степеням.

Анализ данных, полученных по результатам всех проведенных обследований, позволил установить сложную иерархичную стратификацию патогенетических механизмов развития СВДССС. При этом ведущим патофизиологическим механизмом является диссоциация между относительно низким уровнем нейротизма и высоким уровнем показателей личностной тревожности. В формировании системно-органной принадлежности СВДССС участвует в определённой степени и субъективная система представлений больного.

Многоуровневый характер патогенеза развития СВДССС обусловил разработку системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Принципом построения системы был уровень, направленный на коррекцию эмоциональной сферы, оптимизацию вегетативной регуляции, повышение уровня социального функционирования.

Психотерапия была базисным методом лечения больных СВДССС.

На начальном этапе нами использовалась суггестивная психотерапия с элементами телесно-ориентированной психотерапии, которая проводилась в группах по 10-12 больных. При этом телесный компонент формировался по нозоспецифической симптоматике. Суггестивное содержание словесных формул было направлено на снятие эмоционального напряжения, концентрации внимания на сердечно-сосудистой системе. Развивалась способность волевого управления своими вегетативными функциями, активностью, настроением, самочувствием.

На втором этапе проводилась групповая психотерапия — 10-12 сеансов групповой психотерапии продолжительностью 45-60 минут, ежедневно.

Постепенно осуществлялся переход к третьему этапу, где основным было овладение элементами аутотренинга (АТ). Самостоятельные занятия АТ проводились 2 раза в день длительностью 15 минут: утром и вечером, ежедневно. Методика проводилась по классическим формулам Шульца в модификации А.Т.Филатова.

Терапия по разработанной нами системе была проведена 97 больным СВДССС.

Критериями эффективности терапии были нормализация психического состояния, самочувствия больных, снижение уровня тревожности, повышение уровней самооценки своего состояния.

В процессе терапии было достигнуто значительное улучшение состояния у 39 больных ($79,40 \pm 2,21\%$), незначительное улучшение — у 54 ($16,12 \pm 2,01\%$). У 15 больных ($4,48 \pm 1,13\%$) не удалось достичь существенных позитивных изменений состояния.

Полученные результаты показали, что для больных СВДССС наиболее эффективным является применение системы медико-психологической коррекции, построенной по интегративному принципу, которая включает в себя комплекс суггестивной психотерапии с элементами телесно-ориентированной психотерапии, групповой психотерапии и аутогенной тренировки.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — С. 225–237.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 4–10.
3. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 376 с.
4. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. — 1997. — №3. — С. 75 — 79.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. — Київ: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
6. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. — К, 1997. — 104 с.
7. Дукельский О.О. Депресія у хворих з ішемічною хворобою серця, які перенесли стентування коронарних артерій // Український вісник психоневрології — 2010. — Том 18, — вип.4(65) — С. 74—78.
8. Лазебник І.В. Клінічні особливості тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х// Архів психіатрії — 2009. — Т.15,4(59) — С. 45—47.
9. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. (Клиника, диагностика, лечение). Чебоксары (1995).
10. Марилев В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 21–27.
11. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36–38.
12. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І., Волошин П.В. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Архів психіатрії, № 4 (2001).
13. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000. — С. 78–105.
14. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Н. Новгород (1994).
15. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Ленинград (1963).

16. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Киев (1997).
17. Табачников С. И., Титиевский С. В. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Doctor. — 2002. — № 6. — С. 14–16.
18. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
19. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.
20. Alexander F. Psychosomatische Medizin. — Berlin–New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl. Keller R. Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.
21. Rief W., Hiller W. Somatisierungstoerung und Hypochondrie. — Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.
22. Selye H. The stress of life. — New York: McCraw–Hill Book Co., 19.

УДК 616.84- 008.19:616.127- 005.8.616.831- 005.1

Особистісні та емоційні відхилення у хворих на гострі розлади серцево-судинної системи



Федак Б. С.

Федак Б. С.

КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Резюме. Проведено дослідження 810 хворих, в т.ч. 204 на ІХС, 198 на ІМ, 201 на МІ, 207 на ТІА. Дослідження включало клінічно-психологічні і патопсихологічні вивчення. Визначені наступні форми неспсихотичних розладів психічної сфери: реакції психічної дезадаптації (РПД), соматогенний астеничний симптомокомплекс (САСК), гострі невротичні розлади (ГНР), невротичні розлади з затяжним перебігом (НРЗП).

За даними патопсихологічного дослідження встановлено, що у всіх хворих переважав негативний емоційний спектр, найбільший рівень тривожності і нейротизму переважав у хворих на ІБС та ІМ.

Ці данні можуть бути основою для розробки системи психокорекційних заходів.

Ключові слова: гострі соматичні стани, психічна дезадаптація, негативний емоційний спектр, тривога, нейротизм.

Personality and emotional disturbances on acute cardiovascular disorders patients

Fedak B. S.

Healthcare Utility «Regional Clinikal Hospital — Centre of urgent medical care and accident medicine» (Kharkiv)

Resume. The complex research of 810 patients, included 204 ischemic cardiac disease (ICD), 198 myocardial infarction (MI), 201 brain stroke (BS), 207 transitory ischemic attacks (TIA) was held, consist with clinical-psychopathological and pathopsychological examination.

The certain forms of nonpsychotik psychic disturbances was shown: psychic desadaptation reactions (PDR), asthenic somatic syndrome (ASS), acute neurotic disturbances (AND), neurotik prolonged disturbances (UPD). The it was shown emotional disturbances for all patients, especially on myokardial infarction and ischemic heart disease.

The results must be grounded psychocorrection system establishment.

В останні десятиріччя значно зросла актуальність проблеми надання медичної допомоги хворим на гострі захворювання серцево-судинної системи — інфаркт міокарду (ІМ), ішемічна хвороба серця (ІХС), мозкові інсульти (МІ), транзиторні ішемічні атаки (ТІА), тощо. [2, 3, 6]

В їх походженні важливу патогенетичну роль відіграють психосоматичні чинники, в тому числі і емоційні розлади.

Метою нашої роботи було дослідження стану емоційної сфери у хворих, які перенесли гостру патологію серцево-судинної системи.

Було проведено клінічне обстеження та патопсихологічне дослідження 204 хворих на ІХС, 198 на ІМ, 201 на МІ, 207 на ТІА, всього 810 хворих.

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило встановити різні варіанти неспсихотичних розладів психіки: реакції психічної дезадаптації (РПД), соматогенно обумовлений астеничний симптомокомплекс (СОАС), гострі невротичні розлади (ГНР), невротичні розлади із затяжним перебігом (НРЗП).

Патопсихологічне дослідження показало наступні результати. До аналізу за тестом диференціальної самооцінки функціонального

стану (САН), побудованого на принципах полярних профілів Ч. Осгуда — СДФ [5] враховувалися показники самопочуття нижче 5,4 бала, активності — 5,0 бала, настрою — 5,1 бала.

Результати за нозологічними формами представлені в табл. 1.

При співставленні отриманих результатів за нозологічною приналежністю виявилось, що достовірно найчастіше самооцінка самопочуття, нижча за норму, мала місце у хворих на МІ ($98,1 \pm 1,2\%$), активності — у хворих на ІМ ($78,9 \pm 2,1\%$), настрою — у хворих на ІХС ($92,7 \pm 1,8\%$).

Таблиця 1

Співставлення рівня самопочуття, активності і настрою у хворих за нозологічними формами

Показники	Нозологічні форми (в %)			
	ІХС (n=204)	ІМ (n=198)	МІ (n=201)	ТІА (n=207)
Самопочуття	93,2 \pm 1,6	96,5 \pm 2,3	98,1 \pm 1,2	91,6 \pm 2,3
Активність	74,6 \pm 3,2	78,9 \pm 2,1	63,9 \pm 2,6	76,5 \pm 3,8
Настрій	92,7 \pm 1,8	91,2 \pm 2,3	84,2 \pm 2,6	81,3 \pm 2,2

Дані за різними формами неспсихотичних порушень психіки представлені в таблиці 2.

В цілому для хворих найбільш характерним виявилось відчуття поганого самопочуття, низькі показники якого реєструвалися у 94,3±1,1% пацієнтів, майже в стількох же випадках мали місце низькі показники самооцінки настрою (86,3±1,6%). В той же час, хворі достовірно рідше відзначали зниження активності (75,4±2,3%).

При співставленні отриманих результатів було встановлено, що в усіх групах майже однаково часто реєструвалися низькі показники самопочуття (від 92,7±2,3% при НРЗП до 97,9±1,2 при САСК).

Разом з тим, у хворих із ГНР та САСК в порівнянні з пацієнтами із НРЗП, показники активності значно частіше були нижчими за норму (відповідно: (ГНР) 87,1±3,6% і (САСК) 87,0±2,8% проти (НРЗП) 77,8±3,7%), в групі хворих з РПД низькі показники активності зустрічалися лише у 61,7±2,3% пацієнтів.

Оцінка особистісної тривожності і реактивної тривоги проводилася за шкалою С.Д. Spielberger, адаптованою Ю.Л. Ханінім. [4, 5] за врахуванням показників високого рівня.

Результати дослідження хворих за різною нозологічною приналежністю представлені в табл. 3.

З достовірно найбільшою частотою високий рівень особистісної тривожності відзначався у хворих на ІМ (73,6±2,5%), а реактивної — в групі пацієнтів із ІМ та ІХС (91,1±3,9%, 83,1±2,3%).

Таблиця 2

Співставлення рівня самопочуття, активності і настрою у хворих за різними формами неспсихотичних порушень психіки

Показники	Форми неспсихотичних порушень психіки			
	РПД (n=449)	САСК (n=147)	ГНР (n=89)	НРЗП (n=125)
Самопочуття	96,9±0,8	97,9±1,2	96,5±2,0	92,7±2,3
Активність	61,7±2,3	87,0±2,8	87,1±3,6	77,8±3,7
Настрій	98,0±0,7	91,8±2,3	92,4±4,1	91,9±2,5

Таблиця 3

Співставлення показників особистісної тривожності і реактивної тривоги за нозологічними формами

Показники	Нозологічні форми (в %)			
	ІХС (n=204)	ІМ (n=198)	МІ (n=201)	ТІА (n=207)
Особистісна тривожність	71,5±2,8	73,6±2,5	61,5±2,8	69,1±2,7
Реактивна тривога	83,1±2,3	91,1±3,9	68,4±2,9	71,5±2,8

Розподіл показників у хворих за різними формами неспсихотичних порушень психіки представлені в табл. 4.

Найчастіше високий рівень тривожності мав місце у хворих із ГНР і НРЗП: особистісної — відповідно у 81,6±3,5% і 76,7±3,8% пацієнтів, реактивної — 74,2±4,6% (ГНР) і 76,2±2,9% (САСК), із НРЗП рідше: особистісної в 76,7±3,8% випадків, а реактивної — в 69,5±4,3%, найменш у хворих із РПД: особистісної — 56,1±1,9%, реактивної — 58,1±2,7%.

Показники рівня нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Ейсенка [4, 5]; враховувалися високі та дуже високі показники. Результати дослідження показників нейротизму представлені в табл. 5.

Показники нейротизму, вищі за норму, виявили практично у хворих всіх нозологічних форм.

Результати дослідження частоти показників нейротизму у хворих з різними формами неспсихотичних порушень психіки представлені в табл. 6.

Високий рівень нейротизму був зафіксований у 39,9±2,1% випадків, в тому числі дуже високий — у 24,9±2,1%. Високі показники нейротизму діагностувалися майже у всіх хворих з САСК та ГНР (відповідно 59,6 ±3,9% та 58,6 ±4,8%), дещо рідше — у хворих із НРЗП (51,1±3,9%), і лише у 26,7±2,7% хворих з РПД.

Таблиця 4

Показники частоти особистісної тривожності і реактивної тривоги у хворих з різними формами неспсихотичних порушень психіки

Показники	Форми неспсихотичних порушень психіки			
	РПД (n=449)	САСК (n=147)	ГНР (n=89)	НРЗП (n=125)
Особистісна тривожність	56,1±1,9	69,7±2,8	81,6±3,5	76,7±3,8
Реактивна тривога	58,1±2,7	76,2±2,9	74,2±4,6	69,5±4,3

Таблиця 5

Показники нейротизму у хворих за нозологічними формами

Показники	Нозологічні форми (в %)			
	ІХС (n=204)	ІМ (n=198)	МІ (n=201)	ТІА (n=207)
Високий рівень нейротизму (16-19 балів)	61,5±2,9	64,8±4,1	32,8±3,9	29,4±2,9
Дуже високий рівень нейротизму (>19 балів)	21,7±3,1	29,3±2,9	14,7±2,4	21,6±3,8
УСЬОГО	83,2±6,0	94,1±7,0	47,5±6,3	51,0±6,7

Таблиця 6

Показники нейротизму за різними формами неспсихотичних порушень психіки

Показники	Форми неспсихотичних порушень психіки (в %)			
	РПД (n=449)	САСК (n=147)	ГНР (n=89)	НРЗП (n=125)
Високий рівень нейротизму (16-19 балів)	26,7±2,7	59,6±3,9	57,6±4,8	51,1±3,9
Дуже високий рівень нейротизму (>19 балів)	12,6±1,3	36,7±2,8	42,3±4,7	36,4±3,7
УСЬОГО	39,3±4,0	96,3±6,7	99,9±9,5	87,5±7,6

Дуже високий рівень нейротизму виявився майже однаково притаманним хворим із САСК, ГНР і НРЗП (відповідно 36,7±3,9%, 43,3±4,7% і 36,4±3,7%) і практично не зустрічався у пацієнтів з РПД (12,6±1,3%).

Результати дослідження показників екстраінтроверсії у хворих за нозологічними формами представлені в табл. 7.

Виявлено переважання інтровертів у хворих із ІХС, МІ та ІМ (73,3±7,9 — 64,6±7,6% проти 25,2±4,2% — 32,7±4,8%), в той час, як у хворих на ТІА — (61,7±8,0% проти 35,9±6,8%). Однак, якщо серед хворих на ІХС і ІМ значно виражені інтроверти майже не зустрічалися (відповідно 1,6±0,3% і 2,0±0,6%) і основний масив становили виражені та помірно виражені інтроверти (71,7±7,6% (ІХС : 39,8±3,5+31,9±4,1) та 68,3±6,7% (ІМ: 36,6±3,8+31,7±2,9), то в групі пацієнтів із МІ їх питома вага досягала 54,4±6,1% (28,1±3,4+26,3±2,7).

Результати дослідження показників екстраінтроверсії за різними формами неспсихотичних порушень психіки представлені в табл. 8.

Як видно з таблиці, переважна кількість хворих відноситься до помірно виражених та виражених інтровертів і помірно виражених екстравертів (відповідно 29,6±2,4%, 33,4±1,9%

Таблиця 7

Співставлення показників екстраінтроверсії за нозологічними формами

Показники екстраінтроверсії	Нозологічні форми			
	ІХС (n=204)	ІМ (n=198)	МІ (n=201)	ТІА (n=207)
<i>I. Інтроверсія</i>				
Значно виражена	1,6±0,3	2,0±0,6	10,2±1,5	10,7±1,3
Виражена	39,8±3,5	36,6±3,8	28,1±3,4	24,9±3,1
Помірно виражена	31,9±4,1	31,7±2,9	26,3±2,7	26,1±3,6
Загалом	73,3±7,9	70,3±3,1	64,6±7,6	61,7±8,0
<i>II. Екстраверсія</i>				
Помірно виражена	20,1±2,6	24,3±2,9	26,4±3,2	24,9±3,6
Виражена	5,1±1,6	4,9±1,8	6,3±1,6	9,1±2,3
Значно виражена	-	-	-	1,9±0,9
Загалом	25,2±4,2	29,2±4,7	32,7±4,8	35,9±6,8

Таблиця 8

Співставлення показників екстраінтроверсії за різними формами неспсихотичних порушень психіки

Показники екстраінтроверсії	Форми неспсихотичних порушень психіки (в %)			
	РПД (n=449)	САСК (n=147)	ГНР (n=89)	НРЗП (n=125)
<i>I. Інтроверсія</i>				
Значно виражена	5,9±1,3	14,7±2,6	4,9±1,9	8,3±2,1
Виражена	31,6±2,3	29,9±3,6	29,8±3,9	24,1±2,9
Помірно виражена	27,3±2,1	39,7±2,2	36,7±4,3	38,1±3,4
Загалом	64,8±2,2	84,3±8,4	71,4±10,1	70,5±8,4
<i>II. Екстраверсія</i>				
Помірно виражена	26,1±2,3	16,1±2,7	24,3±3,8	21,9±3,1
Виражена	6,7±1,3	7,1±2,3	4,9±0,6	5,2±1,3
Значно виражена	-	3,2±0,9	1,6±0,8	-
Загалом	32,8±3,6	26,4±5,9	30,8±5,2	27,1±4,4

і $25,4 \pm 1,9\%$). В цілому ж серед них відзначається значне переважання інтровертів ($76,2 \pm 5,6\%$) проти екстравертів ($32,1 \pm 4,1\%$). Найбільш характерним це переважання виявилось для хворих із САСК ($84,3 \pm 8,4\%$ проти $26,4 \pm 5,9\%$), дещо меншим воно було у хворих із ГНР ($71,4 \pm 10,1\%$ проти $30,8 \pm 5,2\%$) та НРЗП ($70,5 \pm 8,4\%$ проти $27,1 \pm 4,4\%$) і, нарешті, достовірно найменшим в групі пацієнтів з РПД ($64,8 \pm 2,2\%$ проти $32,8 \pm 3,6\%$).

Таким чином, проведене патопсихологічне дослідження дозволило встановити, що у хворих на гострі соматичні захворювання переважають низькі показники активності ($71,5 \pm 1,6\%$), настрою ($94,2 \pm 0,8\%$) і самопочуття ($96,4 \pm 0,7\%$). Достовірно частіше низькі показники настрою відзначаються у хворих з реакціями психічної дезадаптації ($98,0 \pm 0,7$), активності у хворих з гострими невротичними розладами і соматогенним астеничним симптомокомплексом (відповідно $87,1 \pm 3,6\%$ і $87,0 \pm 2,8\%$), а самопочуття приблизно однаково при всіх формах ($97,9 \pm 1,2\%$ — $92,7 \pm 2,3\%$).

Для більшості хворих на хронічні соматичні захворювання притаманним є високий рівень особистісної ($69,8 \pm 2,4\%$) і реактивної ($81,5 \pm 3,6\%$) тривожності, особливо для хворих

з гострими невротичними розладами (відповідно $81,6 \pm 3,5\%$ і $74,2 \pm 5,6\%$) та соматогенним астеничним симптомокомплексом (відповідно $69,7 \pm 2,8\%$ і $76,2 \pm 2,9\%$). У хворих з реакціями психічної дезадаптації високий рівень тривожності реєструється достовірно рідше.

Високий рівень нейротизму має місце більш, ніж у половини хворих в $64,8 \pm 4,2\%$ випадків, у пацієнтів із соматогенним астеничним симптомокомплексом — $96,3 \pm 6,7\%$, з гострими невротичними розладами — $99,9 \pm 9,5\%$. Серед хворих на соматичні захворювання переважають інтроверти ($74,5 \pm 6,5\%$).

Ця тенденція найбільш виражена у хворих із соматогенним астеничним симптомокомплексом ($84,3 \pm 8,4\%$) і найменше — при реакціях психічної дезадаптації (відповідно $64,8 \pm 2,2\%$).

По нозологічних групах переважання інтровертів виявилось найбільш притаманним хворим на захворювання ішемічною хворобою серця ($73,3 \pm 7,9\%$), найменш — хворим на транзиторні ішемічні атаки ($61,7 \pm 8,0\%$).

Отримані результати мають послужити підґрунтям до формування системи медико-психологічної корекції порушень емоційної сфери у хворих на гострі стани.

Література

1. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. — М. — 2004. — 432 с.
2. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т.2, №1. — С.17-23.
3. Кирюхин О.Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О.Л. Кирюхин, Н.А. Гасанов, Д.Р. Ракита // Клиническая медицина, — 2007. — №8. — С.29-32.
4. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга / Составители: Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова, М.А. Трещинская. — Харьков. — 2008. — 36с. Методические рекомендации.
5. Михайлов Б.В., Вітенко І.С., Сердюк О.І. та інші. - Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці — сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів — слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. За заг. ред. Б.В. Михайлова. — Х.: ХМАПО, 2011. — 136с.
6. Ariyo A.A. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen et al // Circulation. — 2000 — 102:1773-9.

Емоційні розлади в пацієнтів молодого віку із психосоматичними захворюваннями



Коростій В. І.

Коростій В. І.

Харківський національний медичний університет

Резюме. Стаття присвячена результатам вивчення емоційних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб і принципам диференційованої терапії в структурі комплексної системи лікування і психотерапевтичної реабілітації пацієнтів з психосоматичною патологією, яка розроблена автором. Результати показують ефективність використання цієї системи лікування та реабілітації у хворих молодого віку з виразковою хворобою, бронхіальною астмою, артеріальною гіпертензією.

Ключові слова: емоційні розлади, тривожні та депресивні психосоматичні захворювання.

Emotional disorders in patients with psychosomatic diseases in young old

Korostiy V. I.

Kharkov National Medical University

Resume. Article is devoted to the results of the study of emotional disorders in psychosomatic disorders in young people and the principle of differentiated treatment in the structure of an integrated system of treatment and psychological rehabilitation of patients with psychosomatic disorders, developed by the author. The results show the effectiveness of the treatment system and rehabilitation of young patients with peptic ulcer disease, asthma, hypertension.

Key words: mood disorders, anxiety and depressive disorders, psychosomatic diseases.

Психосоматичні захворювання, такі як бронхіальна астма, виразкова хвороба, артеріальна гіпертензія у зв'язку з їхнім хронічним плином і значним порушенням якості життя хворих є істотною проблемою сучасної медицини. Статистичні дані свідчать про те, що у світі близько 200 млн. чоловік, із числа психіатрів, що потрапили в поле зору, і лікарів загальної практики, що страждають тривожними й депресивними розладами й мають потребу в лікуванні. Однак якість діагностики й ефективність лікування психічних порушень у хворих психосоматичними розладами залишається незадовільною [1-4].

Значна частина цих хворих мають психічні розлади емоційної сфери неспихотичного рівня, при цьому по даним ряду авторів окремі симптоми психічних порушень зустрічаються практично у всіх пацієнтів із психосоматичними захворюваннями. У лікуванні таких хворих необхідно враховувати істотну роль психологічних і психопатологічних факторів [5,6].

Тенденція до хронічного плину психосоматичних розладів, істотне зниження якості життя хворих підвищують актуальність пошуку ефективних методів лікування, профілактики й реабілітації пацієнтів саме молодого віку [7,8].

Метою дослідження було на основі системного підходу до оцінки клінічної структури й особливостей формування емоційних порушень в осіб молодого віку із психосоматичними захворюваннями, розробити патогенетично

обґрунтовану систему прогнозування, психотерапевтичної корекції емоційних порушень і медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку із психосоматичними захворюваннями.

Дизайн роботи і контингент обстежених.

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2003-2010 років на базі Обласної студентської лікарні м. Харкова (ОСБ) обстежено 956 молодих осіб із психосоматичними захворюваннями (ПСЗ). Після рандомізації у дослідження включені 510 пацієнтів (188 хворих із бронхіальною астмою (БА), 162 — з виразковою хворобою (ВХ), 160 — з артеріальною гіпертензією (АГ)), розподілених за кожною нозологією на терапевтичні групи — досліджувану та контрольну. Дослідження проходило в декілька етапів, послідовність яких відображено на рис. 1.

Перший етап містив скринінг емоційних розладів у студентів ВНЗ різного профілю під час профілактичних оглядів. Проведене пілотне дослідження показало значущість фактора наявності ПСЗ у відношенні емоційних розладів більше, ніж соціально-демографічних та професійних особливостей. У подальшому терапевтичні групи формувалися за нозологічним принципом з метою виявлення клініко-патогенетичної специфічності ЕР при БА, ВХ, АГ.

На другому етапі на основі поглибленого аналізу встановлених патогномонічних клінічних та виявлених психологічних особливостей

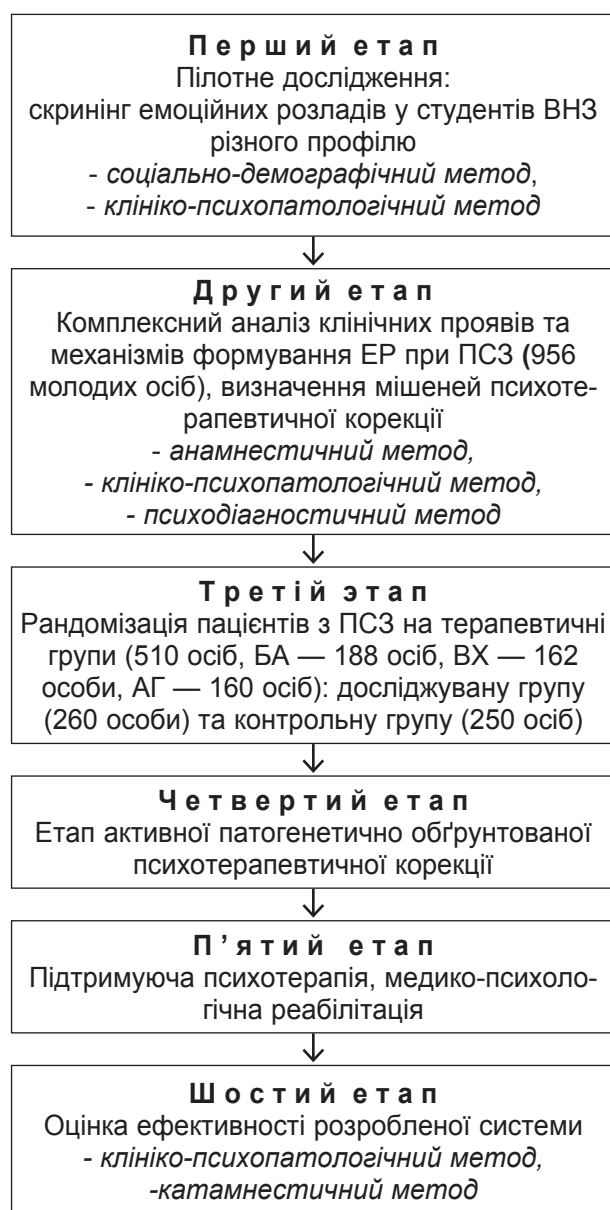


Рис. 1
Етапи дослідження

пацієнтів з ПСЗ визначали чинники розвитку ЕР та мішені психотерапевтичного впливу. На цьому етапі групу порівняння № 1 (ГП1) склали 100 пацієнтів (46 чоловіків й 54 жінки) з діагнозом, що відповідали рубрикам F40 — F48 — «Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади», порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками; групу порівняння № 2 (ГП2) склали 100 практично здорових молодих осіб (48 чоловіків й 52 жінки), порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками.

На третьому етапі роботи, перед початком комплексної терапії ПСЗ, пацієнти основної групи були рандомізовані на дві групи: досліджувану (260 осіб), та контрольну (250 осіб). Пацієнти

досліджуваної групи (ДГ) поряд з лікуванням у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні одержували стандартне лікування й брали участь у реалізації заходів системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації, розробленої автором; пацієнти контрольної групи (КГ) одержували тільки стандартне лікування. На четвертому та п'ятому етапах проводились активна та підтримуюча психотерапія й реабілітаційні заходи, ефективність яких оцінювали на останньому, шостому етапі роботи. Катamnестичне спостереження проводилося протягом 12 місяців.

Методи дослідження. Основними методами дослідження були анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, електрофізіологічний, статистичний.

Анамнестичний метод застосовувався для ідентифікації анамнестичних чинників розвитку ЕР; вивчалися переважаність анамнезу, особливості розвитку особистості та виховання у сім'ї.

Соціально-демографічний метод полягав у вивченні таких характеристик, як розподіл обстежених за віком, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом, профілем ВНЗ та видом трудової діяльності.

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Кількісну оцінку психопатологічних порушень з метою встановлення ефективності розробленої здійснювали з використанням стандартизованих об'єктивних рейтингових шкал тривоги й депресії Гамільтона й шкали загального клінічного враження для оцінки динаміки психічного стану в ході лікування й катamnестичного спостереження. Клініко-психопатологічний метод був доповнений обстеженням із використанням запропонованої нами індивідуальної карти обстеження психосоматичного хворого. Для виявлення найбільш ранніх проявів змін у різних психічних сферах в обстежених хворих нами використалися розроблена кафедрою психіатрії ХНМУ «Анкета оцінки психічного стану» (Рацпропозиція ХГМУ N 143 (10), 1998).

Психодіагностичне дослідження включало вивчення: а) психопатологічних симптомів за шкалою Дерогатиса (SCL-90) (за Н. В. Тарабриною, 2001), б) особистісних властивостей — за допомогою опитувальника MMPI Міні-мульт (за Д. Я. Райгородським, 2002), методики виявлення переважних механізмів психологічного захисту Плутчика-Келлермана-Конте адаптованої

Л. И. Вассерманом, О. Ф. Єришевим, Є. Б. Клубовою (1998), Торонтської шкали алекситимії (TAS, G.J.Taylor і співавт., 1985), прогностичної компетентності за тестом антиципаційної здатності (прогностичної компетентності) В. Д. Менделевича (2003), агресивності та ворожості за тестом агресивності Басса-Дарки; в) типів відношення до хвороби.

Результати дослідження та їх обговорення.

При клінічному й психодіагностичному обстеженні у всіх пацієнтів з ПСЗ в клінічній картині захворювання виявлене сполучення соматичних симптомів зі скаргами на емоційний стан і симптомами психічних порушень. З них тільки в 38±3,1% встановлено діагноз психічного розладу відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10: невротичні, невротоподібні й особистісні розлади.

Дані про співвідношення пацієнтів із субсиндромальними проявами й клінічно окресленими ЕР у хворих на БА, ВХ та АГ наведені в табл. 1.

Для кваліфікації стану пацієнтів із субсиндромальними проявами (скаргами на емоційний стан і симптомами психічних порушень, які не досягали ступеня виразності, що відповідають діагностичним критеріям відповідних рубрик МКХ-10), ми використали категорію F54. Вона застосовується для вказівки на емоційне походження фізичних розладів, класифікованих в інших розділах МКХ-10. У цих пацієнтів (59±3,1% від загальної кількості досліджених) встановлювався подвійний діагноз; для реєстрації соматичного розладу використався додатковий код, при астмі (F54 та J45); при виразковій хворобі (F54 та K25), при артеріальній гіпертензії (F54 та I10). Зазначені симптоми психічних порушень не виправдовували використання якої-небудь із інших діагностичних категорій, однак часто були пролонгованими й передували загостренню соматичного захворювання. В рутинній клінічній практиці рубрика F54 «Психологічні й поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках» практично не застосовується. За критеріями МКХ, ця діагностична категорія повинна використовуватися для реєстрації наявності психологічних або поведінкових факторів,

які зіграли важливу роль в розвитку фізичних розладів, які класифікуються в інших класах МКХ-10. Таким чином, використання діагнозу F54 виправдане для пацієнтів без явно вираженого психічного розладу, що потребують медико-психологічної допомоги.

В 38±3,1% встановлено діагноз психічного розладу відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10. Серед виявлених непсихотичних психічних розладів (НПР) питома вага невротичних, пов'язаних зі стресом розладів склала 43,5±3,4% (пролонгована депресивна реакція, розлад адаптації з перевагою порушення інших емоцій, соматизований, іпохондричний, панічний і генералізований тривожний розлад), афективних — 24,1 ±3,5% (депресивний епізод легкого та середнього ступеня тяжкості, рекурентний депресивний розлад), особистісних — 19,7±2,6% (переважно залежний, дисоціативний, іпохондричний розлади особистості), органічних — 12,7±2,1% (органічний астеничний, тривожний, депресивний) розладів. Таким чином, у пацієнтів молодого віку із ПСЗ значно переважали функціонально-динамічні психічні розлади невротичного регістру, порівняно з органічними невротоподібними розладами.

Залежно від провідного психопатологічного синдрому в структурі НПР у осіб із ПСЗ хворі розподілилися наступним чином: з осьовим астеничним синдромом — 51,7±4,2%, з перевагою депресивного синдрому — 32,5±2,9%, з іпохондричним синдромом — 15,8±2,1% від загальної кількості хворих з НПР.

ЕР тривожно-депресивного спектру серед інших НПР у хворих із ПСЗ в цілому спостерігалися в 67,6±3,2% випадків. Розподіл тривожно-фобічних розладів та по діагнозах у хворих БА, ВХ та АГ представлено на рис. 2; депресивних — на рис. 3.

Як видно з рис. 2 та 3, у хворих із бронхіальною астмою й артеріальною гіпертензією переважають тривожні розлади (27,7±3,2% й 26,1±3,2% відповідно), а у хворих з виразковою хворобою — депресивні (46,3±2,3%). Достовірні розходження виявлені по частоті генералізованого тривожного розладу в пацієнтів з АГ (3,7±3,2%, $p<0,01$), агорафобії в пацієнтів з БА (3,8±3,2%, $p<0,01$), депресивних реакцій у пацієнтів з ВХ (35,4±2,9%, $p<0,01$).

Таблиця 1

Розподіл субсиндромальних та клінічно окреслених проявів емоційних розладів у хворих на БА, ВХ і АГ

Клінічні прояви	БА	ВХ	АГ
Субсиндромальні прояви депресії й тривоги (F54)	58,5%±2,2%	59,5%±2,1%	59%±2,3%
Клінічно окреслені емоційні розлади F3, F4	36,5%±1,5%	40,0%±2,1%	37,5%±1,6%
Усього	95,0%±1,7%	99,5%±1,9%	96,5%±2,1%

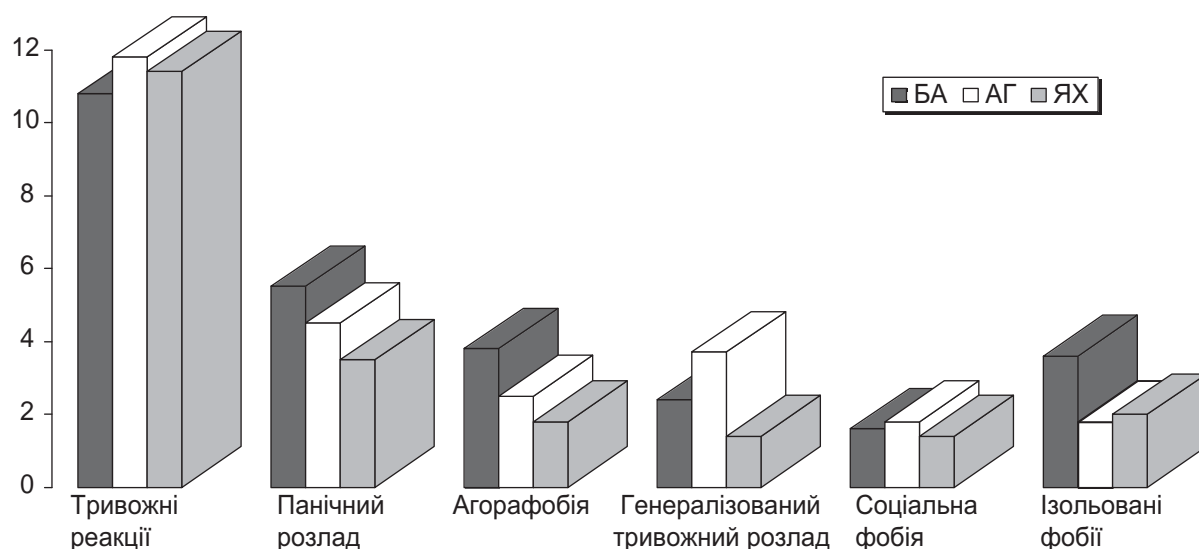


Рис. 2

Розподіл тривожно-фобічних розладів по діагнозах у хворих на БА, ВХ, АГ

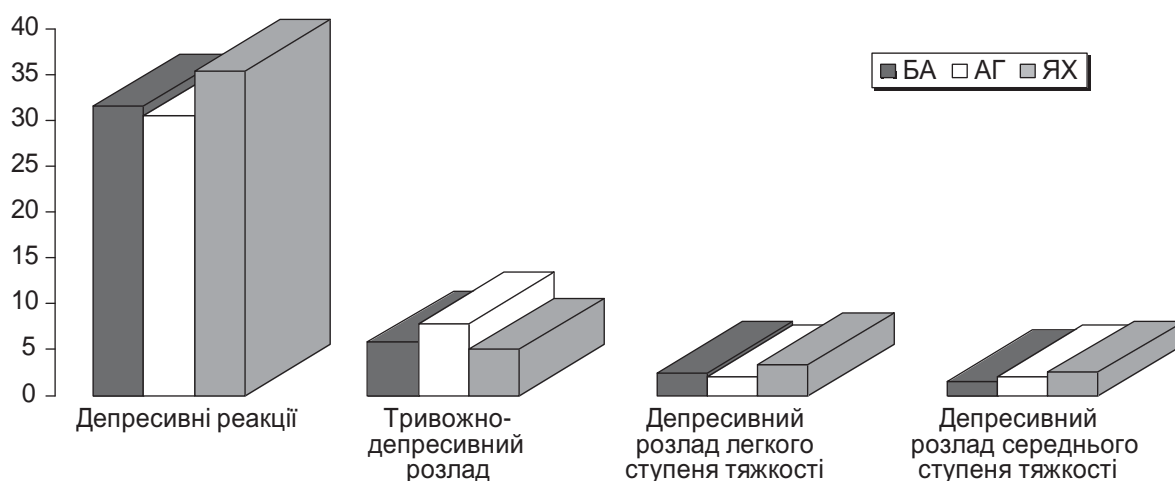


Рис. 3

Розподіл депресивних розладів по діагнозах у хворих на БА, ВХ, АГ

Висновки.

Шляхи оптимізації діагностики й лікування хворих із психосоматичними розладами полягають у ранньому втручанні на етапі функціональних психосоматичних порушень; діагностиці «субсиндромальних» й «донозологічних» проявів депресії й тривоги, діагностиці чинників, етіопатогенетично значущих у розвитку психосоматичних захворювань та емоційних розладів та їх корекції.

В $38\% \pm 3,1\%$ встановлено діагноз психічного розладу відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10: невротичних, неврозоподібних, особистісних, органічних розладів. Серед виявлених непсихотичних психічних розладів питома вага невротичних і зв'язаних зі стресом розладів склала — $43,5\% \pm 3,4\%$ (продовжена депресивна реакція, розлад адаптації з

перевагою порушення інших емоцій, соматизований, іпохондричний, панічний і генералізований тривожний розлад), афективних — $24,1\% \pm 3,5\%$ (депресивний епізод легкого та середнього ступеня тяжкості, рекуррентний депресивний розлад), особистісних — $19,7\% \pm 2,6\%$ (переважно залежний, дисоціативний, іпохондричний розлади особистості), органічних — $12,7\% \pm 2,1\%$ (органічний астеничний, тривожний, депресивний) розладів. Як показали отримані результати, у пацієнтів молодого віку із психосоматичними захворюваннями значно переважають функціонально-динамічні психічні розлади невротичного регістру над органічними неврозоподібними розладами.

В $59\% \pm 3,1\%$ від загального числа обстежених виявлені психопатологічні симптоми, які відповідали категорії F54 МКБ-10. Використання

діагнозу F54 «Психологічні й поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках» виправдане для пацієнтів без явно вираженого психічного розладу, що потребують медико-психологічної допомоги. Вона використовується для вказівки на емоційне походження фізичних розладів, класифікованих в інших розділах МКБ-10. Зазначені психічні порушення є легкими й самі по собі вони не виправдують використання якої-небудь із інших діагностичних категорій, однак часто були пролонгованими й передували загостренню соматичного захворювання, а

в сполученні з особистісною предрисункцією були додатковим чинником ризику розвитку емоційних розладів.

У хворих із бронхіальною астмою й артеріальною гіпертензією переважають тривожні розлади ($27,7\% \pm 3,2\%$ й $26,1\% \pm 3,2\%$ відповідно), а у хворих з виразковою хворобою — депресивні ($46,3\% \pm 2,3\%$). Достовірні розходження виявлені по частоті генералізованого тривожного розладу в пацієнтів з АГ ($3,7\% \pm 3,2\%$, $p < 0,01$), агорафобії в пацієнтів з БА ($3,8\% \pm 3,2\%$, $p < 0,01$), депресивних реакцій у пацієнтів з ВХ ($35,4\% \pm 2,9\%$, $p < 0,01$).

Література

1. 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). — С.15–18.
2. Кришталь В. В. Психосоматическая патология : генез и подходы к коррекции / В.В. Кришталь // Междунар. мед. журн. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 37–40.
3. 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.
4. Гавенко В.Л., Коростий В.И. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями./ Экспериментальна і клінічна медицина. — Харків: ХДМУ, 2007. — №3. — С122-124.
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. 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.
7. 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. Андрущенко, Д. А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — № 1. — С. 35. — Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/psychiatry/article/17772/>
8. Jessop D.C., Rutter D.R., Sharma D., Albery L.P. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm. Br.J.Psychol. 2004, 95(Pt2): 127-47.
9. Alexithymia and Somatization in General Population / A.K. Mattila, E. Kronholm, A. Jula [et al] // Psychosom. Med. — 2008. — V. 70. — P. 716-722.
10. Грановская Р.М. Психологическая защита / Р.М. Грановская. — СПб. : Речь, 2007. — 474 с.
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 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Клинико-психопатологическая и патоперсоналогическая характеристика нарушений эмоциогенеза и расстройств эмоциональной сферы при первитиновой наркомании



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 хімічної залежності (психостимуляторів). Відображено основні клініко-психопатологічні та патоперсоналогічні особливості осіб, в яких констатовано хімічну залежність. Представлені описи особливостей руйнації особистості при вживанні наркотичних речовин, відображені ознаки, що характерні для клінічної картини залежності. Зіставлено та проаналізовано отримані результати досліджень, в яких визначений зв'язок адикції з преморбідними особливостями особистості. Розглядається розроблений своєрідний паспорт емоційних порушень при зазначених видах хімічної залежності, який включає детальний виклад емоційних змін особистості та емоціогенезу.

Ключові слова: психопатологія, патоперсоналогія, емоціогенез, особистість, хімічна залежність, наркоманія, адикції.

Clinical-psychopathological and pathopersonological characteristics of disturbances of the emotiogenesis and emotional disorders of pepvitin narcomany

Andrukh 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 chemical dependency (psychostimulants). Reflects the main clinical-psychopathological and pathopersonological especially those who have ascertained the chemical dependency. Presented describing the features of the destruction of personality at the use of drugs, the signs reflect typical clinical picture of dependence. We compared and analyzed the results of studies that defined relationship addiction with premorbid personality characteristics. Submitted developed a kind of passport emotional disorders in these types of substance abuse, which includes a detailed description of the emotional changes and emotiogenesis of personality.

Key words: psychopathology, pathopersonology, emotiogenesis, identity, chemical dependency, drug addiction, addiction.

Распространенность наркоманий неуклонно возрастает, и в силу этого все более актуальным становится изучение некоторых «сферных» расстройств, прежде всего эмоциональных, поскольку среди мотиваций к употреблению психоактивных веществ *гедонистическая* мотивация играет ведущую роль уже в силу существования потребностного цикла с гедоническим компонентом. То же справедливо и в отношении *подражательной* мотивации (и, отчасти, в отношении мотивации *атарактической*), поскольку именно на представлении о переживании гедонического компонента строится в данном случае наркотическая инициация. Это обуславливает теснейшую связь и взаимодетерминацию гедонизма и наркотизма [1].

Выявление же ведущего этиопатогенетического звена подобного плана является необходимым для целей последующей психотерапии

и реабилитации [2–5], поскольку в настоящее время в терапии зависимостей именно мотивационным системам отводится ведущая роль [6].

Традиционная клиническая классификация нарушений эмоций и чувств, подразумевающая категории патологических *усиления* и *ослабления*, а также *нарушения подвижности* и *адекватности*, не отражает полноты изменений эмоциональной сферы при наркоманиях, поскольку касается лишь семиотико-клинического аспекта. Вне рассмотрения остаются два важнейших компонента, а именно — существование эйфории от приёма наркотического средства (принцип гедонизма) и формирование специфической эмоциональной дефицитарности (достигающей уровня патоперсоналогии), а также динамический аспект, выражающийся в формировании специфического модуса интро-низации эмоциональных переживаний.

Кроме того, в клинической классификации не учитывается медико-психологический аспект, а именно — нарушение функций эмоций: превалирование одних функций (переключающей, подкрепляющей, компенсаторной, побудительной, предвосхищающей, дезорганизующей) и ослабление, вплоть до элиминации, других (отражательно-оценочной, эвристической, синтетической, активирующе-мобилизационной, экспрессивной).

Каждому психоактивному веществу свойственна специфическая, особая структура эйфории, однако можно выделить и некоторые общие для всех них свойства. Эмоциональные переживания в состоянии наркотического опьянения в целом характеризуются, — за исключением наличия компонентов эмоциональной приятности и эмоционального подъёма, — следующими особенностями:

- неуправляемостью, произвольностью собственной психической деятельности;
- интрапсихической диссоциацией;
- протопатичностью (глубинностью, безотчётностью, необъяснимостью, невыразимостью);
- корреляцией с уровнем активности сознания.

Одной из наиболее тяжелых в плане ускоренной персонологической деградации и сопряжённых соматических расстройств является зависимость от психостимуляторов (особенно — первитиновая наркомания).

Целью настоящего исследования явилось выявление и анализ основных клинико-психопатологических и патоперсонологических характеристик нарушений эмоциогенеза, расстройств эмоциональной сферы и сопряжённой патологии у лиц с зависимостью от психостимуляторов.

Нами было обследовано 90 лиц, находящихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. А. И. Мещанинова с диагнозом: диффузный остеомиелит нижней челюсти, имевших в анамнезе употребление психостимуляторов (первитин, «винт») или продолжающих употреблять их по настоящее время.

Было установлено, что в результате употребления психостимуляторов формируются четыре сложно организованных и иерархически подчинённых вектора:

- 1) экзогенный (эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства);
- 2) семиотический (функциональные эмоциональные нарушения);
- 3) патоперсонологический (специфическая эмоциональная дефицитарность);

- 4) динамический (интронизация эмоциональных переживаний).

Результаты проведенных исследований показали, что эмоциональная сфера при зависимости от психостимуляторов характеризуется следующими показателями:

- полиморфностью структуры эйфории в сочетании с гиперкинезией и патологической продуктивностью;
- мгновенным формированием и исключительно сильной выраженностью онтогенетического гедонического компонента;
- очень высокой скоростью формирования дефицитарности эмоциональной сферы;
- очень высокой скоростью развития эмоциональных нарушений;
- наличием сопряжённости с иными «сферными» расстройствами, прежде всего волевыми;
- полиморфизмом и «рыхлостью» симптоматики;
- очень высокой скоростью формирования «гомеостатического плато»;
- резким снижением способности к эмпатии;
- отсутствием критики к собственному состоянию.

Для установления причин формирования и закрепления различных форм аддиктивного поведения важное значение имеет изучение личностных особенностей обследованных лиц с зависимостью от психостимуляторов.

Для проведения данного психодиагностического исследования нами была использована методика многостороннего исследования личности (MMPI). Важным достоинством методики многостороннего исследования личности является возможность построения усредненного профиля любой группы испытуемых, выделенной с использованием внешнего по отношению к методике критерия, методы вариационной статистики позволяют судить о принадлежности того или иного наблюдения к рассматриваемому ряду, о величине разброса и о достоверности различий между усредненными профилями выделенных групп. При построении усредненного профиля группы, репрезентативной для исследуемой совокупности, нивелирование индивидуальных тенденций, позволяет оценить личностные качества свойственные группе в целом. На основании полученных данных был построен усредненный профиль личности для группы обследованных. При построении усредненного профиля в качестве показателей по отдельным шкалам использовали средние значения для данной группы по отдельным шкалам в Т-баллах (табл. 1). Следующим этапом исследования с целью оценки выявленных тенденций, характерных

для данной группы, проводили интерпретацию полученного профиля.

Необходимо отметить, что при построении усредненных профилей учитывались только те данные, где показатели оценочных шкал (L-жи, F-достоверности, K-коррекции) находились в пределах нормативных значений, на основании которых мы судили о достоверности полученных результатов и адекватном отношении обследуемых к тестированию.

Результаты тестового обследования лиц с зависимостью от психостимуляторов позволили построить усредненный профиль личности (рис. 1), отражающий достоверно ($p < 0,05$) высокие значения показателей на шкалах F (достоверности), K (коррекции), 2 (депрессии), 4 (психопатии), 6 (аффективной ригидности), 0 (социальной интроверсии) и низкое значение показателя на 5 (мужественности) шкале.

Характеристика показателей профиля выявила внутреннюю напряженность, недовольство ситуацией, плохо организованную активность (шкала F); стремление отрицать имеющиеся жизненные затруднения и конфликты, неспособность адекватно представить, как их воспринимают окружающие (шкала K).

Характер профиля у обследованных данной группы свидетельствует о выраженности расстройств тревожного ряда. Тревога, являясь важным механизмом психического стресса, отражает нарушения психовегетативного равновесия и лежит в основе многих психопатологических проявлений. Эти расстройства проявляются во внутренней напряженности, неуверенности, сниженном настроении, пессимистической оценке будущего, ощущении неопределенной угрозы, тревожном ожидании (2-я шкала).

Неумение организовывать свое поведение в соответствии с принятыми общественными нормами, моральными и этическими ценностями, неспособность планировать будущие поступки и предвидеть их последствия приводит к тому, что их поведение становится плохо предсказуемым. Непосредственная реализация актуализированной потребности и неспособность прогнозирования своего поведения приводят к отсутствию тревоги и страха перед потенциальным наказанием. Межличностные контакты отличаются поверхностным и нестойким характером, чувство глубокой привязанности у них отсутствует. Склонность к асоциальным поступкам может проявляться в агрессивности, лживости, в асоциальных влечениях (алкоголизм, наркомании) (4-я шкала).

Несмотря на то, что проявления их агрессивных тенденций и враждебности может осуществляться косвенным путем, или касаться только ближайшего окружения, они в любом случае указывают на затруднения социальной адаптации и расстройства тревожного ряда (сочетание 2-й и 4-й шкал).

Они демонстрируют доминантный стиль поведения, склонность к соперничеству и самоутверждению, пренебрежение к мелочам, грубоватость, агрессивность, стремление к преодолению препятствий, что обычно ассоциируется с нарочито мужским стилем поведения. Они подчеркнуто демонстрируют силу и независимость при отсутствии уважения к общепринятым нормам (5-я шкала).

Подверженность длительно неугасающему, «застревающему аффекту» сочетается у них с тенденцией к самоутверждению, повышенной чувствительностью к различным несправедливостям, что порождает подозрительность,

Таблица 1

Общая характеристика клинических шкал (в Т-баллах)

Группа обследованных	Клинические шкалы												
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
зависимые от психостимуляторов (n =90)	55	65	72	38	71	56	74	32	75	50	45	41	72

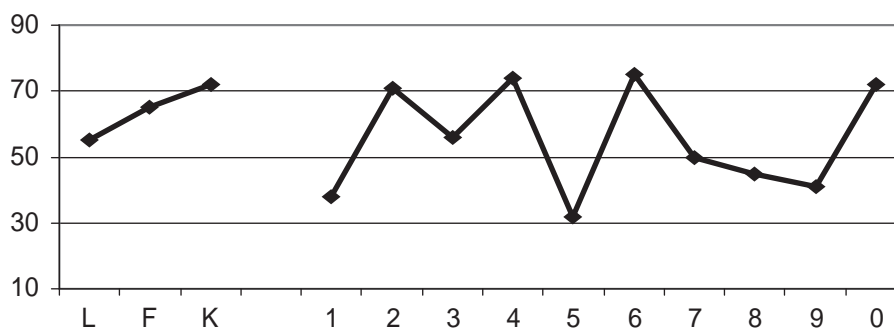


Рис. 1

Усредненный профиль личности лиц, зависимых от психостимуляторов

критическое, враждебное отношение к окружающим (6-я шкала).

Выявленная личностная дисгармоничность отражалась в одновременном существовании тревожных расстройств и ригидности аффекта, что приводило к ощущению разрыва межличностных связей и еще более усиливало тревогу и депрессивные реакции. Формирование ограничивающего поведения с целью избежать разочарования и ожидание враждебности со стороны окружающих существенно нарушало их социальную адаптацию (сочетание 2-й и 6-й шкал).

Пик профиля на 0-й шкале подчеркивает межличностные затруднения, которые обусловлены замкнутостью, необщительностью, конфликтностью обследованных лиц.

Таким образом, анализ результатов проведенного обследования лиц с зависимостью от психостимуляторов выявил нарушения социальной адаптации, которые были обусловлены замкнутостью, необщительностью, критическим, враждебным отношением к окружающим; неумением строить свое поведение в соответствии с принятыми общественными нормами. Склонность к асоциальным поступкам отражалась в агрессивности, лживости, в асоциальных влечениях. Аффективная ригидность приводила к подозрительности и внутренней напряженности. Доминантность, склонность к соперничеству и самоутверждению в сочетании с тревожностью, неуверенностью, пессимистической оценкой будущего свидетельствуют о явной дисгармоничности личностных проявлений.

Следующим этапом данного исследования было выявление тех особенностей личности, которые характерны для того или иного вида зависимости.

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что для всех лиц, зависимых от психостимуляторов, характерна незаинтересованность испытуемых представить себя в возможно более выгодном свете, продемонстрировав строгое соблюдение социальных норм (средние нормативные значения по шкале L).

У лиц с зависимостью от психостимуляторов отмечалось нарушение конформности, связанное со своеобразием восприятия и логики, внутренняя напряженность, недовольство ситуацией, затруднения в межличностных отношениях, склонность к неупорядоченному поведению с чувством протеста против принятых социальных норм (достоверно высокие значения на шкале F, $p < 0,05$).

Стремление отрицать имеющиеся жизненные затруднения и конфликты, неспособность адекватно представить, как их воспринимают

окружающие (шкала K) патогномонично для зависимых от психостимуляторов.

У зависимых от психостимуляторов отмечались высокие значения показателя на 2-й шкале ($p < 0,05$), что свидетельствует о тревоге, внутренней напряженности, сниженном настроении, пессимистической оценке будущего.

У лиц, зависимых от психостимуляторов, отмечались реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, неудовлетворенность жизнью, пренебрежение к принятым социальным нормам и моральным и этическим ценностям (достоверно высокие значения ($p < 0,05$) показателей 4-й шкалы).

Низкие значения на 5-й шкале ($p < 0,05$), свидетельствующие о доминантности, склонность к соперничеству и самоутверждению, агрессивности были патогномоничны для лиц с зависимостью от психостимуляторов.

Усредненный профиль личности характеризовался достоверно ($p < 0,05$) высокими значениями на 6-й шкале, что свидетельствует о том, что у лиц с зависимостью отмечается ригидность аффекта с построением трудно корригируемых установок или концепций, благодаря чему аффект представляется обоснованным и контролируемым, а поведение определенным. Интенсивная разработка концепции обеспечивает ощущение адекватности эмоций и позволяет сохранить приемлемое мнение о собственной личности. К окружающим относятся с подозрением, их действия воспринимают аффективно, как ущемляющие личность, что ведет к межличностным конфликтам.

Для лиц, зависимых от психостимуляторов, были характерны социальная интровертированность, затруднения при осуществлении межличностных контактов, необщительность (достоверно высокие значения ($p < 0,05$) показателя на 9-й шкале).

Усредненный профиль личности обследованных характеризовался средненормативными значениями на шкале L и достоверно ($p < 0,05$) высокими значениями на 6-й шкале, что свидетельствует об отсутствии желания представить себя в более выгодном свете перед исследователем и длительно неугасающих отрицательных эмоций с построением трудно корригируемых концепций и подозрительным враждебным отношением к окружающим.

У лиц, зависимых от психостимуляторов, отмечались высокие значения показателей на 2-й шкале, что свидетельствовало о тревожных расстройствах, внутреннем напряжении, сниженной самооценке, пессимистической оценке перспективы.

Усредненный профиль личности лиц, зависимых от психостимуляторов, отличался

($p < 0,05$) пиками на шкалах F, 4-й и 0-й, что говорило о нарушении конформности, внутренней напряженности, недовольстве ситуацией, затруднениях в межличностных отношениях; неумении организовывать свое поведение в соответствии с принятыми общественными нормами и неспособности предвидеть последствия своих действий; межличностных затруднениях, которые обусловлены замкнутостью, необщительностью, конфликтностью обследованных лиц.

Таким образом, анализ результатов проведенного обследования лиц с зависимостью от психостимуляторов выявил нарушения социальной адаптации, которые были обусловлены замкнутостью, необщительностью, критическим, враждебным отношением к окружающим; неумением строить свое поведение в соответствии с принятыми общественными нормами. Склонность к асоциальным поступкам отражалась в агрессивности, лживости, в асоциальных влечениях. Аффективная ригидность приводила к подозрительности и внутренней напряженности. Доминантность, склонность к соперничеству и самоутверждению в сочетании с тревожностью, неуверенностью, пессимистической оценкой будущего свидетельствуют о явной дисгармоничности личностных проявлений.

В рамках психодиагностических исследований у лиц с зависимостью от психостимуляторов нами также 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 психостимуляторов устойчивые личностные факторы, обуславливающие их поведение. Была предпринята попытка выявить характерные комбинации относительно независимых свойств для лиц с зависимостью от психостимуляторов и провести сравнительный анализ этих

комбинаций, которые являются «уязвимыми звеньями» патогенеза, а следовательно — мишенями психотерапевтических и реабилитационных воздействий.

Анализ показателей личностных характеристик лиц с зависимостью от психостимуляторов (приведен на рис. 2) 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 (C-), 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-).

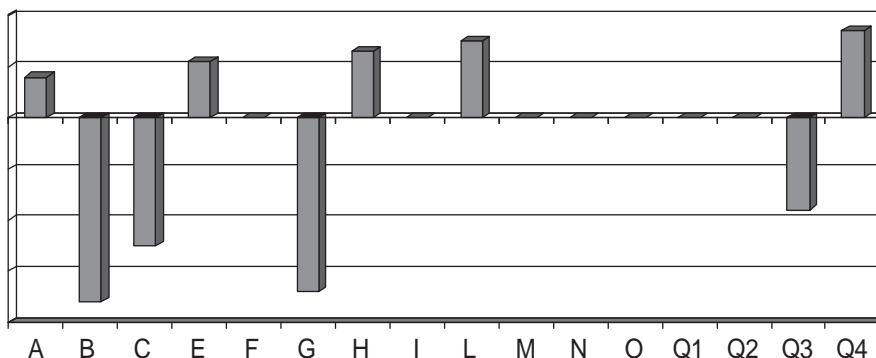


Рис. 2

Средние значения личностных факторов обследованных с зависимостью от психостимуляторов ($n = 90$)

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 справиться с жизненными трудностями, и у них отмечалось чувство усталости от жизни (С-).

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 нетерпеливостью (Q4+).

Высокое значение фактора Е, 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 А, 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 (В-), неуправляемость, импульсивность (Q3-), эмоциональная неуравновешенность и неумение контролировать свое поведение (С-), фрустрированность, напряженность (Q4+), 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 (H+).

На основании проведенных исследований был сформирован своеобразный **паспорт эмоциональных нарушений** при наркомании, отражающий нарушения процессов и стадий эмоциогенеза.

К первой группе была отнесена позиция *структура эйфории*, которая расценивается в качестве «чистой» экзогении.

Ко второй группе были отнесены позиции *характер симптоматики, скорость развития эмоциональных нарушений и сопряженность с иными «сферными» расстройствами*.

К третьей группе были отнесены позиции *наличие и скорость формирования дефицитарности эмоциональной сферы, скорость формирования «гомеостатического плато», способность к эмпатии и наличие критики к собственному состоянию*.

К четвертой группе была отнесена позиция *онтогенетический гедонический компонент* (под которым понимаются запоминание и значимость позитивного эмоционального переживания, опыта).

Было установлено, что особенности эмоциогенеза у лиц с зависимостью от психостимуляторов характеризуются нарушениями основных процессов и стадий эмоциогенеза.

Література

1. Колесов Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма / Д. В. Колесов. — Москва: Педагогика, 1991. — 312 с.
2. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с.
3. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.
4. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз: Навч. посіб. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.
5. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: Учеб. пособ. / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — 304 с.
6. 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.

УДК 616.89–008.441.33–085:612.822

Діагностика депресивних розладів у наркозалежних



Карачевський А. Б.

Карачевський А. Б.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

Резюме. Обзорная и полемическая статья о редкости постановки диагнозов депрессивных расстройств у наркозависимых. Приводятся рекомендации по их диагностике, а также случай из практики.

Ключевые слова: наркозависимость, депрессия, коморбидность, двойное расстройство.

Diagnosis of depressive disorders in drug addicts

Karachevskyy A.B.

National medical university named after acad. A.A.Bogomolets, Ukraine, Kyiv

Resume. Review and polemical article on the rarity of a diagnosis of depressive disorders in drug addicts. Provides guidelines for their diagnosis, as well as case studies.

Key words: dependence, drug addiction, depression, comorbidity, dual disorder.

Велика розповсюдженість немедичного вживання психоактивних речовин (ПАР) та залежності від них, невпинне зростання кількості хворих на ці форми патології, виникнення не тільки психічних, але й різноманітних соматичних та неврологічних порушень при зловживанні наркотиками та іншими ПАР, великі економічні й моральні збитки при зловживанні наркотиками та іншими ПАР, роблять цю проблему однією з найважливіших. За даними міжнародних експертів кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в Україні складає близько 290 тисяч осіб, близько 90% яких страждає залежністю від опіоїдів [14].

Останнім часом все частіше виявляють поєднання зловживання ПАР з різноманітними психічними розладами [9]. Серед наркозалежних близько 60% страждає на психопатологію [8, 9, 10, 13, 16]. Психіатрична допомога була визначена R.D.Bruce та F.L. Altice (2007), одним з основних чотирьох компонентів комплексних медичних послуг для СІН/ВІЛ, разом з АРТ терапією, лікуванням наркозалежності та лікуванням туберкульозу [7].

Психіатричні проблеми у наркозалежних, як правило, непсихотичні, але стійкі у вигляді депресивних епізодів, циклотимії, невротичних розладів, психоорганічного синдрому, розладів особистості тощо [7]. Дуже часто ці розлади маскуються наркозалежністю або співіснують із нею і тому психічне захворювання може бути адекватно розпізнано та діагностовано тільки після того, як пацієнт припинить споживання наркотиків, або в процесі тривалої замісної терапії, коли фізичний стан пацієнта стабілізується. Тому в процесі лікування наркозалежності треба мати можливість своєчасно провести психіатричне обстеження та доповнити лікування залежності ще й терапією психічного розладу [20].

Для позначення поєднання психопатології із зловживанням ПАР або залежністю від них користуються різними назвами. На наш погляд доцільніше користуватися терміном «подвійний розлад» — це один з термінів, що використовується відносно людей із співіснуючими порушеннями здоров'я — психічним розладом і залежністю від психоактивних речовин [6].

Стан таких пацієнтів оцінюють за наступними чинниками:

- тяжкість зловживання ПАР або залежності;
- ступінь порушень психіки;
- кількість і характер їх психосоціальних проблем;
- доступність соціальної підтримки;
- рівень мотивації щодо одужання;
- ресурси особистості.

Вирізняють такі взаємовідносини між зловживанням ПАР і психопатологічними симптомами:

- Зловживання ПАР може спричиняти розлади здоров'я, які є схожі на симптоми психічних розладів.
- Зловживання ПАР може провокувати дебют або рецидив психічного захворювання.
- Зловживання ПАР може маскувати психопатологію.
- Стан відміни ПАР може спричиняти симптоми, які є схожими на психічні розлади.
- Психічні розлади і розлади внаслідок вживання ПАР можуть співіснувати незалежно одне від одного.

Поведінка хворих на психічні розлади може імітувати деякі симптоми зловживання ПАР. Частота вживання наркотиків серед психічних хворих вища, ніж в середньому в населенні. У хворих з вперше діагностованим психічним розладом зловживання ПАР були виявлені в

30% випадків, а психічні розлади у осіб з діагностованою наркотичною залежністю — в 50% випадків [1]. Під впливом психоактивних речовин у більшості хворих на шизофренію відбувається загострення психопатологічних симптомів (хоча у невеликої частини хворих спостерігається тимчасова редукція розладів психіки) [15]. Проведені нами дослідження (1998, 2001), дозволяють стверджувати про патопластичний вплив наркотизації на дебют, маніфестацію й перебіг шизофренії: вживання наркотиків у хворих на початку захворювання досить часто є засобом пом'якшити прояви основного захворювання; тривала наркотизація призводить до зриву ендореактивності в хворих на шизофренію, провокує маніфестацію захворювання, загострює та урізноманічує продуктивну симптоматику [2, 3].

У деяких пацієнтів зловживання ПАР є первинною проблемою, а психіатричні симптоми є вторинними. Але якщо такі симптоми, як виражена депресія або тривога зберігаються тривалий час і при цьому не діагностуються і не стають об'єктом терапії, то високо вірогідними є рецидиви зловживання ПАР. Таким же чином у випадках, коли основним захворюванням є психіатричний розлад, зловживання ПАР продовжуватиме створювати безліч проблем, якщо не стане саме по собі об'єктом терапевтичних втручань [1].

Всі ці погляди на взаємозв'язок залежності від ПАР та психічних розладів мають не тільки академічну цікавість. Так О.І.Мінко зі співавторами [5] стверджують наступне: якщо вважати афективні розлади та синдром залежності від ПАР коморбідними розладами, то для успішного лікування потрібно виявити їх хронологічну послідовність з виділенням «первинного» та «вторинного» розладу. Так, коли залежність формується на фоні тривалого депресивного стану, то в першу чергу потрібно лікувати афективний розлад. Таким чином передбачається, що у випадку успіху лікування депресії залежність зникне сама по собі. Якщо ж поєднувані афективний розлад та залежність від ПАР з патогенетичної точки зору єдині, то хронологічне диференціювання не має сенсу.

Найбільш розповсюдженими психіатричними діагнозами у пацієнтів з наркологічними розладами є тривожні та депресивні розлади [10, 13, 16]. Серед депресивних розладів значна частка тяжкої депресії [19]. Афективні розлади більш характерні для споживачів стимуляторів і героїну у порівнянні зі споживачами інших наркотиків.

Досвід клінічного спостереження за пацієнтами з подвійними розладами показав, що депресивні порушення у цих пацієнтів проявляються найчастіше у вигляді депресивних

епізодів, рекурентного депресивного розладу, дистимії, а також змішаного депресивного та тривожного розладу.

Під час збору наркологічного анамнезу та скринінгу психопатологічної симптоматики пацієнти, які зловживають ПАР, можуть як перебільшувати, так і зменшувати вираженість психопатологічних симптомів. Наприклад, пацієнти з проявами депресії на момент огляду можуть хибно сприймати свій досвід психічного розладу у минулому і ненавмисне перебільшувати інтенсивність і частоту депресивних епізодів у минулому. І навпаки, пацієнти з тяжкою депресією можуть недооцінювати ступінь депресивної симптоматики, тому що вони вважають, що такий має бути нормальний стан. Деякі пацієнти вірять у те, що вони заслуговують такого настрою, і не визнають, що депресія є аномальним станом. Тому важливо продовжувати процес оцінки стану пацієнта і після нормалізації його фізичного стану.

Здавалося, для чого в котрий вже раз звертатися до теми коморбідності психічних та адиктивних розладів? Діагностування в Україні депресивних і тривожних розладів серед людей, які зловживають ПАР лікарями-наркологами та лікарями-психіатрами, на наш погляд, занижено. Одна з причин низької розповсюдженості подвійних діагнозів у пацієнтів, які зловживають ПАР, полягає не тільки в стигматизації цих хворих, та у тому, що МКХ-10 не так прискіплива як DSM-IVR, але й у тому, що більшість лікарів намагаються не ускладнювати собі роботу. Наслідком стає той факт, що незважаючи на те, що пацієнти тривалий час мають депресивні прояви, тільки невелика частка з них має діагноз депресивного розладу, як супутнього та, відповідно, не отримують своєчасну допомогу. Як показує практика, до сих пір нерідко зустрічаються випадки «відфутболовання» таких пацієнтів як лікарями психіатрами, так і лікарями наркологами.

В якості ілюстрації — нещодавній випадок: Хворий Валентин Ж., 29 років, знаходився другий тиждень в реабілітаційному центрі, порізав ножицями шкіру локтевого згину. Співробітникам центру, які вчасно помітили кров, що просякала ковдру, пояснив свій вчинок «безцільністю свого життя» та тим, що його «все рівно заарештують та посадять». Рана була оброблена, пацієнт отримав за призначенням лікаря 4 мг клопиксолу. Зранку я був запрошений на консультацію, під час якої з'ясувалося, що пацієнт з 23 років зловживає амфетамінами, останні 2 місяці ПАР не вживав через «появу постійного переслідування його міліцією». Мотиви переслідування пояснював паралогічно. В психічному статусі були прояви символічного мислення («якщо за мною

їздить чорний Мерседес — це добре, а якщо біла Волга — капець»), зісковзування думок, пригніченого настрою, ідей самозвинувачення та самоприниження. Повідомив, що 2 роки тому подібний стан вже був, просидів три місяці вдома нікуди не виходячи. З діагнозами: «F 23.3 Гострий маячний психічний розлад.» та «F 15.21. Психічні та поведінкові розлади в результаті вживання стимуляторів. Синдром залежності. На даний період утримання» був направлений в супроводі батьків на госпіталізацію в Київську міську клінічну психіатричну лікарню №1. В приймальному відділенні хворому відмовили в госпіталізації, мотивуючи тим, що він не погоджується на лікування, та порекомендувавши звернутися до нарколога київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія». Лікар при цьому, не дивлячись на свій невеличкий досвід роботи, «передбачливо» не записала це звернення у журнал відмов!

Цим випадком хочеться проілюструвати не помилку починаючого лікаря, яка не госпіталізувала пацієнта з ризиком суїциду та необхідністю дифдіагностики з шизофренією, а досить розповсюджену тенденцію психіатричної практики.

Але й в наркологічній практиці тенденції не кращі. Розповідаючи лікарям-наркологам на предатестаційних циклах, циклах тематичного удосконалення та тренінгах про «подвійні розлади, їх діагностику та лікування», я неодноразово проводив анонімне анкетування лікарів (всього 96 анкет) з приводу частоти в їх практиці коморбідних розладів, та допомоги, яку вони їм надавали. За результатами анкетування: легкий депресивний епізод (F32.0) вони **могли б** діагностувати у 47,9% наркозалежних, а помірний депресивний епізод (F32.1) — у 4,5%. При цьому 6,8% пацієнтам призначали антидепресант (найчастіше амітриптилін, що з деяких пір стане більш складним, але це окрема тема для розмови), 9,2% направляли на психотерапію до психолога (або соціального працівника), 4,7% самостійно проводили психотерапію (частіше раціональну). Другий діагноз записували в картку амбулаторного хворого у **3,9% випадків!**

Важливість діагностики депресивних розладів у наркозалежних складно переоцінити. У хворих з подвійним діагнозом більш високий процент смертності, менша вірогідність успіху лікування, більша частота рецидивів, вони менш схильні до комплаєнсу, та в них збільшений ризик суїциду. Для того, щоб лікування такого хворого було успішним обидва розлади повинні бути діагностовані та з обох потрібно своєчасно призначити адекватну терапію [1].

Рекомендації:

Якщо пацієнт звернувся в зв'язку зі зниженим настроєм, потрібно оцінити чи виглядає

пацієнт сумним, сльозливим, загальмованим чи неспокійним. Запитайте у пацієнта:

«Протягом останніх 2-х тижнів, чи турбувало Вас:

- Проблеми із засинанням чи часті пробудження, або занадто тривалий сон?
- Відчуття втоми чи занепаду сил?
- Знижений апетит чи переїдання?
- Невдоволення собою, чи відчуття себе невдахою, який підвів себе чи власну сім'ю?
- Труднощі з концентрацією під час приготування їжі, читання чи перегляду телепередач?
- Повільність рухів і мовлення настільки, що їх могли помітити інші? Або навпаки, метушливість і тривога, виражені настільки, що доводиться рухатися набагато більше від звичайного?
- Думки про те, що Вам краще було б померти або спричинити собі якимось чином ушкодження?»

З'ясуйте супутні скарги на:

- запаморочення;
- сильне серцебиття;
- фізичний біль;
- сексуальну дисфункцію;
- тривожність;
- соматичні розлади, що потребують лікування.

Оцініть ризик суїциду.

Для скрінінгу може допомогти проведення тестування пацієнтів опитувальником Zung та визначення важкості депресії за допомогою шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale).

Якщо у пацієнта протягом двотижневого періоду відзначалися :

- майже постійно депресивний настрій;
- помітне зниження або відсутність інтересу чи почуття задоволення займатися звичайною діяльністю.

Понад те, якщо у пацієнта відзначаються 3 (якщо наявні 2 вищезгадані) чи 4 або більше з таких ознак:

- зниження або підвищення ваги тіла;
- постійно спить занадто багато або занадто мало;
- виглядає збудженим або загальмованим;
- істотне зниження енергійності;
- відчуття власної непотрібності чи провини;
- постійні проблеми з мисленням чи концентрацією уваги, або нерішучістю;
- думки про смерть чи самогубство, що повторюються, чи спроба самогубства, або його планування.

Потрібно класифікувати депресивний розлад, згідно МКХ-10 [4], та, відповідно діагнозу, його лікувати.

Література

1. Джекобсон Дж.Л. Секреты психиатрии. Пер. с англ.; под общ. Ред. Акад. РАМН П.И.Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — с. 152-175.
2. Карачевський А.Б. Вплив преморбідних особливостей хворих на перебіг опійного абстинентного синдрому // Український вісник психоневрології. Т. 6. Вип. 3(18). - Харків, 1998. - С.95-96.
3. Карачевський А.Б., Бенесько О.І., ДуPLENKO П.Ю. Патопластичний вплив алкоголізації та наркотизації на перебіг шизофренії // Архів психіатрії. 2001. № 4 (27). — С. 141-144 .
4. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер / Пер. С англ.. Д.Полтавца — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
5. Минко А. И., Линский И. В., Суслова Л. В., Маркозова Л. М., Самойлова Е. С., Бараненко А. В. Современные взгляды на лечение аффективных расстройств в клинике зависимости от психоактивных веществ (обзор) // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 96–99.
6. Banerjee, S., Clancy, C. & Crome, I. B. (eds) Co-existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse (Dual Diagnosis): An Information Manual (2nd edn). London: College Research Unit and Royal College of Psychiatrists. 2002.
7. Bruce, R.D., Altice, F.L. Clinical Care of the HIV-Infected Drug User. *Infectious Disease Clinics of North America*, 2007, 21(1). 149-179.
8. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677-685, 2005.
9. Crome I., Myton T. Pharmacotherapy in dual diagnosis. *Advances in Psychiatric Treatment The Western Journal of Medicine* 2004. - 152(5): 547-55 10: 413-424.
10. Hasin D., Samet S., Nunes E. et al. Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 163:689-696, April 2006. - doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.689
11. Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press. 1990
12. Katherine E. Watkins, Susan M. Paddock, et al. Improving Care for Depression in Patients With Comorbid Substance Misuse *Am J Psychiatry* 163:125-132, January 2006, doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.125
13. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-737, 2004.
14. National estimate of HIV/AIDS situation in Ukraine as of beginning of 2009. Date of report September 2009. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Kyiv. 2001.
15. Negrete JC. Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 48(1):14-21, 2003.
16. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance abuse disorders: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives* 3(1):13-24, 2005.
17. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug misuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA*, 1990. - 264, 2511–2518.
18. Tagliamonte A, Maremmani I. The Problem of Drug Dependence. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 2001; 3(2):7-20.
19. Volkow ND. The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 56(10):714-717, 2004.
20. Wilson M., Compton I., Linda B. et al. The Role of Psychiatric Disorders in Predicting Drug Dependence Treatment Outcomes *Am J Psychiatry* 160: May 2003, 890-895.

УДК: 616.89-008.441.13-08

Дослідження чинників, що впливають на стійкість алкогольної ремісії



Возний Д. В.

Возний Д. В.

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме. Проведено аналіз історій хвороб алкоголь-залежних пацієнтів, що поступали до відділення залежних станів у зв'язку зі «зривом» ремісії після проведеного лікування, також враховано дані отримані зі співбесіди з хворим та його родиною. Створено перелік основних чинників, які призводили до «зриву» ремісії, їх систематизації за групами та потужністю впливу.

Ключові слова: психологічні чинники, алкогольна залежність, «зрив» ремісії.

Research of factors of influencing on firmness alcoholic remission

Vozniy D.V.

The Odessa regional clinic of psychiatry № 1

Resume. The analysis of histories of illnesses of alcohol-dependent patients which entered separation of the dependent states in connection with «blowing» off remission after the conducted treatment is conducted, information is taken into account got at interview with a patient and his family. The list of basic factors which resulted in «blowing» off remission, their systemation, is created, on groups and force of influence.

Key words: psychological factors, alcoholic dependence, «blowing» off remission.

Алкоголізм та лікування алкоголізму це вельми актуальні проблеми сучасного суспільства, свідомство тому численна кількість приватних лікувально-реабілітаційних центрів, що було відкрито за останній час по різних регіонах України, Росії, Польщі, Німеччини та інших країн [1, 2]. Крім цього ведеться постійна боротьба та профілактика алкоголізму на державному рівні, проте і цих зусиль недостатньо [1, 3]. Все ж, не дивлячись на велику кількість нових лікувальних центрів та кабінетів довіри, слід розуміти, що лише висококваліфіковані фахівці та адекватні сучасні лікувально-профілактичні і реабілітаційні програми зможуть допомогти вирішити згадані труднощі [2-4].

Алкоголізм хоч і є хворобою однієї людини, але це біда для сім'ї та проблема всього суспільства [2, 5]. Слід зазначити, що лікування алкоголізму — це не єдине завдання, перш за все, важливе повернення людини до повноцінного життя, його інтересу до нього, відродження особистості хворого [5, 6]. Профілактика алкоголізму також важлива, як власне й боротьба з алкоголізмом, тому своєчасна допомога кваліфікованих фахівців в цій ситуації дуже необхідна, перш ніж підступитися до вибору методу лікування алкоголізму, поважно зрозуміти, що вогнище алкогольної залежності знаходиться у свідомості залежного й повноцінне лікування повинне обов'язково торкнутися саме свідомості хворого алкоголізмом [7].

Не дивлячись на всю підступність алкоголізму, тверезі думки гарантують тверезу поведінку у майбутньому [2, 6].

Для практикуючих наркологів забезпечення ремісії, запобігання рецидиву є тим, що очолює їх у роботі [8]. Проте відсутність чіткого розуміння цього явища, повна неузгодженість у формулюванні понять і не завжди умілі спроби пояснення вже існуючих фактів приводять до неадекватного лікування [2, 4]. Питання про ремісії стосується лише алкогольних захворювань, а не тих, що звично зловживають та можуть відмовитися від вживання спиртного на якийсь термін, і навіть — на все життя [4-6]. У хворих алкоголізмом може бути лише терапевтична ремісія або тимчасово вимушена із-за зовнішніх обставин стриманість [4, 5]. Це пов'язано з тим, що в хронічних алкоголік у вільних умовах відсутній самостійний контроль, вольові зусилля або усвідомлені дії в цьому напрямі, а їх потреба в алкоголі, мається на увазі первинний та вторинний потяг, окрім природного хвилеподібного процесу, безпосередньо пов'язана детермінована із зовнішніми і внутрішніми чинниками [4]. Тому практично «світлих» проміжків часу в алкоголь-залежних не буває, у цих хворих є лише перерви в пияцтві, й такі поняття, як ремісія та рецидив, значимі лише для пацієнтів з алкогольною аддикцією [3, 6, 8]. Поняття «зрив» характерний для всіх п'ючих груп населення, що намагаються боротися з алкоголізацією [4].

Період лікування хворих алкогольною залежністю, як правило не включають у термін ремісії, початок ремісії зазвичай наголошується при виявленні регресу симптомів хворобливого процесу, коли поступово знижується дратівливість, вирівнюється нестійкий або знижений настрій депресивних відтінків, й потяг, що періодично з'являється, до спиртного все успішніше пригнічується власними зусиллями [4, 7, 9]. Періодично виникаючий синдром псевдоабстинента (пітливість, тахікардія, тремор, порушення сну, астенія субдепресія) з кожним разом все більше втрачає свою гостроту [4, 9]. Ремісія вважається досить стійкою, якщо епізодичні (однократні) прийоми алкоголю відразу не викликають загострення потягу до алкоголю і надалі — рецидиву [1, 3, 7].

За багатьма авторами основними чинниками зривів та рецидивів у алкоголь залежних осіб є різні психогенії та псевдоабстинентні стани [3-5, 8, 10]. «Псевдо» означає те, що в основі цих абстинентних явищ полягає не потяг до алкоголю, а прагнення хворого змінити свій психічний стан або вплив укорінених алкогольних традицій та стереотипів [4-6, 9]. Також вважається, що родинні психічні травми продовжують лідирувати у списку цих причин, але на практиці більшість пацієнтів схильні перебільшувати вплив зовнішніх чинників у відновленні зловживання [3, 4]. І якщо первинний потяг хворий ще може подавити власною волею та розумом всупереч середовому впливу, то приєднання вторинного потягу робить неусвідомлений потяг некерованим для нього [8]. Коли виявиться, що до справжнього моменту рецидиви хвороби у пацієнта виникають чисто ендогенно, то подібні стани служать прямим протипоказанням для «призначення» тривалих ремісії, тим більше для подальшого «нормованого» вживання алкоголю, у таких випадках потрібне триваліше і ретельно контрольоване лікування [5, 7].

Найчастіше передвісником, що наближає рецидив або що вже маніфестує його психічний початок, є депресивний емоційний фон ремісцента [10]. Депресивні розлади можуть виявлятися не стільки в емоційному вигляді, скільки у вигляді різних психопатологічних розладів [5, 8]. Одночасно у вигляді компенсаторної реакції подібна депресія виявляється в гарячковій професійній діяльності, непосидючості, балакучості та навіть у штучно підвищеному настрої [3]. Відомо, що повторні та часті рецидиви як би полегшують шлях, створюють «тропізм» для подальших рецидивів, що різко обважнює

картину алкогольного захворювання та ускладнює лікування [4, 5].

Дослідники визначають ремісію при алкогольній залежності, як динамічний стан, на всіх етапах перебігу якого найважливішою ознакою є міра ризику рецидиву, залежна як від клінічних характеристик хвороби, так і від особових та соціально-психологічних чинників, виділяють етапи формування ремісії, а також їх клінічні варіанти [2-4, 7, 9]. Ця точка зору розділяється більшістю авторів, що також розглядають ремісію як особливі динамічні стани [3-5, 7, 8, 10, 12].

Рецидиви алкоголізму можна підрозділити на ранні, виникаючі на тлі гострих або затяжних явищ абстиненції, та пізні, такі, що розвиваються після періоду тривалої стриманості, у одиничних випадках «зриви» з відновленням вживання невеликих доз алкоголю не відразу викликають появу патологічного потягу та розладів абстиненції. Як правило ж, прийом навіть малої кількості спиртного, незалежно від термінів стриманості, негайно веде до рецидиву патологічних форм потягу до алкоголю зі всіма витікаючими звідси наслідками. Це показує, що в осіб, страждаючих алкоголізмом, зберігається «готовність» до такого роду патологічних реакцій, що підтверджується і даними про рецидиви «втрати контролю» при перентеральному введенні етилового спирту.

Нами у наркологічному відділенні Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1, проведено архівний аналіз більш однієї тисячі історій хвороб, тих пацієнтів, що звернулися по допомогу повторно та огляд поступаючих у відділення (216 осіб) на протязі 2009-2011 років і співбесіду з їх родичами. Метою проведеної роботи було виявлення чинників «зриву» ремісії, що відбувалася, частіше вже неодноразово у всіх нами обстежених.

Результатами було з'ясування характеру чинників, сприяючих рецидивам алкоголізму. Найбільш багаточисельною виявилася група хворих, в яких «зрив» носив випадковий характер, 72,69 % всіх випадків (157 хворих), серед них виділені наступні основні чинники такого рецидиву, це випадкове вживання алкоголю: свята, родинні торжества, запрошення в гості та тому подібне 96 хворих з 157 (61,15 % випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині 39 хворих (24,84 % випадків); вживання спиртних напоїв у результаті прагнення перевірити ефективність лікування 17 пацієнтів (10,83 % випадків) та інші п'ять залежних

виявили інші домінуючі чинники (3,18 %). Як ми бачимо, особливо часто, зриви відбуваються під впливом «спокуси» з боку старої компанії або різних родинних та службових неприємностей, що викликають в хворого потребу спожити звичний «транквілізуючий» засіб. Надзвичайно великого значення, безперечно, мають закріплені умовно-рефлекторні механізми, на які вказує поява прагнення до випивки перед їжею, у дні здобуття заробітної плати та тому подібні роками сформовані стереотипи. Також причиною рецидиву може бути «психологічний потяг», що виникає одночасно з розладами настрою, «напругою», відчуттям дискомфорту й крайнім варіантом цього є класичні форми дипсоманії. Близьким до подібних механізмів рецидиву є симптоматика псевдоабстиненції або «повторна абстиненція». До чинників, сприяючих рецидивам, відносяться екзогенні впливи, наприклад травми та інфекції, особлива реактивність організму залежного, психопатологічні особливості, короткочасність терапії, що виявляється недостатньою. Потребує ретельного вивчення місто клінічних особливостей алкоголізму, його стадій, негативний вплив психопатизації та деградації хворої особи.

Важливе значення характеру та тривалості протиакогальної терапії впливає з власної практики і з даних, що приведено вище. Якщо оцінювати чинники рецидивів алкоголізму, які нами було отримано з записів у проаналізованих історій хвороб, то безпосередні причини «зривів», незалежно від характеру та тривалості передуючого лікування, розподіляються наступним чином: на першому місці знаходиться вплив «компанії» на який вказують 39,3 % респондентів, потім слідують різноманітні психогенні моменти, це 26,4 % випадків, виникнення «психологічного потягу» (у тому числі «псевдоабстиненції»), 15,8 % випадків, інші чинники — 12,9 % випадків та не змогли вказати причину — 5,6 % обстежених.

При умовному розподілі проаналізованих даних на ремісії, що були до трьох місяців, шість та більше місяців, один рік та більше, то отримані угруповання даних виглядають таким чином: при зриві ремісії до трьох місяців питома вага чинника впливу «компанії» складала 47,8 % та була вище за показник цього чинника в групі з ремісіями понад шість місяців, де він склав 38,6 %, та понад рік цей показник склав лише 31,4 % випадків. Тому можливо зробити висновок, що позбавлення від алкоголізму складніше, якщо довкола люди й атмосфера, ніяк не сприяють одужанню. У групі з короткими

ремісіями більшою, ніж в інших, виявилася частота випадків рецидиву «психологічної залежності» (відповідно 26,7 % та 14,9 % і 11,2 % відповідно). В той же час, при порівняно хороших ремісіях більшого значення набував чинник негативних психогенних впливів; він зустрічався в 34,1 % випадків у групі з ремісіями понад рік, частіше ніж у першій групі 21,5 % випадків та другий 24,6 %.

Важливою є також роль преморбиду, змін особі та клінічних особливостей алкоголізму. У низки робіт вказується, що ефективність лікування залежить від певних характерологічних особливостей, від наявності або відсутності психопатичних рис та проявів деградації хворого [5, 7, 10, 11], але ці дані є декілька противоречиві, хтось з авторів [7] вказує що в групі з явищами деградації рецидиви відбувалися ще у час лікування, тоді як за відсутності деградації ранній рецидив мав місце лише в окремих випадках та більшість хворих стримувалися понад два роки. Проте інші [5], наводячи катamnестичні дані, наголошують, що добрі терапевтичні результати були досягнуті, не дивлячись на те, що більш половини хворих страждали психопатіями та іншими психічними відхиленнями. Тому у нашому дослідженні, проведеному для вивчення цього питання, було відмічено деякі відмінності у термінах ремісії в осіб з різними характерологічними особливостями, але середні терміни алкогольних ремісій виявилися приблизно однаковими. Особи з переважанням меж подчиняємості та «слабовілля», нестійкості, невірноваженості та дратівливості декілька частіше давали ранні рецидиви. Проте відмінності між частотою задовільних та незадовільних ремісій — залежно від цих характерологічних особливостей виявилися позбавленими статистичної значущості. Виключенням виявилися випадки, позначені умовно, як особи, що «погано пристосовуються» до важкої ситуації та виявляються нестійкими відносно зовнішніх впливів («стресів») — психогенних та інше. Підвищення питомої ваги цього контингенту у групі з ранніми рецидивами виявилось значимим, що відповідає і нашому клінічному досвіду.

У хворих з ранніми рецидивами випадків психопатій та неврозів виявилось дещо більше, ніж у групі з добрішими результатами лікування, тобто більш тривалими ремісіями, але і тут відмінності не були достатньо значимими. Недостовірним виявилось і деяке підвищення серед хворих з ранніми рецидивами питомої ваги патологічного розвитку особи, що

стосується алкогольної деградації, то відносно цієї ознаки спостерігалось навіть відоме наростання його питомої ваги в групі із задовільними результатами лікування, але важливо враховувати, що й при успішному лікуванні хронічного алкоголізму алкогольна деградація також можлива. Не було виявлено зв'язків між стабільністю терапевтичних ремісії та клінічними особливостями алкоголізму: наявністю і тягарем таких алкогольних симптомів як синдром абстиненції, інтолерантність до алкоголю, амнестична та змінена форми сп'яніння, тип і система пияцтва. Незначним виявився вплив органічного ураження мозку, у тому числі травматичного ґенезу. Таким чином створюється враження, що те, що об'єднує клінічної картини алкоголізму не надавало істотної негативної дії на результати лікування. Більш диференційований аналіз у когортах з дуже ранніми рецидивами (до одного місяця) та дуже хорошими ремісіями (понад два роки) дав аналогічні результати. Загальна кількість хворих з психопатіями та патологічним розвитком у групі з дуже ранніми рецидивами склала 54,2 % та перевищувало питому вагу цих хворих у групі із стійкими ремісіями понад рік, який склав 39,7 %. В останніх було констатовано і деяке підвищення питомої ваги випадків з деградацією — 74,6 % та 67,4 % відповідно. Відмінності між цими групами по таких ознаках, як черепно-мозкові травми та органічна симптоматика були неістотні. У других за когортою хворих значно частіше спостерігалися соматичні ускладнення. Тенденції до погіршення результатів лікування на пізніших стадіях алкоголізму, тут також виявлено не було; навпроти число хворих третьою стадією при рецидивах до місяця досягало більш половини від загальної кількості випадків, а при ремісіях понад рік де що їх і перевищувало. Тому висновок логічний, що для більш ефективного лікування алкоголізму необхідні й більш ефективні методи.

З'ясовано, що збільшення питомої ваги психопатії, різних форм розвитку та деградації, а також випадків вегетативно-ендокринної патології у преморбіді та черепно-мозкових травмах у хворих з ранніми рецидивами виявилось незначним. При стійких ремісіях частішали, але також, втім, без статистичної значущості випадки, відношені до третьої стадії

алкоголізму. При обробці результатів обстеження було встановлено, що відмінності у частоті випадків психопатій та неврозів у групах з незадовільними ремісіями менше трьох місяців та відносно задовільними ремісіями більше шести місяців результати лікування виявилися мало значимими. У першій групі вони склали 49,5 %, а у другій 47,3 %. Питома вага випадків віднесених до патологічного розвитку була в обох групах приблизно однаковою, а питома вага випадків алкогольної деградації у другій групі виявилася навіть більшою, ніж у хворих з ранніми рецидивами та відповідно складала 54,6 % і 36,7 %. Відношення числа хворих другої та третьої стадії при ранніх рецидивах складало у приблизній пропорції один до двох та мало відрізнялося від аналогічного відношення при стійкіших ремісіях.

Висновки:

1. Проведене дослідження та аналіз алкогольних ремісії, виявив, що дослідження чинників «зриву» алкогольної ремісії є важливим та актуальним завданням сучасної наркології. Запобігання рецидиву та забезпечення ремісії є тим, що очолює роботу практикуючих наркологів.
2. Виявлено, що найбільш багаточисельною є група хворих, в яких «зрив» носив випадковий характер (72,69 %), серед них виділені наступні основні чинники такого рецидиву, це випадкове вживання алкоголю: свята, родинні торжества, запрошення у гості та тому подібне 96 хворих з 157 (61,15 % випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині 39 хворих (24,84 % випадків); вживання спиртних напоїв у результаті прагнення перевірити ефективність лікування 17 пацієнтів (10,83 % випадків) та інші п'ять залежних виявили інші домінуючі чинники (3,18 %).
3. Дослідження виявило основні чинники зриву, що надає можливість будувати адекватні програми реабілітації для хворих на алкоголізм, підґрунтя яких важливо закласти ще на етапі лікування хворого та психотерапевтичної співпраці лікаря зі хворим та з його родиною.

Література

1. Зінченко О. М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю в Україні / О. М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2011. — № 2 (65). — С. 77–81.
2. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12–17.

3. Wilsnack S. C. International gender and alcohol research: recent findings and future directions / S. C. Wilsnack, R. W. Wilsnack // *Alcohol Res. Health*. — 2002. — Vol.26. — N4. — P. 245-250.
4. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Кирпиченко А. А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью / А. А. Кирпиченко // *Российский психиатрический журнал*. — 2003. — №1. — С. 63-65.
6. Mohr C. D. Daily interpersonal experiences, context, and alcohol consumption: crying in your beer and toasting good times / C. D. Mohr, S. Armeli, H. Tennen et al. // *J. Pers. Soc. Psychol.* — 2001. — Vol. 80. — N 3. — P. 489-500.
7. Медико-психологическая помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом: пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Т.Г. Рыбакова. СПб., 2006. — 30 с.
8. Гуревич Г.Л. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: автореф. дис. .канд. мед. наук / Г.Л. Гуревич; ННЦ наркологии. М., 2005. — 21 с.
9. Miller W. R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling / W. R. Miller // *NIDA*. 2000. — P. 99-106.
10. Ялтонский В. М. Мотивационная терапия / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // *Наркология*. 2003. — № 4. — С.41-44.
11. Тхостов А. Ш. Психологические аспекты зависимостей. Сб. научн. статей. / Под ред. А. Ш. Тхостова и С. П. Елшанского. М.: Новый мир, 2005. — 137 с.
12. Проценко С. А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых / С. А. Проценко / Дис. канд. психол. наук, Санкт-Петербург, 2003. — 122 с.

Комп'ютероманія: огляд лікувальних заходів



Аймедов К. В.



Мельник В. О.

Аймедов К. В., Мельник В. О.

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1, м. Одеса

Одеський обласний психоневрологічний диспансер, м. Одеса

Резюме. У статті наведено дані, стосовно існуючих підходів до лікування комп'ютероманії, різноманіття яких свідчить про актуальність проблеми у сьогоденні, практично по всіх країнах, де комп'ютер та Інтернет-мережа є доступними для середньостатистичного користувача. Авторами проведено ретельний аналіз доступних літературних джерел у друкованому та електронному вигляді, що підкреслює повноту та новизну отриманих фактів.

Ключові слова: комп'ютероманія, поведінкова залежність, психотерапія, лікування аддикції.

Pathological using computer: review of medical measures

Aymedov K. V. , Melnyk V. O.

The Odessa regional psychiatric clinical № 1, Odessa, Ukraine

The Odessa regional psychoneurology clinic, Odessa, Ukraine

Resume. Information is resulted in the article, about going near treatment of pathological using computer, the variety of which testifies to actuality of problem, practically on the entire countries of the world, where a computer and Internet-network are accessible for an average user. Authors are conduct the careful analysis of accessible literary sources in a printing and electronic kind which underlines plenitude and novelty of the got facts.

Key words: pathological using computer, behavior disorders, psychotherapy, treatment of addictions.

За словами американського фахівця з менеджменту Люїса Д. Ейгена невдовзі залишаться лише дві групи людей: ті, хто комп'ютери контролює, і ті, кого контролюють комп'ютери. Постарайтеся потрапити у першу когорту [1]. Є дослідники, що вважають комп'ютероманію бомбою сповільненої дії [2], яка ще вибухне і наслідки важко передбачити, особливо коли за дарунками, що зробив для нас сучасний науково-технічний прогрес, ми не бажаємо бачити оборотну сторону, котра завжди існує у кожного явища.

Сьогодні, комп'ютерна залежність є серйозною проблемою соціально-економічного характеру, що зачіпає всю більшу і більшу кількість людей [3, 4]. По різних оцінках, комп'ютерною залежністю страждають до десяти відсотків всіх користувачів персональних комп'ютерів у всьому світі [5, 6]. У деяких країнах, наприклад Північна Корея та Китай, проблема комп'ютерної залежності вже вийшла на державний рівень і узята під контроль урядом [7].

Лікування комп'ютерної залежності, це складна проблема, яка вимагає погодженої роботи фахівців різних медичних та соціальних галузей [8]. Важливе місце у лікуванні комп'ютерної залежності грає соціальна реадaptaція пацієнта, яка можлива лише за участю кваліфікованих фахівців, соціальних працівників, педагогів [3, 4, 9]. Вживання різних лікарських препаратів у лікуванні комп'ютерної залежності, як правило доповнює психотерапію та допомагає закріпити отримані результати (фармакологічна підтримка ремісії) [3, 10, 11].

У лікуванні комп'ютерної залежності використовуються різні групи лікарських препаратів, при цьому, специфічного лікування комп'ютерної залежності не існує [9-12]. Основною метою призначення ліків є усунення різних порушень, які супроводжують комп'ютерну залежність і обважнюють її течію [9, 11]. Наприклад, за наявності симптомів депресії у хворого комп'ютерною залежністю призначають курс

лікування антидепресивними препаратами [13]. Надлишкову нервозність та схвильованість усувають за допомогою заспокійливих засобів [13]. Використають у лікуванні комп'ютерної залежності й рослинні препарати, такі як екстракт Женьшеню, препарати Родіоли рожевої та Материнки, Кордіцепс, Ікан, що знижують збудливість нервової системи та роблять позитивний вплив на роботу головного мозку [14]. На тлі прийому рослинних препаратів нормалізується сон, підвищуються самооцінка та соціальний інтерес хворого, крім того, деякі препарати рослинного походження володіють вираженими імуностимулюючими і адаптогенними властивостями та покращують роботу внутрішніх органів, але прийом будь-яких лікарських препаратів має бути погоджений з лікарем [14]. Також інколи використовують різні препарати нетрадиційної медицини та гомеопатії для лікування різного вигляду залежностей, у тому числі й комп'ютерної, враховуючи основну характеристику цих препаратів, це їх здатність усувати порушення обміну речовин організму та відновлювати рівновагу між різними системами організму [15, 16].

На тлі комп'ютерної залежності (із-за зменшення часу витраченого хворим на їжу) часто виникає недостатність вітамінів та мінералів, тому комплексне лікування комп'ютерної залежності в обов'язковому порядку включає вітамінно-мінеральні комплекси, різного складу [17]. Для хворих страждаючих комп'ютерною залежністю зокрема і для людей провідних тривалий час за комп'ютерів взагалі корисні препарати що містять вітамін А, Е та селен, ці мікронутрієнти підвищують метаболічну активність головного мозку [14, 17]. Лікування фізичних симптомів комп'ютерної залежності (порушення зору, карпальний синдром, синдром «сухого ока», дисплейний синдром, порушення постави) передбачає в першу чергу правильне облаштування робочого місця та дотримання режиму роботи і відпочинку [18]. В цілях профілактики порушень зору рекомендується проводити гімнастику для очей та обладнати комп'ютер якісним монітором [3, 9, 12].

Обов'язковою умовою успішного лікування є усвідомлення проблеми та бажання лікуватися з боку людини, страждаючої комп'ютероманією, але залежність найчастіше усвідомлюють друзі, що оточують суб'єкта, родичі, знайомі, й зовсім не він сам, а це дуже схоже з будь-яким іншими видами залежності, наприклад при алкогольної та наркотичної аддикції [2, 3, 10].

Важливим та необхідним є власне мотивування людини, страждаючої від комп'ютерної залежності на її лікування [3, 9-11, 18]. Часто вирішення проблеми починається з консультації

родичів та близьких, щодо питань допомоги людині, страждаючій комп'ютерною залежністю, які першими звертаються до лікаря й спільно з фахівцем виробляється тактика поведінки з людиною, страждаючою комп'ютероманією, ретельно обговорюється, як побудувати розмову про необхідність звернення до фахівця.

Початковим етапом лікування комп'ютерної залежності є діагностика причин та чинників формування аддикції, а також виключення можливих хворобливих розладів (інших психіатричних нозологій), зокрема депресії [6-8, 16]. У разі виявлення прихованої депресії при необхідності поводить її лікування [11, 16].

Практично всі дослідники вказують, що основою лікування комп'ютерної залежності є психологічна корекція, яка проводиться індивідуально та в спеціальних тренінгових групах [3-5, 9-12, 18]. Психологічна допомога, у першу чергу, направлена на поліпшення взаємин з близькими та однолітками, вчення саморегуляції і умінню справлятися з труднощами, вихованню волевих якостей, підвищенню самооцінки, формуванню нових життєвих захоплень.

Найважливіший етап лікування комп'ютерної залежності — це залучення страждаючої нею людини в процеси, не пов'язані з комп'ютерами, щоб електронні ігри не стали заміною реальності [11-13]. Необхідно показати людині, що існує маса цікавих розваг окрім комп'ютера (боулінг, сноуборд, виходи за грибами, пейнтбол, походи на байдарках, футбол та інше), які не лише дозволяють пережити гострі відчуття, але також тренують тіло та нормалізують психологічний стан [3, 10, 11, 13, 17].

Комп'ютерна залежність впливає на взаємини у сім'ї, тому під час лікування комп'ютерної залежності поважно надавати допомогу родичам та близьким, що оточують людину страждаючу на комп'ютерну аддикцію, зокрема направлену на гармонізацію стосунків з ним. При цьому важливо зосередити увагу оточуючих, що хворого не можна карати, відключати Інтернет, позбавляти інших задовольень. Всі ці дії не лише даремні, але і шкідливі, оскільки підштовхують хворого до втечі з будинку [2-5, 8, 11-13]. Треба підтримувати підлітка в подоланні виникаючих життєвих труднощів, виучувати новим способам подолання кризових ситуацій, виучувати умінню регулювати свої емоції, будувати стосунки з однолітками, управляти власним часом [4, 8, 13, 18].

В загалі лікування будь якої поведінкової залежності — це досить тривалий процес [3, 6, 8, 14]. Як лікування застосовують різні види психотерапевтичних дії, зокрема поступова зміна розумових установок та поведінкових стереотипів [7, 9, 12]. У курси лікування за різними

підходами та авторами входять медичні засоби, психотерапевтичні сеанси, психологічні тренінги, акупунктура та щоденні заняття спортом [5, 10, 13].

Цікава інформація знайдена нами на одному з Інтернет-форумів присвячених даній проблемі, про те, що влітку 2005 року в Пекіні відкрили першу клініку для лікування від комп'ютерної залежності, де кожний день лікування обходиться пацієнтам у п'ятдесят доларів. Китайські психіатри використовують проти «мережеманії» фізичні вправи, медитацію та електрошок [19]. Також інтерес представляє реклама допомоги в Інтернеті, який досить багато та якої вистачає різноманіття або яка не виділяється науковістю підходів. Ось наприклад один з багаточисельних російських приватних медичних центрів допомоги, по лікуванню комп'ютерної залежності, а точніше витяг з цього сайту, що наголошує: мета лікування комп'ютерної залежності — добитися байдужого відношення до комп'ютерних ігор; завдання лікування комп'ютерної залежності — сформувати стійку заборонено-поведінкову мотивацію; забезпечити психологічний комфорт і позитивний погляд на реальне життя; основа методу лікування залежності від комп'ютерних ігор, це емоційно-стресова психотерапія; з перевагою у тому, що метод не травмує психіку та не викликає депресивного синдрому; гарантовано стійкий позитивний результат при дотриманні плану лікування комп'ютерної залежності; умови прийому: обов'язкове бажання лікуватися від комп'ютерної залежності та у перебіг як мінімум за добу до відвідування клініки не повинно вживати алкоголь; вартість за індивідуальний прийом складає одинадцять тисяч рублів, а це близько трьох тисяч гривень; лікування залежності від комп'ютерних ігор включає обов'язкові двох разові зустрічі з інтервалом у тиждень, тривалість кожного сеансу півтори години та спостереження протягом року [20]. Вважаємо, що коментарів до цього оголошення надавати не треба.

Інше цікаве об'явлення знайдено нами у Інтернет-мережі, про те, що новосибірські вчені першими у світі заговорили про нове захворювання, а саме — комп'ютерний вірус. І знайшли метод лікування, який полягає у дії на уражені ділянки головного мозку, при якому людина, як би відпочиває від постійних нав'язливих думок про комп'ютер, хворий розслабляється та отримує на мозок заспокійливі сигнали [21].

З електронних матеріалів «Інтермедіа консалтинг», впливає, що у Великобританії відкрилася перша реабілітаційна клініка для дітей, страждаючих залежністю від Інтернету, комп'ютерних ігор та мобільних телефонів,

інформація надана за посиланням на «Daily Telegraph». У лондонській лікарні «Caripio Nightingale» учать перемагати залежність і присвячувати комп'ютеру та телефону лише певний час. Крім того, тинейджерам щепитимуть навички спілкування у реальному житті. Лікарі також приділятимуть увагу фізичному здоров'ю підлітків, якщо виявиться, що залежність негативно вплинула на самооцінку пацієнта, рівень його фізичної активності та живлення [22].

Сайт «Abc-news» опублікував репортаж з реабілітаційного табору для залежних від Інтернету, що діє у Китаї. Центр лікування Інтернет-залежності діє на території колишньої військової частини у передмісті Пекіна вже декілька років. Психологічну допомогу та терапевтичне лікування там поєднують з військовими іграми і строгою дисципліною. Весь вільний час пацієнтів ретельно розпланований. Керує Центром «Прогресивний психолог» Тао Жань, провідний фахівець з Інтернет-залежності у КНР. У 6 ранку під'їм, потім гімнастика, далі велику частину дня хворі грають у ролеві військові ігри, ведуть бої за допомогою лазерних пістолетів та відвідують групові заняття. Керівництво центру вважає, що така терапія для його мешканців найбільш ефективна, оскільки вони мають можливість відчувати, наскільки більше задоволення доставляє бути частиною реальної команди, ніж мережевий. У межах програми по боротьбі з пристрастю до Інтернету влада Китаю фінансує ще декілька реабілітаційних клінік. За даними на 2007 рік, у КНР хворою пристрастю до онлайн-ігор, порнографії та киберсексу страждають 2,5 мільйона чоловік у віці до вісімнадцяти років або 13 % користувачів Інтернету. Одержимі Мережею страждають депресіями, жахами, небажанням спілкуватися з друзями та родичами, перебувають у тривожному або збудженому стані. До початку 2008 року, у Китаї, який займає друге місце у світі після США по числу користувачів Інтернету, було зареєстровано більше 40 мільйонів користувачів онлайн-ігор. Доходи від ігрової індустрії перевищили 1,5 мільярди доларів, а у 2012 року, по прогнозах, досягнуть 4 мільярдів. Пристрастю до онлайн-ігор, в тій або іншій мірі, мотивовано 76 % злочинів серед підлітків. Симптоми, за словами психіатрів, нагадують наркотичну залежність. У китайських ЗМІ вже з'явилися повідомлення про випадки з летальним результатом із-за надмірних цілодобових онлайн-ігор. Інтернет-адикти, на думку фахівців, часто стикаються з проблемами, що утрудняють соціальні контакти. Найпоширеніші з них: соціофобія, дефекти зовнішності, зайва вага, дефекти мови, сексуальні проблеми, труднощі у спілкуванні, а також недолік самоповаги. Людині може не вистачати уваги

або схвалення з боку близьких, самостійності, віри у себе. Потреба в компенсації цих недоліків штовхає індивіда у віртуальну реальність, яка надає притулок від справжньої реальності. Особа перестає жити у реальному світі та починає марити наяву. У листопаді минулого року у КНР залежність від онлайн-ігор було офіційно визнано психічним розладом. Це поняття закріплене у першому у своєму роді для Китаю документі «Стандарти діагностики Інтернет-залежності». Уряд також заборонив відкриття нових Інтернет-кафе, а в тих, що вже існують обмежили час, який відвідувачі можуть проводити за Інтернет-іграми. Вищезгаданий Тао Жань зі свого боку обіцяє, що велику частину хворих Інтернет-аддикцією (до 80 %) можливо повністю вилікувати [23]. З іншого боку, за даними газети «Shanghai Daily», до півмільйона китайців оплачують свої витрати за допомогою онлайн-ових комп'ютерних ігор. Професійні гравці просиджують добу безперервно перед моніторами будинку або в Інтернет-кафе. Більшість грає ради віртуальних бонусів, які вони потім перепродають за справжні гроші менш кваліфікованим гравцям. Покупці знаходяться головним чином у США та країнах Європи [24].

З огляду проблеми комп'ютероманії можливо зробити попередні висновки, які полягають у тому, що у Інтернет-мережі багато прикладів існування цієї форми поведінкової залежності, є багато фахівців, які за грошову нагороду пропонують допомогти та вилікувати аддикти, але інформації стосовно статистичних даних, чи конкретних методів та схем терапії згаданого недуга ми на жаль не знайшли не у вітчизняних, не у зарубіжних дослідників. Фармакотерапія зведена до симптоматичного застосування, найчастіше антидепресантів, заспокійливих та

снодійних засобів. Психотерапія до застосування раціональної, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії, а також психокорекції та співпраці з родиною хворого. Мало хто оцінює необхідність профілактики суїцидів серед комп'ютероманів, чи застосування інших методів психотерапії та психоактивних лікарських засобів інших фармакологічних груп. Тому нами обрано за мету, розробити власний напрямок лікувальної допомоги патологічним користувачам комп'ютерною технікою та оцінити його ефективність, про що ми будемо надавати звіт у подальших публікаціях.

Висновки:

1. Патологічна залежність від надмірного використання комп'ютеру сьогодні є недостатньо вивченою поведінковою залежністю, дослідження якої у більшості випадків мають соціологічний характер, та часто не мають ґрунтовної наукової бази у методології вивчення.
2. Сучасні методи терапії комп'ютерної залежності симптоматичні, спираються на соціальні та особистісні прояви сформованої аддикції та на спрямовані на визначені терапевтичні мішені, до того ж ефективність їх ще досі низька.
3. Знайдені психотерапевтичні та фармакологічні методи лікування осіб, що страждають на комп'ютерну залежність, стосуються окремих станів залежності, наприклад загострення патологічного потягу, чи астеничних проявів залежності, що на нашу думку не може надати цілісного рішення існуючої проблеми, тому нашою метою став власний пошук способів терапевтичної допомоги вказаному контингенту.

Література

1. Електронне джерело: <http://aforizmer.ru/aforizmi/lyuis-d-eigen>
2. Murray J. B. Computer addictions entangle students / J. B. Murray // APA-Monitor. — 1996. — N 27. — P. 38-39.
3. Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л. Н. Юрьева Т. Ю. Бельбот // Монография. — Днепропетровск: «Пороги», 2006. — 196 с.
4. Kandell J. J. Internet addiction on a college campus: The vulnerability of college students / J. J. Kandell // CyberPsychol. Behavior. — 1998. — Vol.3. — N 2. — P. 11-17.
5. Електронне джерело: http://zn.ua/HEALTH/kompyuteromaniya_eto_bolezn-34.html
6. Pratarelli M. Confirmatory factor analysis of Internet use and addiction / M. Pratarelli, B. Browne // CyberPsychol. Behavior. — 2009. — Vol. 5. — N 1. — P.53-64.
7. Електронне джерело: <http://wap.eidos.borda.ru/1-4-0071-13062107>
8. Марута Н. О. Діагностика, первинна профілактика та корекція дезадаптивних психічних реакцій та станів у студентів-медиків молодших (I -3-х) курсів ВНЗ / Н. О. Марута, Н. В. Гавенко / Арх.психіатрії. — 2004. — № 3. — С 76-79.
9. Лоскутова В. А. Інтернет-зависимость - патология XXI века? / В. А. Лоскутова // Вопр. ментальной медицины и экологии. — 2000. — Т. VI. — №1. — С. 11-13.
10. Аймедов К. В. Компьютеромания как пример электронной аддикции / К. В. Аймедов, А. В. Клименко, О. В. Алексеева // Міжн. Наук.-практ. Конф. «Вчені майбутнього» — ОДМУ. — 2006. — С. 93-94.

11. Beard K. Internet addiction: Current status and implications for employees / K. Beard // J. Employment Counseling. — 2002. — Vol. 39. — N 1. — P. 2-11.
12. Young K. S. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium / K. S. Young, M. Pistner, J. O'Mara et al. // Cyber-Psychol. Behavior. — 1999. — Vol. 3. — N 4. — P. 475-479.
13. Ботьот Т. Ю. Профілактика і корекція комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьот // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2005. — № 2. — С. 139–142.
14. Електронне джерело: <http://jetamelav.net/kompyuteromaniya.html>
15. Black D. Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior / D. Black, G. Belsare, S. Schlosser // J. Psychiatry. — 1999. — N 7. — P. 839–844.
16. Абрамов В. А. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи / В. А. Абрамов, А. Ю. Васильева // Арх. психиатрии. — 2003. — № 1. — С. 71-73.
17. Hall A. Internet Addiction: Student case study using best practices in cognitive behavior therapy / A. Hall, J. Parsons // Journal of Mental Health Counseling. — 2001. — Vol 23. — N 4. — P. 312-327.
18. Shapira N. A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N. A. Shapira, T. D. Goldsmith, P. E. Keck et al. // J. Affective disorders. — 2000. — N 57. — P. 267-272.
19. Електронне джерело: http://www.livs.ru/h10_1_1017.html
20. Електронне джерело: http://konstrukt.blogspot.com/2011/07/blog-post_32.html
21. Електронне джерело: <http://ph.news.qip.ru/users/sonm/7933/>
22. Електронне джерело: <http://avtorist.net/page-id-3791.html>
23. Електронне джерело: <http://itk.com/175.html>
24. Електронне джерело: <http://www.qlic.ru/kompyuteromaniya-33.html>

УДК 616.89+616.08

Психоемоциональное состояние лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением



Осуховская Е.С

Осуховская Е. С.

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

Резюме. Патологічний потяг до азартних ігор, як варіант нехімічної залежності, і тютюнопаління, як один з видів хімічної адикції, на сучасному етапі є актуальною проблемою як в Україні, так і в зарубіжних країнах, де легалізован гральний бізнес. У статті вивчені показники психоемоційного стану молодих людей здорових і страждаючих на патологічну залежність від азартних ігор, що палять і не палять тютюн за допомогою методу «САН». Серед респондентів, які не палять тютюн самопочуття і настрої у здорових молодих людей отримали високу оцінку, а активність — середню; в осіб, які страждають лудоманією, показники самопочуття, активності і настрою знаходяться в межах середньої оцінки. У тих, що палять як здорових, так і ігromанів, достовірних відмінностей за шкалами самопочуття, активності і настрою виявлено не було: вищезгадані показники відповідають високій оцінці, що у сукупності з даними кореляційного аналізу доводить спільність механізмів виникнення і функціонування патогенетичного кола нехімічної та хімічної адикцій, в основі яких лежить предиспозиційні психологічна і біологічна складова. На підставі отриманих даних зроблено висновок про актуальність проведення психогігієнічних та психокорекційних заходів серед населення України для запобігання процесів подальшої епідемічної експансії лудоманії та тютюнопаління.

Ключові слова: ігрова залежність, лудоманія, гемблінг, патологічна схильність до азартних ігор, тютюнопаління.

Emotional condition young persons with addiction to gambling suffering from smoking

Osuhovska O.

Ukrainian institute of social, forensic psychiatry and narcology Ministry of Health of Ukraine, Kiev

Resume. Craving for gambling, as a variant of non-chemical addiction, and smoking as a type of chemical addiction, at the present stage is the actual problem in Ukraine and in foreign countries where legalized gambling. The article examined indicators of mental and emotional state of young people healthy and those suffering from addiction to gambling, smoking and non-smokers using the «SUN». Among respondents who did not smoke tobacco feeling and mood in healthy young men were highly appreciated, and activity — an average, in individuals suffering gambling, indicators of health, activity and mood within the secondary evaluation. In smokers both healthy and gamers, significant differences on a scale of health, activity and mood were found: the above figures correspond to the high evaluation argues that common mechanisms of functioning and pathogenetic range of non-chemical and chemical addiction, which are based cause psychological and biological component. Based on the findings concluded that the relevance of psycho-corrective measures psyhohyhyena and population Ukraine preventing the further expansion of the epidemic gambling and smoking.

Key words: game addiction, gambling, gaming addiction, smoking.

Актуальность темы патологической зависимости от азартных игр и табакокурения неоднократно была обоснована в научных работах [1, 2, 3, 4]. Отметим только тот факт, что сегодняшнее социальное развитие нашего общества в условиях процессов глобализации и переформатирования финансово-экономических отношений на фоне научно-технического прогресса позволяет индивиду не только пользоваться во благо новшествами цивилизации (приспособлениями для реальных и интерактивных азартных игр), но и подвергает опасности злоупотребления последними. А с учетом того, что зависимость от азартных игр,

затрагивая базовые психофизиологические процессы, сформированные в процессе филогенеза, является причиной крайне тяжелых психических состояний, порой не совместимых с жизнью (от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли), социальной и личностной дезадаптации (до 60% игromанов совершают преступления), тема игromании безусловно нуждается в дальнейшей разработке, поскольку открытыми остаются вопросы этиопатогенеза и лечения данной психопатологии. Немаловажным является элемент общности механизмов реализации нехимической игровой

и химической наркотической, в частности, табачной, зависимостей [5], который выступает фактором риска коморбидного потенцирования аддикций и, как следствие, утяжеления течения заболевания.

В связи с изложенным выше, важность и актуальность темы изучения психосоциальных факторов формирования игромании в сочетании с табакокурением представляется бесспорной. Поэтому, целью нашего исследования явилось изучение психоэмоционального состояния здоровых молодых людей и страдающих патологической зависимостью от азартных игр, курящих и не курящих табак, которое явилось фрагментом научно-исследовательской работы УкрНИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии по теме «Разработать систему лечебно-профилактических мероприятий при оказании специализированной медицинской помощи лицам с химической и нехимической аддикциями (на модели алкогольной и игровой зависимостей)» (№ государственной регистрации 0110U006655).

Для реализации поставленной цели нами были определены следующие задачи:

1. Изучить показатели психоэмоционального состояния молодых людей, граждан Украины, здоровых и игроманов, не курящих табак.
2. Изучить показатели психоэмоционального состояния молодых людей, здоровых и

страдающих патологической зависимостью от азартных игр, курящих табак и сравнить с таковыми у некурящих респондентов.

3. Сделать выводы о практическом применении полученных результатов.

В соответствии с целью и задачами исследования нами анонимно, с согласия обследованных, был проведен опрос 1800 студентов высших учебных заведений г. Киева в возрасте 17–25 лет без острых и хронических заболеваний с помощью скрининг-теста, в состав которого вошел тест «САН»; 47% — составили лица мужского пола, 53% — женского, учащиеся в возрасте 17 лет — 10%; 18 лет — 22%; 19 лет — 20,7%; 20 лет — 19,7%, 21 года — 18,3%; 22 лет — 4%; 23 года — 3,3%; 24 года — 1%; 25 лет — 1%. Лица, страдающие патологической зависимостью от азартных игр, составили 9,66% (174 чел.), среди них мужчины — 55,17% (96 чел.), женщины — 44,83% (78 чел.). Было установлено, что 72,41% (126 чел.) лудоманов страдают табакокурением, тогда как только 39,48% (642 чел.) здоровых респондентов курят табак. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 16.0 for Windows. В табл. 1 приведены результаты ответов на вопросы «САН» молодых людей, не курящих, в табл. 3 — курящих табак, в табл. 2 и 4 — показатели по шкалам «самочувствие», «активность», «настроение» вышеупомянутых групп обследуемых.

Таблица 1

Результаты исследования психоэмоционального состояния молодых людей Украины, не курящих табак, с использованием теста «САН»

Вопросы теста «САН»		Средний балл ответов респондентов, не курящих табак	
		здоровых, n=984	игроманов, n=48
1	Самочувствие хорошее-плохое	6,00±0,045	5,0±0,273
2	Чувствую себя сильным-слабым	5,76±0,040	5,12±0,224
3	Пассивный-активный	4,94±0,053	4,62±0,145
4	Малоподвижный-подвижный	4,86±0,054	3,25±0,307
5	Веселый-грустный	5,68±0,049	4,25±0,250
6	Настроение хорошее-плохое	5,79±0,044	3,62±0,291
7	Работоспособный-разбитый	5,72±0,046	4,00±0,193
8	Полный сил-обессиленный	5,45±0,048	4,12±0,247
9	Медлительный-быстрый	4,82±0,050	4,38±0,282
10	Бездеятельный-деятельный	4,93±0,051	4,00±0,219
11	Счастливый-несчастный	5,69±0,046	4,38±0,326
12	Жизнерадостный-мрачный	5,79±0,045	4,50±0,263
13	Напряженный-расслабленный	4,45±0,053	3,38±0,252
14	Здоровый-больной	5,77±0,047	5,75±0,203
15	Безучастный-увлеченный	4,48±0,051	4,0±0,309
16	Равнодушный-взволнованный	3,99±0,043	3,38±0,230

Окончание таблицы 1

Вопросы теста «САН»		Средний балл ответов респондентов, не курящих табак	
		здоровых, n=984	игроманов, n=48
17	Восторженный-унылый	4,79±0,039	4,38±0,162
18	Радостный-печальный	5,45±0,045	4,25±0,250
19	Отдохнувший-усталый	4,77±0,055	3,50±0,263
20	Свежий-изнуренный	5,04±0,052	4,00±0,292
21	Сонливый-возбужденный	3,61±0,049	4,00±0,292
22	Желание отдохнуть-работать	3,49±0,061	2,62±0,282
23	Спокойный-озабоченный	5,23±0,048	3,38±0,230
24	Оптимистичный-пессимистичный	5,59±0,046	5,12±0,236
25	Выносливый-утомляемый	5,52±0,047	5,12±0,224
26	Бодрый-вялый	5,13±0,049	4,25±0,270
27	Соображать трудно-легко	4,71±0,053	4,50±0,193
28	Рассеянный-внимательный	4,99±0,045	3,62±0,192
29	Полный надежд-разочарованный	5,42±0,050	4,12±0,296
30	Довольный-недовольный	5,48±0,054	4,12±0,289

Таблица 2

Показатели исследования психоэмоционального состояния молодых людей, не курящих табак, по шкалам теста «САН»

Шкалы теста «САН»	Средний балл ответов респондентов	
	здоровых, n=984	игроманов, n=48
Самочувствие	5,36±0,048	4,42±0,244
Активность	4,48±0,051	3,83±0,245
Настроение	5,49±0,046	4,21±0,259

Таблица 3

Результаты исследования психоэмоционального состояния молодых людей Украины, курящих табак, с использованием теста «САН»

Вопросы теста «САН»		Средний балл ответов респондентов, курящих табак	
		здоровых, n=642	игроманов, n=126
1	Самочувствие хорошее-плохое	5,88±0,054	6,05±0,105
2	Чувствую себя сильным-слабым	5,61±0,054	5,38±0,152
3	Пассивный-активный	4,77±0,069	4,05±0,167
4	Малоподвижный-подвижный	4,94±0,068	4,71±0,107
5	Веселый-грустный	5,60±0,061	5,52±0,142
6	Настроение хорошее-плохое	5,64±0,058	5,48±0,131
7	Работоспособный-разбитый	5,55±0,059	5,57±0,112
8	Полный сил-обессиленный	5,42±0,057	5,38±0,125
9	Медлительный-быстрый	4,51±0,067	3,95±0,125
10	Бездеятельный-деятельный	4,74±0,066	4,43±0,125
11	Счастливый-несчастный	5,68±0,053	4,67±0,157
12	Жизнерадостный-мрачный	5,67±0,053	5,10±0,163
13	Напряженный-расслабленный	4,19±0,071	4,43±0,140
14	Здоровый-больной	5,40±0,064	5,48±0,158
15	Безучастный-увлеченный	4,79±0,055	4,43±0,155

Окончание таблицы 3

Вопросы теста «САН»		Средний балл ответов респондентов, курящих табак	
		здоровых, n=642	игроманов, n=126
16	Равнодушный-взволнованный	3,91±0,056	4,10±0,146
17	Восторженный-унылый	4,83±0,050	4,95±0,145
18	Радостный-печальный	5,66±0,049	5,48±0,106
19	Отдохнувший-усталый	4,55±0,071	5,43±0,145
20	Свежий-изнуренный	4,94±0,063	4,67±0,175
21	Сонливый-возбужденный	3,66±0,063	4,14±0,159
22	Желание отдохнуть-работать	2,93±0,065	4,00±0,166
23	Спокойный-озабоченный	5,06±0,064	3,90±0,156
24	Оптимистичный-пессимистичный	5,62±0,059	5,19±0,158
25	Выносливый-утомляемый	5,55±0,055	4,86±0,154
26	Бодрый-вялый	5,16±0,062	5,0±0,161
27	Соображать трудно-легко	4,59±0,064	4,43±0,171
28	Рассеянный-внимательный	4,42±0,067	4,62±0,160
29	Полный надежд-разочарованный	5,48±0,063	5,62±0,139
30	Довольный-недовольный	5,69±0,057	5,52±0,152

Таблица 4

Показатели исследования психозмоционального состояния молодых людей, курящих табак, по шкалам теста «САН»

Шкалы теста «САН»	Средний балл ответов респондентов	
	здоровых, n=642	игроманов, n=126
Самочувствие	5,22±0,061	5,22±0,142
Активность	4,32±0,064	4,28±0,131
Настроение	5,49±0,056	5,143±0,132

Таблица 5

Вопросы теста «САН»		Корреляционные связи (коэффициент Spearman) между курением табака и характеристиками психозмоционального состояния	
		у здоровых, n=1626	у игроманов, n=174
1	Самочувствие хорошее-плохое	- 0,068**	0,279**
2	Чувствую себя сильным-слабым	- 0,050*	
3	Пассивный-активный		
4	Малоподвижный-подвижный		0,282**
5	Веселый-грустный		0,335**
6	Настроение хорошее-плохое	- 0,057*	0,402**
7	Работоспособный-разбитый	- 0,063*	0,488**
8	Полный сил-обессиленный		0,319**
9	Медлительный-быстрый	- 0,083**	
10	Бездеятельный-деятельный	- 0,050*	
11	Счастливый-несчастный		
12	Жизнерадостный-мрачный	- 0,064*	
13	Напряженный-расслабленный	- 0,070**	0,267**
14	Здоровый-больной	- 0,122*	
15	Безучастный-увлеченный	- 0,089**	

Окончание таблицы 5

Вопросы теста «САН»		Корреляционные связи (коэффициент Spearman) между курением табака и характеристиками психоэмоционального состояния	
		у здоровых, n=1626	у игроманов, n=174
16	Равнодушный-взволнованный		0,192*
17	Восторженный-унылый		0,227**
18	Радостный-печальный	- 0,067**	0,319**
19	Отдохнувший-усталый	- 0,056*	0,447**
20	Свежий-изнуренный		
21	Сонливый-возбужденный		
22	Желание отдохнуть-работать	- 0,140**	0,300**
23	Спокойный-озабоченный		
24	Оптимистичный-пессимистичный		
25	Выносливый-утомляемый		
26	Бодрый-вялый		0,178*
27	Соображать трудно-легко		
28	Рассеянный-внимательный	- 0,164**	0,254**
29	Полный надежд-разочарованный		0,318**
30	Довольный-недовольный		0,345**

Примечание: ** — $p < 0,01$; * — $p < 0,05$

Корреляционный анализ, произведенный на основании вычислений коэффициента Spearman, позволил установить следующие взаимосвязи между изучаемыми данными респондентов страдающих патологической склонностью к азартным играм (табл. 5).

Полученные данные позволили сделать следующие выводы. Среди респондентов, не курящих табак, по результатам теста «САН» самочувствие и настроение у здоровых молодых людей получили высокую оценку, а активность — среднюю; у лиц, страдающих лудоманией, показатели самочувствия, активности и настроения находятся в пределах средней оценки. У курящих обследуемых, как здоровых, так и игроманов, достоверных различий по шкалам самочувствия, активности и настроения выявлено не было: вышеупомянутые показатели соответствуют высокой оценке, что может быть обусловлено несколькими причинами. Во-первых, возможно, это наличие предрасполагающих к появлению гемблинг-патологии в личностных структурных составляющих активности, жажды деятельности, стимуляции и риска, которые и вызывают субъективные ощущения благополучия и комфорта у игроманов, в то время как у последних диагностируются адаптационные расстройства, характеризующихся, как смешанное расстройство эмоций и поведения (F 43.25) и включают в себя нарушения сна, вегето-сосудистые, эмоциональные

нарушения с депрессивными и астеническими радикалами. Кроме того, при исследовании аффективно-личностных особенностей пациентов с патологической зависимостью от азартных игр были выявлены признаки, как психопатического регистра, так и черты психогенной дезорганизации, что обусловило противоречивость личности лудоманов на фоне заострения черт аффективно-возбудимого типа, превышающего порог акцентуации и достигающего уровня психопатологии [3]. Высокая оценка психоэмоционального статуса у курящих здоровых респондентов может быть связана с тем, что хроническая никотиновая интоксикация вызывает значительные изменения в ЦНС, связанные с формированием патологического очага сосудистой и электрической активности различных структур мозга, отвечающих за эмоциональные реакции. Во-вторых, не менее важным, на наш взгляд, являются результаты корреляционного анализа взаимосвязи факта табакокурения и психоэмоциональных характеристик личности игромана: процесс курения табака тесным образом связан с активацией нервно-психической деятельности и формированием ощущений удовольствия, активности, хорошего настроения, подвижности, работоспособности, бодрости, удовлетворения, при этом у здоровых опрошенных отсутствуют подобные корреляционные связи, что доказывает общность механизмов возникновения

и функционирования патогенетического круга нехимической и химической аддикции, в основе которой лежит predispositionная психологическая и биологическая составляющая. Безусловно, данная тема нуждается в дальнейшей разработке. Вышеизложенные данные

были использованы при создании и проведении среди граждан Украины психогигиенических и коррекционно-профилактических мероприятий, направленных на снижение распространения как заболеваемости игровой аддикцией, так и табакокурения.

Література

1. Бобров А.Е. Поведенческие зависимости и психическая диссоциация / Бобров А.Е. // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). М., 2007. — С. 36.
2. Осуховская Е.С. Результаты исследования игровой аддикции у лиц молодого возраста / Осуховская Е.С. // Архив психиатрии — 2011. — №1. — С. 66-69.
3. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг : клинико-патогенетические аспекты / Бухановский А.О., Солдаткин В.А. // Российский психиатрический журнал — 2007- №5 — С.35-43.
4. Осуховская Е.С. Взаимопотенцирующие процессы, ассоциированные с формированием химических и нехимических аддикций у лиц молодого возраста / Осуховская Е.С. // Архив психиатрии — 2011. — №3. — С.102-108.
5. Чабан О.С. Homo ludens: восприятия переменных объектов или: почему они играют? / Чабан О.С. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії — 2009. — №2. — С.78-91.

Індивідуально-психологічні моделі поведінки старшокласників-курців в ситуаціях фрустрації та конфлікту



Сосін І. К.

Сосін І. К., Крамченкова В. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський національний педагогічний університет

Резюме. В статті розглядається проблема індивідуально-психологічних особливостей базисних стратегій поведінки старшокласників-курців в ситуаціях фрустрації та конфлікту. Визначається мотивація тютюнопаління, рівень тютюнової залежності та кореляційні зв'язки із копінг-стратегіями особистості і домінуванням стилю поведінки у конфліктній ситуації.

Ключові слова: старшокласники-курці, мотиви куріння, куріння в сім'ї, тютюнова залежність, копінг-стратегія, стиль поведінки у конфлікті.

Individual psychological model behavior senior-smokers in the situation of frustration and conflicts

Sosin I. K., Kramchenkova V. A.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv National Pedagogical University

Resume. The paper considers the problem of individual psychological characteristics of basic behavioral strategies disciples middle schools, senior-smokers in situations of frustration and conflict. Determined by the motivation of smoking, level of tobacco dependence and korelyatsionye with coping strategies, personality and dominance behaviors in conflict situations.

Key words: disciples middle schools, senior-smokers, the motives of smoking, smoking in the home, tobacco addiction, coping strategy, style of conduct in the conflict.

Аддиктивна стратегія взаємодії з дійсністю набуває все більші масштаби, зокрема куріння тютюну часто називають соціальною пандемією. Не дивлячись на те, що останніми роками частка країн, що палять в більшості, зменшується, абсолютне число курців росте, головним чином за рахунок жінок і молоді. За даними статистики в нашій країні палить майже третина всього населення у віці від 15 років і старше [1,8]. Не дивлячись на те, що і підлітки і дорослі палять, в психологічному значенні це різні явища. Це пояснюється тим, що психіка підлітка відрізняється від психіки дорослої людини. Життєдіяльність підлітка у всіх своїх проявах розвивається по своїх специфічних закономірностях [6].

На підставі теоретичного аналізу феномену ранньої тютюнової залежності можна стверджувати, що у якості чинників ризику у формуванні аддиктивної поведінки визначають: кризу ідентичності; деперсоналізацію і дереалізацію в сприйнятті себе і навколишнього світу; негативна або несформована Я — концепція; тягу до протесту, загострене жадання дорослішання, прагнення до незалежності і відриву від сім'ї; схильність перебільшувати ступінь складності проблем та низька стерпність труднощів [4,7].

Зростаюча кількість підлітків страждаючих тютюновою залежністю і відсутність єдиної ефективної психопрофілактичної програми з

попередженню розвитку тютюнової залежності в підлітковому віці [3,5,9] визначає актуальність і практичну значущість даної роботи. Визнаючи значення вищевикладених робіт, варто відзначити, що, не дивлячись на безліч підходів до дослідження шкідливих звичок особи, проблема підліткового тютюнопаління, як основа для розробки системи їх психолого-педагогічної профілактики, спрямованої на етичне і фізичне оздоровлення підростаючого покоління і затвердження здорового способу життя вимагає подальшого вивчення.

Мета дослідження — визначити соціально-психологічні особливості індивідуальних поведінкових стратегій старшокласників-курців.

Дослідження проводилося серед учнів 9-11 класів різних загальноосвітніх шкіл Харківського регіону. Загальний об'єм вибірки дорівнював 60 осіб, серед них 27 хлопців та 33 дівчинки. Всі учасники дослідження з повних сімей, мають подібний соціальний статус, мешкають у зіставних умовах. У дослідженні було сформовано 2 дослідницькі групи по 30 осіб у кожній, експериментальну групу склали старшокласники-курці (ЕГ), контрольну — старшокласники, які не курять (КГ). У роботі застосовувалися неструктуроване інтерв'ю «Куріння у Вашої сім'ї», методики К. Фагерстрема та «Чому ви курите»,

які дозволяють визначити рівень тютюнової залежності та мотиви куріння підлітків, «Стиль поведінки у конфліктних ситуаціях» К.Томаса, «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана для визначення соціально-психологічних особливостей індивідуальних поведінкових стратегій. В якості основних процедур і математичних методів аналізу використовувались метод параметричного порівняння середніх величин за Ст'юдентом та кореляційний аналіз.

За результатами інтерв'ю (табл.1) визначено, що у сучасних сім'ях куріння батьків має високу частоту зустрічаємості (70% — ЕГ, 43,33% — КГ), що не лише розкриває високу соціальну значущість проблеми тютюнопаління, а є доказом важливої ролі трансмісії аддиктивних моделей поведінки в сім'ї, як інституту соціалізації.

Зафіксовано, що в сім'ях підлітків-курців у 30% випадків батьки не палять, що може свідчити про дію інших соціально-психологічних чинників (вплив образів суспільної свідомості, ціліспрямований прямий та опосередкований рекламний вплив) у формуванні ранньої тютюнової адикції.

Як показують результати дослідження методикою К. Фагерстрема за (рис. 1) високий рівень тютюнової залежності виявляється

Таблиця 1

Характеристика куріння батьків в сім'ях досліджуваних

Групи	Наявність курців в сім'ї (дані у %)		
	Обидва батьки курять	Курить один з батьків	Батьки не курять
ЕГ	23,33	46,67	30,00
КГ	6,67	36,66	56,67

Частота рівнів залежності від тютюну підлітків-курців

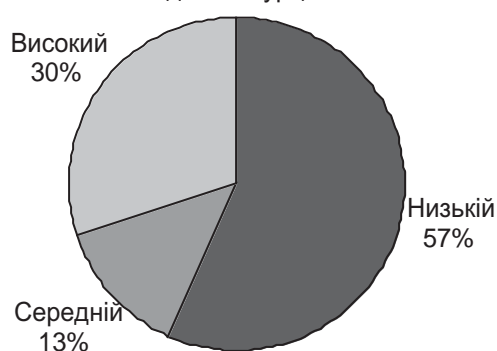


Рис. 1

Розподіл рівнів залежності від тютюну у старшокласників-курців

у 30,00% старшокласників, які курять, що є тривожною ознакою ранньої аддиктивної поведінки. Середній рівень залежності відмічався у 13,33%, що виявляє імовірність формування стійкої адитивної поведінки. Низький рівень залежності визначений у більшості підлітків (56,67%), що виявляє загальне відношення до тютюнопаління у суспільстві та соціальні установки підлітків.

Аналіз результатів дослідження мотивації куріння представлений у рис. 2. Як показують результати дослідження тютюнопаління у старшокласників має психологічний характер, тобто завдяки курінню задовольняються психологічні потреби, а саме потреби у формуванні іміджу, полегшенні комунікації, психологічної підтримці та стимуляції активності.

Важливо відмітити, що фізичне ваблення до тютюну та звичка мають незначну вагу у мотивації куріння старшокласників, що дозволяє передбачати позитивний профілактичний вплив саме психокорекційних засобів. Отримані результати свідчать проте, що старшокласники-курці мають індивідуально-психологічні особливості поведінкових стратегій, які відрізняють їх від старшокласників не схильних до тютюнової адикції.

За даними літератури аддиктивна поведінка може бути пов'язана із недостатнім розвитком копінг-ресурсів та навичок активного вирішення проблем. При цьому відомо, що ведучою діяльністю у досліджуваному віці є спілкування, тому стає очевидним, що саме ситуації труднощів у спілкуванні потребують напруження копінг-механізмів підлітка. Стиль поведінки у конфліктних ситуаціях наочно виявляє ознаки індивідуальних стратегій подолання (табл. 2).

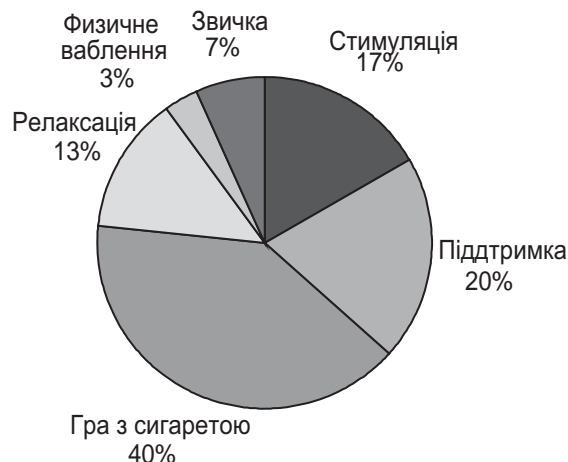


Рис. 2

Частота домінуючої мотивації куріння у старшокласників з аддиктивною поведінкою

Таблиця 2

Середні показники стилю поведінки старшокласників у конфліктних ситуаціях

Групи	Середні показники стилів за групами				
	Співпраця	Суперництво	Компроміс	Уникнення	Пристосування
ЕГ	4,59	7,89	6,63	5,26	5,63
КГ	7,39	5,71	7,18	5,39	4,32
Достовірність відмінностей між групами $p < 0,05$	0,001	0,005	0,416	0,819	0,043

Як видно з даних, представлених у табл. 2 у експериментальній групі переважає суперництво, як стиль вирішення ситуацій конфлікту та фрустрації, що може бути проявом протестних реакцій підлітків, що курять.

Статистичний аналіз показує що, вірогідні відмінності між результатами експериментальної та контрольної групи визначаються за стилями співпраця, суперництво та пристосування, тобто підлітки, які курять більш схильні до суперництва та пристосування і менш схильні до співпраці. Такі результати можуть свідчити про перевагу у міжособистісному спілкуванні відносин за типом домінування-підкореність, що може свідчити на користь ефекту групового тиску як фактору залучення до тютюнопаління досліджуваних підлітків.

За даними рис. 3 видно, що домінуючим стилем у обох групах є суперництво, що є психологічною ознакою віку, але старшокласники без адитивних стратегій у поведінці частіше

обирають засіб вирішення конфлікту відповідно до його ситуативних характеристик, про що свідчить невизначеність домінування стилю поведінки у 28,57% випадків. Таким чином, у старшокласників, які не курять більш різноманітний репертуар поведінкових реакцій у ситуаціях фрустрації. Крім того, необхідно зазначити, що хоча у кооперативних стратегіях для всіх досліджених старшокласників характерним є вибір компромісу (18,25% — ЕГ, 25,00% — КГ), для старшокласників, які курять, на відміну від контрольної групи пристосування домінує у 14,81% випадків.

Результати дослідження копінг-стратегій у старшокласників представлені у табл. 3 та на рис. 4.

Як видно з отриманих даних, у старшокласників-курців на відміну від контрольної групи стратегії пошуку соціальної підтримки та уникнення переважають стратегію вирішення проблем.

Таблиця 3

Середні показники копінг-стратегій у старшокласників

Групи	Середні показники стратегій копіngu за групами		
	Вирішення проблем	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблем
ЕГ	20,73	22,42	22,08
КГ	24,50	21,50	19,19
Достовірність відмінностей між групами $p < 0,05$	0,001	0,470	0,013



Рис. 3

Частота домінування стилів поведінки старшокласників у конфліктних ситуаціях

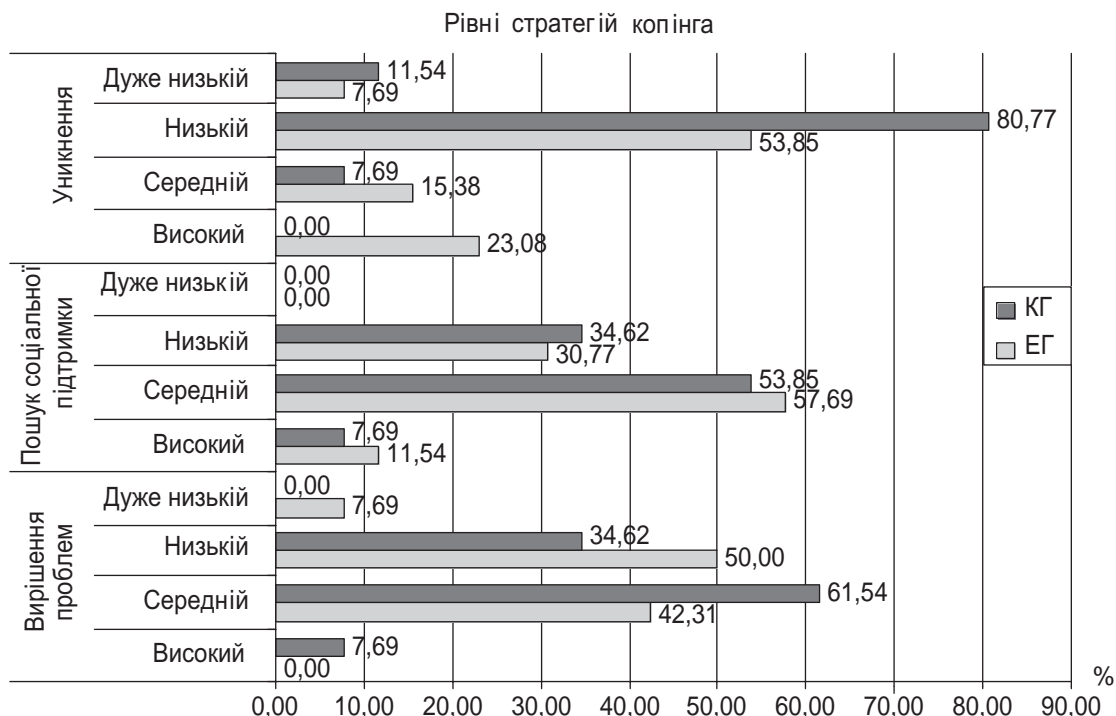


Рис. 4

Частота рівнів копінг-стратегій у старшокласників

Важливо відмітити, що результати досліджуваних груп за шкалою пошук соціальної підтримки статистично не відрізняються, що пояснюється віковими особливостями психічного розвитку.

У контрольній групі активні стратегії подолання домінують, тобто старшокласники використовують особистісні та соціальні ресурси для вирішення проблем, той час коли у експериментальній групі показник пасивної стратегії уникнення досягає значної ваги (22,08).

Як показують дані представлені на рис. 4, розвиток копінг-стратегій у досліджуваних групах має відмінності. У старшокласників-курців високий рівень стратегії вирішення проблем не відмічається, домінує низький (50,00%) та середній (42,31%) рівні. У експериментальній групі декілька вище розвиток копіngu за типом пошуку соціальної підтримки (11,54% — високий рівень та 57,69% — середній рівень). Щодо стратегії уникнення, то 23,08% старшокласників-курців мають високий рівень її розвитку, що може виступати однією з ведучих при формуванні дезадаптивної, псевдоподлаючої поведінки.

Результати дослідження поведінкових стратегій були піддані кореляційному аналізу. Було визначено, що рівень тютюнової залежності позитивно корелює із пристосуванням, поступкою у конфліктних ситуаціях ($r=0,60$) та негативно корелює із копінг-стратегією вирішення

проблем ($r=-0,50$); стратегія копіngu уникнення прямо пропорційно пов'язана із суперництвом у конфлікті ($r=0,54$), а стратегія вирішення проблем має зворотно пропорційні зв'язки із компромісом ($r=-0,55$).

Висновки

Таким чином, як показують результати дослідження високий рівень тютюнової залежності виявляється у 30,00%, середні — у 13,33% та низький — у 56,67% старшокласників-курців, що пов'язане із трансмісією аддиктивних моделей поведінки в сім'ї, при цьому тютюнопаління у старшокласників має психологічний характер, тобто завдяки курінню задовольняються психологічні потреби, а саме потреби у формуванні іміджу, полегшенні комунікації, психологічної підтримці та стимуляції активності, що дозволяє передбачати позитивний профілактичний вплив саме психокорекційних засобів.

Соціально-психологічні особливості індивідуальних поведінкових стратегій старшокласників-курців полягають у домінуванні пасивних копінг-стратегій, а саме стратегії уникнення проблем та пошуку соціальної підтримки, домінуючим стилем вирішення конфліктних ситуацій є суперництво, що може бути проявом протестних реакцій. У старшокласників, які не курять більш різноманітний репертуар поведінкових реакцій у ситуаціях фрустрації.

Позитивні кореляційні зв'язки рівня тютюнової залежності із пристосуванням у конфліктних ситуаціях та негативні кореляції із копінг-стратегією вирішення проблем дають змогу

стверджувати, що чинниками тютюнопаління у старшокласників є пасивні стратегії подолання фрустраційних ситуацій.

Література

1. Баранов, А. А. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, И. В. Звездина; Союз педиатров России [и др.]. — М.: Литтерра, 2007. — 213 с.
2. Основы психологии. Практикум / [ред. — сост. Л.Д. Столяренко]. Ростов н/д: «Феникс», 2000. — 576 с.
3. Профилактика табакокурения среди детей и подростков / [Н. А. Геппе и др.]; под ред. Н. А. Геппе. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 143 с.: ил.
4. Сосин И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Суханов В.И. Вредные привычки: причины и профилактика / В.И. Суханов, В.А. Макович. — Челябинск, 2006. — 375 с.
6. Фалькович Т.А. Подростки XXI века. Психолого-педагогическая работа в кризисных ситуациях: 8-11 классы / Т.А. Фалькович, Н.С. Толстоухова, Н.В. Высоцкая. — М.: ВАКО, 2007. — 256 с.
7. Ягодинский В.И. Убереечь от дурмана / В.И. Ягодинский. — М.: ЭКСМО — Пресс, 2005. — 282 с.
8. Табачник Д. В. Про вирішення питання щодо продажу тютюнових виробів біля навчальних закладів. Лист МОНмолодьспорт №1/11-8346 від 05.09.11 року.
9. Кулинич Г.Г. Вредные привычки, профилактика зависимостей: 8-11 классы. Советы психолога и врача / Г.Г. Кулинич. — М.: ВАКО, 2008. — 272 с.

Динаміка розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю у сільського населення України

Зінченко О. М.

Міністерство охорони здоров'я України

Резюме. В статті представлено аналіз статистичних показників стану розповсюдженості психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання алкоголю у сільського населення України за період з 2008 по 2010 роки. Виявлено основні особливості захворюваності та поширеності в регіонах України.

Ключові слова: алкогольна залежність, алкогольні психози, захворюваність, поширеність, наркологічна допомога.

The dynamics of mental and behavioral disorders due to substance abuse among rural population in Ukraine)

Zinchenko O. M.

Ministry of health Ukraine

Вивчення медико-демографічних та соціальних характеристик сільського населення дозволяє визначити негативні тенденції в формуванні його демографічної структури, що обумовлюється низьким рівнем народжуваності, міграцією, високою питомою вагою осіб пенсійного і перед пенсійного віку, а також цілим рядом чинників соціально-економічного характеру, у тому числі матеріальним неблагополуччям більшості сімей сільських жителів, недостатньою розвиненістю інфраструктури надання побутових і соціальних послуг населенню, невисоким рівнем санітарно-гігієнічних знань, в деяких районах з надмірним вживанням алкоголю, які призводять до наслідків, що впливають на якість життя сільського населення, і що виражаються у високих показниках соціально-значимих захворювань інвалідизації і смертності сільського населення.

Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що тягар пов'язаних з алкоголем проблем росте у багатьох країнах світу [1-7]. Згідно з експертними оцінками алкоголь є одним із факторів росту рівня загальної смертності населення, а також одним із факторів, що зумовлює більш високий рівень смертності сільського населення [6-8].

Збиток, що наноситься здоров'ю і життю зростаючою алкоголізацією суспільства, вимагає комплексного вивчення усіх сторін цього явища з урахуванням як загальнодержавних, так і регіональних умов.

Метою даної роботи було вивчення особливостей динаміки захворюваності та поширеності психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання алкоголю у жителів села за період з 2008 по 2010 роки.

Пристаючи до порівняльного аналізу вищезазначених показників в адміністративних

територіях України, слід підкреслити, що вони відображають лише офіційно зареєстровані дані. Значна кількість хворих з алкогольною залежністю продовжує знаходитися поза увагою лікарів-психіатрів і лікарів-наркологів. В той же час враховані показники захворюваності та поширеності психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання алкоголю є єдиним достовірним орієнтиром для аналізу динаміки наркологічної ситуації.

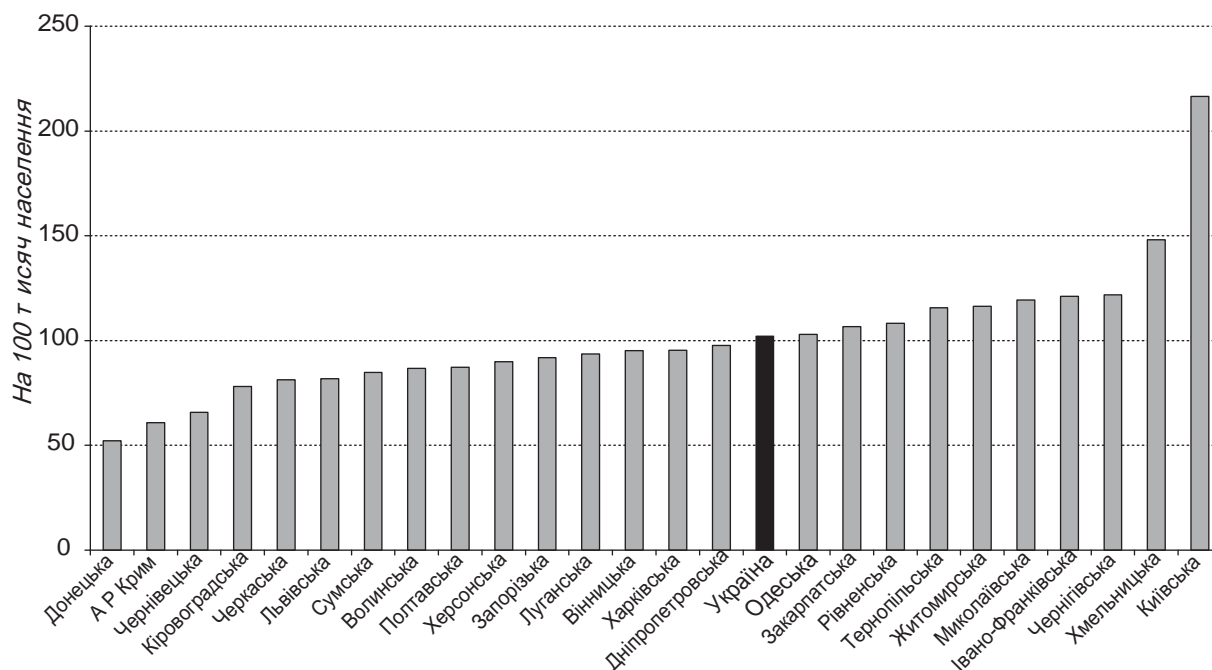
За даними офіційної статистики МОЗ України у 2010 році захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у жителів села становила 102,08 на 100 тис. сільського населення [9].

Порівняльний аналіз показника захворюваності на психічні і поведінкові розлади внаслідок уживання алкоголю (проведений за даними 2010 року) у регіонах країни свідчить про його значну варіабельність (рис. 1).

Як свідчать дані рис.1 найвища захворюваність на хронічні алкогольні синдроми у 2010 спостерігалась у Київській (216,46 на 100 тис. сільського населення) і Хмельницькій (148,13 на 100 тис. сільського населення) областях, а найнижча у Донецькій області (52,24) та АР Крим (60,91 на 100 тис. сільського населення).

Звертає на себе увагу те, що захворюваність на хронічні алкогольні синдроми у Київській області (перше місце у рейтингу) була в 4,14 разів (відповідно) більша, ніж у Донецькій області (останнє місце у рейтингу).

Проведений аналіз захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у сільського населення України свідчить про щорічні коливання показника захворюваності на хронічні алкогольні синдроми протягом 2008-2010 років (табл. 1).

**Рис. 1**

Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році захворюваністю розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у сільського населення

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) у сільського населення України

Показник	2008 рік	2009 рік	2010 рік
Абс. числа	19316	16218	14815
на 100 тис. сіль. нас.	130,7	110,84	102,08

В той же час динаміка захворюваності алкоголізмом в окремих адміністративних територіях в ці роки була різною, що дозволило умовно виділити серед них 2 групи. До 1-ої увійшли тільки 2 регіони (Івано-Франківська та Сумська області), в яких за досліджуваний період, захворюваність на хронічні алкогольні синдроми зросла в порівнянні з 2008 р. на 9,9% і 7,2% відповідно.

В інших регіонах України, які умовно було віднесено до 2-ої групи намітилась тенденція до зниження зазначеного показника.

Аналіз показника поширеності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) у сільського населення України за період з 2008 по 2010 роки свідчить про незначне збільшення з 1503,5 на 100 тис. сільського населення до 1504,14, або на 0,4%.

При цьому слід зазначити, що у ці ж роки показники поширеності хронічних алкогольних розладів в Україні складали 1338,91 на 100 тис. населення (2008 рік) і 1309,06 на 100 тис. населення (2010 рік).

Порівняльний аналіз показника поширеності хронічних алкогольних розладів у сільського

Таблиця 2

Динаміка показника поширеності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) у сільського населення України

Показник	2008 рік	2009 рік	2010 рік
Абс. числа	222208	220419	218302
на 100 тис. сіль. нас.	1503,5	1506,44	1504,14

населення України (проведений за даними 2010 року) свідчить, що у 11 регіонах зафіксовано перевищення середньоукраїнського показника, зокрема найвищі показники поширеності зареєстровано в Хмельницькій (2187,56 на 100 тис. сільського населення), Харківській (2093,76), Одеській (1890,59) та Чернігівській (1841,43) областях.

Найнижчі в Миколаївській (992,76 на 100 тис. сільського населення) та Донецькій (1079,16 на 100 тис. сільського населення) областях (рис. 2).

При цьому поширеність хронічних алкогольних розладів у сільського населення Хмельницької області (перше місце рейтингу) була у 2,2 рази більша, ніж у Миколаївській області (останнє місце у рейтингу).

Аналіз динаміки показників поширеності хронічних алкогольних розладів у сільського населення України в окремих адміністративних територіях за період з 2008 по 2010 роки дозволив виділити 2 умовні групи (табл. 3).

До першої віднесено 13 регіонів, в яких за досліджуваний період спостерігалось зростання показника поширеності хронічних алкогольних розладів.

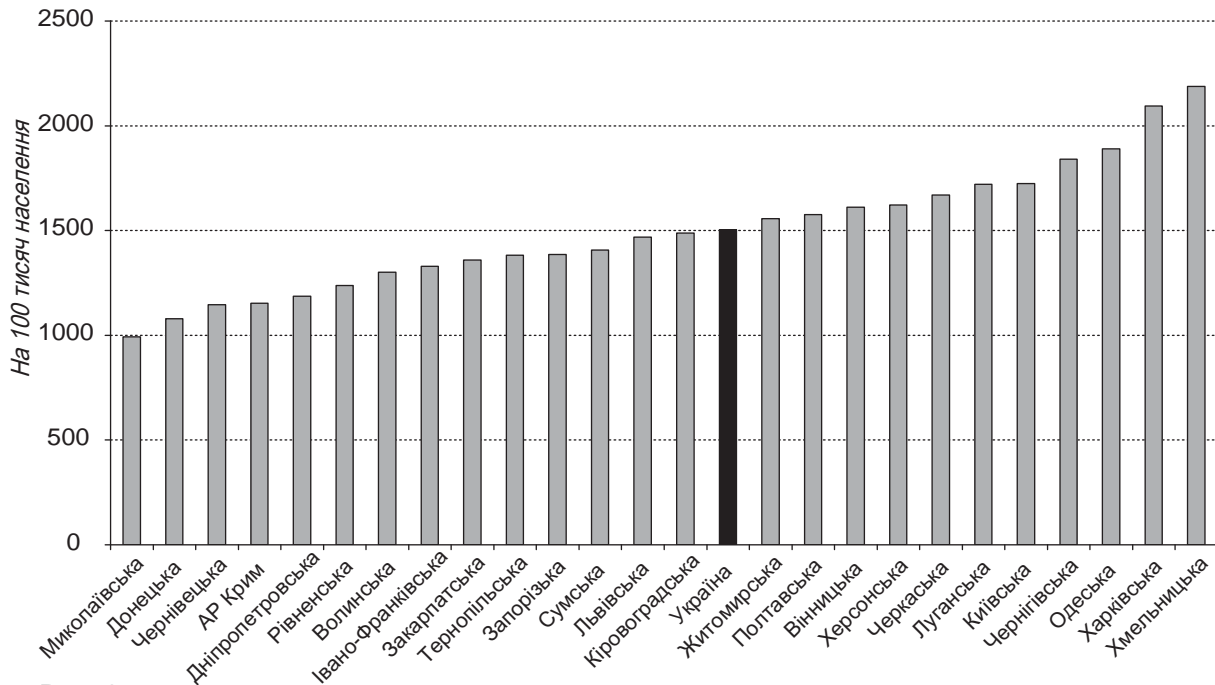


Рис. 2

Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році поширеністю розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у сільсько-го населення

Таблиця 3

Динаміка показників поширеності хронічних алкогольних розладів у сільського населення України в окремих адміністративних територіях (на 100 тис. сільського населення)

Група	Адміністративна територія	Показник поширеності	
		2008 рік	2010 рік
1 група	Вінницька	1564,8	1610,87
	Волинська	1275,6	1301,61
	Івано-Франківська	1267,6	1329,07
	Київська	1675,6	1724,09
	Кіровоградська	1474,5	1488,66
	Львівська	1405,9	1468,57
	Миколаївська	891,5	992,76
	Рівненська	1152,9	1238,39
	Сумська	1349,8	1406,61
	Тернопільська	1340,6	1382,55
	Харківська	2048,8	2093,76
	Хмельницька	2090,2	2187,56
	Чернігівська	1734,6	1841,43
2 група	АР Крим	1169,1	1152,95
	Дніпропетровська	1386,9	1186,60
	Донецька	1146,8	1079,16
	Житомирська	1646,0	1556,97
	Закарпатська	1379,2	1359,59
	Запорізька	1468,0	1386,13
	Луганська	1785,4	1721,30
	Одеська	1920,0	1890,59
	Полтавська	1649,0	1576,92
	Херсонська	1823,4	1621,39
	Черкаська	1703,2	1669,94
	Чернівецька	1146,5	1146,23

До 2-ої групи увійшли 11 регіонів, в яких зазначений показник мав тенденцію до зниження.

Слід зауважити, що, не дивлячись на зниження показників поширеності хронічних алкогольних розладів в окремих адміністративних територіях, що увійшли до 2-ої умовної групи, говорити про реальне поліпшення в них наркологічної ситуації було б передчасно.

Одним із індикаторів стану алкоголізації населення є рівень поширеності та захворюваності гострих психотичних алкогольних розладів або алкогольних психозів.

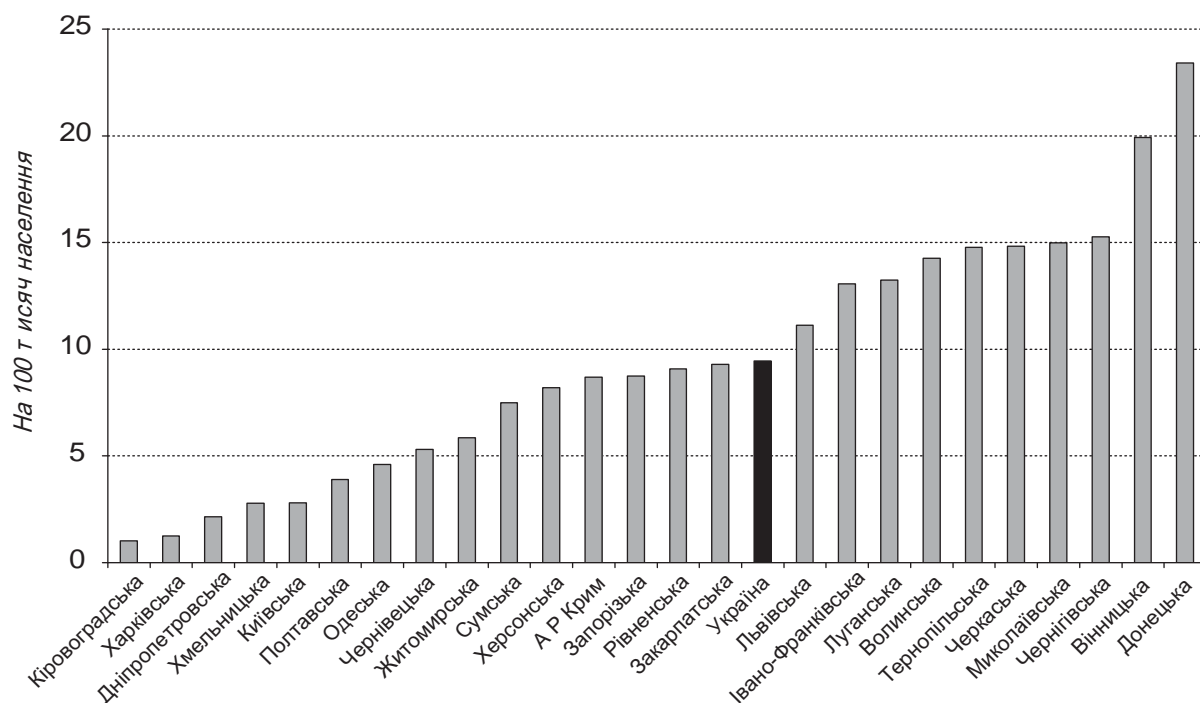
Захворюваність на алкогольні психози у сільського населення мала тенденцію до зменшення і склала у 2010 році 9,45 на 100 тисяч населення.

В різних регіонах України відзначалися коливання показника захворюваності на алкогольні психози від максимальних у Донецькій (23,42 на 100 тис. сільського населення) та Вінницькій (19,92 на 100 тис. сільського населення) областях до мінімальних у Кіровоградській (1,03 на 100 тис. сільського населення) і Харківській (1,25 на 100 тис. сільського населення) областях (рис. 3).

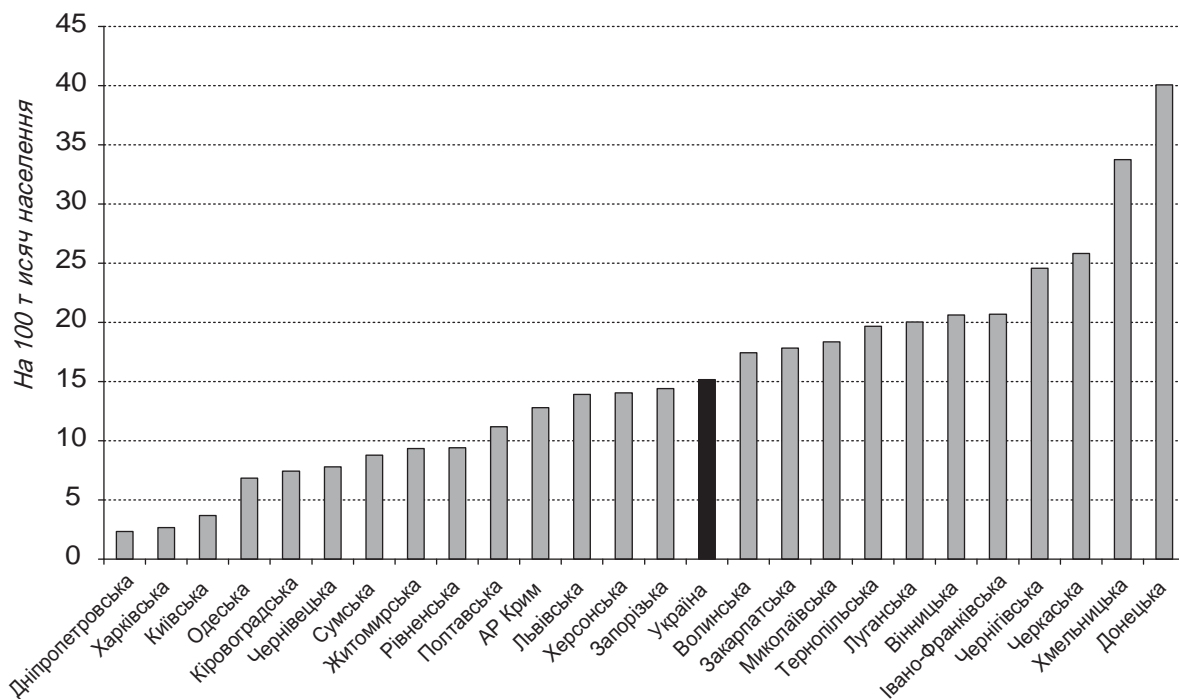
Таблиця 4

Динаміка показника захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) сільського населення України

Показник	2008 рік	2009 рік	2010 рік
абс. числа	2538	1717	1372
на 100 тис. сіл. нас.	17,2	11,73	9,45

**Рис. 3**

Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році захворюваністю на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) у сільського населення

**Рис. 4**

Рейтинги адміністративно-територіальних одиниць України, складені за зареєстрованою у 2010 році поширеністю гострих психотичних алкогольних розладів у сільського населення

Звертає на себе увагу значна різниця рівня захворюваності на алкогольні психози у Донецькій області (перше місце у рейтингу) і Кіровоградській областях (останнє місце у рейтингу)

Як свідчать дані офіційної медичної статистики протягом 2008-2010 рр. показник

поширеності алкогольних психозів у сільського населення також зменшився (табл. 5).

За зареєстрованими даними (рис. 4) найбільша поширеність алкогольних психозів спостерігалась у 2010 році (в порядку зменшення) в Донецькій, Хмельницькій та Черкаській

Таблиця 5

*Динаміка показника поширеності на на го-
стрі психотичні алкогольні розлади (алкоголь-
ні психози) сільського населення України*

Показник	2008 рік	2009 рік	2010 рік
Абс. числа	4087	2729	2200
на 100 тис. сіл. нас.	27,7	18,65	15,16

областях, а найменша (в порядку збільшен-
ня) — в Дніпропетровській, Харківській та
Київській областях.

Проведене нами вивчення даних офіцій-
ної медичної статистики свідчить, що протягом
2008-2010 років на фоні стабільно високих

показників поширеності розладів психіки та по-
ведінки внаслідок вживання алкоголю у сіль-
ського населення України намітилося зниження
захворюваності алкоголізмом і алкогольними
психозами. Проте поширеність розладів психі-
ки та поведінки внаслідок вживання алкоголю
залишається як і раніше високою в більшості
регіонів України. В цілому зниження зазначених
показників в останні 2 роки можна вважати пози-
тивною тенденцією проте для більш вираженої
оцінки ситуації окрім відомостей офіційної ста-
тистики необхідно використовувати дані інших
самостійних досліджень поширення зловживан-
ням алкоголем в популяції.

Література

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, Всемирная организация здравоохранения, 2010. — 48 с.
2. Edwards G. Alcohol policy and the public good /G.Edwards // Addiction. -1997. — Vol.92 (Suppl. 1). — P.73-79.
3. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и эпидемиологические параметры алкоголизма в Беларуси //Наркология. — 2008. — №11. — С.36-43.
4. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Кошкина Е. А. [и др.] //Наркология. — 2010. — N 4 (100). — С. 16-24.
5. Stickley A. Alcohol mortality in Russia; A historical perspective /A.Stickley, Y.Razvodovsky, M.McKee // Public Health. — 2009. — Vol. 123. — P.20-26.
6. Rehm J. Volume of alcohol consumption, pattern of drinking and burden of disease in the European region / J.Rehm, B.Taylor, J.Patra // Addiction. — 2006. — Vol. 101. — P. 1086-1095.
7. Заборовский Г.И. Алкоголь как фактор роста уровня смертности сельского населения /Г.И.Заборовский, Ю.Е.Разводовский //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2006. — №4. — С.43-46.
8. Rehm J. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in Central and Eastern Europe. /J.Rehm (el al.) //International Journal of Epidemiology. -2007. -Vol.36. — P.458-467.
9. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2008-2010 роки. Збірник МОЗ. — Київ 2008-2010 р.р.

УДК 616.89:340.624.6:615.214

Психиатрия при нацизме: проведение «Акции Т-4» с активным участием психиатров. Сообщение 3



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. У роботі на підставі джерел спеціальної літератури висвітлені особливості проведення акції «Т-4» по знищенню душевнохворих та інших осіб за активною участю психіатрів. Описуються переводи душевнохворих із психіатричних клінік в концтабори, програма «Милосердне умертвіння», робота «Громадської швидкої допомоги», способи умертвіння дорослих, дітей і заробітку на цьому грошей, спогади очевидців, приховання злочинів від народу.

Ключові слова: психіатрія, нацизм, умертвіння, душевнохворі, спогади.

Psychiatry at Nazism: conducting of «Action T-4» with active participation psychiatrists. Report 3

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. In work on the basis of sources of the special literature the features of conducting of action of «T-4» are lighted up on elimination mentally ill and other persons with active will become more frequent psychiatrists. Translations are described mentally ill from psychiatric clinics in concentration camps, program «The Merciful killing», work of the «Public first-aid», methods of killing of adults, children and earning money on there, flashbacks of eyewitnesses, concealment of crimes from people.

Key words: psychiatry, Nazism, killing, mentally ill, flashbacks.

*Смерть более универсальна, чем жизнь —
все умирают, но не все живут.*

Эндрю Сакс

Анализирую историю мировой психиатрии, D. Musto (1981) справедливо отмечает, что самый тяжелый период истории психиатрии был назван «трагическим злоупотреблением медициной во Второй мировой войне» [1]. Для понимания этого определения следует остановиться на ряде печально известных событий и фактов времен Второй мировой войны, в частности, нацистской психиатрии.

Итак, 30 января 1933 года Адольф Гитлер, уроженец Австрии, был избран канцлером

Рейха — главой правительства в Германии. Два месяца спустя, во время выборов в рейхстаг, проводившихся 5 марта, нацистская партия получила относительное большинство голосов, чуть менее 44%. Сформировал альянс с другой политической партией «Фронтом борьбы», нацисты объединили под своей эгидой большинство парламента и укрепили позиции А. Гитлера. В середине марта, менее двух недель спустя, Министр внутренних дел Герман Геринг объявил войну «грязи», т.е. людям «второго сорта». Сразу вслед за этим, 22 марта 1933 года, в Дахау начал действовать первый концентрационный лагерь, где должны были размещать и воспитывать бездомных. В то же

время, выступая перед своими генералами, Генрих Гиммлер, глава Schutzstaffel 1, — более известного как СС, — отдал приказ об уничтожении «людей второго сорта» [2].

Уже 14 июля 1933 года, менее чем через четыре месяца, был принят закон «О предотвращении рождения детей с заболеваниями, обусловленными генетическими причинами», вступивший в силу 1 января 1934 года. Основным поборником его был Эрнст Рюдин, директор Института психиатрии Кайзера Вильгельма в Мюнхене. В соответствии с этим законом программа стерилизации не ограничивалась какими-либо условиями. По некоторым оценкам количество стерилизаций, проведённых в Германии в период между 1933 и 1945 годами, колеблется от 100 000 до 350 000. Не исключено, что многие из тех, кто был насильно стерилизован, позднее погибли в застенках, где проводилась эвтаназия. В 1934 году, когда стартовала программа по принудительной стерилизации, суд по уничтожению наследственных заболеваний, — ужасающее название, — издал 62 000 приказов о стерилизации, из которых лишь 4 814 были отклонены. В 1935 году число таких приказов составляло более 71 000, из которых отклонили 9 000. Только безнадежно наивные люди могли поверить в то, что приказы о стерилизации издавались исключительно по политическим мотивам [2].

Небезынтересно, что в начале марта 1933 года врач психиатрической клиники Вюрцбурга и один из главных организаторов программы эвтаназии психиатр Вернер Гейде (который после войны избежал правосудия и продолжал психиатрическую практику под именем «доктора Саваде»), выписал из клиники пациента по имени Теодор Эйке. В. Гейде решил, что Т. Эйке, в прошлом закоренелый преступник, более не опасен. И вот этот Т. Эйке стал первым комендантом концлагеря Дахау, а в 1934 году был назначен генеральным инспектором и главой всех концентрационных лагерей. К 1936 году он уже командир подразделений СС «Мёртвая голова». В. Гейде вступил в нацистскую партию в 1933 году, а к 1935 году он уже был судебным заседателем Суда по уничтожению наследственных заболеваний — последней инстанции, принимавшей решения по поводу требований о стерилизации. И, наконец, 1 июля 1936 года В. Гейде стал консультантом гестапо.

В своей автобиографии, датированной 1 января 1939 года, В. Гейде написал: «В 1936 году меня... настойчиво попросили возглавить психоневрологическое и генетическое курирование концентрационных лагерей и взять на себя функции консультирования секретной государственной полиции (гестапо) в Берлине по вопросам психоневрологии» [3].

Начиная с 1937 года, преступников и постоянных правонарушителей систематически направляли в концлагеря. За этим последовали приказы «органам соцобеспечения» арестовывать также «бродяг, алкоголиков, тунеядцев, лиц, получающих пособия, и даже уже стерилизованных слабоумных женщин» [4]. В конечном итоге законом «О предотвращении рождения детей с заболеваниями, вызванными генетическими причинами» была подведена база под широко-масштабную «охоту на ведьм», апогеем которой стала программа эвтаназии [2, 4-6].

Требования становились всё более радикальными. А. Гитлер и его могущественный и пользующийся доверием помощник Г. Гиммлер, очищая нацию от «грязи», обратили теперь взоры на евреев. Они были убеждены, что евреи — носители всевозможных пороков. В их понимании еврейское население попадало под требования учения о расовой гигиене, разработанного Ф. Ленцем, Э. Рюдиным и прочими человеконенавистниками. В психиатрах они нашли добровольных сообщников, вместе с которыми можно было воплощать в жизнь свои безумные идеи. И это не удивительно. Ведь именно психиатры придали данному учению практическое развитие. *Нацисты поняли, что психиатры — это помощники по убеждению и при том услужливые помощники.*

Чтобы удовлетворять нуждам политической повестки дня рейха, психиатры придумали новые умственные расстройства. К примеру, профессор Вернер Филлингер, 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 чём идёт речь: «эндогенный» означает «зависящий от внутренних, то есть генетически обусловленных, характеристик». Таким образом, над ленивыми людьми и безработными нависла угроза устранения их из общества. Другой психиатр Фридрих Стумпфль, коллега Э. Рюдина по Институту психиатрии Кайзера Вильгельма, выдвинул теорию о том, 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» [7]. Подобное определение особенно цинично. При таком раскладе тех, кто не является слабоумным, можно отнести к «замаскированным слабоумным», если их присутствие в обществе нежелательно по политическим или иным причинам. Следовательно, любого, кто нормален,

но доставляет неприятности, можно назвать «слабоумным» — замаскированным, но, тем не менее, слабоумным — и по этой причине уничтожить [2].

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, на первый взгляд, вроде бы, на благо здоровья нации, в действительности был направлен против всех «тунеядцев», «правонарушителей», алкоголиков, бродяг, попрошайек и других «асоциальных элементов». Арестовывали практически каждого, кто был отнесён к категории людей, «обременяющих общество».

Уже в 1936 году, когда В. Гейде возглавил психиатрическую службу, началось систематическое направление душевнобольных из различных клиник в концентрационные лагеря. Позднее, в 1937 году, Рейх предпринял систематическую чистку приютов при церквях и благотворительных организациях. Людей, нашедших там кров и заботу, сначала перемещали в государственные клиники, а оттуда — в лагеря смерти. Примерно в это же время началась мощная пропагандистская кампания по «промывке мозгов» граждан (фильмы, плакаты с указанием финансовых затрат на лечение психически больных пациентов и т.п.) с целью получить их одобрение в деле легитимного политического устранения людей «второго сорта», заставить поверить их в гуманность планируемой к исполнению программы эвтаназии. Устраивались специальные экскурсии в психиатрические учреждения, во время которых посетителям доходчиво объяснялись суть евгеники и необходимость применения эвтаназии. Учащихся средних школ поощряли к тому, чтобы на выпускных экзаменах они писали сочинения

о ценности и пользе эвтаназии. Пропагандисты делали основной упор на том, что осуществление программы эвтаназии позволит государству сэкономить немалые средства и употребить их на благо здоровых, работающих членов общества [2, 8].

Документы свидетельствуют, что первое убийство под видом эвтаназии, произошло в 1939 году. Инициатива исходила от одного обмороченного пропагандой законопослушного немца. Он просил умертвить собственного ребёнка, родившегося с физическим пороком. А. Гитлер отдал департаменту юстиции распоряжение удовлетворить просьбу: ведь законы, запрещающие убийства, всё ещё действовали в Германии. Жестокую процедуру в этом случае, теперь известном как «дело младшего Кнауэра», по приказу свыше осуществил доктор К. Брандт, личный врач А. Гитлера.

После этого А. Гитлер приказал доктору К. Брандту и Ф. Бухлеру, начальнику канцелярии фюрера, лично «заниматься делами, аналогичными делу младшего Кнауэра» [9]. Так был организован дьявольский заговор против самых слабых и самых беззащитных — детей. Программа эвтаназии юных граждан зародилась в недрах канцелярии фюрера. Среди создателей программы убийства детей с физическими недостатками фигурируют доктор Карл Брандт, терапевт и хирург; доктор Гельмут Унгер, офтальмолог; доктор Эрнст Венцлер, педиатр; доктор Ганс Гейнце, психиатр; профессор Вернер Катель, детский специалист, работавший в клинике Лейпцигского университета.

18 августа 1939 года был издан секретный указ, согласно которому устанавливался государственный контроль над рождением всех детей с физическими недостатками. Документ сам по себе ужасный. В нём содержалось неременное требование — ущербных детей ставить на учёт. Указ касался всех детей, которые ещё только должны были родиться, а также всех детей, которые родились в предыдущие четыре года.

В июле 1939 года А. Гитлер созвал совещание, на котором присутствовали государственный секретарь Министерства внутренних дел Леонардо Конти, главный администратор офиса партии и рейхсминистр Мартин Борман, и глава рейхсканцелярии Ганс Генрих Ламмерс. Л. Конти было поручено руководить программой детской эвтаназии. В помощь ему придали Ф. Бухлера и доктора К. Брандта, которые помимо этого работали над программой эвтаназии взрослых людей. Позднее к ним присоединились Макс де Кринис из Берлинского университета, Карл Шнайдер из Университета Гейдельберга, Бертольд Кин из Университета Иены и Вернер

Гейде из Университета Вюрцбурга, где ему к тому времени уже было присвоено звание полного профессора, доктор Эрнст Венцлер из комитета по детской эвтаназии, его коллеги по комитету — доктора Гельмут Унгер и Ганс Гейнце, директора психоневрологических диспансеров доктор Герман Пфанмюллер из Эгльфинг-Хаара, доктор Август Бендер из Берлина и, позднее, профессор Поль Ницше из Зонненштейна.

Программа эвтаназии людей с физическими недостатками и душевнобольных была организована согласно рекомендациям Альфреда Хохе и Карла Биндинга [10]. Ещё в 1920 году А. Хохе предложил создать комиссию, которая руководила бы эвтаназией «людей, представляющих собой бремя для общества», а К. Биндинг выдвинул идею устранить запреты на убийства, предусмотренные законодательством? Почти через двадцать лет программа эвтаназии была учреждена в точном соответствии с представлениями А. Хохе, К. Биндинга и их соратников. Теория ненависти, возникшая во времена республики, когда в ней правил закон, стараниями демагогов тоталитаризма превратилась в кошмарную реальность в эпоху диктатуры А. Гитлера [11].

Главным стратегом кампании по уничтожению «людей второго сорта» был Ф. Бухлер, пользовавшийся большим доверием А. Гитлера. Ф. Бухлер помог К. Брандту сформулировать политику эвтаназии на основе прецедента дела младшего Кнауэра. Помощь Ф. Бухлеру оказывали и тщательно отобранные, политически благонадежные психиатры и терапевты. Эта кампания стала известной как операция «Милосердное умерщвление». Милосердие, конечно, тут было ни при чём.

В конце июля 1939 года Ф. Бухлер с командой собрались в Берлине, чтобы тщательно обдумать, как лучше провести операцию «Милосердное умерщвление». В это предвоенное время надо было загодя подумать о том, чтобы обеспечить наличие достаточного количества мест в госпиталях для будущих раненых. Говорили, что эта проблема и обсуждалась на встрече. А. Гитлер, будучи очень щепетильным в вопросах внешней политики, отверг все решения, связанные с легализацией эвтаназии. Тем не менее, он пообещал всем участникам программы, что их не будут преследовать за формально противозаконную деятельность. Все, кроме Макса де Криниса, согласились сотрудничать в рамках программы «Милосердное умерщвление». Врачи предложили и обсудили несколько методов убийств. В конце концов, пришли к выводу, что наиболее эффективным для уничтожения людей является угарный газ

(окись углерода). Контракт по производству газа был заключён с «И.Г. Фарбен индустри», крупным немецким производителем химической продукции [2].

1 сентября 1939 года, когда германские войска вторглись в Польшу и началась Вторая мировая война, было отдано официальное распоряжение прекратить стерилизацию и одновременно издан приказ, согласно которому Ф. Бухлеру и доктору К. Брандту разрешалось «давать полномочия пока ещё не названным врачам» совершать «милосердное умерщвление». Начиная с этого дня, стерилизацию можно было осуществлять только в отдельных случаях. Программа эвтаназии ещё не была окончательно подготовлена должным образом, а в Мезерице, земля Померания, (ныне в Польше) уже собрали для уничтожения первых душевнобольных. Без особых формальностей их спешно расстреляли в лесу эсэсовцы. Тела несчастных тайно закопали в общих могилах. Лишь в 1945 году, когда к Мезерицу приблизились советские войска, немецкие солдаты вскрыли эти могилы и сожгли останки людей. Таким образом, были убиты 3 500 пациентов из клиник для душевнобольных в Померании.

Спустя месяц, 9 октября 1939 года, последовало распоряжение, что психиатрические клиники Третьего Рейха обязаны были всех своих амбулаторных и стационарных больных учесть согласно перечню видов болезней, приложенному к этому распоряжению. Циркуляр, изданный доктором Л. Конти, главой службы внутренних услуг Министерства здравоохранения Третьего Рейха, намеренно был написан так, чтобы создать ложное впечатление, что его целью является улучшение организации содержания пациентов в связи с военной обстановкой.

На основании этого перечня психиатрические больницы должны, были составлять и направлять в Министерство отчеты обо всех лицах, находящихся под опекой, или страдающих от разнообразных недугов. В перечне, помимо всего прочего, значились такие болезни как эпилепсия, дряхлость, различные виды паралича, слабоумие, шизофрения и другие психические недуги. Предписывалось отчитываться не только о больных людях, но также и об осужденных на срок пять или более лет, обладающих «характером преступника», о тех, «чья кровь не является немецкой и кто не принадлежит к народам, родственным немцам».

Наряду с этим быстро шли приготовления к массовым казням, которые должны были проводиться с санкции правительства. 12 октября 1939 года, три дня спустя после выхода распоряжения Л. Конти, был приобретён замок Графенек, и там вскоре начались необходимые

технические и технологические приготовления, руководство которыми осуществляли доктор Виктор Брак и доктор Вернер Гейде. Первая пробная казнь в газовой камере состоялась в Бранденбурге в январе 1940 года. Указ А. Гитлера от 1 сентября 1939 года в какой-то мере узаконил эвтаназию, и под эгидой правительства план уничтожения определённых слоев немецкого общества продолжал совершенствоваться [2].

Несколько удивляет то, что за исключением этого секретного указа, не существовало никакой законодательной базы, позволяющей проводить эвтаназию. «Все посвящённые знают, что Гитлер отказывается от юридического регулирования вопроса об эвтаназии по политическим причинам». Другими словами, все посвящённые понимали: то, что произойдет в лагерях смерти, произойдёт по приказу А. Гитлера, и явно противоречит действующему законодательству Третьего Рейха; все посвящённые знали об этом и потом, когда казни уже начались.

Более того, выражения, в которых было составлено секретное разрешение А. Гитлера, даже если допустить самое вольное их толкование, не могут, исходя из их явного смысла, быть интерпретированы как санкция на умерщвление душевнобольных людей и вообще всех людей «второго сорта», доставляющих обществу беспокойство. Очевидно, что существует два возможных объяснения последовавшего за этим геноцида. Либо А. Гитлер хотел, чтобы произошло именно то, что произошло; либо разрешение, данное А. Гитлером, было воспринято верхушкой психиатрии в Германии как зелёный свет для воплощения в реальность тех садистских теорий, сочинением которых занималось целое поколение психиатров. Либо, очевидно, верно одновременно и то, и другое. Именно здесь объединили свои усилия политики, стоявшие у власти, и психиатры, вынашивавшие идеи ненависти.

В Берлине была основана Рабочая ассоциация санаториев и приютов республики. Цель — собирать вместе «людей второго сорта» и убивать их. Ее штаб-квартира располагалась в особняке Колумбусахаус на Постдамплац, но в апреле 1940 года она переместилась в новый офис на Тьергартенштрассе, 4. Отсюда ее кодовое обозначение — «Т-4». Ничто в облике здания не наводило на мысль о том, что внутри творятся кошмарные дела, превосходящие ужасы, описанные в готических романах. К началу октября 1940 года определились с количеством людей, которых следовало умертвить: 70 000. Сама постановка вопроса о цифре квоты вызывает отвращение.

Внедрение проекта «Т-4», связанного с эвтаназией, в который было вовлечено гражданское население Германии (не только евреи), началось перед войной и продолжилось в первые ее годы, однако было официально приостановлено, когда целые семьи узнали о его существовании. Иными словами, **программа умерщвления «Т-4»** («Акция Тьергартенштрассе 4») — официальное наименование евгенической программы немецких национал-социалистов по стерилизации, а в дальнейшем и физическому уничтожению душевнобольных, умственно отсталых и наследственно 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 [12].

Программа предусматривала в рамках расовой гигиены «очищение» арийской расы от людей, существование которых, как утверждалось в рамках господствующих представлений, влияло на появление здорового потомства, — прежде всего это коснулось пациентов психиатрических клиник, а также тех лиц с психическими расстройствами, которые выявлялись через врачей амбулаторного звена и частных психиатров. Оправдательным мотивом служила высокая стоимость содержания и лечения, что было использовано нацистской пропагандой с целью вызвать ненависть к «психически неполноценным», как к бесполезным членам общества, на лечение которых уходят средства налогоплательщиков. Поначалу практиковалась стерилизация больных согласно «Закону о предотвращении (рождения) больного потомства». Считалось, что люди с психическими расстройствами и наследственно больные не могут приносить пользу обществу и в целях экономии государственных средств должны быть ликвидированы [12].

Когда нацистская «расовая гигиена» стала осуществляться, категории лиц и групп, считавшихся «биологически угрожающими здоровью страны», были существенно расширены, иногда в них включали даже лесбиянок как не дающих потомства. В конце концов, нацистские порядки проведения расовой гигиены достигли высшей точки в холокосте. Под прикрытием Второй мировой войны и используя войну как предлог, национал-социалисты ещё более радикализировали расовую гигиену. Вместо положительной евгеники управления воспроизводством и браком они просто устраняли лиц, которых считали биологической угрозой. Уничтожению подлежали все евреи, как «загрязняющие» расу, цыгане, в качестве социально опасных элементов общества, и некоторые другие меньшинства. Даже после издания приказа по прекращению

программы уничтожение продолжалось. В медицинских клиниках, ставших центрами по уничтожению людей, стали умерщвлять не только пациентов, но и направляемых туда нетрудоспособных узников концентрационных лагерей и больных представителей «низшей расы» — «остарбайтеров», то есть бесплатной рабочей силы: евреев Восточной Европы и людей, пригнанных в Германию на работу (в основном женщин и детей) из СССР. Сами отделы по транспортировке из программы уничтожения «Т-4» были переведены в систему концлагерей. Чиновники из «Т-4», Франц Штангль и Кристиан Вирт, стали начальниками лагерей смерти Треблинка и Белжец, которые стали образцом для всех лагерей [12-14].

Психиатр В. Гейде переехал из Вюрцбурга в Берлин, чтобы стать медицинским директором «Т-4» и координировать деятельность примерно 30-ти консультантов, большую часть которых составляли психиатры. Были выбраны три врача, которые должны были решать судьбу каждого человека, изучая полученные досье на пациентов. Они приходили на адрес почтового ящика «Т-4» (последнее делалось для того, чтобы сохранить в тайне его местоположение), *которое финансировалась казначейством нацистской партии.*

Организация отбора людей для уничтожения была очень хорошо продумана. Для этого учредили компанию «Общественная скорая помощь». Перевозили приговоренных к смерти людей из больниц, домов милосердия, приютов вполне легально на основании государственных распоряжений (например, распоряжение Х 4792 Министерства внутренних дел земли Вюртембург). Правительства других земель Третьего Рейха также издавали подобные директивы [2].

«В настоящей ситуации становится необходимым переместить большое количество пациентов санаториев и приютов». Перевозка людей, предназначенных для убийства, была обставлена так, чтобы служащим приютов и церковных благотворительных организаций оставалось только догадываться об истинном смысле действий правительства. Тем не менее, многие руководители частных пансионатов были приватно осведомлены, куда и зачем увозят их пациентов, либо догадывались об этом. Солдаты загоняли пациентов как скот на железнодорожные платформы, им делали инъекцию лекарства, которое называли «седативным препаратом». На самом деле кололи огромную дозу скополамина, сильного препарата, расслабляющего мышцы. Имеются свидетельства того, что инъекции делались одной иглой большому количеству пациентов.

«...Через несколько минут с больными происходил шок: на губах выступала пена, нарушалась способность членораздельно говорить, выпучивались глаза, немели конечности...» [15].

Пациентов отправляли на тот свет прямо по пути следования в грузовиках, специально изготовленных для этой цели. Смертоносный газ подавался внутрь герметично закрытой камеры, устроенной в кузове. Когда вопли прекращались, солдаты вытаскивали из грузовиков мёртвых и полумёртвых людей и закапывали их в общих могилах в близлежащем лесу. Тех, кого не убил газ, добивали выстрелами в голову.

Тем временем штаб по осуществлению программы эвтаназии в Берлине спешными темпами готовил специальные помещения к приему обреченных на смерть людей. Были размещены заказы на специальные печи крематориев. Рядовые немцы не знали ничего об этих зловещих приготовлениях.

Первые убийства с помощью окиси углерода были совершены в январе 1940 года в санатории в Бранденбурге под руководством Виктора Брака и Вернера Гейде. Со всех, кто присутствовал при проведении этой акции, взяли подписку о неразглашении тайны. Камера смерти представляла собой душевую комнату, предназначенную для помывки пациентов. В водопроводных трубах, проходивших вдоль стены, были просверлены маленькие дырочки, через которые газ мог проникать в герметично закрытую комнату. В двери имелся глазок для наблюдения [16].

«Вот как происходило первое убийство газом. Медсёстры привели в «душевую комнату» примерно 18-20 человек. Людей заставили раздеться в предбаннике. Затем за ними закрыли дверь. Люди спокойно вошли в комнату и не выказывали признаков беспокойства. Приблизительно через одну минуту люди просто упали или легли на скамейки. Никакого шума и паники. Ещё через пять минут комнату проветрили. Эсэсовцы уложили трупы на особые носилки и отнесли их к печам крематория» [17].

«Особые носилки» были специально сделаны так, чтобы тела можно было засовывать в топку подобно тому, как булочник ставит противень с хлебами в печь. После отравления газом не проводилось никакого медицинского освидетельствования. Предполагалось, что люди были мертвы, но не более того. Таким образом, вовсе не исключено, что некоторые из них, в действительности, были кремированы живыми.

Успех этого пробного убийства был очевиден. Специально оборудованные для этого учреждения возникли повсеместно в оккупированной Польше. Всё было устроено как в Германии: «душевые комнаты», грузовики с газовыми

камерами и, вдобавок, пулемёты. Чтобы избежать подозрений, грузовики были окрашены в один цвет с грузовиками компании «Кофе кайзера». В осуществлении этих коварных планов Третьего Рейха активную помощь оказывали сотрудники немецких киностудий [18].

Это злодейство от народа скрывали. Родные жертв газовых камер узнавали об их неожиданной смерти от руководителей «Рабочей ассоциации санаториев и приютов». Смерть всегда объяснялась «естественными причинами», вызывающими доверие: остановка сердца, инсульт или еще что-то подобное. Умы всех людей полностью занимала война, поэтому эвтаназия оставалась в тени, вне подозрений. Но по мере того, как число убийств возрастало, многие люди заметили, что причиной смерти их родственников называли болезни, которыми те совершенно не страдали. Это настораживало их. Они стали задавать вопросы и жаловаться. Да и служащие больниц, откуда увозились пациенты, быстро всё сообразили: сотрудники «Общественной скорой помощи» всегда отдавали им одежду их пациентов, которых они больше не видели. В конце концов, и простые люди также всё поняли, но уже было слишком поздно. Жернова мельницы под названием «Милосердное умерщвление» крутились вовсю. Операцию «Милосердное умерщвление» её устроители на своём жаргоне называли «эвакуацией» или «дезинфекцией». Дело спорилось.

Из государственных и частных санаториев и приютов в штаб-квартиру «Т-4» стало поступать всё больше и больше перечней лиц с указанием их болезней. Их изучала группа консультантов. Они отмечали фамилии тех, кого следовало убить, красным знаком «+», а тех, кому было позволено жить дальше, — голубым знаком «-». Были ещё два главных консультанта. В случае какого-либо сомнения они принимали окончательное решение. Одного из главных консультантов, как известно, звали доктор Вернер Гейде, а другого — доктор Герберт Линден. Позднее Г. Линдена заменил профессор-психиатр Пол Ницше. Окончательное же решение принимал Виктор Брак (который к тому времени работал под фамилией Йенерштейн). По образованию он был экономист и ничего не понимал в медицине, тем более в психиатрии.

Учреждения для осуществления убийств, наподобие бранденбургского (с «душевыми» комнатами и печами крематория) были построены в Графенеке, Зонненштейне и Хартейме (последний находится в Австрии). В конце 1940 года учреждения в Бранденбурге и Графенеке закрыли, но зато открыли в Гадамаре и Бернбурге.

Правительственным органам Рейха, как ни странно, присуща была бюрократическая

манера работы, обусловленная большим количеством инструкций. Даже при осуществлении программы «Милосердное умерщвление» необходимо было придерживаться регламентирующих правил. Но бюрократические препоны не останавливали психиатров. Они продолжали активно действовать. Когда в августе 1941 года А. Гитлер официально остановил проведение эвтаназии, «Т-4» уже достигла своей квоты в 70 000 человек. В действительности, «Т-4» перебрала свою квоту на 273 человека. Все эти убийства осуществлялись лишь потому, что власти Германии озаботились «полезностью» людей. Вопросы полезности регламентировались внутренними документами «Т-4»: «Производить уничтожение всех, кто неспособен продуктивно работать, а не только лишенных рассудка» [19].

Консультанты, возглавлявшие учреждения смерти, заработали немало денег. В октябре 1940 года психиатр-консультант по эвтаназии получал по 100 марок за работу с одним заполненным досье с пределом в 500 досье. Можно было заработать и больше. Любой особо прыткий администратор зарабатывал и 200 марок, пока число обработанных им досье не возрастало до 2000, и 300 марок за каждое дополнительно обработанное досье, вплоть до 3000. Если эта цифра была превзойдена, платили по 400 марок за каждое дополнительно обработанное досье. Поэтому неудивительно, что психиатры штамповали смертные приговоры как на конвейере.

Например, психиатр доктор Герман Пфанмюллер завершил работу с 2000 регистрационных форм всего за три недели, в то время как другой психиатр, доктор Шрек, согласно его собственному свидетельству, за 9 месяцев «очень добросовестно» отштамповал 15000 форм. Стремление заработать состояние, просто оформляя смертные приговоры, заглушило в психиатрах последние остатки гуманности.

Люди, работавшие на фабриках смерти, зарабатывали лучше, чем они могли зарабатывать, где бы то ни было в Рейхе. И не только потому, что им больше платили, они также присваивали и использовали продовольственные талоны тех людей, которых убивали. Пациентам с золотыми зубами перед уничтожением рисовали на спине крест. Это был знак персоналу крематория. Зубы выдёргивали и посылали в главный офис.

Во время проведения кампании по эвтаназии трое из каждых четырёх пациентов, больных шизофренией, приговаривались к смерти, несмотря на тот факт, что тогда определение термина «шизофрения» было весьма туманным. По всей видимости, фигурировавшее в регистрационных досье слово «шизофреник»

являлось неким всеобъемлющим кодовым обозначением «неугодного пациента». Другой очевидной мишенью были пациенты, проживающие в приютах при церквах. Те, кого направили оттуда для эвтаназии, значились как слабоумные — 34%, идиоты — 23%, эпилептики — 16%, шизофреники — 12% процентов.

Итак, в то время как вся остальная Европа и весь мир обсуждали относительные достоинства и моральную сторону смертной казни за такие преступления, как убийство или измена, немецкое правительство на практике приговаривало людей к смерти только потому, что они были больными, слабоумными или представляли собой экономическое бремя.

Примечательно также то, что пациентов из университетских психиатрических больниц и клиник никогда не забирали в учреждения смерти. Согласно доктору Г. Линдену, в этих клиниках, «за редким исключением... нет пациентов, находящихся там в течение длительного срока». Таким образом, «демонстрационный человеческий материал» университетских клиник был пощажён. По иронии судьбы, преступников, которые избежали смертного приговора и были как душевнобольные отправлены в сумасшедшие дома, всё равно, в конце концов, казнили. Их «судьями» были консультанты «Т-4», чей доход напрямую зависел от количества вынесенных смертных приговоров.

Значительно позднее — в 1961 году — В. Гейде сам признал, что консультантам был отдан приказ «судить преступников особенно строго».

Происходили, конечно, и ошибки. Например, жертв путали с их тезками. Стали для верности на спине жертвы прикреплять ярлык с написанным на нём именем. Но всё равно происходили ошибки с пациентами, носившими такие распространённые фамилии, как Келлер или Мюллер.

Например, пациента по фамилии Келлер перевезли в лагерь смерти вместе с бумагами другого пациента тоже по фамилии Келлер. Извещение о смерти послали родственникам того Келлера, чьи бумаги были ошибочно посланы в лагерь. Позднее ни в чём не виновного Келлера, безобидного, слегка невротичного художника, всё равно приговорили к эвтаназии только для того, чтобы исправить ошибку в документации.

Дискутируют о том, проходили ли массовые убийства также спокойно, как описывает свидетель «пробного прогона». Но ведь отчёты о пробных умерщвлениях исходили от самих убийц, которых трудно заподозрить в сочувствии к своим жертвам. Им совсем не хотелось выставить себя замешанными в деяния, которые по праву можно назвать зверствами.

Очевидец из Гадамара описал процесс убийства, совсем по-иному, нежели организаторы казни: «Там (в глазок)... я увидел в предбаннике где-то 40-50 плотно набившихся мужчин, которые медленно умирали. Некоторые лежали на полу, другие свалились, у многих были открыты рты, как будто им не хватало воздуха. Такую смерть нельзя назвать гуманной. Я наблюдал за этим процессом приблизительно две-три минуты, и ушёл, потому что больше не мог выносить этого зрелища, так как мне стало дурно».

Все те, кто обслуживал процедуру казни, давали подписку о неразглашении, иногда — под страхом смерти. И всё же слухи поползли. Поражает то, что друзья и родственники жертв не подняли шума. Гнева немецкого населения могло быть достаточно, чтобы остановить бойню. Ведь А. Гитлер боялся осложнений во внутрисполитических делах больше, чем во внешнеполитических. Он всё ещё беспокоился о своём имидже в глазах собственного народа, дорожил связями с общественностью.

Психиатры, участвовавшие в программах смерти, выполняли свои обязанности очень добросовестно. На каждого убитого человека заводилось дело. Офис регистрации всегда должным образом извещали, когда необходимо было исправить бюрократическую ошибку, подобную той, что произошла с Келлерами. Иногда на поверхность всплывали странные факты административной неразберихи как, например, в случае с заключённым В. Вернером. Его намеревались выпустить на свободу 15 июня 1940 года, а 26 марта того же года он, тем не менее, был умерщвлён. Диагноз — «плеврит». Или другой случай с доктором Фридрихом Ф. Он находился под следствием по обвинению в письменной клевете, был оправдан, но помещён в психиатрическую клинику. Немного погодя, сразу после перевода в учреждение в Бранденбурге, он умер «в результате сердечного приступа». У его жены возникли подозрения, после того как она получила противоречивую информацию о месте кремации.

Всякая отвратительная тайна, известная более чем одному человеку, перестаёт быть секретом. Так случилось и с программой «Милосердное умерщвление». Административные ошибки бюрократов усугубляли подозрения. Когда в обществе набралось достаточно информации, люди составили для себя полную картину того, что происходит на самом деле. В одном случае две урны с прахом отослали одной и той же семье; в другом — родители получили новость о «смерти» их душевнобольного ребёнка вместе с урной. Странно, ведь лишь несколько дней тому назад они приводили своего сына из больницы домой. Административная

система регистрации смерти приговоренных к эвтаназии всё больше и больше давала сбои. Выявлялись парадоксальные нестыковки. Например, причиной смерти одного несчастного в извещении родственникам был назван аппендицит, хотя умершему удалили аппендикс за много лет до того.

Тем временем чиновники «Т-4» усмотрели в массовых казнях ещё одну неплохую возможность для собственного обогащения. Суть её заключалась в следующем. Между днём, когда пациенту проводилась эвтаназия, и датой, когда родственникам посылалось известие о смерти, существовал значительный временной промежуток. Так вот, можно было выставить счета и получать деньги за предоставление места в учреждении пациенту, якобы ещё живому. Ко времени передачи поста своему преемнику Ганс-Иоахим Беккер (прозванный «миллионер Беккер») сумел положить, таким образом, на личный банковский счёт 14 миллионов марок. Позднее Г.-И. Беккера поймали на мошенничестве, а деньги его перевели в казначейство нацистской партии.

Коррупционеры были и многие другие психиатры, и сотрудники «Т-4». Ранее уже отмечалось, что для поддержки этих программ смерти со стороны населения проводились шумные пропагандистские кампании. Людей убеждали в том, что программы экономически выгодны. В 1939 году были заказаны даже два фильма на тему эвтаназии — «Существование без жизни (жизнь без жизни)» (автор — доктор Кампфер) и «Душевнобольные» [20].

В первом фильме безумие преподносилось как генетический дефект, а душевнобольные изображались как некие причудливые странные существа и доказывалось, что забота о больных обходится: слишком дорого, а лечить их бесполезно, потому что причины заболеваний заложены в генах.

Во втором фильме неизлечимость пациентов психиатрических учреждений «научно» подтверждалась тем фактом, что их нельзя: «вылечить» даже с помощью электрических и инсулиновых шоков. В фильме демонстрировались рабочие будни психиатров «Т-4» в их штаб-квартире. В заключительной сцене фильма снят даже процесс убийства газом. Однако этот фильм так никогда и не был выпущен, равно как и другой фильм, снятый в 1941 году. Последний нельзя было выпускать на экраны по моральным соображениям. В нём в качестве жертвы эвтаназии, выбрали женщину, чьим единственным недостатком был рассеянный склероз.

Можно дискутировать по поводу того, знал ли А. Гитлер о том, какие масштабы приняла кампания эвтаназии, на проведение которой он

дал добро, осознавал ли он это. Доподлинно известно только то, что в 1941 году, меньше чем через два года после выдачи санкции на проведение эвтаназии, он остановил её. Почему А. Гитлер передумал? Вряд ли можно ответить на этот вопрос. Мы можем только строить догадки, исходя из того, что говорят об этом различные свидетели.

Один из них — психиатр по фамилии Менекес, участник программы эвтаназии в институте Эйхсберга пишет: «Однажды Гитлер ехал специальным поездом из Мюнхена в Берлин. Поезду пришлось остановиться в Гоге. Пытаясь понять причину остановки, Гитлер подошёл к окну вагона и был замечен столпившимися снаружи людьми. Эти люди ранее видели, как перевозят душевнобольных пациентов и знали, куда их везут. Увидев Гитлера, толпа разъярилась. Эта демонстрация недовольства побудила его отменить эвтаназию» [15].

Из другого документа видно, что А. Гитлер сделал попытку дистанцироваться от этой программы: «По свидетельству врача института в Виссене, прекращение убийств было умело использовано. Специально распространили слухи о том, что это произошло по приказу А. Гитлера, который до того не знал об убийствах» [15].

Существует третья версия, которая кажется наиболее правдоподобной. В августе 1941 года квота людей, отобранных для эвтаназии, была исчерпана, и именно тогда А. Гитлер остановил программу. Однако это был далеко не конец злодейским опытам.

Уже в начале 1941 года зародился план использования страшного опыта «Т-4» для разгрузки переполненных концентрационных лагерей от тех, кого нацисты считали балластом. План получил кодовое название «14f13». В действительности он являлся лишь подготовительным этапом новой программы «Окончательное решение», которая предусматривала уничтожение евреев.

К 1941 году психиатры поднатерели в технике массового уничтожения людей. А. Гитлер и другие руководители Третьего Рейха жаждали того, чтобы они широко применили свои смертоносные технологии в концентрационных лагерях. Начиная с апреля 1941 года, психиатры начали посещать концентрационные лагеря, и среди них — В. Гейде и П. Ницше, ведущие консультанты «Т-4». Сам П. Ницше впоследствии признал, что «убийства в концентрационных лагерях происходили точно таким же образом и с использованием точно таких же регистрационных форм, как и в домах для сумасшедших».

В концлагерях всё шло как по маслу. Ведь был немалый опыт недавнего прошлого,

полученный в результате умерщвления больных и маломощных людей из психиатрических лечебниц. Сначала регистрация «больного» узника, затем доставка его при посредничестве «Общественной скорой помощи» в институты в Бернберге, Хартейме и Зоннештейне и удушение в газовой камере.

Отбирали на смерть прежде всего евреев, поляков, преступников и пацифистов. В институтах, где осуществлялись убийства, несмотря на то, что в августе 1941 года А. Гитлер прекратил программу эвтаназии, работы не убавилось. Правда, родственникам больше не высылались соболезнующие письма и не выдавались свидетельства о смерти. Официальной датой смерти теперь считалась дата помещения заключённого в концентрационный лагерь.

Кампания по уничтожению евреев, схваченных в Польше, началась с сентября 1941 года. Она проводилась с использованием методов «Т-4». Правда, отправлять канистры с газом на восток было слишком накладно, поэтому решили наладить производство газа на месте. Остановились на газе синильной кислоты, известной как Циклон Б. Он производился компанией DEGESH (сокращение от «Германская корпорация по сдерживанию вредителей», DEGESH была дочерним предприятием «И.Г. Фарбен»). Первыми жертвами убийства с помощью этого газа стали две дюжины русских военнопленных, которых заманили в грузовик под предлогом избавления их от вшей.

Вот что рассказывает о первых пробных испытаниях комендант концлагеря Освенцим Рудольф Гёсс: «Все русские... после того, как им сказали, что их избавят от вшей, вошли в камеру... Когда их туда заталкивали, некоторые из них кричали: «Газ!». Потом они чрезвычайно сильно вопили и ломались в оба выхода, которые, конечно же, были заперты. Двери открыли лишь через несколько часов. Именно тогда в первый раз я увидел груды трупов. Мне стало не по себе, меня стало вроде как трясти...».

Несмотря на запрет А. Гитлером эвтаназии, её не прекратили. Институты, где производились убийства, по-прежнему работали на полную мощность. Узники концлагерей поступали непрерывно. В Польше и на захваченной территории СССР систематические убийства в стиле «Т-4» также совершались ежедневно. Уничтожение евреев происходило

в рамках специально разработанной операции «Рейнгардт» (названа по имени Рейнгардта Гейдриха, видного нациста). Её осуществляли всё те же специалисты и сотрудники «Т-4».

В Польше (в Бельцеке, Собиборе и Треблинке) по образу соответствующих учреждений смерти в Германии соорудили три концлагеря для уничтожения людей. Согласно достоверным оценкам, только в этих трёх лагерях было умерщвлено, по меньшей мере, 1,7 миллиона человек. Газовые камеры оказались слишком маленькими, чтобы вместить всех прибывающих людей. Тогда были построены такие газовые камеры, чтобы, как это саркастически называли некоторые служащие, можно было погрузить в «мирный сон» одновременно 500 человек. Иногда в газовые камеры набивали до 1500 человек.

«Чем быстрее проходило убийство с помощью газа, тем меньше боялись и страдали евреи, которые должны были быть вскоре подвергнуты этой экзекуции. Особенно они вызвали сочувствие зимой, во время сильного мороза, когда, обнажённые, ждали и замерзали в предбаннике. Иногда температура была ниже двадцати градусов мороза. Впоследствии он сильно настаивал на быстром и экономичном заполнении газовых камер, чтобы сократить ожидание обнажённых людей на трескучем морозе» [15].

Из письма адресованного рейхскомиссару Востока видно, что доктор Виктор Брак, возглавлявший все программы эвтаназии, жаждал получить как можно больше оборудования: «Учитывая то, как сейчас обстоят дела, я был бы совершенно счастлив, если бы тех евреев, которые неспособны работать, уничтожали с помощью методов Брака» [15]. Приблизительно 100 опытных сотрудников из штаб-квартиры «Т-4» и немецких учреждений смерти перевели с этой целью в концлагеря в Польше.

Таким образом, к началу Второй мировой войны Третьим Рейхом всё было подготовлено к осуществлению программы «Милосердное умерщвление» — систематическому и массовому физическому уничтожению душевнобольных, умственно отсталых, наследственно больных, инвалидов, представителей «второсортных» национальностей, прежде всего, евреев и цыган, и других контингентов лиц, что происходило, к сожалению, с активным участием психиатров нацистской Германии.

Література

1. Musto D. A historical perspective / D. Musto // *Psychiatric ethics* / Ed. S. Bloch and P. Chodoff. — Oxford: Oxford University Press, 1981. — P. 13-30.
2. 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.

3. *Friedlander H.* The origins of Nazi genocide: from euthanasia to the Final Solution / H. Friedlander. — Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995. — 302 pages (384 including notes).
4. *Gallagher H.G.* By trust betrayed: patients, physicians, and the license to kill in the Third Reich / H.G. Gallagher. — New York: Henry Holt, 1990. — 335 p.
5. *Meyer J-E.* The fate of the mentally ill in Germany during the Third Reich / J-E. Meyer // *Psychol. Med.* — 1988. — № 18. — P. 575-581.
6. *Peter W.W.* Germany's sterilization program / W.W. Peter // *Am. J. Public Health.* — 1934. — № 24. — P. 187-191.
7. *Dudley M.* Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance / M. Dudley, F. Gale. — *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* — 2002. — V. 36. — P. 585-594.
8. *Popenoe P.* The German sterilization law / P. Popenoe // *J. Hered.* — 1934. — № 25. — P. 257-260.
9. *Proctor R.N.* Racial hygiene: medicine under the Nazis / R.N. Proctor. — Cambridge-London: Harvard University Press, 1988. — 414 p.
10. *Binding K.* Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form / K. Binding, A. Hoche. — Berlin: BW-verlag, 2006. — 132 s.
11. *Alexander L.* Medical science under dictatorship / L. Alexander // *Engl. J. Med.* — 1949. — N. 241. — P. 39-47.
12. Програма умерщвления Т-4: Матеріал из Вікіпедії [Електронний ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
13. *Кранах М.* Уничтожение психически больных в нацистской Германии в 1939-1945 гг. / М. Кранах // *Независимый психиатрический журнал.* — 2006. — № 3. — С. 5-12.
14. *Алексеев Н.С.* Рецензия на книгу «F. Kaul. Nazimordaktion, T. 4. Ein Bericht über die erste industrimäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes. Berlin. VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1973» / Н.С. Алексеев. // *Правоведение.* — 1977. — № 1. — С. 122-124.
15. *Klee E.* «Euthanasie» im NS-Staat. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens» / E. Klee — Auflage 12. — Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1985. — 512 s.
16. *Klee E.* «Euthanasie» im Dritten Reich. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens» / E. Klee. — Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2010. — 736 s.
17. *Benedict S.* Meseritz-Obrawalde: a «wild euthanasia» hospital of Nazi Germany / S. Benedict, T. Chelouche. — *History of Psychiatry.* — 2008. — Vol. 19. — N. 1. — P. 68-76.
18. Психиатрия и киностудия — смертельный аттракцион // Уничтожение талантов: Психиатрия разрушает творческое начало: Доклад о разрушительном влиянии психиатрии на искусство и общество: Рекомендации Гражданской комиссии по правам человека. — М.: Публикация ГКПЧ, 2004. — С. 5-13.
19. *Mitscherlich A.* Doctors of infamy / A. Mitscherlich, F. Mielke; H. Norden et al. — New York: Schuman, 1949. — P. 3-151.
20. *Lifton R.J.* The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide / R.J. Lifton. — New York: Basic Books, 1986. — 562 p.

Рецензія на книгу «Дзюб Г.К., Кузнецов В.М., Нестерчук Н.В. Ургентна психіатрія (клініка, психодіагностика, терапія невідкладних станів): Навчальний посібник. — К.: Б.в., 2010. — 190 с.»

Книга, що рецензується, підготовлена відомими в Україні психіатрами і складається із вступу, 10 розділів та доповнена списком літератури.

В посібнику представлено клініку, діагностику і лікування невідкладних станів згідно до чинних програм підготовки лікарів-інтернів психіатрів, лікарів-курсантів установ післядипломної освіти, студентів вищих навчальних закладів із спеціалізацією з медичної психології. Слід також відмітити, що цей посібник є першим в Україні з питань ургентної психіатрії, який підготовлений та виданий державною мовою.

У вступі автори підкреслюють, що предметом психіатричної ургентної допомоги є стани з гомо- та гетероагресивною поведінкою, а також небезпечні для життя соматичні розлади, викликані захворюванням чи його лікуванням. Екстрена допомога при психічних захворюваннях разом з біологічною терапією включає спеціальні заходи щодо нагляду за хворими та передбачає дотримання особливих правових норм. Сучасна невідкладна допомога при порушеннях психіки включає патопсихологічну діагностику і психологічну корекцію. Тому якщо медикаментозна терапія відноситься виключно до компетенції лікаря, то останні заходи передбачають участь медичного психолога.

Відмічається, що виділення невідкладної терапії як одного з етапів психіатричної лікувальної допомоги дозволяє сформулювати послідовний ряд спеціальних завдань. По-перше, це розпізнавання захворювання в умовах дефіциту часу і нерідко за відсутністю анамнестичних даних. По-друге, ранній початок інтенсивної терапії, її клінічна обґрунтованість і патогенетична спрямованість вимагають залучення відповідних клінічних знань, особливо при лікуванні гострих станів, що супроводжуються вираженими ознаками соматичної патології. По-третє, ургентна психіатрична допомога має своєрідний деонтологічний аспект, який полягає у формуванні перспектив позитивного ставлення хворого до ситуації подальшого спостереження та лікування. Нарешті, важливе місце в невідкладній психіатричній допомозі має правовий аспект. Ці особливості, що справедливо підкреслюють автори, необхідно враховувати при наданні ургентної психіатричної допомоги.

Розділ 2 «Шизофренія» присвячений ургентним синдромам, фебрильній шизофренії, психодіагностиці невідкладних станів, критеріям вибору терапевтичних схем, зокрема, антипсихотикам у Державному реєстрі лікарських засобів (ЛЗ), еквівалентним дозам і спектрам дії антипсихотичних засобів.

Практичною і цінною для психіатрів і наркологів є рекомендація авторів дотримуватися правила одиниці при призначенні декількох нейролептиків — загальна доза нейролептиків (разова, добова, середня, максимальна) повинна бути рівною умовній одиниці, складеній із суми еквівалентних часток кожного з препаратів. Наприклад, разова доза складається із 1/3 дози одного препарату, 1/3 — еквівалентної дози другого і 1/3 — третього.

Автори вказують на необхідність ширшого використання в психіатричній практиці активного негативізму та кофеїн-діазепамового розгальмування. Для практичних лікарів надзвичайно корисною є таблиця, в якій приведені сучасні нейролептики та атипові антипсихотики із Державного реєстру ЛЗ з вказівкою міжнародної, торгової назви препарату, виробника, форм випуску, періоду напіввиведення, початкової, середньої та максимальної добових доз, а також максимальних разових доз.

Підкреслюється, що дані активного моніторингу застосування ЛЗ в психіатричних стаціонарах свідчать про те, що до 56% лікарських помилок складають помилки вибору ЛЗ і його дози, до 37% помилок — результат некоректних змін дози і тривалості застосування ЛЗ. Наголошується, що галоперидол є єдиним нейролептиком, що не має активних метаболітів, що дало можливість контролювати правильність дозування за рахунок виміру концентрації в сироватці крові, переконуючись, що воно знаходиться в межах «терапевтичного вікна» від 5 до 25 мкг/л. При маніфестних приступах або загостреннях шизофренії середні терапевтичні дози галоперидолу найчастіше близькі до 10 мг/добу, що забезпечує ефективність терапії в 90-95% випадків. Слід підкреслити, що замість оланзапіну (зипрекса) в схемі терапії психомоторної ажитації рівноцінно використовується рисперидон (рисполепт) в еквівалентній добовій дозі 4-8 мг.

Розділ 3 «Епілепсія» присвячений епілептичному статусу (епістатусу) та присмерковим станам свідомості, де обговорюються диференціальний діагноз, невідкладна допомога та їх помилки.

Вказується, що хворим з епілептичним статусом не слід вводити внутрішньовенно ізотонічний розчин хлориду натрію або 5% розчин глюкози з кардіостимуляторами або іншими симптоматичними засобами тому, що гідратація і гіперглікемія є чинниками підвищення судомної готовності (так звані «водний удар», «цукровий удар»).

Наголошується, що при боротьбі з ускладненнями при лікуванні епілептичного статусу, зокрема з гіпертермією, небажане застосування амідопіріну, здатного провокувати судоми. Також корисним є твердження авторів, що застосування аміназину — міра надзвичайна, тобто вимушена при дефіциті необхідних препаратів. В процесі його введення особливо в діапазоні доз 20-30 мг, судомна активність, навпаки, посилюється. Слід зауважити, що для купірування судом внутрішньовенно повільно вводять 5-10 мг діазепаму в 10-15 мл розчину глюкози (гіпертонічний розчин, вважається, нівелює глікемію).

Автори аргументовано рекомендують застосовувати внутрішньо з метою додаткової дії на внутрішньочерепну гіпертензію діакارب, який є єдиним діуретиком, що знижує продукцію ліквору.

Досить цікаво, що сучасні рекомендації з лікування епістатусу передбачають надання допомоги, на думку А.І. Нельсона, в умовах відділення психореанімації.

Слушно акцентується, що при невеликій глибині розладу свідомості поведінка хворого під час короткої бесіди з лікарем нерідко виглядає впорядкованою, і сутінки залишаються нерозпізнаними. Присмерковому стану інколи передують дисфорія. Нейролептики при лікуванні присмеркових станів не є бажаним засобом.

В розділі 4 «Афективні психози» автори висвітлюють складні моменти ургентної допомоги при маніакальних та депресивних синдромах (невідкладна допомога, антирезистентні методи; клініко-патогенетична диференціація депресій; розмежування спадкових і психогенних депресій; психодіагностика депресій та суїцидального ризику). Зокрема, описується методика терапії маніакальних та маніоформних станів карбамазепіном, те що в комбінації з галоперидолом він знижує сироваткову концентрацію останнього, зважаючи на сумачію клінічного ефекту, приблизно на 25%. Підкреслюється, що антиманіакальна дія карбамазепіну виявляється в перший тиждень лікування і спостерігається у 70% і більше резистентних до терапії літієм

хворих. Ефект взаємного потенціювання карбамазепіну і солей літію змушує, з іншого боку, застосовувати останні з великою обережністю через значне зростання ризику ускладнень. Тому в даній комбінації концентрацію літію в сироватці крові рекомендується підтримувати в межах 0,6-0,8 мгекв/л, тобто понизити дозування приблизно на 1/3.

Необхідно враховувати, що ефективність літію тим вища, чим більш типовим є маніакальний синдром, а застосування пімозиду і карбамазепіну ефективно у хворих, резистентних до терапії солями літію.

Підкреслюється, що в психіатричній практиці потрібно слідувати стандартам стосовно використання антидепресантів при важких депресіях (амітриптилін, кломіпрамін, імипрамін, пароксетин, міртазапін, венлафаксин) та при депресіях легкого і середнього ступеня (наприклад, мапротилін, міансерин, інказан, тразодон, флуоксетин, сертралін, агомелатин, нефазодон, циталопрам). Далі оцінюються критерії вибору поза межами ургентної допомоги.

Автори вказують, що за виразом Курта Шнайдера циркулярна депресія розкриває первинні страхи людини (Uraengste) про порятунок душі, збереження тіла, матеріальне благополуччя і хліб насущний. Звідси типовими депресивними маячними розладами є ідеї малоцінності, самозвинувачення, самоприниження, гріховності, іпохондричності. Коротко дається характеристика багатьох видів депресій, починаючи з маскованих (ларвованих) депресій і завершуючи псевдоциркулярною депресією. Характерно, що автори відмічають і органічні депресії, які є найбільш показовими в рамках періодичного ендормального органічного психозу, а також циклоїдні психози.

Розділ 5 «Психогенні розлади» присвячений невідкладній психіатричній допомозі при реактивних психозах, масових індукованих станах та дидактогенних реакціях. Відмічається, що за перебігом реактивні психози діляться на гострі, підгострі і затяжні. Основними клінічними формами є: 1) афективно-шоківі реакції; 2) реактивні депресії; 3) маячні реактивні психози; 4) істеричні психози.

Підкреслюється, що при істеричній депресії демонстративний характер суїцидальних намірів, що пред'являються хворим, не може бути підставою для висновку про неможливість самогубства.

Проводиться обґрунтованість психіатричного аналізу масових індукованих станів. Зокрема, наголошується, що невідкладне втручання при масових індукованих станах зазвичай продиктоване не станом пацієнта, а ініціюється оточенням — родичами чи органами влади.

Стверджується, що дидактогенні реакції можна віднести до невідкладних станів, але невідкладне втручання, насамперед психотерапевтичне, є оптимальним і бажаним. Автори доречно заявляють, що, насправді, образно кажучи, *міра суб'єктивності психіатрії прямо пропорційна непрофесійності психіатра*.

В розділі 6 «Алкогольні психози» висвітлюються питання ургентної терапії алкогольного делірію, гострого алкогольного галюцинозу, гострого алкогольного параноїду. Проводиться аналіз помилок лікування алкогольного похмільного синдрому. Наприклад, звертається увага на те, що перехід пределіріозного стану в розгорнутий делірій буває наслідком недиференційованого застосування при лікуванні алкогольного похмільного синдрому нейролептиків з вираженою холінолітичною активністю та інших ЛЗ, що мають холінолітичні властивості. «Препаратами ризику» в першу чергу є нейролептики хлорпромазин, левомепромазин, периціазин, клозапін, зуклопентіксол і оланзапін; антигістамінні засоби — прометазин і дифенгідрамін; антидепресанти — амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін і допексін; протипаркінсонічні засоби — тригексифенідил і біперіден.

Окрім цього, розвиток делірію нерідко прискорюється при внутрішньовенній інфузії сольових розчинів і особливо розчинів декстрази без превентивного введення тіаміну або інших антиабстинентних ЛЗ. Можливо, припускають автори, в подібній провокації делірію певну роль відіграють такі неспецифічні і нерідко ігноровані чинники, як електролітні зрушення, в тому числі гіпокаліємія.

Зауважується, що при лікуванні важкого делірію методом вибору є комбінована внутрішньовенна терапія бензодіазепінами і галоперидолом (чи дроперидолом). Для мінімізації ризику пригнічення спонтанного дихання і гемодинаміки психотропні препарати можуть вводитися внутрішньом'язово. Важливо, що антигістамінні препарати для купірування психомоторного збудження при алкогольному делірію самостійно не застосовуються. Проте, незважаючи на холінолітичну активність цих препаратів, необхідність їх застосування витікає, зокрема, із застосування високих доз тіамінів, що вирізняються високою алергізуючою активністю. Нейролептики з холінолітичною активністю не показані.

Розділ 7 «Церебротравматичні психози» присвячений наданню невідкладної допомоги в ранні терміни церебротравматичних порушень, серед яких психози зустрічаються у 18-38% хворих. Низка станів, що вимагають надання ургентної психіатричної допомоги, може бути виділено і в пізньому періоді травматичної

хвороби. Автори виділяють три періоди розвитку церебротравматичних психічних порушень: 1) початковий (щонайгостріший) виявляється непродуктивними розладами свідомості без посередньо з моменту травми. Глибина і тривалість виключення свідомості залежить від важкості травми; 2) гострий період характеризується регресом загальномоозкових симптомів, зокрема, відновленням свідомості. Виділяють наступні розлади цього періоду: травматичний присмерковий стан свідомості, травматичний делірій, травматична аменція, епілептиформний синдром, травматичні галюцинаторно-маячні та афективні транзиторні психози, травматичний онейроїд, апалічний синдром; 3) до віддалених наслідків черепно-мозкової травми відносяться психоорганічний синдром в різних його варіантах і пізні (затяжні, вторинні) травматичні психози.

В розділі 8 «Соматогенні розлади» мова йде про симптоматичні та інфекційні психози, поєднання психічного та соматичного захворювань. Приводяться рекомендації щодо лікування коматозних станів: апоплектичної, гіперглікемічної, гіпоглікемічної, печінкової, екламптичної, уремічної, надниркової, травматичної та епілептичної ком.

Підкреслюється, що у одних випадках поліпшення соматичного стану веде до загострення психозу, що прийнято називати «сомато-психічним балансуванням», а в інших випадках — соматичне одужання веде до поліпшення психічного стану, тобто спостерігається «сомато-психічний паралелізм». Такого роду залежність психічного стану від соматичних розладів неоднакова в різних поєднаннях захворювань, окремі психопатологічні ознаки також змінюються різко. У зв'язку з цим корисною для психіатрів є приведена таблиця залежності вираженості психопатологічних ознак від динаміки соматичної хвороби, що відображають сомато-психічний паралелізм або балансування, котрі мають велике практичне значення.

Розділ 9 «Ускладнення психофармакотерапії» характеризує невідкладну допомогу при таких станах як зловиясний нейролептичний синдром (ЗНС), гостра дистонія і акатізія, латентний паркінсонізм, серотоніновий синдром, метаболічний синдром, гіперпролактинемія та синдром залежності.

Вчасно зауважується, що ЗНС виникає однаково часто, якщо хворі разом з нейролептиками приймали антипаркінсонічні препарати, і коли коректори не призначалися. Таким чином, роблять висновок автори, вживання антипаркінсонічних коректорів не попереджає розвитку ЗНС, тетрада основних симптомів якого проявляється наступними ознаками: 1) гіпертермією

(зазвичай понад 38° C); 2) генералізованою м'язовою ригідністю; 3) сплутаністю або пригніченням свідомості (аж до коми); 4) вегетативними розладами (профузне потовиділення, тахікардія, тахіпное, коливання АТ, порушення ритму серця, задишка, блідість шкіри, порушення сечовипускання, олігоурія).

Автори справедливо звертають увагу на те, що акатизія є головною причиною недотримання хворим режиму лікарської терапії і відмови від терапії. Постійний дискомфорт може підсилювати у пацієнта відчуття безнадійності і є однією з причин появи суїцидальних думок. Акатизія практично відсутня при прийомі клозапіну. До речі, вчасною є рекомендація використання β -адреноблокаторів (пропранололу, анаприліну, обзидану) для лікування акатизії.

Достатню увагу приділено питанням диференціальної діагностики та лікування серотонінового синдрому. Характерно, що синдроми залежності від ненаркотичних психотропних препаратів серед душевнохворих виявляють у 4-7% стаціонарних пацієнтів, які зловживають антипаркінсонічними засобами, бензодіазепінами, антидепресантами, снодійними. Також відмічається відомий парадокс, що зловживання алкоголем протягом періоду афективних розладів не призводить до алкогольної залежності. При залежності від трициклічних антидепресантів призначається, наприклад, міртазапін або прозак, котрі здатні нівелювати залежність. Потім стає доступним перехід до тимостабілізатору карбамазепіну, а згодом до умов раціональної психотерапії — відмова від фармакотерапії або ж періодичне використання тимостабілізаторів.

Особливо відмічається, що у хворих, які припинили лікування типовими нейролептиками, клінічні прояви екстрапірамідного синдрому (ЕПС) регресують після відміни препарату упродовж 2-12 тижнів, а дофамінова недостатність (латентна форма ЕПС) зберігається близько 6-8 місяців, а у осіб старше 40 років — до 1,0-1,5 року.

В розділі 10 «Отруєння психотропними засобами» описуються лікувальні заходи при отруєннях барбітуратами, діазепамовими препаратами, нейролептиками, солями літію та антидепресантами. До речі, автори своєчасно відмічають, що помилковим є призначення сірчаноокислої магнєзії, оскільки іони магнію підсилюють пригніблюючу дію барбітуратів, також помилковим є призначення гідрокарбонату натрію, оскільки більшість транквілізаторів нерозчинні в лужному середовищі, навпаки, затримується вихід препарату з клітин у кров і його ниркова секреція. Не слід при отруєнні препаратами з холіноліноміметичною дією застосовувати кордіамін, враховуючи його ваготонічну дію.

Корисними для психіатрів є таблиці, в яких приведені основні протипоказання до призначень діазепаму, перелік основних побічних ефектів при терапії солями літію та симптоматика отруєнь антидепресантами і невідкладна допомога.

Закінчується посібник розділом 11 «Правила комбінованої терапії», де слушно підкреслюється, що питання поєднання препаратів — невід'ємна частина сучасної психофармакотерапії. Автори зауважують, що у психофармакотерапії існувало протистояння двох тенденцій: з одного боку, доводилась надійність монотерапії і підкреслювалася потенційна небезпека комбінованого застосування психотропних препаратів, а з іншого — обґрунтування перспективи комплексного лікування. Суперечність уявлень про можливості і обмеження комбінованої терапії зберігаються до теперішнього часу. Це пов'язано з методичною складністю адекватних порівняльних клініко-фармакологічних досліджень. Небезкорисною для практичної роботи є наведена таблиця поєднань (раціональних і нераціональних) різних груп психотропних препаратів. Небезпечним є поєднання бензодіазепінів з клозапіном, що може викликати виражене пригнічення дихання. Так, іміпрамін і нортриптилін можуть підвищувати сироваткову концентрацію хлорпромазину, флуоксетин уповільнює метаболізм галоперидолу. При поєднанні солей літію з нейролептиками можлива енцефалопатія, в більшості відомих випадків — при поєднанні літію з галоперидолом.

Наукові дані про переваги та обмеження комбінованої терапії продовжують накопичуватися. Перешкодою вважають як складність механізмів взаємодії, так і недосконалість сучасних класифікацій, що не забезпечують дослідника біологічно однорідними за природою захворювання групами пацієнтів. Пошуки, які проводяться в цьому напрямку, дозволяють сподіватися на вдосконалення прикладних схем терапії.

Книга доповнена 8 малюнками, 19 таблицями та прикнижним списком літератури. В посібнику є на нашу думку і певні недоліки. Наприклад, вказується, що хворі з епістатусом повинні негайно госпіталізовуватись в спеціалізоване психосоматичне відділення, замість соматопсихіатричного з можливістю ЕЕГ-моніторингу (с. 37). Підрозділ 3.2. «Присмеркові стани свідомості» було б правильнішим замінити на «Сутінкові стани свідомості» (с. 45). В тексті зустрічається немало технічних помилок: застосовуватись, замість застосовується (с. 39), внутрішном'язово, замість внутрішньо-м'язово (с. 40), інколи, замість ін-коли (с. 45), психоактивуючого, замість психоактивуючого (с. 57), гемодез, замість ге-модез (с. 115), міліграми,

замість мілі-грами (с. 141), вагомими, замість вагомоми (с. 168) та в інших місцях. Не можна не відмітити деякі огріхи введеному списку використаних літературних джерел — в поодиноких джерелах немає назви місця видання, видавництва, номерів журналу, сторінок тощо, що не відповідає вимогам бібліографічного опису відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання».

Разом з цим слід відмітити, що виявлені технічні недоліки в книзі, що рецензується, не применшують її практичної цінності, яка може використовуватись не тільки лікарями-інтернами психіатрами, курсантами закладів

післядипломної освіти, студентами вищих навчальних закладів із спеціалізацією з медичної психології, а й практичними лікарями-психіатрами, лікарями-наркологами, а також науковцями відповідних спеціальностей в своїй повсякденній практиці. Шкода, що цей посібник вийшов накладом всього 500 примірників, чого явно не вистачає для психіатричної спільноти України, особливо тієї частини, котра користується російською мовою.

Хочеться надіятися, що при черговому переробленому виданні будуть усунуті відмічені недоліки, посібник буде видано українською та російською мовами, а також значно буде збільшений наклад.

П.Т. Петрюк, А.Ф. Каленюк

УДК 616.89-615.212.7.099:613.814

Методичне забезпечення складової системи профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання (повідомлення друге)



Вієвський А. М.

Вієвський А. М.

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України

Резюме. В роботі висвітлені матеріали методичного забезпечення складової розробленої колективом під керівництвом автора комплексної багаторівневої системи медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I – III ступенів навчання, створеної у вигляді коротких профілактичних інтервенцій, представлених у формі 16 методичних розробок профілактичних занять для батьків, рекомендований для використання класними керівниками та шкільними психологами в системі батьківських зборів.

Ключові слова: діти і підлітки, вживання психоактивних речовин, медико-соціальна профілактика, робота з батьками.

The methodical supplement of the parental oriented part of the comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for children in general schools of the i-iii levels of education (the second information)

Vievskiy A. M.

Healthcare Utility «Regional Clinikal Hospital — Centre of urgent medical care and accident medicine» (Kharkiv)

Resume. The article describes the general statements, structure and content of the parental oriented part of the new comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention system for I – III levels' children and adolescents general schools population, tried in the pilot sites. The parental part of the information and prevention program was elaborated by the author' leaded initiative group as 16 methodical guidelines for parents' trainings and is officially recommended for teachers and school psychologists to use it in the parents' meetings system.

Key words: children and adolescents, psychoactive substances use, medical and social prevention, parental oriented activities.

Сімейна політика як фактор захисту від наркотичних/алкогольних проблем у дитини та підлітка (рекомендовано для батьків учнів 3-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками значущості встановлення сімейної політики щодо вживання алкоголю та наркотиків.

Методичні матеріали: анкета «Сімейні правила щодо вживання алкоголю та наркотиків» (один екземпляр на кожного учасника); інформаційний листок: «Правила розробки та вдосконалення сімейної позиції щодо вживання алкоголю та наркотиків», додаток «Договір сім'ї щодо вживання наркотиків та алкоголю» (один набір на кожного учасника). Анкета «Сімейні правила щодо вживання алкоголю та наркотиків» представлено у табл. 9.

Інформаційний листок «Правила розробки та вдосконалення сімейної позиції щодо вживання наркотиків та алкоголю».

Організуйте сімейне зібрання:

- висловіть задоволення тим, що кожен зміг бути присутнім на зустрічі
- поясніть мету зібрання (розроблення родинної позиції щодо вживання алкоголю та наркотиків)
- попросіть дотримуватися правил ведення бесіди:
- кожен має шанс висловитися
- поки говорить один — інші мовчать
- висловлювати свої почуття — нормально та природно
- ніхто не зобов'язаний говорити
- ніхто нікого не принижує
- всі слухають і поважають один одного

Таблиця 9

Анкета «Сімейні правила щодо вживання алкоголю та наркотиків»

Питання Чи знає Ваша дитина:	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Що таке алкоголь?			
Чому їй не можна вживати алкоголь?			
Що таке наркотики?			
Які наслідки вживання наркотиків?			
Яку поведінку щодо вживання алкоголю Ви від неї очікуєте?			
Яку поведінку щодо вживання наркотичних речовин Ви від неї очікуєте?			
Якою людиною Ви б хотіли бачити її у майбутньому(наприклад, риси характеру, міцне здоров'я, вдале особистісне життя, матеріальне забезпечення, тощо)?			
Які будуть наслідки недотримання встановлених правил щодо вживання психоактивних речовин (покарання)?			

Поділіться Вашим баченням майбутнього Вашої дитини. Поясніть, що Ви встановлюєте правила, тому що хочете, щоб діти знали, яке велике вони мають для Вас значення. Вислухайте, що думають Ваші діти про своє майбутнє. Обговоріть думку дитини. Дозвольте їй висловити свої особисті цілі. Обговоріть вплив, що може мати вживання наркотиків і алкоголю на майбутнє Ваших дітей:

- Обговоріть, на які сфери життєдіяльності людини, а особливо дитини, впливає вживання алкоголю та наркотиків (наведіть приклади, факти, уникайте слів «жахливо, дурість тощо»);
- Зазначте, що краще запобігти цих проблем, ніж вирішувати їх, коли вони з'явилися. Обговоріть Ваші сподівання щодо (не)вживання ПАР:
- поділіться своїми сподіваннями, що Ви їх попередньо підготували;

- обговоріть кожне сподівання разом із сім'єю;
- почніть заповнювати договір(додаток).

Обговоріть наслідки недотримання сімейних інструкцій: запишіть у договір кілька покарань (наприклад, заборона користуватися телефоном, комп'ютером або додаткова робота по дому).

Продемонструйте сімейну позицію щодо вживання психоактивних речовин:

- розташуйте договір на видному місці, де він нагадуватиме про себе кожному членові родини;
- не забувайте дотримуватися пунктів про наслідки;
- змінюйте покарання, якщо виникне така необхідність.

Інформаційний листок «Договір родини щодо вживання наркотиків та алкоголю» представлено у табл. 10.

Таблиця 10

Інформаційний листок «Договір родини щодо вживання наркотиків та алкоголю»

Дата	
Правила щодо вживання алкоголю	Покарання в разі недотримання родинних інструкцій
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Правила щодо вживання наркотиків	Покарання в разі недотримання родинних інструкцій
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Підписи всіх членів родини:	

Задоволення соціальних та духовних потреб моєї дитини як фактор захисту від наркотичних/алкогольних проблем (рекомендовано для батьків учнів 1-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками значущості задоволення духовних та соціальних потреб їхньої дитини, як фактору захисту від появи наркотичних та алкогольних проблем.

Методичні матеріали: анкета «Потреби моєї дитини» (у двох екземплярах на кожного учасника); набір інформаційних листків: «Основні сигнали тривоги щодо потреб моєї дитини», «Сімейний захист» (на кожного учасника). Анкета «Потреби моєї дитини» представлено у табл. 11.

Інформаційний листок «Основні сигнали тривоги щодо потреб моєї дитини».

Я помічаю, що дитина:

- затримується після школи
- агресивно себе поводить
- відмовляється проводити час разом
- втратила цікавість до раніше важливих для неї речей
- стає більш замкнутою
- віддаляється від нас, з того часу, коли в родині з'явилося немовля
- демонструє позицію «опору»
- багато часу проводить в Інтернеті
- не спілкується по телефону у присутності батьків
- не спілкується зі своїми друзями
- багато часу проводить у друга (подруги) вдома, спілкуючись із його(її) батьками

Таблиця 11

Анкета «Потреби моєї дитини»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Чи задовольняю я потребу своєї дитини			
- в увазі			
- в любові			
- в розумінні			
- у прояву ніжності			
- в успіху			
- у повазі			
- у самоповазі			
- у пізнанні			
- в свободі та незалежності			
- у культурному розвитку			
- у духовному розвитку			
- у фізичному розвитку			
- у самовдосконаленні			
- в реалізації власного потенціалу			

- сильно переживає після нашого розлучення..., коли ми щось пообіцяли і не зробили..., коли я їду у відрядження..., коли ми сваримося.

Інформаційний листок «Сімейний захист».
Батькам варто:

1. Розмовляти з дитиною. У кожної людини є потреба говорити з тими, хто її оточує, та слухати, що вони говорять. Це необхідно і дітям, і батькам. Якщо спілкування не відбувається, настає непорозуміння і ми віддаляємося одне від одного. Тоді наша дитина задовольняє потребу у спілкуванні та увазі за межами родини. А це великий ризик того, що таке спілкування виявиться деструктивним для неї.
2. Вислуховувати її. Здатність слухати — ключ до ефективного спілкування. Це не так просто, як може здатися на перший погляд. Якщо людина уміє слухати, видно, що їй цікаво, вона прагне зрозуміти, що їй говорять, вона прагне дізнатися про відчуття, про погляди своєї дитини, не вступаючи з нею в суперечку. Наша дитина хоче, щоб її слухали, а значить вона вимагає поваги до себе. Якщо дитина помітить, що ми байдужі, вона знайде когось, хто вислухає її та висловить їй свою повагу, але, наприклад, вживаючи при цьому алкогольний напій чи марихуану.
3. Розповідати дитині про себе. Дітям часто важко уявити, що ми теж були молодими. Треба не боятися говорити дитині про своє дитинство, молодість, про власні помилки. Але це не привід для повчальних історій типу «коли я був у твоєму віці...». Якщо ми можемо поділитися з дитиною своїми невдачами, проблемами, вона швидше побачить в нас не тільки батьків, але й друзів, з яким можна поділитися своїми переживаннями. Задовольнити потребу дитини у самовдосконаленні можна привчаючи її до думки, що проблеми можна обговорювати.
4. Вміти поставити себе на місце дитини. Дитині часто здається, що з тими проблемами, з якими їй довелося зіткнутися, ніхто раніше не стикався. Добре, якщо у неї не буде сумнівів, що ми розуміємо, що з нею відбувається. Зовсім не обов'язково мати на все готову відповідь або повчальну історію. Треба лише подивитися на світ її очима, пригадати, як, можливо, наші батьки критикували нашу зачіску, музичні захоплення, які вони не розділяли з нами і пригадати, що ми при цьому відчували. Варто дати дитині зрозуміти, що ми її розуміємо.

5. Бути поряд. Ми, звичайно, не зможемо завжди бути разом. Ми працюємо, нам потрібно відпочивати, і діти розуміють це. Але важливо, щоб дитина знала, що у нас для неї завжди знайдеться час, щоб поговорити, разом відпочити, або просто побути поряд. Таким чином ми задовольняємо потребу дитини в ніжності, любові та увазі.
6. Бути твердими та послідовними. Твердість — не означає прояв агресії та беззаперечного підпорядкування. Це означає, що дітям відомі наші погляди на життя. Важливо ставити перед дитиною вимоги, які вона може виконати. Якщо ми послідовні, то дитина ніколи не зможе дорікнути нам, що ми вчинили нечесно. Вона знатиме, чого від нас чекати. Намагатися підтримувати самостійність дитини. Важливо проводити час з дитиною і розмовляти з нею. Але не менш важливо задовольняти потребу дитини у свободі та незалежності. Вона буде менш схильна до вживання психоактивних речовин, якщо буде мати можливість самостійно знаходити вихід із складної ситуації, вирішувати куди піти навчатися, з ким зустрічатися та чим захоплюватися. В даному випадку ми виступаємо лише у якості «страховки».
7. Спілкуватися з друзями своєї дитини. У більшості випадків перші спроби наркотичної речовини відбувається під впливом друзів. Необхідно переконатися в тому, що ми знаємо, з ким дружить наша дитина, спілкуватися з її друзями. Хай вони приходять до дому. Ми повинні знати де вони збираються.
8. Пам'ятати про унікальність своєї дитини. У кожної людини є сильні та слабкі сторони. У кожної дитини є здібності, навіть якщо здається, що це не так. Треба допомогти дитині повірити в себе, знайти те, що у неї виходить найкраще. Якщо вона повірить, що нащось здатна в житті, то спрямує зусилля на досягнення своїх цілей. Задоволення потреби щодо реалізації власного потенціалу дитини допоможе значно знизити ризик появи проблем із вживанням психоактивних речовин.

Стилі виховання як фактор захисту або ризику від наркотичних та алкогольних проблем у дітей та підлітків (рекомендовано для батьків учнів 1-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками значимість встановленого ними стилю виховання, який може бути або фактором захисту для формування здорової поведінки дитини або

фактором ризику для появи у неї деструктивних форм поведінки.

Методичні матеріали: набір інформаційних листків: «Типологія батьківських позицій», «Основні фактори захисту від появи наркотичних та алкогольних проблем у дітей та підлітків».

Інформаційний листок «Типологія батьківських позицій».

В кожній родині об'єктивно складається визначена, далеко не завжди усвідомлена нею, система виховання. Основні складнощі у спілкуванні, конфлікти виникають через батьківський контроль за поведінкою, навчанням дитини, його вибором друзів тощо. Крайні, найнесприятливіші для розвитку дитини випадки — жорсткий, тотальний контроль при авторитарному вихованні і майже повна відсутність контролю, коли дитина виявляється надана сама собі, бездоглядна.

Авторитарний тип батьківської позиції. Батьки, зрозуміло, можуть і повинні пред'являти вимоги до своєї дитини, виходячи з цілей виховання, норм моралі, конкретних ситуацій, в яких необхідно приймати педагогічно і етично виправдані рішення. Проте ті з них, які віддають перевагу наказам та насильству, стикаються з опором дитини, яка відповідає на натиск, примушення, погрози своїми контрзаходами: лицемірством, обманом, спалахами грубості, а іноді відвертою ненавистю. Але навіть якщо опір виявляється зломленим, разом з ним виявляються зломленими і багато цінних якостей особистості: самостійність, відчуття власної гідності, ініціативність, віра в себе і в свої можливості. Безоглядна авторитарність батьків, ігнорування інтересів і думок дитини, систематичне позбавлення його права голосу при рішенні питань — є гарантією серйозних невдач формування здорової особистості.

Дозвільний тип батьківської позиції. Це система відносин, за яких батьки, забезпечуючи задоволення всіх потреб дитини, захищають її від яких-небудь турбот, зусиль і труднощів, приймаючи їх на себе. Питання про активне формування особистості відходить на другий план. Батьки, по суті, блокують процес серйозної підготовки їхніх дітей до зіткнення з реальністю за порогом рідного будинку. Саме ці діти виявляються більш непристосованими до життя в колективі. За даними психологічних спостережень саме ця категорія підлітків дає найбільше число зривів в перехідному віці. Якраз ці діти, яким здавалося б нема на що скаржитися, починають повставати проти надмірної батьківської опіки. Якщо диктат припускає насильство, наказ, жорсткий авторитаризм, то опіка — турботу, огорожу від труднощів. Проте результат багато

в чому співпадає: у дітей відсутні самостійність, ініціатива, впевненість вони так або інакше усунені від рішення життєвих проблем.

Індиферентний (байдужий) тип батьківської позиції. Дана позиція характеризується низьким рівнем вимогливості та слабкою реакцією на запити та потреби дитини, віддаючи перевагу іншим справам. Часто таких дітей виховують дідуся та бабусі — і це в найкращому варіанті.

Авторитетний тип батьківської позиції. Демократія передбачає співпрацю усіх членів родини. Для дитини встановлені правила, рамки, границі. Батьки послідовні щодо своїх вимог та контролю. Потреби дитини важливіші ніж суворе дотримання правил. Дитина в такій сім'ї має можливість відчувати себе особистістю, яка має право на власну думку, на самостійні рішення, які поважають. Дитину в такій сім'ї цінують, розуміють та люблять.

Інформаційний листок «Основні фактори захисту від появи наркотичних та алкогольних проблем у дітей та підлітків»

- Наявність корисних знань (наприклад, як підтримувати здоров'я, долати поганий настрій, правила поведінки в небезпечних ситуаціях).
- Володіння батьками достовірною інформацією про наслідки вживання психоактивних речовин.
- Родинна політика щодо вживання алкоголю та наркотиків.
- Задоволення потреб дитини батьками.
- Авторитетний стиль виховання.
- Наявність корисних навичок та вмінь у дитини та підлітка: приймати рішення, критично мислити, протистояти соціальному

тиску, впевнено себе поводити у ситуаціях відмови, поважати себе, ефективно спілкуватися, ефективно керувати стресом, розрізняти правдиву інформацію про психоактивні речовини від хибної.

Особистісний захист від наркотичних та алкогольних проблем. Корисні навички дитини та підлітка: самоповага, впевненість та самоконтроль (рекомендовано для батьків учнів 3-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками важливого значення розвитку особистісного захисту у їхньої дитини, а саме формування у неї таких корисних навичок, як самоповага, впевненість та самоконтроль.

Методичні матеріали: анкета «Корисні навички» (у двох екземплярах на кожного учасника); набір інформаційних листків: «Як виразити любов до своєї дитини». «Прийоми формування самоповаги у моєї дитини» (на кожного учасника). Анкета «Корисні навички» представлено у табл. 12.

Інформаційний листок «Як виразити любов до своєї дитини»:

- Я такий щасливий, що в мене є такий син (така донька), як ти.
- Я сьогодні цілий день думаю, яка гарна у мене дитина.
- Я люблю тебе.
- Мені дуже сподобалось, як ти...
- Я відчуваю себе щасливим, коли ти...
- Я так пишаюсь тим, як ти...
- Я пишаюсь тобою!
- Поплескати дитину по спині.
- Нехай дитина почує, як Ви говорите комусь, як пишається нею.

Таблиця 12

Анкета «Корисні навички»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
1. Чи поважає себе Ваша дитина?			
2. Чи є дитина для Вас особистістю, яка має право на повагу?			
3. Чи розмовляли Ви з дитиною про те, за що саме вона може поважати себе?			
4. Чи даєте Ви своїй дитині можливість самостійно знаходити вихід із складних ситуацій в житті?			
5. Чи проявляє дитина твердість в ситуаціях, які потребують відповіді «ТАК» або «НІ»?			
6. Чи знає дитина, що означає слово «успіх»?			
7. Чи знаєте Ви, в яких ситуаціях дитина відчуває невпевненість у собі?			
8. Чи має дитина можливість висловлювати власну точку зору на те чи інше питання?			
9. Чи просили Ви пробачення у своєї дитини, коли були неправі?			
10. Чи звертались Ви коли-небудь за порадою до дитини?			
11. Чи відчуває дитина що вона не байдужа для Вас?			

- Виявляти зацікавленість в тому, що робить Ваша дитина.
- Ділитися з нею власним досвідом.
- Показувати турботу про дитину, коли вона відчувається погано.
- Звертатися до неї за порадою.
- Радіти з дитиною за її успіхи.
- Дати знати дитині, наскільки Вам цікаво проводити з нею час.
- Зробіть щось особливе для дитини, якщо вона доклала до чогось багато зусиль.

Інформаційний листок «Прийоми формування самоповаги у моєї дитини»:

- Підтримувати успіхи дитини, хвалити навіть за незначні її досягнення.
- Стимулювати дитину брати участь у шкільній та позашкільній діяльності, але не вимагати завжди бути кращим.
- Висловлювати підтримку, якщо дитина у розпачі.
- Допомогати дитині вибирати та ставити перед собою реальні цілі.
- Виправляти та оцінювати вчинок чи поведінку, а не особистість дитини.
- Надати можливість дитині відповідати за будь-яку домашню роботу, але так, щоб вона відчувала себе частиною команди.
- Робити щось разом з дитиною, адже вона дуже цінує час, який проводить з батьками.

Особистісний захист від наркотичних та алкогольних проблем. Корисні навички дитини та підлітка: протистояння соціальному тиску, прийняття рішення, критичне мислення та ефективне спілкування (рекомендовано для батьків учнів 3-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками важливого значення розвитку особистісного захисту у їхньої дитини а саме, формування у неї таких корисних вмінь, як протистояння соціальному тиску, прийняття рішення, критичне мислення та ефективне спілкування.

Методичні матеріали: анкета «Корисні навички» (у двох екземплярах на кожного учасника); інформаційний листок «Тренуємось вдома» (на кожного учасника). Анкета «Корисні навички» представлено у табл. 13.

Інформаційний листок «Тренуємось вдома».

Дитина навчиться швидше вмінню, якщо спробує навчити цього іншу людину. Обговорення фільму, в якому хтось намагався тиснути на героя, щоб змусити його до небезпечних та незаконних дій. Запропонуйте дитині продовжити історію, де герой приймає правильне рішення чи, навпаки, які наслідки очікують його, якщо він не відмовить. Придумайте для дитини різні соціальні ситуації, в яких їй треба відмовити трьома способами: *агресивна позиція* — людина порушує права та зневажає інтереси іншого за рахунок задоволення своїх інтересів; *невпевнена позиція* — людина нехтує власними правами та інтересами за рахунок задоволення інтересів іншої людини; *асертивна позиція (впевнена)* — людина задовольняє власні інтереси не порушуючи при цьому права та інтереси іншої людини.

Помічайте, коли дитина відмовляє Вам, якщо Ви їй про щось просите. Попросіть її аргументувати свою відповідь. Потім розкажіть дитині чому для Вас важливо, щоб вона це зробила. У випадку, якщо аргументи дитини будуть вагомими, Ви можете запропонувати компроміс або погодитися з нею. (Наприклад, дитина дивиться свою улюблену передачу в той час, коли Ви просите її сходити до магазину). Дізнайтесь у дитини, в яких ситуаціях вона відчувається невпевнено, в яких ситуаціях їй важко відмовити. Програйте з нею ці ситуації, наділяючи усіх членів родини ролями та використовуючи наступні прийоми техніки відмови:

Проблема (питання) ► обдумування (використовуємо наші знання і уміння) ► прийняття рішення

1. Зупинись, обдумай ситуацію.
2. Уяви різні варіанти, способи поведінки.

Таблиця 13

Анкета «Корисні навички»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
1. Чи знає дитина, що означає «тиск» з боку інших людей?			
2. Чи знає дитина як поводити себе в ситуаціях «тиску з боку інших людей»?			
3. Чи були в родині ситуації, коли дитина повинна була самостійно прийняти рішення?			
4. Чи знає дитина як ефективно пережити невдачу?			
5. Чи були в родині ситуації, коли дитина самостійно вирішила конфлікт?			
6. Чи вміє дитина говорити «Ні» та аргументувати власну позицію відмови?			

3. Вибери з кількох варіантів один, який найбільше підходить.
4. Подумай, які наслідки твого вибору.
5. Якщо все гаразд — дій!

Мотиви вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками (рекомендовано для батьків учнів 3 -11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками дійсних мотивів вживання дітьми та підлітками психоактивних речовин та можливості допомогти своїй дитині сформувати позитивну мотивацію щодо не вживання небезпечних для здоров'я речовин.

Методичні матеріали: анкета «Мотиви вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками» (табл. 14), набір інформаційних листків: «Хибні уявлення дітей та підлітків щодо вживання алкоголю та наркотиків» (табл. 15) та «Мотиви вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками».

Інформаційний листок «Мотиви вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками».

1. Імітація. Дитина або підліток вчиться, наслідуючи старших. Отже, якщо вона бачить перед собою дорослого, що палить або вживає алкоголь, їй захочеться зробити те ж саме. Це стосується і вживання наркотику, і вживання великих доз спиртного. Наслідуючи дорослих, підліток або дитина може подумати: «Я хочу вирости таким, як мій тато», «Я хочу робити все, що робить моя улюблена поп-зірка», «Я хочу бути таким, як друг мого старшого брата».
2. Належність до групи. Людина — це соціальна істота. Вона чекає, що її прийме група, до якої вона хоче належати. Люди тягнуться до себе подібних, і це особливо важливо в підлітковому віці, коли з'являється відчуття власного «Я». Ось про що може подумати підліток: «Кожен, кого я знаю, вживає наркотик!», «Я хочу залишитися в цій групі і, якщо вони приймають наркотик, я робитиму це також», «Я прийматиму наркотик, отже, я залишуся в групі».

3. Потреба бути дорослим. Дорослі мають деякі переваги та вигоди. Дорослим дозволено те, що не можна дітям (наприклад, пити алкогольні напої), у дорослих інша шкала відносин. Іноді дорослі поведуться з підлітками, як з малими дітьми, і одночасно чекають від них дорослої поведінки. Не дивно, що підлітки хочуть здаватися дорослими, не будучи такими. Деякі вважають, що прийняття наркотиків зробить їх досвідченішими в житті. Бажання бути дорослим — що ж може подумати підліток: «Я достатньо зрілий, щоб приймати рішення!», «Я вже виріс і можу пити — я сам подбаю про себе!».

4. Цікавість. Наркотики оточені ореолом таємниці, яка підсилює цікавість. Цікавість — це важлива якість для вивчення, яку треба заохочувати. Але цікавість до наркотиків заохочувати, природно, не слід. Підліток міг би сказати: «Це дуже цікаво і збудливо! Чому вони мене зупиняють?»

5. Дослідження своїх можливостей. Підлітковий вік — час визначення своїх можливостей, на що людина здатна. Підлітки запитують себе: «Що я можу зробити?». І вони досліджують свої можливості та можливості інших. Для деяких необхідно знати межі і рамки батьківської любові і турботи. Що може сказати хлопець: «Я хочу бути вільний», «Я зможу зупинитися, коли захочу».

6. Низьке почуття власної гідності. Деякі діти/підлітки невисокої думки про себе, і вони хочуть дізнатися думку інших про себе. Приймання наркотиків підвищує зарозумілість. Низьке почуття власної гідності: «Я почувуюся погано, але нічого не зроблю, щоб почуватися краще», «Я не такий привабливий, як мої друзі».

7. Втеча від дійсності. У деяких дітей/підлітків є бажання утекти від дійсності. Деякі перебувають у тяжких умовах: їх ображають в сім'ї, принижують, б'ють, силують. Інші — приховують свої проблеми. Наприклад, нещасливе кохання, або коли можливості не відповідають батьківським очікуванням, або загальна незадоволеність життям провокують втечу

Таблиця 14

Анкета «Мотиви вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
Чи знає Ваша дитина:			
1. Чому дорослі люди вживають алкогольні напої?			
2. Чому деякі дорослі люди не вживають алкогольні напої?			
3. Чому деякі старші хлопці та дівчата вживають алкогольні напої?			
4. Чому дітям не можна вживати алкогольні напої?			
5. Чи вміє Ваша дитина розрізняти поняття «міф» та «реальність»?			

Таблиця 15

Інформаційний листок «Хибні уявлення дітей та підлітків щодо вживання алкоголю та наркотиків»

Хибні уявлення щодо алкоголю та наркотиків	Рекомендовані аргументи для діалогу з вашою дитиною про алкоголь та наркотики
«Оди раз спробую, не сподобається, більше не буду»	«Чи варто ризикувати? Спробуй перебігти дорогу, де швидко їздять машини. Чи впевнений ти на 100%, що не потрапиш під машину? Це схоже на ризик щодо спроби наркотиків».
«Усі щось вживають, а чим я гірше»	«Ти не гірше, а краще! Перевір, чи насправді всі вживають наркотики чи алкоголь, проведи опитування».
«Якщо я не зроблю це, то буду «білою вороною»»	«Поміркуй, коли ти насправді будеш «білою вороною»: коли відмовишся від наркотику та будеш веселитися з друзями на вечірці, або, коли приймеш його та через деякий час будеш бігати в пошуках наркотику?»
«Я знаю людей, які приймають наркотики і у них все добре»	«Чи дійсно це так, адже ти не живеш з ними? Підтримувати здоровий вигляд допомагає лише час та гроші. І те і інше минає, а залишається одне — бажання вжити наркотик».
«Марихуана нешкідлива для здоров'я»	«Тоді чому її заборонили вживати? Щоб перевірити це, краще обери метод читання та знайди інформацію про наслідки її вживання. Тоді і роби висновки».
«Якщо я відмовлю, мене вважатимуть слабаком, боягузом»	«А якщо ти не відмовиш, але потім станеш залежним, чи вважатимуть тебе тоді слабаком? Для того, щоб відмовити потрібна сила та хоробрість?»
«Я хочу спробувати наркотик, щоб на власному прикладі довести своєму хлопцю, який вживає наркотики, що, від них можна легко відмовитися при бажанні»	«Більшість дівчат, які намагались таким способом допомогти коханому, потрапляли до залежності від наркотику, а потім ще й отримували ВІЛ. Чи варте це твого здоров'я та життя?»
«Вживати алкоголь та палити — це круто»	«Вживання алкоголю та паління не вражає оточуючих. Насправді, круто та модно вважається підтримувати здоровий спосіб життя., адже це викликає захоплення оточуючих».
«Мене ніхто не любить, не поважає»	«Щоб остаточно в цьому переконатися, треба запитати про це у тих людей, яких Ти любиш та поважаєш».
«Клубні наркотики допомагають підняти настрій, вони не шкідливі»	«Щоб упевнитися в цьому треба знайти повну та достовірну інформацію про наслідки їх вживання. Тоді матимеш вибір: вживати чи не вживати».
«Наркотик допоможе втекти від проблем»	«Забути про них на деякий час — так, а втекти від них — ні. І ще на додачу — принесе нові проблеми».
«Я можу дозволити собі вживати наркотики по святах, або по вихідним заради задоволення»	«Ніхто не планує вживати наркотики кожен день та ще й заради зняття ломки. Але наркотик сильніше, тому що він вміє контролювати бажання людини, а людина його — Ні».
«Пиво — це не алкогольний напій.»	«250мл пива = 40мл горілки = 150 мл вина. Якщо ти вип'єш велику кількість пива, обов'язково настане сп'яніння а разом з ним і наслідки...»
«В житті все треба спробувати »	«Не все варто пробувати, тому що це може стати останньою приємною річчю в твоєму житті.»

від дійсності. Що підліток може подумати: «Я не зможу витримати цього!».

8. Нудьга та потреба в збудженні. Багато хто стверджує, що їх життя нудне. Частіше вони виправдовують свою бездіяльність, але деякі дійсно випробовують нудьгу. Вони жадають емоцій, але не завжди одержують їх і вважають, що мають проблеми соціального характеру або фізичні вади. Нудьга та потреба в емоціях — що ж дитина/підліток може подумати: «Нема чим зайнятися, нудно, треба випити пиво і стане веселіше».
9. Наслідування моди, бажання бути особливим. Одяг — важлива «частина життя» для молодих. Хочеться відповідати моді, але

одночасно й відрізнятись від інших. Приймання наркотиків є ніби частиною субкультури. Деякі підлітки вже все спробували в житті, як їм здається, і приймання наркотиків є їх єдиною «ною річчю». Данина моді, бажання бути особливим — що ж хлопець може подумати: «Я молодий і відрізняюся від інших!», «У мого покоління інші правила життя!», «Наркотик робить мене особливим, я відрізняюся від сірої маси людей».

10. Нестача потрібної інформації, недовіра до інформації. Є багато неточної інформації про наркотики. Буває неправильна або сміхотворна інформація про наркоманів, їхні проблеми. Недивно, що молодь дуже

критична до такої інформації. Брак потрібної інформації, недовіра до інформації — що дитина/підліток може подумати: «Дорослі нічого не знають», «Вони мені брешуть, щоб я не міг проводити час, як я хочу!».

11. Невразливість, ризик. Часто діти/підлітки не мають досвіду в тих речах, які роблять. Іноді вони не знають своїх слабких сторін, вразливих місць і йдуть на ризик. Невразливість, ризик — що хлопець може сказати: «Я дуже розумний, щоб турбуватися!», «Зі мною нічого не трапиться!».

Наркотичні речовини. Розмова про наркотики (рекомендовано для батьків учнів 5-11 класів).

Мета заняття: усвідомлення батьками необхідності володіти повною та достовірною інформацією про наркотичні речовини та наслідки їх вживання.

Методичні матеріали: анкета «Наркотики та наслідки їх вживання», набір інформаційних листків: «Правда про наркотики та наслідки їх вживання», «Розмова про наркотики?». Анкета «Наркотики та наслідки їх вживання» представлено у табл. 16.

Інформаційний листок «Правда про наркотики та наслідки їх вживання».

Що називають наркотиком? Наркотик (від грец. заціпенілість) — це психотропна речовина природного чи синтетичного походження. Н. Може використовуватися легально (медичний препарат) та нелегально (з метою змінення психічного стану). Наркотичні речовини — це речовини, які впливають на людську свідомість і вживаються саме з цією метою.

Від яких факторів залежать наслідки вживання наркотиків з немедичною метою?

- Тип наркотичної речовини. Кожна наркотична речовина має свої фізичні наслідки вживання та свою дію на організм людини (наприклад, вживання марихуани не викликає фізичної залежності але підвищує ризик нещасного випадку, розвитку респіраторних захворювань і раку).

Таблиця 16

Анкета «Наркотики та наслідки їх вживання»

Питання	Відповідь		
	Так	Ні	Не знаю
1. Які речовини називаються наркотиками?			
2. Як можуть виглядати наркотичні речовини?			
3. Які соціальні наслідки вживання наркотиків?			
4. Які психічні наслідки вживання наркотиків?			
5. Які фізичні наслідки вживання наркотиків?			
6. Хто може запропонувати наркотик?			

- Термін вживання. Систематичне вживання Н. рано чи пізно приводить до фізичних, духовних, соціальних, матеріальних втрат.
- Спосіб вживання. Ін'єкційне вживання — це пряма загроза до ВІЛ (СНІДу) та інших інфекційних захворювань.

- Метод приготування наркотику. Н. можуть бути змішані з тальком, цукром і навіть зі смертельними речовинами. Наркоман купує по суті «кішку у мішку» і платить за це досить дорого. Змішування наркотиків, наприклад, алкоголь, розчинники або транквілізатори, утворюють «небезпечний коктейль».

Які фактори підвищують ризик вживання наркотиків підлітком?

- Недостатність сімейного захисту.
- Невміння протистояти тиску з боку інших людей.
- Вживання наркотичної речовини близькими людьми.
- Наявність «зайвих» грошей.
- Низький рівень самоконтролю.
- Відсутність вміння розрізняти хибні думки та твердження від реальних фактів (критичне мислення).

- Низький рівень самооцінки та самоповаги.
- Невміння самостійно приймати конструктивні рішення.

Які ризики має ін'єкційне вживання наркотиків?

- Інфікування ВІЛ і гепатитом через спільне користування нестерильними інструментами та загальними ємностями.

- Місцеві та загальні інфекції.
- Абсцеси та тромбофлебії.
- Гангрена.
- Передозування.

Які найпоширеніші наркотичні речовини в Україні?

- Галюциногени (канабіноїди (марихуана, гашиш), ЛСД, екстазі, псилоцибін (фіноциклідін).
- Опіоїди (опій, героїн, морфін, метадон, кодеїн, промедол.)
- Психостимулятори (амфетаміни (ефедрин, ефедрон, первітин), кокаїн, крэк).
- Інгалатори (розчинники, клей, аерозолі).

Які найчастіші способи вживання наркотичних речовин?

- Паління (гашиш, марихуана, анаша, героїн, кокаїн, крек).
- Внутрішньовенне введення наркотичних речовин (екстракт з макової соломки «ширка», героїн, ефедрон тощо).
- Вживання у вигляді пігулок (екстазі, первентин тощо).
- Вдихання (героїн, марихуана, гашиш, клей, кокаїн).

В які ситуації, пов'язані із вживанням наркотиків, може потрапити дитина?

- Можуть запропонувати спробувати наркотик (друзі, старші учні, малознайомі люди, кохана людина).
- Можуть попросити потримати у себе або передати якісь пакетики.
- Можуть запросити на вечірку, де будуть здебільшого незнайомі люди та примусити вжити небезпечну речовину.
- Можуть попросити купити наркотик.

Чи можливо стати залежним від наркотиків після разового їх вживання?

Ні, але фізична залежність від вживання опіатів може сформуватися дуже швидко. Здебільшого залежність формується поступово, тому складається хибне уявлення про можливість завжди контролювати вживання наркотиків.

Які існують етапи формування наркотичної залежності?

Етап 1: перші спроби.

Як правило, вони відбуваються у підлітковому віці та здебільшого можуть супроводжуватися поганими відчуттями (головний біль, нудота, блювота, паніка, страх тощо).

Етап 2: експериментування.

Людина пробує різні наркотичні речовини, щоб обрати найприємніший для себе. Вживання відбувається в соціальній обстановці з наміром отримати ейфорію (піднесений емоційний стан, «кайф»).

Етап 3: соціальне вживання.

У людини складається відповідна форма вживання — в соціальних групах чи в колі друзів, коханої людини, чи на свята. Споживачі усвідомлюють і позитивні, і негативні наслідки вживання наркотичних речовин.

Етап 4: звичка.

Вживання стає звичайною річчю. Споживач намагається спілкуватися з людьми з подібними інтересами щодо вживання наркотичних речовин. Наявні ознаки психологічної залежності. Може спостерігатися деяке зростання толерантності до наркоту (збільшується доза та частота вживання). Проблеми різного характеру, які виникають на цій стадії, можуть змусити людину припинити вживання, але здебільшого вона все

ж таки не зважає на тривожні сигнали та переходить на наступну стадію.

Етап 5: фізична залежність.

Вживання перетворюється на хворобу з фізичними, психологічними, соціальними наслідками. Людина не в змозі контролювати вживання. Споживач буде давати організму стільки наркотичної речовини, скільки він буде потребувати. З'являється так зване систематичне вживання щодня. На цій стадії багато наркозалежних людей потребують лікування. Багато з них успішно проходять психологічну реабілітацію. Але, на жаль, є і такі, які продовжують вживання.

Яким чином наркотичні речовини діють на організм людини?

СП'ЯНІННЯ ПІСЛЯ ВЖИВАННЯ КАНАБІНОЇДІВ (марихуана, гашиш) — гашишне сп'яніння. Через 5-15 хв. після куріння виникає відчуття піднесеного настрою та припливу сил, сильний голод і спрага. Психічний стан під час сп'яніння коливається від невмотивованої веселості, сміху, розкутості до тривоги, страху, агресивності. Зіниці у стані сп'яніння розширені, блищать, шкіра бліда, сухі губи. Можуть виникати галюцинації. Закінчується сп'яніння важким сном, слабкістю, апатією. У перервах між прийманнями цих наркотичних засобів на перших етапах ніяких суттєвих змін у поведінці людини не відзначається. Через кілька місяців (1–2) після регулярного (щоденного) вживання канабіноїдів можуть виникнути такі ознаки: псується або безпідставно змінюється настрій, безсилля змінюється дратівливістю, агресивністю, порушується сон (сонливість вдень), з'являються головний біль, озноб, пітливість шкіри, тремор, підвищується артеріальний тиск.

СП'ЯНІННЯ, ВИКЛИКАНЕ ВЖИВАННЯМ ОПІОЇДІВ (екстракт з макової соломки, героїн, «ширка»): після приймання наркоту виникає ейфорія (підвищення настрою), приємне почуття комфорту та розслаблення, зіниці різко звужені, обличчя та шия червоніють, з'являється свербіння шкіри, переважно обличчя. Під час сп'яніння людина малорухома, шукає усамітнення та спокою. При необхідності люди можуть легко приховати всі ознаки такого сп'яніння, окрім різко звужених зіниць.

Під час виходу зі стану опійного сп'яніння зіниці розширені, можуть виникнути нудота, блювота, біль у різних частинах тіла, підвищення температури тіла, зростання частоти серцевих скорочень, коливання артеріального тиску, безсоння, виділення з носа. Психічний стан характеризується дратівливістю, нестійкістю настрою. Залежність від опіоїдів виникає дуже швидко, особливо при внутрішньовенному шляху введення. У зв'язку зі швидким

виникненням залежності людина часто намагається усамітнитися, штучно провокуючи конфліктні ситуації, щоб скористатися ними і піти з дому.

СП'ЯНІННЯ, ВИКЛИКАНЕ ВЖИВАННЯМ ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ (амфетамінів, екстазі, первентин, ефедрон): При цьому виді сп'яніння підвищується фізична активність, виникають ейфорія, відчуття «невагомості», увага швидко відволікається, посилюється статевий потяг, зникає бажання спати, розширюються зіниці, з'являється м'язовий тремор, обличчя бліде, артеріальний тиск підвищений. Вихід з амфетамінового сп'яніння супроводжується безсиллям, болем у різних частинах тіла, тривалим важким сном, підвищеним апетитом, тахікардією, похмурим настроєм зі злостивістю та агресивністю. У перервах між вживанням наркотиків цієї групи поведінка людини схожа на поведінку під час вживання опіоїдів.

Інформаційний листок «Розмова про наркотики».

Під час спілкування зі своєю дитиною варто:

- запитати спочатку чи знає дитина, що таке наркотики;
- розказати дитині чому Ви не вживаєте наркотики;
- в доступній для дитини формі пояснити чому наркотики — це небезпечні речовини (Наприклад: «Коли ти хворієш, лікар виписує тобі певні препарати, які допомагають одужати. Але, якщо застосувати ці препарати, коли ти здоровий, можна навпаки захворіти. Є також такі речовини, які називають наркотиками, вони допомагають тільки захворіти. Щоб забезпечити себе, ніколи не використовуй ніяких пігулок, порошоків та уколів, за виключенням тих випадків, коли тобі їх дають батьки або лікарі»);
- володіти достовірною інформацією;
- вести діалог, а не повчати;
- надати можливість дитині самій поміркувати, що вживання хімічної речовини небезпечно;
- запропонувати альтернативу, а не критикувати спосіб життя та світогляд дитини;
- переглянути сімейні правила щодо вживання наркотиків, можливо, щось змінити, але обов'язково показати дитині, що правила в родині виконуються (якщо їх досі немає, встановити);

- обов'язково перерахувати ситуації, пов'язані із наркотиками, в які може потрапити дитина;
 - навчити дитину шляхам виходу або уникання таких ситуацій.
- Що варто знати своїй дитині про наркотики:
- що таке наркотики;
 - види наркотиків;
 - вигляд наркотиків;
 - наслідки вживання марихуани («травки»);
 - наслідки токсикоманії (вдихання клею, аерозолів, ацетону та інших розчинників);
 - наслідки вживання амфетамінів;
 - наслідки вживання опіатів;
 - що таке наркотична залежність;
 - наслідки поєднання алкоголю та наркотиків під час вживання;
 - наслідки вживання наркотиків;
 - наркотики та плани на майбутнє;
 - наркотики та ВІЛ/СНІД, гепатит С;
 - наркотики та кохання;
 - наркотики та дружба;
 - наркотики та кримінальна відповідальність.

Якщо Ви не знаєте як відповісти своїй дитині на задане нею питання, варто сказати: «Я не знаю про..., але якщо знаєш ти, мені було б цікаво послухати. ...Давай дізнаємось про це разомА як ти вважаєш?...і т.п.».

Коли починати говорити про наркотики? Статистичні дані показують про перше вживання марихуани та інгаляторів у 10–11 років і раніше. Отже, поняття «наркотики» варто вводити в коло знань дитини з 8 років. А більш детальну інформацію давати, починаючи з 11–12 років. Але поступово, базуючись на тих знаннях, що вже має дитина та використовуючи мову і методи спілкування відповідні до віку дитини.

Узагальнюючи вищевикладені результати дослідження щодо складової системи профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків, спрямованої на батьків учнів загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання, можна зазначити, що застосування спеціальних прийомів, які дозволяють вирішити питання досягнення стовідсоткової згоди батьків на участь їх та їхніх дітей у виховних профілактичних заходах, а також адекватний за обсягом набір заходів, спрямованих на уніфікацію інформованості батьків з алкогольної та наркотичної тематики, забезпечують проведення сучасної цілісної розвивальної профілактичної протинаркотичної та протиалкогольної програми.

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

10 лет успешного опыта применения
в психиатрической практике

Зипрекса®
Оланзапин
ПОМОГАЕТ ЖИТЬ

Оптимальное решение на всех этапах терапии шизофрении и биполярного расстройства

Мое будущее было
ограничено
больничными стенами



Разнообразные формы выпуска препарата Зипрекса®:

- Помогают подобрать лечение
согласно индивидуальным
потребностям каждого пациента^{1,2,4}
- Обеспечивают преемственность
этапов терапии^{3,5}

	Комплаентность	Низкая	Высокая
Ажитация			
Высокая			
Низкая			



Теперь я хочу большего

ЗИПРЕКСА® (ZYPREXA®). Регистрационный номер П N014208/01. Международное непатентованное название (МНН): оланзапин. Антипсихотическое средство (нейролептик). **Показания к применению.** Шизофрения у взрослых: лечение обострений, поддерживающая и длительная противорецидивная терапия больных шизофренией и другими психотическими расстройствами с выраженной продуктивной (бред, галлюцинации, автоматизмы и др.) и/или негативной (эмоциональная уплощенность, снижение социальной активности, обеднение речи) симптоматикой, а также сопутствующими аффективными расстройствами. **Биполярное аффективное расстройство у взрослых:** лечение острых маниакальных или смешанных эпизодов и предотвращение рецидивов заболевания. **Противопоказания.** Установленная повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая терапевтическая доза оланзапина составляет от 5 мг до 20 мг в сутки. **Побочное действие.** К числу очень частых ($\geq 10\%$) побочных эффектов относятся сонливость и увеличение массы тела. Частые ($< 10\%$ и $\geq 1\%$) побочные эффекты, связанные с приемом оланзапина в клинических испытаниях, включали головокружение, астению, акатизию, увеличение аппетита, периферические отеки, ортостатическую гипотензию, сухость во рту и запоры. Изредка наблюдалось транзиторное, асимптоматическое повышение показателей печеночных трансаминаз (аспартат- и аланинаминотрансферазы) в сыворотке крови. **Передозировка.** Очень частыми (частота $\geq 10\%$) симптомами при передозировке оланзапина были тахикардия, возбуждение/агрессивность, расстройство артикуляции, различные экстрапирамидные расстройства и нарушения сознания разной степени тяжести (от седативного эффекта до комы). **Медицинская помощь при передозировке.** Специфического антидота для оланзапина не существует. Показано симптоматическое лечение в соответствии с клиническим состоянием и контроль над функциями жизненно важных органов. **Форма выпуска.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг и 10 мг. **Условия хранения.** Список Б. При температуре 15-30°C в сухом и защищенном от света месте. Хранить в местах, недоступных для детей. **Срок годности.** 3 года. Не использовать по истечении срока годности. **Условия отпуска из аптек.** По рецепту.

1. Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Polvin AH, Andersen SW, Beasley CM Jr, Tollefson GD: Double blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. J Clin Psychopharmacology 1997;17:407-418. 2. Beasley Jr CM et al.: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. J Clin Psychopharmacology 2003;23:582-594. 3. P. Wright, M.R.C. Psych, M.D., et al.: A Comparison of the Efficacy and Safety of Olanzapine Versus Haloperidol During Transition from Intramuscular to Oral Therapy. Clinical Therapeutics. 2003;25(5):1420-1428. 4. Kinon BJ et al.: Olanzapine Orally Disintegrating Tablets in the Treatment of Acutely Ill, Non-compliant Patients with Schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2003;6:91-102. 5. Adapted from Haro J et al.: Antipsychotic treatment discontinuation in the out-patient treatment for schizophrenia, 24-months results from the pan-european SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study. Poster presented at XX. International Congress on Schizophrenia Research. Program No. 117778. Savannah, GA USA, April 2-6, 2005

UBM-CNS-AD-01-010610

Эли Лилли Восток С.А.
01004, Украина, Киев, ул. Красноармейская, 9/2, офис 15
Тел.: (044) 490 25 85 /86 /87, факс: (044) 490 25 88

Lilly