

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

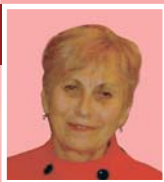
MENTAL HEALTH

1-2 (34-35) 2012

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

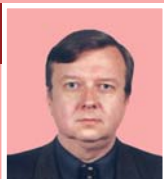
Любов БАРАНОВСЬКА

к.мед.н., завідувач міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги (КМКПЛ №1)



Анатолій ВІЄВСЬКИЙ

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



Юрій ВОРОНЕНКО

д.мед.н., професор, академік 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



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



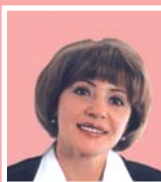
Сергій МАЛЯРОВ

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



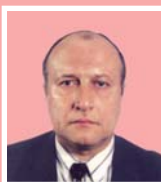
Олег НАСІННИК

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 НМАПО, 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

експерт Українського медичного моніторингового центру з алкоголю і наркотиків МОЗ України



Валерій КУЗНЕЦОВ

головний редактор, професор, завідувач кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, Заслужений лікар України, дійсний член Московської психотерапевтичної академії

Секретаріат:

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

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

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

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

За зміст рекламних матеріалів відповідає рекламодавець.

СПОНСОРИ ВИПУСКУ:

Lilly

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

ФАРМАСТАРТ

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

Засновники і видавники:

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

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

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

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 4 від 11.04.2012 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 27.06.2012 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1668.

© Психічне здоров'я, 2012

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Михайлов Б.В.</i> Пароксизмальні стани в структурі невротичних і соматоформних розладів	4
<i>Бачериков А.М., Малихіна Н.А., Ткаченко Т.В.</i> Анамнестичні та клініко- психопатологічні механізми формування суїцидальної поведінки у хворих на ендогенні депресивні розлади	9
<i>Яворська Т.П.</i> Оцінка внутрішньоособистісного та психосоціального компонентів адаптаційного потенціалу онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми	13
<i>Іванюк В.В.</i> Психовегетативні розлади у структурі порушень психічного здоров'я	21
<i>Вашкіте І.Д.</i> Аспекти психодіагностики та терапії депресивних розладів у студентів ВНЗів	25
Аdditивні розлади	
<i>Осуховская Е.С.</i> Адапційні розлади у чоловіків і жінок, страждальних патологічною схильністю до азартних ігор	29
<i>Мельник В.І., Мельник А.В.</i> Клініка хронічних алкогольних галюцинацій, під час яких вчинені суспільно небезпечні дії	37
<i>Гапонов К.Д.</i> Динаміка психологічних властивостей пацієнтів в залежності від стажу зловживання алкоголем в аспекті здатності сприйняття ними соціальної підтримки	41
<i>Сквира І.М.</i> Діагностика рецидивоопасних клінічних ситуацій у пацієнтів з алкогольною залежністю в ремісії	51
Дитяча та підліткова психіатрія	
<i>Древіцька О.О.</i> Дослідження біологічних факторів етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей	56
<i>Остапенко О.В.</i> Патопсихологічні особливості учасників середніх навчальних закладів з розладами адаптації	60
Медична психологія та психотерапія	
<i>Курило В.А.</i> Сімейна дезадаптація в аспекті функціонування сімейної системи і задоволеності супружескими стосунками	64
<i>Лизак О.Л., Фільц О.О.</i> Застосування методу RAP-інтерв'ю для оцінки конфліктних стосунків пацієнтів у психотерапії	69
<i>Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Боднар Л.А.</i> Основні принципи психотерапії психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою	75
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Подлубний В.Л.</i> Результати клініко-епідеміологічних досліджень психічного здоров'я працівників промислових предприємств	81
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Психіатрія при нацизмі: убийства душевнобольних на тимчасово окупованих територіях СРСР. Сообщение 6	88
<i>Бессмертный А. В., Смирнова С. Н.</i> Психотерапія в практиці лікаря Сабурової дачі Світлани Ніколаєвни Смирнової (к 50-літтю першої кафедри психотерапії в світі)	93
В допомогу практикуючому лікарю	
<i>Хаустова О.О., Кардашов В.П., Бушинська О.В., Тарновецька К. І.</i> Застосування ЕЕГ-моніторингу в оцінюванні функціонального стану головного мозку у кардіохірургічних хворих на різних етапах реабілітації	96
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	104

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.</i> Paroxysmal disturbances in structure of nerves and somatoform disorders.	4
<i>Bacherykov A.M., Malykhina N.A., Tkachenko T.V.</i> Anamnestic and clinic-psychopathological mechanisms of forming of suicidal behavior in patients with endogenous depressive disorders	9
<i>Yavorskaya T. P.</i> Assessment of intrapersonal and psychosocial factors as components of adaptive potential cancer patients considering operation with forming ostomy	13
<i>Ivaniuk V.V.</i> Psychovegetative disorders in structure of violations of psychical health	21
<i>Vashkite I.D.</i> Aspects of psycho-diagnostics and treatment of depressive disorders in students' high schools	25
Addictive disorders	
<i>Osuhovska O.S.</i> Adaptation disorders in men and women suffering pathological gambling	29
<i>Melnik V.I., Melnik A.V.</i> Clinics of chronic alcoholic halutsynoziv, during which the committed socially dangerous acts	37
<i>Gaponov K. D.</i> Dynamics of psychological features of patients depending on length of alcohol abuse in aspect of perception abilities of their social support	41
<i>Skvira I. M.</i> The diagnostics of relaps-dangerous clinical situations in patients with alcohol dependens in remission	51
Children's psychiatry	
<i>Drevitska O.O.</i> The study of biological factors, etiopathogenesis of borderline mental disorders in children	56
<i>Ostapenko O.V.</i> Pathopsychological features of secondary school students with the adaptation disturbances	60
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Kurilo V.A.</i> Family disadaptation in the aspect of the family system and satisfaction marital relationship	64
<i>Lyzak O.L., Filts O.O.</i> The use of RAP-interview technique for assessment of conflictual relationships of patients in psychotherapy	69
<i>Skrypnikov A.M., Zhyvotovska L.V., Bodnar L.A.</i> Basic principles of psychotherapy of mental disorders in individuals who wish to perform aesthetic rhinoplasty.	75
Organization and management of psychiatric care	
<i>Podlubniy V. L.</i> Results of cliniko-epidemiology researches of psychical health workers of industrial enterprises	81
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Psychiatry at Nazism: murders mentally ill on the temporally occupied territories of USSR. Report 6	88
<i>Bessmertniy A. V., Smirnova S. N.</i> Psychotherapy in practice physician Saburova villas Svetlana Smirnova (on the 50-th anniversary of the first chair of psychotherapy in the world)	93
Help for physician practice	
<i>Haustova O.O., Kardashov V.P., Bushinskaya O.V., Tarnovetska K.I.</i> Using EEG - monitoring in estimation of the functional condition of the cerebrum beside cardio surgery sick on miscellaneous stage to rehabilitations	96
The notice for our authors (equipments to the articles)	104

Шановні читачі!

Здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения).

Здоровье — состояние животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга, болезни (В. Даль).

Здоровье — Правильная, нормальная деятельность организма (С.И. Ожегов)

ВОЗ считает, что **психическое здоровье** получило различные дефиниции со стороны ученых, представляющих различные культуры. Концепция психического здоровья включает, среди прочего, субъективное благополучие, самооценку, автономность, компетентность, зависимость в вопросах связи поколений и самовыражение интеллектуальных и эмоциональных возможностей. С точки зрения перспективы различных культур практически невозможно дать полное определение психическому здоровью. Вместе с тем все согласны с тем, что психическое здоровье является более широким понятием, чем отсутствие психических расстройств. Понимание того, что такое психическое здоровье, или того, как оно проявляется, — момент очень важный, поскольку он представляет собой основу, на которой можно лучше понять механизмы возникновения психических и поведенческих расстройств. В последние годы новая информация в области нейронауки и «поведенческой» медицины в значительной мере содействовала нашему пониманию того, как проходят психические процессы. Во все большей степени становится очевидным, что нормальные функции, связанные с психическим здоровьем, имеют физиологическую основу и в значительной мере взаимосвязаны с физическим и социальным функционированием, а также с результатами лечения.

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

УДК 612.821+616.89

Пароксизмальные состояния в структуре невротических и соматоформных расстройств



Михайлов Б. В.

Михайлов Б. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Резюме. Патоморфоз клінічної картини невротичних розладів обумовив необхідність відокремлення окремої групи соматоформних розладів, що знайшло своє зображення у МКХ - 10. Диференціальна діагностика соматоформних розладів в першу чергу повинна проводитися з соматичними захворюваннями, тривожно-депресивними та іпохондричними розладами. Поряд з базисною психотерапією доцільне застосування анксіолітиків, антидепресантів, ноотропів та нейролептиків.

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія.

Paroxysmal disturbances in structure of nerves and somatoform disorders

Mykhaylov B. V.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Resume. The pathomorphoses clinical picture of nerves disorders considerable growth of a psychosomatic symptomatology in common frame of a case rate has made it necessary to differentiate a class of somatoform disorders, which has found reflection in the ISD - 10. Differential diagnostics of somatoform disorders, first of all, should be conducted with somatopathies, anxiety - depressive and hypochondrial disorders. The basic therapy is psychotherapy. Among psychopharmacological agents anxiolytics, antidepressants, nootropes and neuroleptics are expedient.

Key words: somatoform disorders, psychotherapy, paroxysmal disorders.

За последние десятилетия наблюдается увеличение заболеваемости расстройствами психики и поведения за счёт непсихотических, так называемых пограничных расстройств [1]. Наряду с этим наблюдается и значительный рост по всем основным классам психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и пр.) [2]. Анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой — состояниями, которые вместо невротических расстройств диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Во всех этих случаях при этом одним из ведущих клинических проявлений являются пароксизмальные состояния [3, 4, 5].

Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.

До настоящего времени существует определённый полиморфизм мнений относительно происхождения, диагностики, классификации патологических состояний, в генезе которых существенную роль играют психогенные факторы.

Проблема соотношения «психического» и «соматического» с давних времен является одним из ключевых вопросов медицинской науки. Этапным моментом в становлении психовисцерального (психосоматического) направления является введение Sommer-ом (1894) понятия «психогения». Формирование клинического понятия вегетососудистой дистонии (ВСД) связано с именами Н. Eppinger-a. L. Hess-a (1910) [6], описавших синдром ваготонии и d'Acosta (1871), описавшего синдром «раздраженного сердца» [7].

В рамках психодинамического направления проблема тропности патологических психовегетативных влияний исторически связывается с представлениями S. Freud-a (1885) об истерической конверсии [8]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически трахать психические процессы [9]. Alexander (1953) в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развивающийся при конфликтных ситуациях вегетативный невроз расценивается как физиологический ответ органа на хронически повторяющееся эмоциональное состояние. [7]. Л. Шерток (1982) считает, что психосоматический симптом является асимболическим, специфическая

направленность которого определяется не психическими, а иммунологическими и нейро-эндокринными механизмами [3].

В рамках концепции ре- и десоматизации, сформулированной М. Schur, возникновение соматического заболевания ассоциируется с процессом «ресоматизации» «физиологической регрессией» к существовавшему в детском возрасте примитивным соматовегетативным реакциям [10].

Большой вклад в развитие соматоцентрической парадигмы принадлежит исследованиям В. А. Гиляровского, в результате которых уточнена роль патологии вегетативной нервной системы и нарушений интроцепции, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического круга [11].

Согласно концепции стресса Г. Селье, в качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов [12].

Однако, несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, в том числе и богатства пароксизмальных проявлений в их структуре ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе [2, 6, 14].

В то же время, в последнее время в структуре невротических расстройств стремительно наблюдается значительное увеличение соматовегетативных и неврологических компонентов, в т.ч. и в виде пароксизмальных проявлений. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения данного типа расстройств.

Несмотря на замену термина «неврозы» на «невротические расстройства» в МКБ-10, смысловое содержание этой рубрики осталось прежним. Вся рубрика выделенных отдельно в МКБ-10 соматоформных расстройств включает в себя три базисных компонента в традиционном классификационном понимании: органические и системные неврозы, вегетососудистую и нейроциркуляторную дистонию, истерические расстройства в их соматовегетативных проявлениях.

Несмотря на давно принятый в общемировой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в отечественной практике продолжается — и

отстаивается — параллельное их курирование неврологами и кардиологами.

В то же время А.М. Вейн, рассматривая пароксизмальные состояния, признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки» [14].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается практика диагностики вегетососудистой и нейроциркуляторной дистонии по МКБ-10 в классе VI — болезни нервной системы как G.90.8 и G.90.9 (иные и не установленные заболевания вегетативной нервной системы).

Наиболее часто пароксизмальные состояния наблюдаются в структуре невротических и соматоформных расстройств. Основным диагностическим признаком этих расстройств является психогенная причина возникновения и отсутствия органического поражения.

Соматоформные расстройства определяются как повторяющееся возникновение соматических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии органической основы для симптоматики. Если соматические симптомы и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неблагоприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Часто наблюдается некоторая степень демонстративно-истерического поведения направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые занимают негативно-оппонирующую позицию в связи с невозможностью отстоять свою версию органической природы своего заболевания и необходимости продолжения дальнейших обследований [15].

В структуре невротических расстройств пароксизмальные состояния наиболее часто встречаются в структуре агорафобии (F40.0), агорофобия с паническим расстройством (F40.01), панического расстройства (F41), генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Агорафобия характеризуется пароксизмом выраженного страха, который появляется при перемене привычно-комфортной среды обитания, на фоне которого наблюдаются вегетативные симптомы: тахикардия, затруднённое дыхание, головокружение. Паническое расстройство характеризуется спонтанным возникновением пароксизма, при отсутствии какой-либо связи с определёнными ситуациями

или событиями психогенно-провоцирующего характера. Пароксизм начинается в виде внезапного эпизода интенсивного страха или дискомфорта, длящегося несколько минут, причём интенсивность симптоматики достигает максимума очень быстро. В структуру пароксизма входят вегетативные симптомы: усиленное или учащённое сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту (не обусловленная действием лекарственных препаратов или дегидратацией); вегето-висцеральные симптомы: затруднённое дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе, приливы жара и озноб, ощущение немерения или покальвания; идеаторно-эмоциональные симптомы: чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, восприятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» (дереализация) либо ощущение отделённости от собственной личности или же нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (деперсонализация), страх сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания, страх смерти.

Агорафобия с паническим расстройством характеризуется сочетанием вышеописанных пароксизмальных состояний. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется выраженной напряжённостью, беспокойством, опасениями, связанными с мрачно-пессимистическим восприятием будущего. Могут наблюдаться нечётко очерченные пароксизмы, в структуру которых входят вегетативные симптомы (усиленное или учащённое сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту), вегето-висцеральные симптомы (затруднённое дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, приливы жара или озноб, ощущение онемения или покальвания, мышечное напряжение или боли, двигательное беспокойство или неспособность расслабиться, ощущение «взвинченности», состояния «на грани нервного срыва» или психического напряжения, ощущение комка в горле или затруднение при глотании), идеаторно-эмоциональные симптомы (чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, восприятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» (дереализация) либо ощущение отделённости от собственной личности или же нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (деперсонализация), страх сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания, страх смерти), астенические фоновые синдромы (усиленное реагирование на любые неожиданности или на действия, принимаемые

с целью вызвать испуг, затруднение сосредоточения внимания или ощущение «пустоты в голове» из-за тревоги или беспокойства, постоянная раздражительность, затруднение при засыпании из-за беспокойства).

В структуре соматоформных расстройств пароксизмальные состояния наиболее часто встречаются в структуре соматизированного расстройства — (F 45.0); недифференцированного соматоформного расстройства — (F 45.1); ипохондрического расстройства — (F 45.2); соматоформной вегетативной дисфункции — (F 45.3); хронического соматоформного болевого расстройства — (F 45.4).

Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений, варьирующих по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых алгий. Наряду с этим наблюдается соматовегетативная симптоматика по типу симпатoadреналовых, вагоинсулярных, смешанных кризовых состояний, включая и функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезия желчных путей и др.).

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется наличием стойких мономорфных патологических алгий, постоянных по локализации, интенсивности, которые могут сопровождаться психовегетативной симптоматикой, в т.ч. и пароксизмального характера.

В структуре соматоформной вегетативной дисфункции системно-органной очерченности пароксизмальные состояния, как правило, отличаются относительной специфичностью соматосенсорных компонентов. Однако при этом наблюдаются признаки, характерные для диссоциативных расстройств — формирование двигательных, чувствительных и вегетативных компонентов в структуре пароксизма не в соответствии с иннервационно-топографическими закономерностями, а соответственно системе субъективных представлений пациента.

Терапия пароксизмальных состояний в структуре соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных и реабилитационных мероприятий.

Ведущее значение в построении терапевтической тактики имеет комплексный подход, с учётом воздействия на все патогенетические звенья.

Необходимо учитывать негативно-оппозиционное отношение больных к попыткам трактовки психологической обусловленности симптомов, особенно при наличии выраженных пароксизмальных сомато-вегетативных проявлений. Вследствие этого базисным

направлением в лечении больных невротическими и соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, бихевиоральная, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Ведущим методом психотерапии при этих состояниях на начальном этапе является когнитивно-поведенческая психотерапия (КБТ), направленная на разъяснение механизмов имеющихся нарушений и выработку совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации. Когнитивный подход в терапии невротических и соматоформных расстройств включает четыре последовательных стадии:

- 1) создание автоматических мыслей;
- 2) тестирование автоматических мыслей;
- 3) идентификация дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений;
- 4) проверка обоснованности дезадаптивных положений.

В обязательном порядке с больными отрабатываются приемы, восстанавливающие нормальный соматосенсорный чувственный спектр. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательных статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимый пейзаж и т. д.).

Эффект в отношении редукции вегетовисцеральной симптоматики достигается при аутогенной тренировке (АТ), в различных модификациях пользуется также групповая психотерапия с обязательным включением семейной психотерапии.

Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, совокупность в клинической картине эмоциональных, вегетативных, вегетовисцеральных компонентов, как правило, не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии. В инициальном периоде даже жесткие директивные методики не позволяют получить быстрого желаемого результата.

Фармакотерапия пароксизмальных состояний в структуре невротических и соматоформных расстройств предполагает использование широкого спектра психотропных средств — анксиолитиков, антидепрессантов, атипичных нейролептиков, антипароксизмальных и нормотимических препаратов. Однако применение психотропных средств в клинике невротических и соматоформных расстройств имеет свои особенности. При назначении психотропных средств целесообразно стремиться к монотерапии с использованием комфортных

в употреблении для больных лекарственных препаратов.

Учитывая возможность повышенной чувствительности, а также возможность побочных эффектов, психотропные средства назначаются в малых и средних дозировках. К требованиям относятся также минимальное влияние на соматические функции, вес тела, минимальные поведенческая токсичность и тератогенный эффект, возможность применения в период лактации, низкая вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами.

Фармакотерапия больных с невротическими и соматоформными расстройствами, в структуре которых наблюдаются пароксизмальные состояния, направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и сомато-вегетативные. Это обуславливает выбор препаратов соответствующих фармакологических групп.

Антидепрессанты. Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): (Сертралин, Пароксетин, Флуоксетин, Флувоксамин, Циталопрам, S-Циталопрам. Недостатком препаратов этой группы является относительно малый анксиолитический компонент действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении нарушений эмоциональной сферы с тревожным компонентом. Латентное окно терапевтического действия в течении 10-14 дней у всех препаратов этой группы вынуждает в течение этого времени применять анксиолитики-транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Препараты всей группы назначаются длительными курсами.

- Пароксетин — от 10 до 40 мг в сутки (max доза — 80 мг)
 - Сертралин — от 50 до 100 мг в сутки (max доза — 200 мг)
 - Флуоксетин — от 20 до 40 мг в сутки (max доза — 80 мг)
 - Циталопрам — от 20 до 40 мг в сутки (max доза — 60 мг)
 - Флувоксамин — от 50 мг до 100 мг в сутки (max доза — 300 мг)
- Трициклические антидепрессанты:
- Амитриптилин — от 25 до 200 мг в сутки (max доза — 400 мг). Может применяться как длительными, так и короткими курсами.
 - Тиопен — от 12,5 до 37,5 мг в сутки (max доза — 50 мг).
- Тетрациклические антидепрессанты:
- Миртазапин (пресинаптический α_2 -антагонист, улучшающий норадренергическую и серотонинергическую передачу) — доза от 15 до 30 мг в сутки (max доза до 45 мг/сутки).

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда могут применяться однократно или короткими курсами 7-14 дней.

- Диазепам — от 5 до 40 мг в сутки (макс. доза — 60 мг)
- Клоназепин — от 2 до 8 мг в сутки (макс. доза — 16 мг)
- Лидазепам — от 10 до 40 мг в сутки (макс. доза — 60 мг)
- Оксазепам — от 10 до 60 мг в сутки (макс. доза — 90 мг)
- Феназепам — от 0,5 до 3,0 мг в сутки (макс. доза — 6,0 мг)
- Сомногенные:
- Нитразепам — от 2,5 до 10 мг в сутки (макс. доза — 15 мг)
- Флунитрозепам — от 0,5 до 1,5 мг в сутки (макс. доза — 2,0 мг)
- Золпидем — от 5 до 15 мг в сутки (макс. доза — 20 мг)
- Зопиклон — от 3,75 до 7,5 мг в сутки (макс. доза — 15 мг)
- Нормотимики:
- Карбамазепин — от 200 до 400 мг в сутки (макс. доза — 1000 мг)
- Вальпроат натрия — от 300 до 600 мг в сутки (макс. доза — 1400 мг)
- Прегабалин (Лирика) — от 150 до 600 мг в сутки (макс. доза — 600 мг)

Привыраженних компонентів тривоги більше ефективним може бути застосування антидепресантів подвійного дії — інгібіторів

обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) (Венлафаксин — 75-225 мг/сут., Милнаципран (Иксел) — 25-200 мг/сут., Тразодон (Триттико) — 50-600 мг/сут.).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — Мелитор — от 25 до 50 мг в сутки (макс. доза — 50 мг).

При наличии в структуре аффективных нарушений тревожных компонентов рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам, сибазон, феназепам, хлордiazепоксид, оксазепам, мезепам.

Препаратом выбора при пароксизмах с алгическим и выраженным тревожным компонентом является прегабалин (Лирика).

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик — Афобазол.

При выраженном ипохондрическом компоненте эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения тиоридазин — от 30 до 75 мг в сутки (макс. доза — 800 мг). При наиболее выраженных сомато-вегетативных и сомато-сенсорных компонентах как пароксизмального, так, особенно, перманентного характера показано применение атипичных нейролептиков — Сульпирид — от 100 до 300 мг в сутки (макс. доза — 800 мг).

Література

1. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології — Т.18., вип.3(64) — 2010.
2. Михайлов Б.В. Стан і стратегія реформування психотерапії і медичної психології в Україні. // Медицина психології. Т.6. №3(23) 2011. — С.44-47.
3. Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Мирошніченко Н.В., и др. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, 2002, №1, с. 38-43.
4. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, 2002, №1, с. 7-12.
5. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М., «Триада-Х», 2000. — 256с.
6. Коркина М.В., Марилов В.В. Психосоматические расстройства // Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — С.501-502.
7. Михайлов Б.В., И.О. Марута, С.І. Табачников, та ін. Концептуальні основи і стратегія розвитку психотерапії в Україні // Український вісник психоневрології. — 2002. том. 10, вип.2(31).-с. 17-20.
8. Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989. — 448с.
9. Адлер А. О нервическом характере. СПб.: Университетская книга, 1997. — 388 с.
10. Schur M. Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens. — Frankfurt/M, 1973.
11. Гиляровский В.А. Избранные труды. — М.: Медицина, 1973. — 228 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1979. — 124с.
13. МКБ-9: Психические расстройства: Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (адаптирован для использования в СССР). — Москва, 1982.
14. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. —1997. —№3.— С. 75 — 79.
15. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев, 1997. — 104с.

УДК 616.89 – 008.441.44– 008.47 – 07:616.895.4:001.8

Анамнестичні та клініко-психопатологічні механізми формування суїцидальної поведінки у хворих на ендогенні депресивні розлади



Бачериков А. М.



Малихіна Н. А.



Ткаченко Т. В.

Бачериков А. М., Малихіна Н. А., Ткаченко Т. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Резюме. Проведено аналіз анамнезу та клініко-психопатологічної картини 30 хворих на ендогенні депресивні розлади. У формуванні депресивного розладу та суїцидальної поведінки велике значення мали психічні травми. Суїцидальна поведінка та виникнення суїцидальних думок було пов'язано з ідеями самозвинувачення, відчуттям тягара для рідних та відчуттям безвиході. Високий ризик скоєння суїциду спостерігався в період маніфесту хвороби або у хворих з великим строком перебігу депресивного розладу.

Ключові слова: ендогенний депресивний розлад, суїцидальна поведінка.

Anamnestic and clinic-psychopathological mechanisms of forming of suicidal behavior in patients with endogenous depressive disorders

Bacherykov A. M., Malykhina N. A., Tkachenko T. V.

«Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine» SI (Kharkiv)

Resume. The analysis is made for the anamnesis and clinic – psychopathological structure of the 30 patients with endogenous depressive disorders. It is developed that psychological traumas are of great importance for depressive disorder formation. The patients' suicidal ideas and behavior are connected with their ideas of self-blaming, disparaging criticism of themselves and their feelings of hopelessness. The high risk of suicide is observed during the manifest disease as well as in patients with long depressive disorder.

Key words: endogenous depressive disorder, suicidal behavior.

Вступ. В останні десятиріччя спостерігається зростання кількості осіб з депресивними розладами різного генезу у всьому світі та в Україні зокрема. Одним з найбільш небезпечних проявів депресії є високий ризик скоєння суїциду. Суїцид займає 14 місце серед причин смертності та складає приблизно 1,5 % від усіх смертей в світі [1]. Згідно із офіційною статистикою в Україні на 100 000 населення здійснюється більше ніж 20 завершених самогубств, за світовими стандартами цей показник вважається високим [2]. Рівень самогубств особливо високий серед людей працездатного віку, що має негативні демографічні і економічні наслідки. Вченими всього світу приділяється велика увага питанням суїцидальної поведінки та її профілактики [3 - 6]. Є дуже важливим подальше вивчення анамнезу та клініко-психопатологічної

структури ендогенних депресивних розладів у хворих з суїцидальною поведінкою.

Мета дослідження: Визначення особливостей анамнезу та клініко-психопатологічної картини у хворих на ендогенні депресивні розлади, які мають значення у формуванні суїцидальної поведінки, задля удосконалення методів лікування та профілактики суїциду.

Матеріали і методи. Було обстежено 30 хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад жіночої статі, серед яких 5 (16,67 %) осіб було доставлено до психіатричного стаціонару після суїцидальної спроби, 25 (83,33 %) — зі стійкими суїцидальними думками. Методами дослідження було обрано анамнестичний, клініко-психопатологічний із застосування шкали Гамільтона.

Результати дослідження. За віком хворі розподілились наступним чином: до 20 років — 2 (6,67 %), від 20 до 29 років — 12 (40 %), від 30 до 39 років — 4 (13,33 %), від 40 до 49 років — 4 (13,33 %), старше 50 років — 8 (26,67 %) осіб. Хворі у віковій категорії до 29 років (14 осіб) вперше звернулись по психіатричну допомогу, і в них було встановлено діагноз депресивного епізоду (F 32). Хворі від 30 і старше (16 осіб) мали в анамнезі перенесений депресивний епізод, тому у них було діагностовано рекурентний депресивний розлад (F 33). Серед них основна частина склали особи старше 50 років (26,67 %). Хворі на ендогенні депресивні розлади мали найбільш високий ризик скоєння суїциду в період маніфесту хвороби, коли сприйняття депресії є новим та гострим, або з великим строком перебігу депресивного розладу, коли формується відчуття безнадійності лікування.

Деякі характеристики щодо рівня освіти характеру праці та сімейного стану представлені у табл. 1.

В процесі аналізу рівня освіти досліджених було встановлено, що більшість хворих мали вищу або незавершену вищу освіту — 24 (80 %) осіб. При цьому основна частина обстежених займалися розумовою працею 11 (36,67 %) або навчались в учбових закладах 8 (26,66 %).

Вивчаючи сімейний стан пацієнтів, ми визначали, що в шлюбі на момент госпіталізації перебувало 10 (33,33 %), були розлучені — 10 (33,33 %), ніколи не перебували у

шлюбі — 8 (26,67 %) і вдовами виявились 2 (6,67 %) хворих. Таким чином аналіз отриманих даних свідчив про відсутність гармонічних відносин у шлюбі у більшості хворих.

Аналіз початку та перебігу хвороби дозволив виявити певні особливості. У 16 хворих (53,33 %) погіршення стану спостерігалось після значимої психотравми — конфлікти в сім'ї (звістка про зраду чоловіка, розлучення, сварка з родичами), хвороба або смерть близької людини, борги за квартиру, скорочення та гострі конфлікти на роботі. Одна з пацієнток, після психотравми, описувала украй своєрідні переживання — «відібрало розмовну мову, мова ніби затягнута», потім розвинулася клінічна картина класичного депресивного розладу. У ряді випадків вплив психічної травми був відстроченим, тобто симптоми захворювання з'являлися через тривалий період часу. Необхідно відзначити, що у більшості обстежених психотравмуючі фактори були поєднані і проявлялися у формі як хронічних ситуацій, так і гострих конфліктів. При цьому 17 (56,67 %) хворих відзначали наявність хронічних психотравмуючих факторів одночасно у різних сферах життя. Таким чином, тривале неблагополуччя в якійсь сфері життя (сімейній, службовій) діяло хронічно, поступово погіршувало емоційний стан, а гостра конфліктна ситуація безпосередньо була пов'язана з дебютом або загостренням психічного розладу.

Аналіз клініко-психопатологічної картини хворих на рекурентний депресивний розлад та депресивний епізод продемонстрував наступні особливості перебігу захворювання. У всіх хворих (100 %) відмічався депресивний настрій (замкнутість в собі, плаксивість) — «перестала радіти життю», «я в безвиході», «немає жодного інтересу в житті». Депресивний настрій завжди супроводжувався відчуттям постійної внутрішньої напруги. Хворі замикалися в собі, переставали стежити за своїм зовнішнім виглядом, не виходили на вулицю, весь час проводили в ліжку — «не можу за собою доглядати», «випробування бути на людях». При цьому у хворих спостерігалася скорботна, сумна міміка. Характерним було поліпшення емоційного стану ввечері — «слава богу день пройшов» і різким погіршенням депресивного стану уранці. В умовах ранньої інсомнії хворі пробуджувалися з відчуттям тривоги, яка не давала можливості більше заснути.

Для всіх обстежених хворих (100 %) були характерні ідеї самозвинувачення, самопригнічення, як на поточні події, так і події у минулому, які вони висловлювали наступним чином: «тягар для рідних», «всім в тягар, нікому не потрібна», «як же я обіцяла, але не змогла зробити», «стала, як ганчірка», «я всім набридла, на роботі мені соромно, я не така як вони», «я у всьому винна, я обтяжую дітей», «нікчемність, непотрібна людина». Ідеї самозвинувачення

Таблиця 1

Розподіл хворих за характером праці та сімейним станом

Показник	Хворі на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (n=30)	
	абс. к-сть	%
1. Освіта:		
• середня	1	3,33
• середня-спеціальна	5	16,67
• незавершена вища	9	30,00
• вища	15	50,00
2. Характер праці:		
• фізична	5	16,67
• розумова	11	36,67
• не працює	6	20,00
• учень	8	26,66
3. Сімейний стан:		
• у шлюбі	10	33,33
• розлучені	10	33,33
• ніколи не перебували у шлюбі	8	26,67
• вдови	2	6,67

трансформувалися в суїцидальні думки, а у 5 хворих в суїцидальну поведінку. Четверо з них здійснювали суїцидальні спроби шляхом самоотруєння прийомом препаратів, які були призначені психіатрами або лікарями інших спеціальностей; одна з них намагалася піти з життя шляхом самоповішення. Скоєння суїцидальної спроби або стійкі суїцидальні думки мали чіткий зв'язок з відчуттям тягаря для рідних (46,67 %), не зрідка були пов'язані з нав'язливими страхами (13,33 %), втратою сенсу життя (30 %).

При ажитованій депресії (6 хворих (20 %)) спостерігалися тики, гіперкінези, тремор, відчуття внутрішнього тремтіння, приступи паніки (частіше вранці), відчуття внутрішнього неспокою, тремтіння голови, повторні рухи, роздратованість з елементами агресивності та підвищена чутливість до зовнішніх подразників. У 24 пацієнтки (80 %) спостерігалася апатія — хворі проводили увесь час в ліжку, були байдужими, скаржилися на відсутність внутрішньої енергії — «нічого не хочеться робити», «ні з ким не хочеться спілкуватися». Що супроводжувалося вираженою астеною, підвищеною розумовою та фізичною стомлюваністю — «зварити обід — вчинити подвиг», «постійна втома», «вимотує стан втоми». У цих хворих спостерігалася загальмованість в руховій та ідеаторній сферах — уповільнення рухів і мови, порушення стартової активності, утруднення в прийнятті рішень — «важко приймати рішення», «все здається нездоланим — зростає в проблему», «я нічого не можу пояснити».

Деперсоналізація і дереалізація відмічалася у 5 хворих (16,67 %). При цьому спостерігалася фрагментарність і нечіткість сприйняття себе і того, що оточує — «спостерігаю себе з боку», «лице закам'яніле, очі божевільні, ходжу як зомбі», «як на нереальному світі, повітря перед очима тремтить», «зі сторони на все дивлюся».

Необґрунтовані страхи (страх з'їхати з глузду, страх виходити на вулицю) відмічалися у всіх хворих. Нав'язливі думки, нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади були виявлені у більшості обстежуваних (70 %) — «думки лізуть в голову», «перебираю долю». Параноїдні симптоми переслідування виявлені у 6 хворих (20 %) — «люди пальцем показують», «говорять про мене». При цьому необхідно відзначити, що до цих переживань зберігалася часткова критика.

Спостерігалася зниження апетиту. Причому, також як і настроїв, апетит поліпшувався ввечері. Хворі скаржилися на безсоння, відсутність відчуття сну і відпочинку після сну. Як правило, спостерігалася поєднання ранньої, середньої і пізньої інсомнії — «сон 3 години». Зниження всіх спонукань (особливе лібідо) відмічене в 100 % випадків. У всіх хворих спостерігалася погіршення когнітивних функцій: пам'яті та уваги на фоні порушення чіткості мислення.

У хворих депресивний розлад супроводжувався наступними соматичними симптомами: схильність до запорів, сухість у роті, нудота, відчуття здавлення в голові; підвищений артеріальний тиск і його коливання, тахікардія, болі в серці; відчуття пульсації в області шиї, хребта; вегетативні симптоми (особливо при ажитації) — відчуття жару, відчуття колення в тілі; часте сечовипускання; утруднене дихання — «не можу зробити глибокий вдих»; погіршення слуху та зору — «закладає вуха», «важко фіксувати погляд»; болі в області сонячного сплетення порушення зору. Соматичні симптоми були тісно пов'язані з психічною тривогою, підсилюючи її і всі інші симптоми депресивного розладу.

Практично у всіх хворих депресивний стан призводив до вираженого порушення їх повсякденної соціальної і професійної діяльності. Хворі нашоувалися на непорозуміння з боку близьких родичів, які вважали, що їм треба узяти себе в руки.

Вираженість усіх наведених симптомів представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Результати дослідження за шкалою Гамільтона (у балах)

Симптом	Хворі на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (n=30)
Депресія	3,3 ± 0,1
Вина	2,9 ± 0,2
Суїцид	3,0 ± 0,1
Інсомнія рання	1,3 ± 0,2
Інсомнія середня	1,4 ± 0,2
Інсомнія пізня	1,5 ± 0,2
Робота та інтереси	3,4 ± 0,2
Загальмованість	2,6 ± 0,2
Збудження	1,7 ± 0,2
Тривожність (психічні симптоми)	3,4 ± 0,2
Тривожність (соматичні симптоми)	2,6 ± 0,2
ЖКТ (соматичні симптоми)	1,5 ± 0,1
Загальносоматичні симптоми	1,6 ± 0,1
Генітальні симптоми (втрата лібідо)	2,0 ± 0,0
Іпохондрія	1,6 ± 0,2
Втрата у вазі по анамнезу	1,5 ± 0,2
Втрата у вазі фактична	1,5 ± 0,2
Втрата критики	0,5 ± 0,2
Добові коливання (час)	1,2 ± 0,1
Добові коливання (ступінь)	1,5 ± 0,2
Дереалізація та деперсоналізація	1,8 ± 0,4
Параноїдні симптоми	0,9 ± 0,2
Нав'язливі ідеї	1,7 ± 0,2

У всіх хворих за даними методики Гамільтона було виявлено наявність депресії важкого ступеня (більше 27 балів).

Висновки: Аналіз анамнестичного та клініко-психопатологічного обстеження хворих показав, що у формуванні депресивного розладу беруть участь багато чинників: спадкова обтяженість, екзогенно-органічні ураження головного мозку і соматогенні чинники. Важливу роль мали гострі та хронічні психічні травми,

які провокували виникнення або загострення депресивного розладу та формування суїцидальної поведінки. Високий ризик скоєння суїциду спостерігався в період маніфесту хвороби або у хворих з великим строком перебігу депресивного розладу. Суїцидальна поведінка та виникнення суїцидальних думок було пов'язано з ідеями самозвинувачення, відчуттям тягара для рідних та відчуттям безвиході.

Література

1. World Health Organization. (Table) [www document]. Suicide prevention (SUPRE). Geneva. Switzerland URL. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. — 2007.
2. Who / Suicide rates per 100, 000 by country, etar and sex (Table) [www document]. URL. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rate. — 2009.
3. Розанов, В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития [Текст] / В. А. Розанов // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 1(75). — С. 92–97.
4. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева; — Днепропетровск: Пороги, — 2006. — 470 с.
5. Bertolote, J. M. A global perspective on the magnitude of suicide mortality [Text] / J. M. Bertolote, A. Fleischmann // In: Wasserman D., Wasserman C. Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention; — New York: Oxford University Press, — 2009. — P. 91–98.
6. Nock, M. K. Suicide and suicidal behavior [Text] / M. K. Nock, G. Borges, J. Bromet et al. // Epidemiological review. — 2008. — Vol. 30, № 1. — P. 133–154.

УДК 159.23:616.89+616-006.6]-036-07-08-084

Оцінка внутрішньоособистісного та психосоціального компонентів адаптаційного потенціалу онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми



Яворська Т. П.

Яворська Т. П.

Харківська обласна клінічна лікарня. Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме. У дослідженні була проведена оцінка внутрішньоособистісного та психосоціального ресурсів пацієнтів в аспекті впливу на стан психологічної адаптації до наявності стоми. Виявлено психологічні та психосоціальні фактори оцінки адаптаційного потенціалу та прогнозу, які дозволять прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів, цілеспрямовано планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації, проводити психопрофілактику.

Ключові слова: стомовані онкохворі, психологічна адаптація, адаптаційний потенціал, медико-психологічна допомога, психоонкологія.

Assessment of intrapersonal and psychosocial factors as components of adaptive potential cancer patients considering operation with forming ostomy

Yavorskaya T. P.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Resume. The aim of study was to assess intrapersonal and psychosocial resources of patients in terms of impact on the psychological adaptation to the presence of the stoma. It was found psychological and psychosocial factors of adaptive capacity and the forecast that will predict the risk of disadaptive conditions. Our findings can be useful for planning and organizing psychological help and psychorehabilitation, conduct psychological prophylaxis.

Key words: ostomy cancer patients, psychological adaptation, adaptive capacity, psychological help, psychooncology.

Онкологічне захворювання та оперативне втручання є стресовою та психотравмуючою подією для людини, що потребує швидкої та тривалої мобілізації внутрішньоособистісних та психосоціальних ресурсів особистості з метою забезпечення психічної адаптації до складної життєвої ситуації.

Вивчення ролі та значення особистісного фактору у розвитку та адаптації до онкологічного захворювання та пов'язаних з нею стресів залишається одним з пріоритетних напрямів дослідження у сучасній психоонкології [1–9]. У якості „психологічних канцерогенів” описані різноманітні травмуючі життєві події, психологічні проблеми у зв'язку із втратою значимого об'єкта та пов'язані з цим страхи, порушення здатності до вираження емоцій, складність у подоланні конфліктів, тривало існуючий стан безнадії, пригніченості та відчаю [3–6, 10]. Багато авторів етіологічно пов'язують ризик розвитку онкологічного захворювання із обтяжуваними переживаннями у дитинстві (наприклад, втратою одного з батьків) [1, 7, 11]. Часто онкологічна патологія свідчить про те, що десь

у житті людини були невирішені проблеми, які посилюлися або ускладнилися в наслідок серії стресових ситуацій, які відбулися у період від півроку до півтора року до виникнення захворювання [1, 11].

У ряді робіт вітчизняних психологів досліджений „психологічний профіль онкологічного хворого” [7, 10]. Було виявлено, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси як домінуюча дитяча позиція у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутності ознак у когнітивній сфері.

Реакція на психосоціальні стресори залежить від структури особистості, тобто від того, яке значення події надається суб'єктом [12–15]. До психосоціальних стресорів відносить соціальну невлаштованість, зміну соціального статусу, місця проживання, незадоволеність роботою, драматичні життєві події і життєві кризи. Наявні переконливі докази того, що стрес являється фактором, який сприяє виникненню хвороб, у тому числі і онкопатології [1, 10].

У світлі вищезгаданого окремим аспектом постає вивчення не тільки особистісних особливостей самого хворого, але і його найближчого оточення — рідних, близьких, а також, осіб залучених до лікування пацієнта, тобто медичного персоналу [16]. Соціальне оточення хворого розглядають як потенційний «зовнішній» ресурс у боротьбі з хворобою.

Практичний аспект подібних досліджень полягає у виявленні особистісних властивостей та/або психосоціальних факторів, дія на які допомогла б адаптувати хворого до «ситуації захворювання» та покращити якість його життя.

Метою дослідження було виявити індивідуально-психологічні властивості онкохворих в аспекті оцінки внутрішньоособистісного ресурсу та оцінити психосоціальний ресурс як компоненти адаптаційного потенціалу та прогнозу у процесі пристосування до життя зі стомою.

Психологічний адаптаційний потенціал — це комплекс психологічних характеристик людини, а також психосоціальних факторів, які дозволяють у різному ступені реалізувати її потенційні можливості, сукупність збережених особистісних особливостей психіки, які необхідно підтримувати та розвивати у процесі заходів психологічної допомоги чи психореабілітації. Тоді як адаптаційний прогноз — вірогідність відновлення чи оборотності психічних порушень і психосоціальних ускладнень, реалізація адаптаційного потенціалу.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети на базі Харківського обласного клінічного онкологічного центру протягом 2010–2011 років за допомогою методики визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком [17], методики діагностики індексу життєвого стилю (адаптованого Л. И. Вассерманом, О. Ф. Єришевим, Є. Б. Клубовою, 1998) опитувальника Плутчика — Келлермана — Конте Life Style Index) [18], методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копію» в адаптації Т. А. Крюкової [19], шкали соціальної підтримки (багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки — MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. А. Сироти) [20] та клініко-діагностичного інтерв'ю у післяопераційному періоді було проведено обстеження 120 стомованих онкохворих (62 чоловіків та 58 жінок) під час перебування у хірургічному стаціонарі.

Результати психодіагностичних досліджень було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows [21].

Результати дослідження. Акцентуації характеру одна з важливих особистісних складових, від якої багато в чому залежить адаптація. Акцентуаціями називають загострення рис

характеру, що не досягають ступеня патології, тобто, по суті, знаходяться на межі між нормою і патологією. Вони також характеризуються тим, що більш чітко окреслюються або проявляються у стресогенних ситуаціях і життєвих кризах, коли психогенне навантаження особливо інтенсивне; супроводжуються достатньою соціальною пристосованістю або порушення адаптації при них носять тимчасовий, мінущий характер, а в певних ситуаціях можуть навіть сприяти соціальній адаптації. Результати дослідження акцентуацій характеру у обстежених пацієнтів представлений в табл. 1. та на рис. 1.

Таблиця 1

Структура акцентуацій характеру у обстежених

Тип акцентуації	Чоловіки			Жінки		
	Абс. ч.	%	Ранг	Абс. ч.	%	Ранг
Демонстративний*	2	5,3	5	9	20,9	2
Застрагаючий	7	18,4	1	5	11,6	3
Педантичний	6	15,8	2	5	11,6	3
Збудливий	7	18,4	1	3	7,0	5
Гіпертимний	2	5,3	5	-	-	8
Дистимний	4	10,5	3	2	4,7	6
Тривожний	3	7,9	4	4	9,3	4
Екзальтований	-	-	6	1	2,3	7
Емотивний*	4	10,5	3	12	27,9	1
Циклотимний	3	7,9	4	2	4,7	6
Разом	38	100		43	100	

Примітка. * $p < 0,05$ за ТМФ.

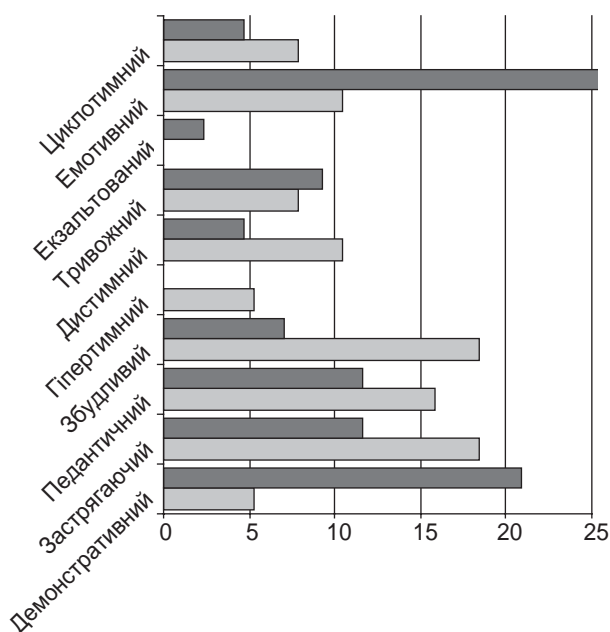


Рис. 1.

Порівняльна характеристика акцентуацій характеру у обстежених

Поширеність акцентуацій серед чоловіків становила — 61,3%, а серед жінок — 74,1%, тобто, була вищою у осіб жіночої статі. У чоловіків найчастіше відзначалися застрягаючий (18,4%), збудливий (18,4%) та педантичний (15,8%) типи акцентуацій характеру, а у жінок — емотивний (27,9%) та демонстративний типи (20,9%). Значно рідше у чоловіків спостерігалися дистимний (10,5%), емотивний (10,5%), тривожний (7,9%) та циклотимний типи (7,9%), у жінок — застрягаючий (11,6%), педантичний (11,6%), тривожний (9,3%) та збудливий (7,0%) типи акцентуацій.

У осіб з застрягаючим типом акцентуації відмінною рисою характеру була патологічна стійкість афекту. У нормі афект через деякий час проходить, тоді як у осіб з даними типом акцентуації його дія тривала довше, емоційний стан легко повертався при згадках про травмуючі події. Такі пацієнти зазвичай перебували у зниженому настрою, що формувалася при постійному згадуванні обставин встановлення діагнозу, підготовки до операції, самопочуття у післяопераційному періоді, труднощами у догляді за стоною. Риси застрягання були особливо помітними у випадках, коли «несправедливо» (об'єктивно чи суб'єктивно) порушувалися інтереси хворого. У подібних випадках в психоемоційному стані проявлялися ознаки агресивності до «порушника», роздратованість.

Особистості зі збудливим типом акцентуації характеру відрізнялися імпульсивністю, схильністю до роздратування на фоні перенапруження психічного ресурсу, образливості, що поєднувалася з вимогливістю до оточуючих, труднощами у комунікації з іншими хворим та медичним персоналом внаслідок закритості та знижених здатностей до контролю свого емоційного стану. У разі невідповідності очікуваного результату операції з реальними обставинами виявляли бурхливу емоційну реакцію переважно у вигляді високої напруженості афекту, дисфорії. Однак намагалися ретельно дотримуватися лікарських призначень, якщо вважали їх співставними з позитивним результатом.

Основними рисами педантичної акцентуації характеру у обстежених були нерішучість, постійні сумніви, страх приймати рішення, особливо у ситуації, коли дане рішення було життєвоважливим (життєвоформуючим). Такі пацієнти намагалися знайти підтримку у оточуючих, постійно непокоїлися за власне здоров'я, наслідки операції. Психоемоційний стан характеризувався напруженням, страхом, непродуктивним самоаналізом та самоїдством. Важливими сприймалися будь-які, навіть незначні, рекомендації щодо лікування, дотримання режиму, дієти. Відхилення від графіку

провокувало появу тривоги, а неможливість дотримання висунутих вимог — у подальшому депресивних симптомів.

Пацієнти з демонстративною акцентуацією характеру (у більшості жінки) були надміру активними у поведінці чи інтенсивності емоційного реагування, говірливими, прагнули бути в центрі уваги. Це проявлялося у тому, що їх «страждання та хвороба» презентувалися як відмінні від інших (особливі), і відповідно, вони висували вимогу підвищеної уваги та турботи як від рідних, так і медичного персоналу. Невдоволення потреб хворих провокувало бурхливі психоемоційні реакції, конфлікти з оточуючими.

Для тривожних особистостей були характерними високий рівень тривоги, невпевненість у собі, занепокоєння виникало навіть з незначного приводу, присутніми були постійні сумніви з приводу «правильності» лікування або виконуваних процедур, проєкцією тривожних переживань у майбутнє, виражене почуття провини. Тривога та занепокоєння зменшувалися після роз'яснювальної бесіди, однак знову швидко наростали.

У випадку наявності емотивного типу акцентуації були характерні сенситивність, вразливість, добродушність. Психотравматичні події (хвороба, операція) викликали інтенсивну емоційну реакцію, що без відповідної корекції схильна до трансформації у депресивний стан. Зміни у психоемоційному стані були обумовлені реальними обставинами. Хворі виконували рекомендації щодо лікування, адекватно сприймали допомогу оточуючих, спілкування з медичним персоналом було цілком продуктивним.

Пацієнти з дистимною акцентуацією характеру відзначалися переважно постійно зниженим настроєм, песимістичністю, очікуванням негативних подій (напр., ускладнень під час операції), зневірою у себе, швидкою втомлюваністю, пасивністю.

Гіпертимна акцентуація характеру проявлялася відносно завищеним настроєм (у порівнянні з обставинами), активністю, здатністю швидко знаходити спільну мову з оточуючими, в тому числі дізнаватися необхідну інформацію, схильністю до пошуку альтернативних способів лікування, енергійністю та життєлюбністю.

У осіб з екзальтованою акцентуацією відзначалися висока сенситивність у поєднанні з інтенсивністю емоційної реакції, що проявлялося при несприятливому перебігу хвороби, у емоційній лабільності, зростанні проявів тривоги та депресії.

Циклотимна акцентуація характеризувалася змінами настрою та формуванням у подальшому депресивного стану, тривожності та астенізації.

Більш адаптованими у післяопераційному періоді проявляли хворі з емотивною та гіпертимною типами акцентуації характеру, які реалістично оцінювали ситуацію, адаптивно спілкувалися з оточенням та вміли звертатися за допомогою, були активними у лікувальному процесі. Тоді як пацієнти з застрягочим, збудливим, педантичним, тривожним та демонстративним типами, виявляли ознаки порушення психологічної адаптації. У пацієнтів з даними акцентуаціями спостерігалися інтенсивні психоемоційні реакції, труднощі у комунікації, ескалація конфліктів у міжособистісних відносинах, що було обумовлено змістом передіснуючих психологічних особливостей, які визначали стереотип емоційного реагування, когнітивної оцінки ситуації та поведінки. Варто зазначити, що у будь-якому випадку характерологічні риси впливали на процес комунікації з оточуючими та визначали успішність у отриманні від інших людей підтримки, допомоги та інформації. Відповідно, порушення даного компоненту, впливало на сам характер психологічної адаптації, що і виражалось у посиленні або розвитку тієї чи іншої психопатологічної симптоматики.

Важливим для діагностики внутрішньособистісного ресурсу було дослідження психологічних механізмів захисту та відповідних їм диспозицій. М. Келлерман і Р. Плутчик виходили при класифікації особистостей з того, що, по-перше, існує вісім базових вроджених схильностей до психічного захворювання, названих ними диспозиціями, і, по-друге, кожна з останніх зв'язана з певною емоцією, яка продукує певний захисний механізм. Вроджена схильність до психопатології під дією захисних механізмів формує характерологічні особливості особистості. Визначають наступні диспозиції: манії, істерії, психопатії, а також агресивна, депресивна, пасивна, обсесивна та параноїдальна диспозиції. Психологічним змістом будь-якого захисного механізму є підтримка внутрішньої рівноваги, особливо у ситуаціях життєвої кризи або стресогенних. Тоді як диспозиція відображає домінуючу схильність до розвитку певного типу психічного порушення. Взаємозв'язки між емоціями, захисними механізмами і схильністю до захворювання відображені у табл. 2.

Наведені у табл. 3 результати (графічно рис. 2) відображають домінуючі у структурі життєвого стилю диспозиції серед обстеженого контингенту. Так, у обох групах на ведучих позиціях знаходилися параноїдальна (56,5 у чоловіків та 53,4% у жінок) та обсесивна диспозиції (45,2 та 55,2% відповідно), відмінними були більша кількість осіб з диспозицією манії серед чоловіків (37,1% на противагу 29,3%) та істеричної і депресивної — жінок (33,9 та 44,8% і 22,6 та 41,4% відповідно).

Таблиця 2

Взаємозв'язки між диспозицією, основною емоцією та психологічним захистом

Диспозиція	Основна емоція	Психологічний захист
Манії	Радість	Реактивні утворення
Істерії	Прийняття	Заперечення
Агресивна	Гнів	Заміщення
Психопатії	Подив	Регресія
Депресивна	Сум	Компенсація
Параноїдальна	Неприйняття	Проекція
Пасивна	Страх	Витіснення
Обсесивна	Очікування	Інтелектуалізація, раціоналізація, сублімації.

Таблиця 3

Результати вивчення домінуючих диспозицій

Диспозиція	Чоловіки			Жінки		
	Абс. ч.	%	Ранг	Абс. ч.	%	Ранг
Параноїдальна	35	56,5	1	31	53,4	2
Обсесивна	28	45,2	2	32	55,2	1
Істерії	21	33,9	4	26	44,8	3
Манії	23	37,1	3	17	29,3	6
Депресивна	14	22,6	7	24	41,4	4
Психопатії	18	29,0	6	15	25,9	7
Пасивна	20	32,3	5	23	39,7	5
Агресивна	10	16,1	8	6	10,3	8

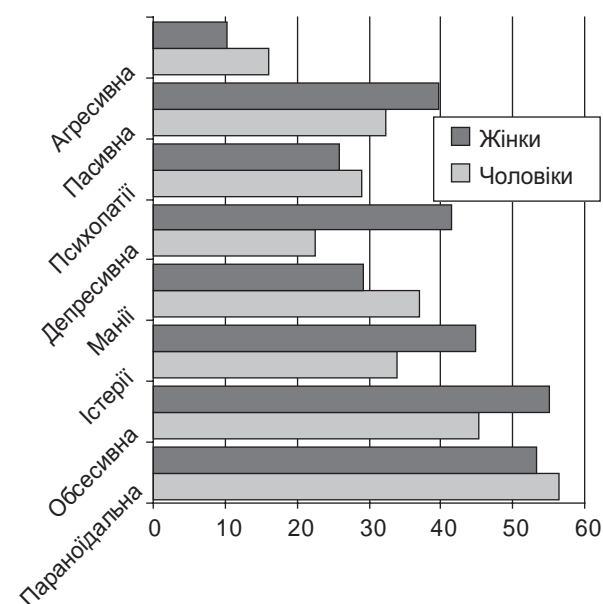


Рис. 2.

Домінуючі життєві диспозиції у обстежених

Для осіб з домінуючою параноїдальною диспозицією були характерними виражена критичність у поєднанні з відчуттям власної неповноцінності, низька сугестивність. Основними емоціями були відрив та неприйняття, з наступним застосуванням психологічного механізму захисту у вигляді проєкції, коли об'єктом критики ставала навколишня дійсність (умови в лікарні, якість лікування, інші пацієнти). Негативний емоційний стан проєктувався назовні, тоді оточуючим приписувалися неухвальність, недоброзичливість, нерозуміння. Хворі часто концентрували увагу на деталях, надавали їм надмірної важливості.

У обстежених з obsесивною диспозицією виявлялася схильність до гіперконтролю та наростання тривоги при загрозі його втрати, були притаманними совісність, педантичність, однак несприйнятливості до емоційного стану іншої людини. Захист здійснювався за допомогою інтелектуалізації, раціоналізації і сублімації. Хворі намагалися від'єднатися від чуттєвого сприйняття дійсності, негативної інформації, побудовою системи контраргументації, більш «м'яким» поясненням реальної ситуації для себе та близьких.

Для опитуваних з диспозицією істерії характерними були емоційна лабільність, сугестивність, вибіркова неухвальність, як спосіб захисту використовувалося заперечення, основною емоцією було прийняття. Характерною особливістю була ідеалізація об'єкту, мінливість оцінок. Психоемоційний стан пацієнтів та поведінка під час лікування залежали від зміни чи появи нових симптомів, отримання додаткової інформації (від сусідів по палаті, в тому числі і про нетрадиційні методи лікування), суб'єктивізму її сприйняття хворими, ситуативністю поведінки. Хворі привертати до себе увагу оточуючих різноманітними способами від пошуку схвалення до пред'явлення претензій та нагнітання конфлікту.

Енергійність, активність, виражена соціальність були притаманні для осіб з диспозицією манії. Основна емоція — радість. Захисним механізмом служило реактивне утворення, що мало регулятивну функцію для поведінки. У більшості такі пацієнти пред'являли мало скарг, намагалися концентруватися на позитивних аспектах, дещо знецінювали тяжкість ситуації, іноді були надміру активними та нав'язливими у спілкуванні. Намагалися були максимально проінформованими та транслиували інформацію іншим хворим.

Депресивна диспозиція виражається у суб'єктивному переживанні втрати уявного об'єкта, відповідно основною емоцією був смуток. Психологічний захист — компенсація, за

рахунок якої особистість намагалася уникати почуття депресії. Враховуючи факт того, що онкологічне захворювання та його лікування супроводжується суттєвою зміною або зламом життєвого плану, зіткненням з переживаннями власної уразливості, смертності, значення та цінності життя, порушенням тілесної цілісності (інвалідизуючі операції), тобто відчутними втратами, для хворих з депресивною диспозицією подібне ставало особливо психотравмуючим.

Пасивна диспозиція характеризується проявами безініціативності, уникання, інертності, заглиблення у себе, потребою у залежності від інших (тісного залежного емоційного зв'язку). Основна емоція — страх, механізм психологічного захисту — витіснення. Для хворих з пасивною диспозицією з одного боку психологічного патогенними була потреба у надмірній залежності від іншої людини, другого — пасивність у лікувальному процесі. Перехід у залежність забезпечує психоемоційну підтримку з одного боку та делегування відповідальності з іншого, що зменшувало внутрішнє напруження та тривогу, тоді як неможливість реалізації подібного механізму сприяло порушенню психічної рівноваги. Пасивна тактика поведінки у лікувальному процесі знижувала обсяг отримання доступної інформації, необхідних знань та навичок, що відображалось у подальшому на якості життя пацієнта.

Поведінка осіб з агресивною диспозицією протилежна поведінці з пасивною. Основна емоція — гнів (роздратування), захист — заміщення, яке виконувало регулятивну функцію для виникаючої агресії, що дозволяло направляти реакцію агресії на відносно безпечний об'єкт. Пацієнти з агресивною диспозицією на стрес та обумовлені хворобою і наслідками операції труднощами реагували наростанням роздратованості, внутрішньої напруженості, прямо або опосередковано виявляли незадоволеність з різних приводів, конфліктували з медичними персоналом.

Особи з диспозицією психопатії мали потребу залишатися в невідконтрольному стані. Психологічний захист у вигляді регресії дозволяв реалізувати потреби та розряджати внутрішні імпульси, повертаючись час від часу до більш зрілих моделей задоволення потреб. Основна емоція — подив. Найбільш проблемними були вимоги дотримувалися лікувального режиму, виконувати рекомендації, тобто витримувати будь-які рамки, на фоні чого часто виникали конфліктні ситуації. Особливо чітко неадаптивною поведінка ставала у випадках невідповідності очікувань пацієнта та реальних можливостей ситуації (терміну перебування в стаціонарі, прогнозу щодо видужання та якості життя та ін.).

Найбільшої психологічної дезадаптації зазнавали пацієнти з пасивною, агресивною, психопатичною та депресивною диспозиціями. Симптоми порушення адаптації у них супроводжувалися більш вираженою психоемоційною нестійкістю, наростанням психопатологічних проявів у вигляді тривоги та депресії, ескалації міжперсональних конфліктів, та були обумовлені невідповідністю наявних особистісних ресурсів та вимог ситуації.

У стилях стрес-долаючої поведінки ведучими у чоловіків були копінг-стратегії спрямовані на рішення (75,8%), відволікання та соціальне відволікання (56,5 та 46,8%), у жінок — емоційне відреагування (70,1%), соціальне відволікання (67,2%) та рішення (63,8%) (табл. 4). Тобто, для жінок були більш характерними емоційне переживання ситуації та пошук підтримки у оточенні, а для чоловіків — орієнтування на прийняття рішення та переключення уваги на інші аспекти (рис. 3).

У осіб з домінуванням стрес-долаючої поведінки орієнтованої на рішення та соціальне відволікання у післяопераційному періоді прояви тривожності та депресії були найнижчими, на відміну від обстежених з поведінкою уникання. Щодо емоційного відреагування, виявлені результати неоднозначні, так як, з одного боку емоційне переживання ситуації було одним з етапів подолання стресової ситуації, з іншого — надмірне перенапруження афективної сфери трансформувалося у клінічно окреслені симптоми.

Невід'ємним аспектом оцінки адаптаційного потенціалу був аналіз психосоціального ресурсу за допомогою «Шкали самооцінки соціальної підтримки». Даний опитувальник містить підшкали підтримки сім'ї, друзів та «значимих інших» та відображає сприйняття хворим проявів допомоги з боку найближчого оточення, що за змістом може оцінюватися на рівні вкрай несприятливого (0 балів — підтримка відсутня або сприймається як така), несприятливого (1 бал, супроводжується відчуттями самотності, байдужості іншим людям), задовільного (2 бали, задовольняються мінімальні психоемоційні потреби особи), достатньо сприятливого (3 бали, характеризується досить високим рівнем розуміння та підтримки) та сприятливого (4 бали, потреби особи задовольняються у повній мірі).

Аналіз результатів за «Шкалою соціальної підтримки» виявив, що переважна більшість обстежених оцінили підтримку найближчого оточення як достатню (табл. 5). Самооцінка соціальної підтримки за шкалами у опитуваних показала, що пацієнти найбільшу допомогу отримували від родини (2,94 та 2,95 бала) та «значимих інших» (2,74 та 2,88 бала), меншу роль відігравали друзі та знайомі (відповідно 2,53 та 2,72 бала) (табл. 6).

Таблиця 4

Стратегії стрес-долаючої поведінки

Копінг-стратегія	Чоловіки			Жінки		
	Абс. ч.	%	Ранг	Абс. ч.	%	Ранг
Рішення	47	75,8	1	37	63,8	3
Емоції	20	32,3	5	41	70,1	1
Уникнення	21	33,9	4	24	41,4	5
Відволікання	35	56,5	2	34	58,6	4
Соціальне відволікання	29	46,8	3	39	67,2	2

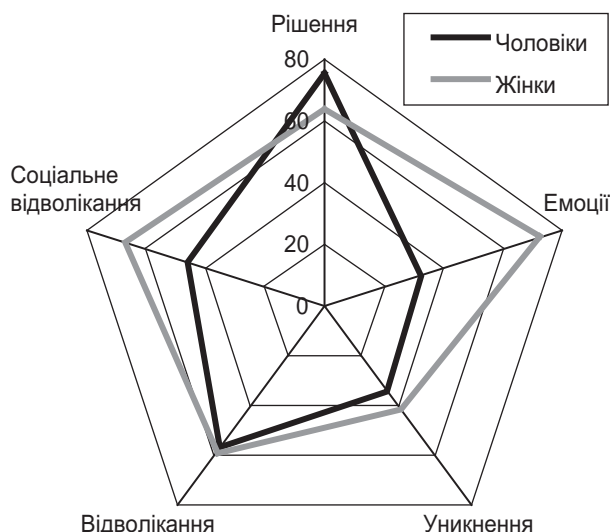


Рис. 3

Стратегії стрес-долаючої поведінки у стомованих онкохворих

Таблиця 5

Структура самооцінки обстеженими наявності соціальної підтримки за шкалами (%)

Шкали підтримки	Чоловіки				Жінки			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Сім'ї	4,9	24,2	43,5	27,4	5,2	22,4	44,8	27,6
Друзів	8,1	40,3	41,9	9,7	6,9	31,1	44,8	17,2
«Значимих інших»	4,9	29,0	53,2	12,9	3,4	25,9	50,0	20,7

Примітка. 1–4 — бали.

Для змістовної оцінки соціальної підтримки числовий діапазон було розділено на два інтервали: від 0 до 2 (I-й діапазон) та від 3 до 4 (II-й діапазон) (табл. 6). Вибір значень від 0 до 2 вказував на наявність дефіциту соціальної підтримки, тоді як бали 3 та 4 свідчили про сприйняття «зовнішньої» допомоги на достатньому рівні. Так, низький рівень психосоціальної допомоги за шкалою «підтримки сім'ї» виявлено у 29,0% чоловіків та 27,6% жінок, шкалою «підтримки друзів» відповідно

Таблиця 6

Оцінка психосоціального ресурсу в залежності від рівня соціальної підтримки

Шкали підтримки	Чоловіки					Жінки				
	Діапазон I		Діапазон II		Серд. бал	Діапазон I		Діапазон II		Серд. бал
	х	%	х	%		х	%	х	%	
Сім'ї	1,83	29,0	3,39	71,0	2,94	1,81	27,6	3,38	72,4	2,95
Друзі	1,83	48,4	3,19	51,6	2,53	1,82	37,9	3,28	62,1	2,72
Значимих інших	1,86	33,9	3,2	66,1	2,74	1,88	29,3	3,29	70,7	2,88

Примітка. Х — середнє значення вираженості показника у балах.

Таблиця 7

Внутрішньоособистісні та психосоціальні складові адаптаційного потенціалу та прогнозу

Сприятливі фактори	Несприятливі фактори
<i>Для чоловіків</i>	
Емотивний та гіпертимний типи акцентуації характеру Диспозиція манії	Застраючий, збудливий, педантичний типи акцентуації характеру Диспозиція психопатії, пасивна та агресивна
Стратегія стрес-долаючої поведінки, орієнтована на рішення, соціальне відволікання	Стратегія стрес-долаючої поведінки, орієнтована на уникнення
Достатній рівень соціальної підтримки	Дефіцит соціальної підтримки
<i>Для жінок</i>	
Емотивний тип акцентуації характеру	Демонстративний тип акцентуації характеру
Стратегія стрес-долаючої поведінки орієнтована на соціальне відволікання, рішення	Депресивна, психопатії, пасивна та агресивна диспозиції
Високий рівень соціальної підтримки	Стратегія стрес-долаючої поведінки орієнтована на уникнення, емоційне відреагування
	Низький рівень соціальної підтримки

48,4% та 37,9%, шкалою «підтримки значимих інших» — 33,9% та 29,3%. Тоді як достатньою зовнішню підтримку з боку родини та «значимих інших» відзначали 2/3 та друзів 1/2 опитаних хворих. Однак, слід пам'ятати, що використаний опитувальник відображає власне суб'єктивну оцінку (сприйняття) психосоціального ресурсу та здатність до прийняття сторонньої допомоги. У ряді випадків оцінка того чи іншого параметру як достатнього була ідеалізованою та вказувала на бажане, а не реальне положення.

Жінки, у порівнянні з чоловіками, сприймали допомогу зі сторони інших більш позитивно та оцінювали свій психосоціальний ресурс як достатній. Для них були характерними пошук сторонньої допомоги, потреба у спілкуванні з іншими людьми та встановлення нових чи підтримання наявних психоемоційних контактів. Тоді як чоловіки сприймали оточення більш критично, у осіб з низьким рівнем психосоціальної допомоги спостерігалися самозаглиблення, відгородження від інших, проблеми у комунікативній сфері. У пацієнтів, які виявили високий рівень підтримки від найближчого оточення, прояви психопатологічної симптоматики були менш вираженими, а психоемоційний стан більш стабільний.

Пацієнти з недостатньою соціальною підтримкою характеризувалися високим ризиком розвитку психологічної дезадаптації, що було враховано в основу розробки загальної та індивідуальної програми медико-психологічної допомоги.

У табл. 7 відображено внутрішньоособистісні та психосоціальні фактори, які сприяють або погіршують адаптаційний потенціал та прогноз.

З табл. 7 видно, що існує ряд відмінностей між чоловіками та жінками у процесі оцінки адаптаційного потенціалу та прогнозу, що обумовлює врахування гендерного фактору при побудові індивідуальної програми психологічної допомоги.

Таким чином, і особистісні властивості, і психосоціальні фактори відображалися на проявах та вираженості психопатологічної симптоматики, поведінці пацієнта і сприяли або порушували психологічну адаптацію хворого. Діагностування та інтегральна оцінка внутрішньоособистісних та психосоціальних ресурсів дозволить прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів та комплексно оцінювати адаптаційний потенціал та прогноз, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації.

Література

1. Psycho-Oncology / Ed. Holland J. C., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. [et al.]. — Oxford University press, 2010. — P. 712.
2. Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research / B. Garssen // Clin Psychol Rev. — 2004. — Vol. 24. — Issue 3. — P. 315 — 338.
3. Consedinea N. S. The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review / N. S. Consedinea, J. T. Moskowitz // Applied and Preventive Psychology. — 2007. — Vol. 12. — Issue 2. — P. 59-75.
4. Spiegel D. Depression and cancer: mechanisms and disease progression / D. Spiegel, J. Giese-Davis // Biol Psychiatry. — 2003. — Vol. 54. — P. 269-282.
5. Irwin M. R. Depression and risk of cancer progression: an elusive link / M. R. Irwin // J Clin Oncol. — 2007. — Vol. 25. — P. 2343-2344.
6. Desai P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desai, A. Ronson // Current Opinion in Oncology. — 2008. — Vol. 20. — Issue 4. — P. 378-385.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
8. Ивашкина М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.11 «Медицинская психология» / Ивашкина Марина Георгиевна. — М., 1998. — 166 с.
9. Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 «Медицинская психология» / Чулкова Валентина Алексеевна. — СПб., 1999. — 190 с.
10. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. — СПб.: Издательство «Речь», 2004. — С. 139-146.
11. Саймонто К. Психотерапия рака/ К. Саймонто, С. Саймонто. — СПб.: Питер, 2001. — 288 с.
12. Русина Н. А. Социально-психологические проблемы в онкологии / Н. А. Русина // Проблемы социальной психологии XXI столетия. — Ярославль. — 2001. — № 4. — С. 58-64.
13. Бусыгина Н. П. Холистическая модель болезни как основа практической деятельности психолога в онкологической клинике / Н. П. Бусыгина // Вопросы онкологии. — 2000. — Т. 46, № 4. — С. 485-489.
14. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv Psychosom Med. — 2007. — Vol. 27. — P. 57-71.
15. Типы отношения к болезни и психотерапевтическая коррекция у больных, прооперированных по поводу рака молочной железы / Б. Ю. Володин, С. С. Петров, Е. П. Куликов [и др.] // Актуальные проблемы лекарственного лечения злокачественных опухолей: материалы межрегион. науч.-практ. конф. — Смоленск, 2004. — С. 118-120.
16. Маркова М. В. Типи взаємодії в системі «хворий — родич — медпрацівник — медичний психолог» в умовах паліативної медицини / М. В. Маркова, І. Р. Кужель // Четверта науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних і психосоматичних хвороб», Вінниця, 28.02.2012. — С. 81-84.
17. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
18. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова [и др.]. — СПб, 2005. — 54 с.
19. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.
20. Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support / G.D. Zimet [et al.] // J. Personality assessment. — 1988. — Vol. 52. (1). — P. 30-41.
21. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

УДК: 616.831-07:616.89

Психовегетативні розлади у структурі порушень психічного здоров'я



Іванюк В. В.

Іванюк В. В.

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме. У статті автор надає власний аналіз літературних джерел та досвіду роботи з психічнохворими, підкреслюючи особливості вегетативних розладів, що нерідко зустрічаються у пацієнтів з різними психічними нозологіями. Також у наданій публікації є огляд та авторський досвід терапевтичної допомоги при вказаних хворобливих станах.

Psychovegetative disorders in structure of violations of psychological health

Ivaniuk V. V.

The Odessa regional psychiatry clinic № 1

Resume. In the article an author gives the own analysis of literary sources and experience with mentally ill, underlining the features of vegetative disorders which quite often meet for patients with different psychological nosologies. Also in the given publication a review and author experience of therapeutic help is given at the indicated sickly states.

Поширеність психічних захворювань серед населення різних країн сьогодні є актуальною проблемою, тому що кількість психічної патології не зменшується, а нові методи профілактики та лікування не можуть у повному обсязі задовольнити негайні потреби держави та суспільства у ліквідуванні як самих психічних хвороб, так і їх соціальних наслідків [1, 2].

Термін «психовегетативні розлади» об'єднує безліч симптомів, найпоширенішими з яких є дратівливість, тривога, відчуття внутрішньої напруги, порушення сну, неадекватні емоційні реакції. Нерідко зустрічаються й так звані пароксизмальні психовегетативні розлади — фобії та панічні атаки [3].

Дослідники вже звертали увагу на необхідність вирішення проблеми поєднання психічних та вегетативних порушень у плані уточнення психічного або неврологічного початку, що в світлі отриманих на той час даних було не зовсім ясним [4]. Наукова дискусія, що відображала тонші взаємини функціонального та органічного у клінічній картині одних й тих же станів, причини яких різні або виявляються майже одночасно триває й зараз. Тому про те, що першопричина, а що є слідство, саме психогенне чи органічне, в загальному неправильне, оскільки ті або інші симптоми можуть співіснувати у сукупності. Розмежуванню генезу патологічних станів допомагають аналіз клінічної поведінки хворого, параклінічні спостереження. У багатьох публікаціях різні дослідники свідчать про вегетативний генез психічних, про психогенне походження вегетативних розладів, але не завжди можливо ретельно об'єкти візувати те, що відбувається [3-5].

Подібні порушення, а точніше їх авторський опис неодноразово зустрічається у художній та медичній літературі протягом багатьох століть. Наприклад, Зигмунд Фрейд наприкінці 19 століття вказував, що тривожні неврози мають специфічні клінічні прояви у вигляді психовегетативних розладів, підкреслюючи, що тривога та паніка, як максимальна міра її вираженості, можуть бути асоційовані з порушенням однієї або декількох функцій організму [6]. При цьому пацієнт може відчувати серцебиття, стискування, відчуття нестачі повітря, біль в області серця та т.і. У даний час можна спостерігати значну поширеність у суспільстві вказаних порушень, що може бути пов'язане з підвищеною динамікою та напруженим ритмом сучасного життя, а також зниженням стійкості до стресу в умовах дефіциту часу, погіршення екології та збільшення інших стресогенних чинників. Тому частота цих порушень сьогодні досить вагома та складає, за різними спостереженнями до четверті населення [7].

Важливо зазначити, що адекватна терапія вказаних порушень має велику соціальну значущість. Так, у низькі досліджень було з'ясовано, що пацієнти, страждаючі перманентними або пароксизмальними психовегетативними розладами, мають вищий рівень холестерину, удвічі зростає ризик розвитку інсульту, значно збільшується ризик виникнення гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарду [3, 5]. А також порівняльний аналіз ризику суїциду показав, що він складає біля двадцяти відсотків для осіб з психовегетативними розладами та трохи більше п'яти у пацієнтів з іншою психічною патологією й це особливо часто підтверджується, коли

суїцидальні тенденції просліджуються у пацієнтів, в яких відчуття роздратування та тривоги поєднується з епізодичними панічними атаками і у пацієнтів з тривало існуючими психовегетативними розладами, зокрема, при трансформації в тривожну депресію [6].

На поєднання психічних та вегетативних порушень при різноманітних захворюваннях вже звертали увагу багато дослідників впродовж всього періоду розвитку медицини [5-7]. При цьому погляди кардинально змінювались, спочатку це було умовно кажучи протиставлення психічного та соматичного (душі й тіла), з особлива увага до одних порушень з ігноруванням інших, що, як би підтверджувалося виникненням соматичних захворювань та одночасним зникненням психічних розладів й навпаки [7, 8]. Пізніше дослідники все частіше почали звертати увагу на ті або інші вегетативні порушення при психічних захворюваннях, які могли займати істотне місце у клінічній картині. Наприклад, це було помітно при вивченні вираженої афективної патології, зокрема маніакально-депресивного психозу, при якому деякі дослідники стверджували, що маніакально-депресивний психоз має вегетативний генез [8].

Вивчення вегетативних аспектів захворювання було послідовним, спочатку було виділено тріаду вегетативних симпатикотонічних порушень (тахікардія, розширення зіниць, схильність до запору), що було інтерпретовано, як обов'язкову ознаку депресії [9]. Вивчення слабо виражених ендогенних афективних порушень звернуло увагу психіатрів на велику частоту вегетативних розладів з нерідким переважаанням їх над депресивними проявами, і це дозволило зробити висновок, що соматовегетативні (серцево-судинні, шкіряні та інші) порушення, ідентичні тим, які у більшості випадків розглядаються молодими лікарями, як кардіоневроз, екзема, алергії [7]. Почасту в описах хвороб, що стосуються афективних розладів, при оцінці соматичної та психічної патології, приділяється дуже мало уваги факту саме психічних розладів [10]. Виходячи з цієї концепції, щодо переважаання вегетативної симптоматики R. Lemke виділив особливу форму депресивних розладів, названу їм вегетативною депресією, також П.К. Анохін пізніше підкреслював, що за допомогою оцінки вегетативного компоненту можливо судити про наявність депресії [11].

Чинники, що приводять до розвитку психовегетативних порушень, на теперішній час остаточно не з'ясовані, є думки, що певне значення мають особливості людини, також обговорюється можлива роль порушень адренергічної регуляції. Відомо, що locus coeruleus, будучи однієї з надсегментарних структур вегетативної

регуляції, аферентний та еферентний проектується на велику кількість утворень головного мозку, створюючи широку мережу поведінкової та вегетативної регуляції. Експериментальні дані доказують, що тривожні розлади, можуть бути обумовлені симпатичною гіперактивністю й побічно це підтверджує те, що в пацієнтів з психовегетативними розладами наголошується зниження кількості пресинаптичних альфа-2-адренорецепторів, що у свою чергу може бути пояснено включенням захисних адаптаційних механізмів [11]. Також у ході досліджень передбачалося, що психовегетативні розлади можуть розвиватися у результаті генетичної трансформації адренорецепторів та виникнення популяції адренорецепторів із зміненою чутливістю [12]. На жаль, багатократні дослідження не підтвердили повністю дану гіпотезу [8, 11-13]. Значне місце у розвитку психовегетативних розладів віддається зниженню рівня g-аміномасляної кислоти (ГАМК), що є одним з основних гальмівних медіаторів головного мозку і як відомо, ГАМК метаболізується у глутамат (при цьому можлива як пряма, так і зворотна реакція), надалі глутамат під дією глутаматдегідрогенази розщеплюється до рівня ацетоглутарової кислоти для фізіологічних умов типової зворотної реакції, тобто утворення глутамата і далі ГАМК. Передбачається, що у пацієнтів з психовегетативними розладами може існувати особлива форма глутаматдегідрогенази, що дає у фізіологічних умовах пряму реакцію та приводить до накопичення глутамата і зниження утворення ГАМК. Додаткову роль у формуванні вказаних порушень може грати зниження чутливості бензодіазепінових рецепторів і зміна їх здібності до зв'язування з відповідними медіаторами [9].

Багато досліджень було присвячено питанням співвідношення психічних та вегетативних порушень при різних захворюваннях, у тому числі ролі вегетативної нервової системи у виникненні афективних та інших психічних розладів [5]. Різними дослідниками розроблялася проблема «вісцелярного мозку» з пошуком мозкового субстрату емоцій і було встановлено, що вегетативні порушення у переважній більшості випадків обумовлені психічними розладами, тобто носять психовегетативний характер, особливе значення у таких випадках грає тривожний афект, очевидна також важливість депресії [9]. Відмічено, що вегетативні розлади, як правило, відсутні за наявності грубих деструктивних уражень мозку, крім того, психічні та соматичні взаємини або перехід психічних порушень у соматичні мають трьох, а не двох-кроковий характер: психічні порушення — зміни у вегетативній та ендокринній системах — соматичні розлади [10].

Вегетативно-вісцелярні порушення при різних формах неврозів ретельно вивчалися невропатологами, де багато уваги приділялось руховим розладам при істерії та функціональним порушенням при різних формах невротичних розладів. У результаті ними виявлено відносну частоту вегетативних розладів при цьому вигляді психічної патології, а також описано окремі синдромальні порушення вегетатики, зокрема терморегуляції, що отримали назву ритмічний невроз, термоневроз й неврози окремих органів, наприклад кардіоневроз та моносимптомні (моносистемні) неврози, виділені на тлі психогенних функціональних розладів [12]. Вивчалися також вегетативні порушення при шизофренії та астенодепресивних станах екзогенно-органічного генезу, зокрема, при шизофренії встановлено порушення гомеостазу з переважанням тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, що підтверджено і експериментально, коли було викликано кататоноподібні синдроми, які супроводжуються різко вираженими симптомами парасимпатичного характеру у собак, що досягнуто внутрішньовенним введенням їм сечі хворих з кататонічними проявами [10]. Автори описуючи інші форми афективних порушень, що залежать від поразки центральних вегетативних механізмів — астенодепресивних порушень, обумовлених коммоційними ураженнями головного мозку та пов'язаних із зниженням діяльності анімальної нервової системи, наголошують всілякі симптоми роздратування вегетативної нервової системи, які виявляються у грі вазомоторів, посиленні саливації або різкому підвищенні піломоторних рефлексів, у формі вегетативно-вестибулярних кризів із запамороченнями та алгічного вегетативного синдрому у вигляді гіпоталамічного кризу [13]. Медіаторні порушення при психовегетативних розладах можуть бути широко представлені у різних відділах головного мозку, при цьому переважання тривожних розладів може бути результатом дисфункції переважно лімбічної системи. Пароксизми психовегетативних порушень можуть бути обумовлені зміною регулюючого впливу ретикулярної формації та її зв'язку з іншими надсегментарними утвореннями вегетативної регуляції [11].

Клінічні прояви у вигляді перманентних вегетативних розладів мають суб'єктивні та об'єктивні порушення вегетативних функцій, які можуть бути постійного характеру або виникати епізодично та не поєднуватися з вегетативними пароксизмами [9]. Виявлятися ці розлади можуть переважно в одній системі або носити виразний полісистемний характер [16]. Проявлятися перманентні вегетативні розлади

можуть різними синдромами, наприклад у кардіоваскулярній системі, це кардіоритмічні, кардіалгічні, а також артеріальними гіпер- та гіпотонією, з боку респіраторної системи — гіпервентиляційними розладами, такими як відчуттям браку повітря, задишкою, утрудненим диханням і т.і., в гастроінтестинальній системі — диспептичними розладами, нудотою, сухістю у роті, абдомінальними болями, дискінетичними феноменами, проносами, у системах терморегуляції та потовидільної — періодичними «ознобами», дифузним або локальним гіпергідрозом і т.п.; у судинній регуляції — дистальним акроціанозом та гіпотермією, феноменом Рейно, хвилями жару і холоду, у вестибулярній системі — несистемними запамороченнями та відчуттям порушення рівноваги [13, 14].

Сьогодні для терапії вегетативних синдромів як пароксизмального, так і перманентного характеру використовують наступні групи препаратів: антидепресанти, транквілізатори, нейролептики. За більшістю дослідників доведено, що базовими препаратами у лікуванні вегетативних розладів є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІ33С), які застосовують як монотерапію або у комбінації з іншими препаратами [8]. Важливо підкреслити, що терапія за допомогою CІ33С показана не лише, коли вегетативні розлади є проявом депресії, у тому числі маскованої, але і коли вегетативні розлади (перманентні та пароксизмальні) протікають у межах тривожних та тривожно-фобічних розладів, навіть якщо очевидної депресії не виявляється, у тих випадках де є генез змішаних тривожно-депресивних та істеро-депресивних (поєднання соматоформних і депресивних) розладів [9-11]. Дане положення відображає сучасні тенденції у психофармакотерапії, де провідне місце займають CІ33С, а транквілізатори використовуються частіше як засоби симптоматичної, допоміжної, коригуючої терапії, нейролептики використовуються як додаткові препарати при необхідності комбінованої терапії [8, 12]. Де які дослідники відзначають, що вживання будь-яких психотропних засобів доцільно поєднувати з вегетотропною терапією, особливо — якщо застосований препарат в доповнення володіє механізмами клітинної нейротропної дії (нейрометаболічною церебропротекцією), наприклад, призначення вінпоцетіна дозволяє, за рахунок вказаних ефектів, істотно поліпшити результати лікування [15]. Щодо фармакотерапії хворих з пароксизмальними та перманентними психовегетативними розладами, то передбачено декілька терапевтичних стратегій, це купірування панічних нападів, запобігання повторному виникненню пароксизмів, купірування

перманентних психо вегетативних синдромів. При виборі тактики лікування перманентних психо вегетативних розладів виходитимуть перш за все з характеру емоційно-психопатологічного синдрому, а у випадку депресивних розладів основними, а нерідко і єдиними, препаратами є антидепресанти. Індивідуальний підбір фармакологічних препаратів, титрування дози, поєднання з когнітивно-поведінковою психотерапією та соціальною адаптацією дозволяють сьогодні успішно справлятися з вказаними патологічними станами, які нерідко соціально дезадаптують хворого.

Виходячи з передбачуваного патогенезу психо вегетативних розладів очевидно, що важливе місце у лікуванні вказаних порушень також відводиться транквілізаторам [6]. У даний час доводиться визнати, що цей спосіб лікування далеко не ідеальний, в першу чергу в наслідок побічних ефектів, що розвиваються, до яких найбільш часто відносяться підвищена сонливість, зниження концентрації уваги, порушення координації [8]. Враховуючи той факт, що психо вегетативний синдром розвивається переважно у працюючих людей, очевидний вплив вказаної терапії на працездатність пацієнтів [11]. Зниження працездатності, на тлі прийому бензодіазепінів, інколи може приводити

до соціальної дезадаптації пацієнтів. Крім того, тривале вживання бензодіазепінових препаратів може приводити до формування лікарської залежності. Як згадувалося вище, чинник можливого розвитку лікарської залежності особливо серйозний у пацієнтів з психо вегетативними розладами [15].

Висновки:

1. Аналіз доступних літературних джерел та власний досвід роботи у психіатричній лікарні свідчать про те, що психо вегетативні порушення є актуальною сучасною проблемою, межі якої постійно збільшуються.
2. В цілому проведений метааналіз досліджень, що були присвячені вивченню афективної патології та вегетативним розладам, які з ними поєднуються, продемонстрували морфологічну єдність їх походження та нерозривність клінічних проявів, що, важливо враховувати при лікуванні.
3. З'ясовано, що при безпосередньої дії на одну із складових клінічних проявів психічного або неврологічного захворювання нерідко досягається повний терапевтичний ефект, хоча питання про адекватність та ефективність терапії ще є таким, що потребує подальшого вивчення та дискусії.

Література:

1. Weissman M.M. Panic Disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from community survey // M.M. Weissman, J.S. Markowitz, R. Ouellette et al. / Am. J. Psychiatry. — 2006. — V. 153. — N. 11. — p. 150-154.
2. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. // Под ред. А.М. Вейна / Медицинское информационное агентство. — М. - 2002. — С. 749-750.
3. Breier A. Agoraphobia with panic attacks // A. Breier, D. Charney, C. Heninger / Arch Gen Psychiatry. — 1998. — 43 (11). — P. 129-136.
4. Kushner M.G. Panic attacks without fear: an overview // M.G. Kushner, B.D. Beitman / Behav. Res. Ther. — 1990. — 28 (6). — P. 469-479.
5. Вейн А.М. Панические атаки // Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. / СПб. — 2007. — 124 с.
6. Jacob R.G. Panic disorder: diagnosis, medical assessment, and psychological assessment // R.G. Jacob, S.O. Lilienfeld / Panic Disorder and Agoraphobia. Belmont 2009. — Part 3. — P. 433-469.
7. Смулевич А.В. Депрессии у соматических больных // А.В. Смулевич, В.Н. Козырев, А.Л. Сыркин / М. — 1997. — 108 с.
8. Tesar G.E. Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder // G.E. Tesar, J.F. Rosenbaum, M.N. Pollack et al. / J Clin Psychiatry 2008. — V. 52. — P. 69-76.
9. Wade A.G. Antidepressants in panic disorder // A.G. Wade / Intern Clin Psychopharmacol. — 1999. — 14 (Suppl. 2). — P. 13-17.
10. Вознесенская Т.Г. Лечение тревожных расстройств у больных психо вегетативным синдромом // Вознесенская Т.Г., Федотова А.В., Фокина Н.М. / Лечение нервных болезней. — 2010. — № 3. — С. 38-41.
11. Смирнов И.В. Клиническое применение метода психосемантической коррекции // И.В. Смирнов, А.В. Москвин, И.К. Нежданов / Лечебная практика. — 2000. — N 5. — С. 34-35.
12. Bajwa W.K. High cholesterol levels in patients with anxiety disorders // W.K. Bajwa, G.M. Asnis, W.C. Sanderson et al. / Am. J. Psychiatry. — 1996. — V. 149. — N. 3. P. 76-78.
13. Beck A.T. An inventory for measuring depression // A.T. Beck / Arch. Gen. Psychiat. — 1981. — V. 5. — P. 61-71.
14. Redmond D.E. New and old evidence for the involvement of a brain norepinephrine system in anxiety // D.E. Redmond / Phenomenology and treatment of Anxiety. — NY. — Spectrum Press. — 1994. — V. 11. — P. 122-129.
15. Wang Z.W. Adrenergic receptor genes as candidate genes for affective disorder: a linkage study // Z.W. Wang, R.R. Crowe, R.J. Noyes / Am. J. Psychiatry. — 1992. — V. 149. — P. 470-474.

Аспекти психодіагностики та терапії депресивних розладів у студентів ВНЗів



Вашкіте І. Д.

Вашкіте І. Д.

Аспірант кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

Резюме. Розглядаються причини, методи діагностики та лікування депресивних розладів у студентів ВНЗів. Вказується кількість обстежених та попередні діагностичні результати дослідження емоційної сфери студентів. Автор дає рекомендації з діагностики і лікування хворих з депресіями в системі первинної медичної ланки.

Ключові слова: депресії, студенти, первинна медична ланка, діагностика, лікування.

Aspects of psycho-diagnostics and treatment of depressive disorders in students' high schools

Vashkite I.

Graduate Student Department of Psychotherapy Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. We consider the causes, methods of diagnosis and treatment of depressive disorders in students' high schools. Indicate the number of diagnostic examinations and preliminary results of emotional students. The author makes recommendations for diagnosis and treatment of depression in primary health level.

Key words: depression, students, primary care link, diagnosis, treatment.

Поданным Всемирной организации охраны здоровья (ВОЗ), к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний. Специальные исследования показали, что у 60% больных, обращающихся в первичную сеть, обнаруживают депрессивные расстройства различной степени тяжести. Между тем, в результате диагностирования традиционными медицинскими методами, которые используется в поликлиниках, депрессия определяется только у 5% всех обращающихся туда депрессивных больных. Еще не так давно пик заболеваний депрессией приходился на возраст между 30 и 40 годами, но на сегодняшний день депрессия резко «помолодела» и ей часто заболевают люди до 25 лет. [1]

Первым препятствием для распознавания депрессии является то, что только 1 из 3 пациентов с депрессивным расстройством обращается за медицинской помощью. Стигма, связанная с диагностикой и лечением психических расстройств, влияет на нежелание пациентов обращаться за лечением, принимать его необходимость, придерживаться режима лечения и продолжать принимать терапию. Пациенты боятся, что в последующем у них могут быть сложности с устройством на работу, продвижением по службе и прочими карьерными возможностями, а также что он подвергнется социальному ostracism. Несмотря на образовательные усилия, депрессия до сих пор рассматривается многими пациентами и непрофессионалами

как признак изъятия в темпераменте, эмоциональной слабости или недостатка силы воли. Поэтому многие люди считают, что у пациентов с депрессией состояние может улучшиться, если они только «как следует постараются». Оpozнaвание депрессивных расстройств также затрудняется тем, что многие пациенты с депрессией приходят к врачу с жалобами на соматические симптомы.

Иногда врачи считают, что разговор о депрессии, диагностика и лечение депрессивных расстройств займет слишком много времени в их загруженном рабочем графике. Однако чаще всего верно как раз обратное. Несмотря на то, что изначально может потребоваться немного больше времени для диагностики, в долгосрочной перспективе избавление от необходимости проведения дополнительных тестов и консультаций, а также правильное лечение депрессии на как можно более ранней стадии, позволит сохранить много времени. [2]

В целях ранней диагностики расстройств депрессивного спектра широко используются специальные шкалы, позволяющие выявлять и лечить депрессию уже на ранних этапах ее развития. В процессе диагностики депрессии важно оценить выраженность ее симптомов, определить давность их существования, уточнить особенности динамики и характер взаимосвязи. [3]

Целью нашего исследования явилось изучение состояния эмоциональной сферы у студентов ВУЗов.

Для діагностики і терапії депресії у студентів ВУЗів нами були використані наступні шкали: шкала Гамільтона (HAMD), шкала оцінки депресії Бека, шкала оцінки депресії Монтгомери — Асберг (MARDS), шкала нейротизма Айзенка і шкала діагностики стану агресії Басса-Дарки, а також клініко-анамнестический метод, доповнений спеціально розробленою картою клініко-анамнестического обстеження хворого.

Завдання ранньої діагностики і первинної профілактики психічних змін у студентів ВУЗів в стані дезадаптації робить необхідним проведення аналізу соціально-психологічних факторів, впливаючих на їх формування і розвиток, т.є. вивчення умов їх життя, навчання і роботи, виявлення факторів, що надають негативний вплив на стан їх здоров'я. Для досягнення вказаних цілей була використана спеціально розроблена карта клініко-анамнестического обстеження хворого.

Всього було проведено обстеження 70 студентів.

Аналіз відповідей на запитання анкет дозволив оцінити наявність ступеня вираженості таких соціально-психологічних факторів ризику, як неповна або негармонічна сім'я, вільне виховання, відсутність інтересу до навчання і роботи, недовіра до свого майбутнього, відсутність уваги з боку батьків і оточуючих, невдоволені умови проживання, вживання алкоголю, наркотиків, токсичних речовин. Методика дозволила визначити психічний стан на момент виникнення поточного депресивного епізоду, а також наявність конфлікту, що призвело до дезадаптації.

Серед основних особливостей юнацької депресії відзначаються виражена гіпертрофія ідеаторного компонента (когнітивні розлади в формі труднощів осмислення, зосередження, концентрації уваги, порушень пам'яті) на фоні стертого тимчасового компонента депресії. Було виявлено наявність ряду загальних психопатологічних особливостей: виражений поліморфізм клінічної картини з незавершеністю, фрагментарністю, змінюваністю психопатологічних симптомів і нечіткої оформленістю афективної триади. Було встановлено, що особливості депресивних станів у вивчених хворих і їх своєрідність слід пояснювати суттєвим внеском пубертатних психобіологічних факторів в їх формування, що призводить до виходу на перший план характерних для підлітково-юнацького віку когнітивних, поведінкових і

сомато-вегетативних розладів, не тільки маскує їх депресивну основу, але і ускладнює правильну трактовку окремих симптомів захворювання. В зв'язі з цим найбільші труднощі при діагностиці викликають не розкриті форми депресій, а відносно неглибокі депресивні стани, обмежені афективними, невротическими, надмірними і психопатоподібними розладами, при яких взаємодія між хворобою і юнацьким етапом онтогенезу носить найбільш складний характер.

У студентів спостерігаються епізодическі інтенсивні періоди депресії в поєднанні з періодами покращення. Для юнацьких депресій характерні також тривалі, під час затяжної і ундулюючої течії, з розмитістю часових меж стану і хвилюваністю вираженості клінічних проявів, визначений віковою динамікою.

Для виявлення і оцінки вираженості симптомів депресії використовувалася шкала Бека, створена на основі клінічних спостережень і описів симптомів, зустрічаються у депресивних пацієнтів, звернувшись за допомогою в спеціалізоване психіатрическе заклад. По думці вітчизняних дослідників, шкала Бека дозволяє не тільки виявити наявність депресивних симптомів, але і визначати ступінь їх вираженості.

Опитувальник Бека традиційно використовується для діагностики депресій різної ступеня вираженості. Шкала Бека використовується як золотий стандарт для оцінки валидності інших шкал, призначених для діагностики депресії, а також дозволяє оцінити ефективність проводимої терапії антидепресантами.

При аналізі відповідей було виявлено, що у 65% досліджуваних рівень депресії відповідав помірного, у 10% був виявлений середній рівень депресії і у 25% — легка депресія (субдепресія).

Для діагностики розладів депресивного спектра і фармакологіческих досліджень, присвячених терапії депресії також широко використовується шкала Гамільтона. Шкала Гамільтона, для оцінки тривоги і депресії (HDRS) є однією з найбільш розповсюджених кваліфікованих шкал, застосовуваних для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики.

Аналіз відповідей досліджуваних по даній шкалі підтвердив результати, отримані при аналізі відповідей по шкалі Бека.

Шкала Монтгомери-Айсберга (MADRS) для оцінки депресії розроблена для швидкої і

точной оценки тяжести депрессии и её динамики в процессе терапии. Данная шкала, наряду со шкалой Гамильтона, принадлежит к числу стандартизованных объективных клинических инструментов, широко применяемых в современной психиатрии.

В свою очередь данные, полученные при оценке результатов по шкале Монтомгери-Айсберга подтвердили наличие умеренного депрессивного эпизода в 65 % случаев, у 10% обследованных студентов была выявлена депрессия средней степени тяжести и у 25% — субдепрессия.

При анализе ответов обследуемых по методике Айзенка было выявлено, что у студентов с депрессивным расстройством средней и тяжелой степени тяжести соответствовали высокие цифры по шкалам экстраверсии и нейротизму. При субдепрессивном уровне расстройства данные по этим шкалам были слегка завышены, что указывает на «предрасположенность» к более тяжелой форме данного заболевания.

Выявлено, что студенты используют менее конструктивные способы совладания со стрессом, нежели взрослые люди. В то же время, конфликтным ситуациям, возникающим у студентов, окружающие могут не придавать значения как факторам риска суицидального поведения, так как фабула психотравмирующих ситуаций в большинстве случаев не является экстраординарной.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления.

1. Психофармакологическое.
2. Психотерапевтическое.

Первое направление представлено специфической группой препаратов психотропного действия — антидепрессантами.

В клинической практике, особенно в первичном звене до настоящего времени часто употребляемой группой являются трициклические антидепрессанты (ТЦА). [4]

Однако применение трициклических антидепрессантов сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с их холинолитическими свойствами: устойчивая тахикардия, экстрасистолия, повышение артериального давления, головокружение, запоры, тремор, увеличение массы тела и т.д.

Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность применения таких препаратов как амитриптилин у соматических больных, а предотвращение этих осложнений ставит под вопрос дешевизну лечения. Наряду с этим такой компонент действия ТЦА как седация сегодня рассматривается как не имеющий отношение к антидепрессивному эффекту и снижающий уровень социального функционирования

больного. Однако, негативно эти побочные эффекты проявляются как раз у больных соматизированными депрессиями, которые отличаются повышенной чувствительностью к подобному действию этих препаратов, и сами по себе побочные эффекты «вплетаются» или усиливают имеющиеся «физические» симптомы.

Кроме этого, назначение ТЦА требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. Опасность применения ТЦА в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них невелик, что требует осторожности в подборе препарата.

В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при лечении депрессивных расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов становятся антидепрессанты нового поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Препараты этой группы обладают высокой степенью конформизма при сочетанном применении их со многими другими лекарственными препаратами в общесоматической практике. [4]

Учитывая, что обследованные студенты продолжали учебный процесс, психофармакологическое сопровождение применялось только у 15% студентов.

Реализация второго терапевтического направления — психотерапевтического — была последовательно-ступенчатой. Методом выбора является когнитивно-поведенческая терапия в различных модификациях.

Когнитивная психотерапия лучше всего рекомендовала себя в лечении депрессий, тревоги, фобий, панических атак. В основе когнитивного подхода лежит утверждение: «Эмоции и поведение человека определяются тем, как он оценивает мир». Т. е. если в глубинах подсознания у человека есть убеждение «мир недружелюбен», то и поведение его и эмоции будут соответствующими.

Целью КБТ при лечении депрессивных нарушений является изменение эмоционального состояния и настроения больного благодаря рационально-логической переработке пациентом субъективного взгляда на себя и мир, что достигается рациональным переубеждением врачом пациента относительно необоснованности негативной и сниженной оценки себя и своих достижений. Важным является разъяснение механизмов развития депрессивных симптомов, чтобы у больного было четкое представление о собственной болезни, возможности терапевтического вмешательства. Пациенту предоставляется информация,

что от его собственных усилий зависит его состояние, он может влиять на собственные эмоции и настроение. Необходимо изменить болезненное представление о собственной беспомощности относительно себя и болезни и безысходности ситуации депрессивного расстройства, и помочь пациенту определить позитивные факторы, на которые он может опираться при преодолении депрессии. [5]

Наиболее эффективной является КБТ в модификации А.Бека и А. Эллиса. В концепции рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные «когниции». В концепции когнитивной психотерапии (когнитивное консультирование) Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) «когниции».

Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Эллис в своей рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии ориентировался на представления, согласно которым положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто связаны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Он полагал, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает

«ярлык», который «навешивают» ей (например, опасна она или приятна), даже в том случае, когда эта стигма не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию привносятся два отличных типа «когниций»: убеждения и предположения. [5]

Особенности течения депрессивных расстройств затрудняют своевременное обращение за медицинской помощью, диагностику и назначение адекватного лечения депрессивных состояний у студентов, ведут к затяжному течению депрессий, с нарушением учебной адаптации, вплоть до оформления академических отпусков и отчисления студентов из вузов. В настоящее время для диагностики используются методики, стандартизированные на выборке взрослых, которые все же не отражают полноту клинической картины юношеских депрессий. В обозначенных условиях возникает необходимость разработки валидного диагностического инструмента для рассматриваемой социально-возрастной группы.

Применение сформированной нами модели психотерапии, построенной по интегративному принципу, показало ее высокую эффективность. Благодаря проведенному комплексному подходу в терапии депрессивных расстройств у студентов ВУЗов по завершении курса психотерапевтических мероприятий наблюдалось повышение уровня мотивации и интереса к учебе, а также дальнейшему трудоустройству. У студентов было выявлено улучшение когнитивной сферы, которое проявлялось в повышении концентрации внимания, улучшении памяти и устойчивости к стрессогенным факторам.

Література:

1. Всемирная организация здравоохранения. — <http://www.who.int/ru/index.html>
2. Mario Maj, Norman Sartorius, Allan Tasman и Oye Gureje. Образовательная программа по депрессивным расстройствам // под ред. В.Н. Краснова — Москва, 2010. — т. 1. — С. 32–71.
3. Хашба Беслан. Диагностика депрессивных расстройств // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. — 2007 г. — С. 75–78.
4. Михайлов В.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Здоров'я України, №3 (136). — 2006. — с. 18–19
5. Михайлов Б.В., Чугунов В.В. Поведенческая психотерапия: Методические рекомендации // Х.: ХМАПО, 2002. — с. 6–11

УДК 616.89+616.08

Адаптационные расстройства у мужчин и женщин, страдающих патологической склонностью к азартным играм



Осуховская Е. С.

Осуховская Е. С.

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Резюме. Проблему хімічної та нехімічної залежності, зважаючи на епідеміологічне розповсюдження і складності супутніх медичних, соціальних і правових проблем, можна розглядати як «виклик» сучасному суспільству та соціальній психіатрії. Ігрова адикція, як варіант нехімічної залежності, на сучасному етапі є актуальною проблемою як в Україні, так і в зарубіжних країнах. Особливе місце в даній нозології займають гендерні відмінності. Так, у респондентів жіночої і чоловічої статі, що мають патологічну залежність від азартних ігор, розлади адаптації, присутні у кожному випадку, мають як загальні, так і відмінні риси. У жінок і чоловіків порушення сну прямо пропорційно пов'язані з гальною емоційно-поведінковою деприваційною домінантою, у жінок, крім того, спостерігається гіпергідроз. Афект туги і пригніченості у представників обох статей корелюють з астеничним компонентом адаптаційних розладів. Відсутність довірчих відносин з близькими у жінок є, на відміну від чоловіків, значним предиспозиційним фактором. Також у жінок агресивність є захисною реакцією на фрустраційні переживання, а у чоловіків – наслідком гіпотізії і виснаження нервово-психічної діяльності.

Отримані в ході дослідження дані повинні враховуватися при розробці та проведенні диференційованих корекційно-профілактичних і лікувальних заходів з метою підвищення їх ефективності.

Ключові слова: патологічна схильність до азартних ігор, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, гендерні особливості, розлади адаптації.

Adaptation disorders in men and women suffering pathological gambling

Vashkite I.

Ukrainian institute of social, forensic psychiatry and narcology Ministry of Health of Ukraine, Kiev

Resume. The problem of chemical and non-chemical addiction, due to the epidemiological distribution and complexity of associated medical, social and legal problems can be regarded as a «call» of modern society and social psychiatry. Gaming addiction is a variant of non-chemical dependency, at the present stage is a topical issue both in Ukraine and abroad. A special place in the nosology take gender differences. Thus, the respondents female and male, with a pathological gambling addiction, adjustment disorder, present in every case, are both common and distinctive features. In women's and men's sleep is directly proportional to the gambling associated with emotional and behavioral deprivation dominated, women have also been sweating. Affect of melancholy and depression in both sexes correlated with asthenic component of adaptation disorders. Lack of trust relationships with loved ones in women is, in contrast to men, a significant factor predisposition. Also, women aggression is a defensive reaction to the frustration of experience, and men — a consequence of gipotimiy and depletion of neuro-psyche activity.

The results obtained in the course of the study data should be taken into account in differential correction and preventive and therapeutic measures to improve their effectiveness.

Key words: game addiction, ludomaniya, gambling, gaming addiction, gender, adjustment disorder.

Адаптационные расстройства, являясь психиатрическим диагнозом, характеризуются слабо выраженными депрессивными, тревожными и поведенческими радикалами, связанными с психотравмирующими факторами, и возможными нарушениями межличностной, трудовой и социальной адаптации. Вообще, необходимо отметить, что расстройства адаптации представляют собой группу стрессовых или психогенных расстройств, которые детерминированы субсиндромальной

выраженностью психопатологической симптоматики и занимают промежуточное положение между нормальными реакциями и очерченными психическими расстройствами. Нечеткая выраженность симптоматики способствует позиционированию вышеупомянутых расстройств как начальных продромальных явлений различной психопатологии. Доминирующие клинические проявления позволяют выделить расстройства адаптации с депрессивной симптоматикой (которые являются одной из наиболее частых

причин суїцидального поведіння і інших аутоагресивних тенденцій), симптомами тривоги, с тривожної і депресивної симптоматикою, порушенням поведінки і смешанну групу с тривожно-депресивної і поведінчеської патологією. Распространенность в соматической клинике расстройств адаптации составляет 10-12%, в амбулаторной психиатрической практике — свыше 20%. Возникновению данных расстройств способствуют острые и хронические психотравмирующие события повседневной жизни, потенцирующие формирование симптомов в течение 1 месяца после начала их действия. Имеются данные о том, что адаптационные расстройства редко бывают изолированной патологией и коморбидны в 70% клинических случаев с другими формами зависимости (чаще с хроническим алкоголизмом), в том числе нехимическими [5].

Проблематика гендерных особенностей в этиопатогенезе, формировании, течении, вопросах клинических проявлений психических заболеваний, в частности нехимических аддикций, коморбидных с расстройствами адаптации, всегда будет актуальной, так как без учета психофизиологических особенностей женского и мужского организма специалисты психиатрического и наркологического профилей сталкиваются с определенными сложностями в лечении, профилактике и прогнозе психических заболеваний. Особое место гендерная составляющая занимает в изучении игровой аддикции, как чрезвычайно важной на современном этапе в Украине и за рубежом психопатологической нозологии [1]. Так, впервые (до настоящего времени подобные исследования не проводились) в ходе обследования граждан Украины, у 9,6% молодых людей обнаружена игровая аддикция. При этом доля женского пола среди игроманов составила 44,82%, мужского — 55,18%, в то время, как в 2010 г. в различных странах мира доля женщин-лудоманов составляла от 4% до 20% от общего числа патологических игроков во взрослой популяции [2, 3, 4]. Отношение женщин к своему увлечению азартными играми оказалось более самокритичным и адекватным, чем у мужчин, в то же время женщины чаще подвергались критике со стороны окружающих, проигрывали больше, чем хотели, чаще брали деньги на игру из сумм для ежедневных расходов и в качестве кредита у игорного заведения, отмечали проблемы с азартными играми у родных и близких, чаще возвращались после проигрыша к игре, чтобы отыграться, что свидетельствует о более интенсивном проявлении импульсивного радикала, реже скрывали от окружающих свое увлечение играми. Большее количество

женщин обращались к игре 1-2 раза в месяц и реже. Характерными для женщин-лудоманов являются особенности эмоциональной сферы, приводящие чаще, чем мужчин к азартной игре, а именно: чувства раздраженности, беспокойства и плохого настроения. Мужчины чаще, чем женщины указывали на наличие проблем с азартными играми у отца и матери, имели намерение реже играть в ближайший месяц, играли 2 раза в неделю и чаще. Специфичным для мужчин гемблеров было также и то, что доминирующим стимулятором обращения к игре являлось чувство беспомощности. Практически равное количество респондентов обоих полов играли минимум 1 раз в неделю.

Адаптационные расстройства у лудоманов — симультанная часть синдрома кинеза патологической зависимости от азартных игр. Являясь неспецифической составляющей стереотипа развития игровой аддикции, данные расстройства с одной стороны представляют собой защитный механизм организма в ответ на воздействие психострессора, с другой — инициальный этап трансформации психопатологической симптоматики, обуславливающий в дальнейшем, наряду с predispositional факторами, характер течения заболевания.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение гендерных особенностей расстройств адаптации у молодых людей, страдающих патологической зависимостью от азартных игр, которое является 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).

Нами анонимно, с согласия обследованных, был проведен опрос 1800 студентов высших учебных заведений г. Киева в возрасте 17–25 лет без хронических и острых заболеваний [3, 4, 6]; 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%. У 9,6% (174 чел.) молодых людей, из которых 44,82% (78 чел.) — женщины, 55,18% (96 чел.) — мужчины, по результатам тестирования с помощью диагностического опросника «SOGS» была обнаружена игровая аддикция. Для выявления расстройств адаптации мы включили в «Карту скринингового исследования» вопросы, касающиеся наиболее

информативных и доступных к изучению показателей психофизиологического функционирования организма: утомляемость, самочувствие, потливость, возможные нарушения сна, настроения, наличие эмоций раздражительности,

оживления, удовольствия, связанных с процессом игры, подавленности, тоски, агрессивности. Данные исследования лиц мужского и женского пола с игровой аддикцией приведены ниже (табл.1, рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Таблица 1

№	Вопросы	Количество лиц с игровой аддикцией, давших положительный ответ на вопросы, %			
		мужчины		женщины	
		абс.	%	абс.	%
1	Как часто вы отмечаете нарушения сна (трудности в засыпании, пробуждении, бессонницу) в связи с игрой?				
1.1.	Никогда	84	87,50	36	46,20
1.2.	1-2 раза в неделю	12	12,50	6	7,70
1.3.	1 раз в месяц и более	0	0	36	46,20
2	Как часто вы чувствуете ухудшение настроения вне игры?				
2.1.	Никогда	60	62,50	54	69,20
2.2.	1-2- раза в неделю	36	37,50	18	23,10
2.3.	1 раз в месяц	0	0	6	7,70
3	Как часто вы чувствуете раздражительность вне игры?				
3.1.	Никогда	78	81,20	36	46,20
3.2.	1-2- раза в неделю	12	12,50	24	30,80
3.3.	1 раз в месяц	6	6,20	18	23,10
4	Как часто вы ощущаете оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение, играя в игры?				
4.1.	Никогда	54	56,20	18	23,10
4.2.	1-2- раза в неделю	42	43,80	36	46,20
4.3.	1 раз в месяц	0	0	24	30,80
5	Отмечаете ли вы не свойственную вам раньше потливость?				
5.1.	Ежедневно	24	25,00	6	7,70
5.2.	1-2 раза в неделю	24	25,00	6	7,70
5.3.	1 раз в месяц или реже	12	12,50	18	23,10
5.4.	Никогда	36	37,50	48	61,50
6	Отмечаете ли вы агрессивность?				
6.1.	Ежедневно	30	31,20	12	15,40
6.2.	1-2 раза в неделю	30	31,20	30	38,50
6.3.	1 раз в месяц или реже	12	12,50	24	30,80
6.4.	Никогда	24	25,00	12	15,40
7	Отмечаете ли вы подавленность, тоску?				
7.1.	Ежедневно	36	37,50	6	7,70
7.2.	1-2 раза в неделю	0	0	24	30,80
7.3.	1 раз в месяц или реже	18	18,80	36	46,20
7.4.	Никогда	42	43,80	12	15,40
8	Были ли у вас жалобы на плохое самочувствие до увлечения азартными играми?				
8.1.	Да	48	50,00	18	23,10
8.2.	Нет	48	50,00	60	76,90
9	Как часто вас беспокоит быстрая утомляемость от какого-либо вида деятельности?				
9.1.	Ежедневно	12	12,50	18	23,10
9.2.	1-2 раза в неделю	24	25,00	12	15,40
9.3.	1 раз в месяц или реже	6	6,2	36	46,20
9.4.	Никогда	54	56,20	12	15,40

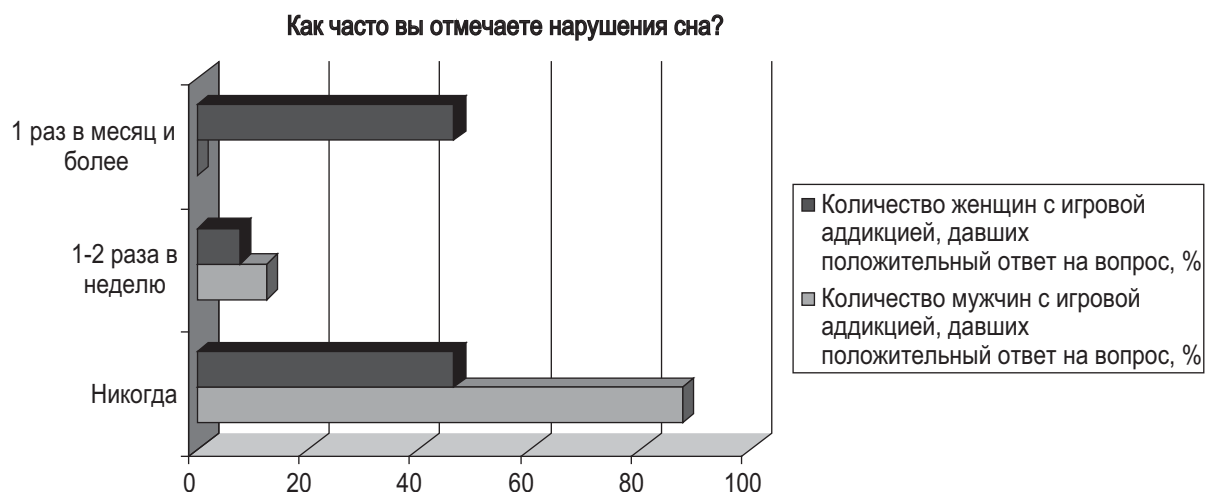


Рис. 1.

Структура частоты проявления нарушений сна у патологических гемблеров, мужчин и женщин



Рис. 2.

Структура частоты ухудшения настроения вне игры у патологических гемблеров, мужчин и женщин

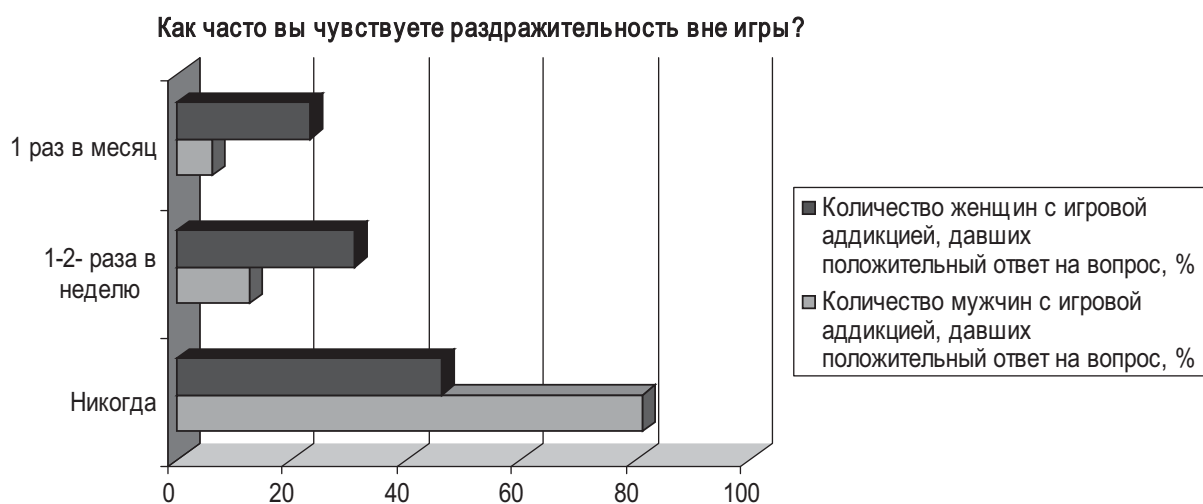
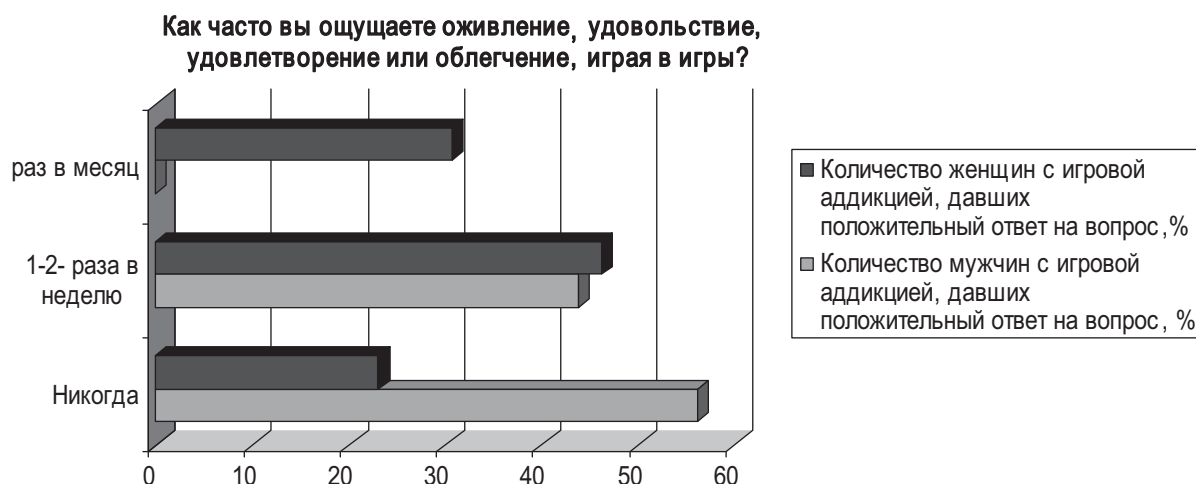
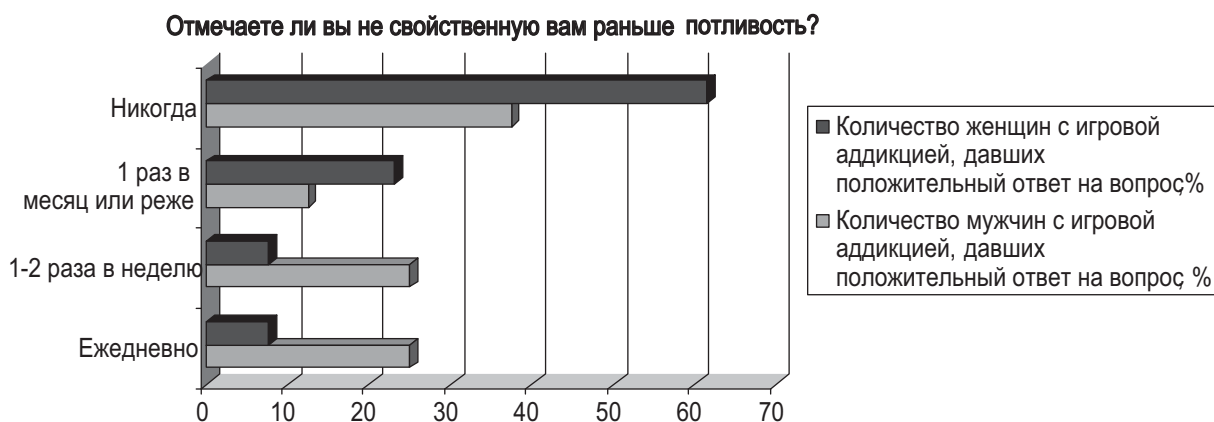


Рис. 3.

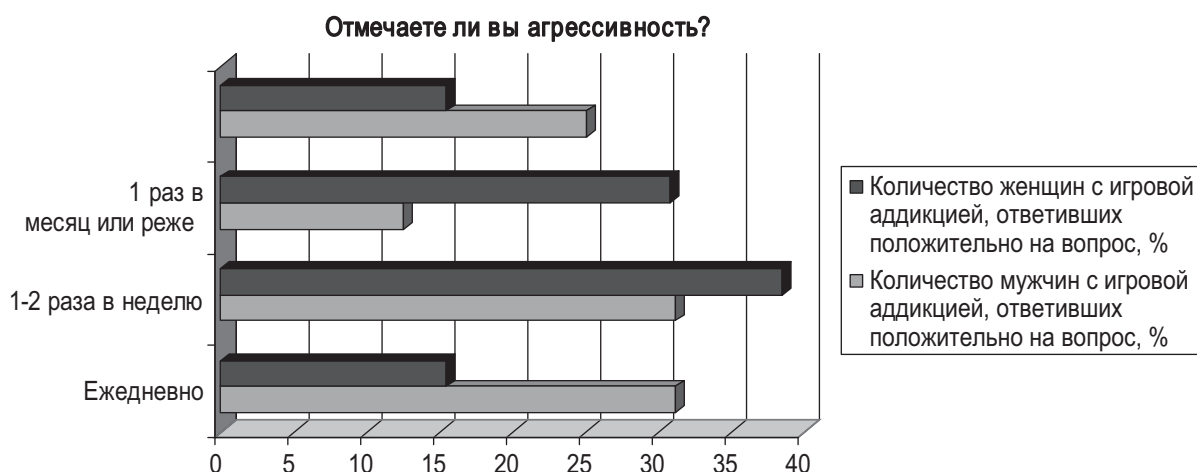
Структура частоты проявления раздражительности вне игры у патологических гемблеров, мужчин и женщин

**Рис. 4.**

Структура частоты проявления ощущения оживления, удовольствия, удовлетворения или облегчения у мужчин и женщин с игровой аддикцией

**Рис. 5.**

Структура частоты проявления вегето-сосудистых расстройств (потливости) у мужчин и женщин с игровой аддикцией

**Рис. 6.**

Структура частоты проявления агрессивности у патологических гемблеров, мужчин и женщин

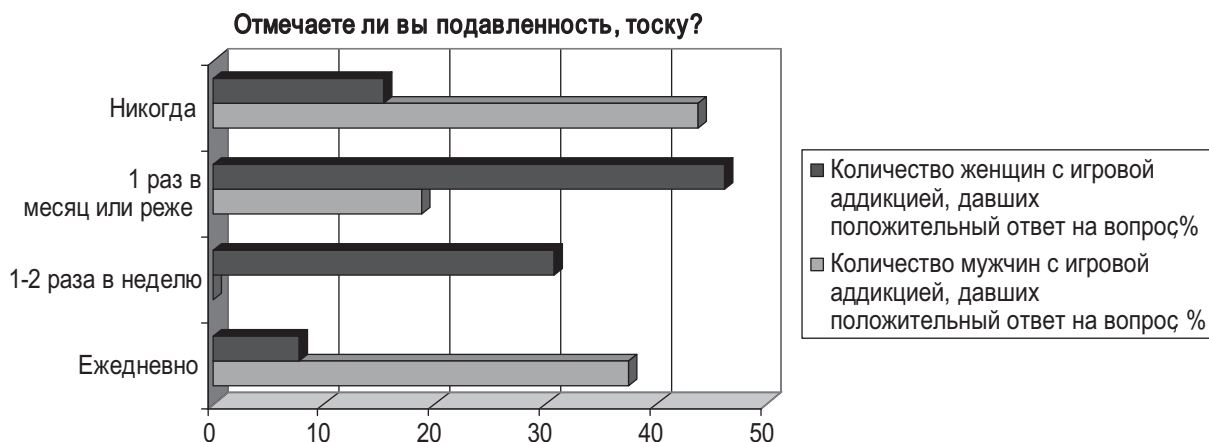


Рис. 7.

Структура частоты проявления аффекта подавленности и тоски у патологических гемблеров, мужчин и женщин

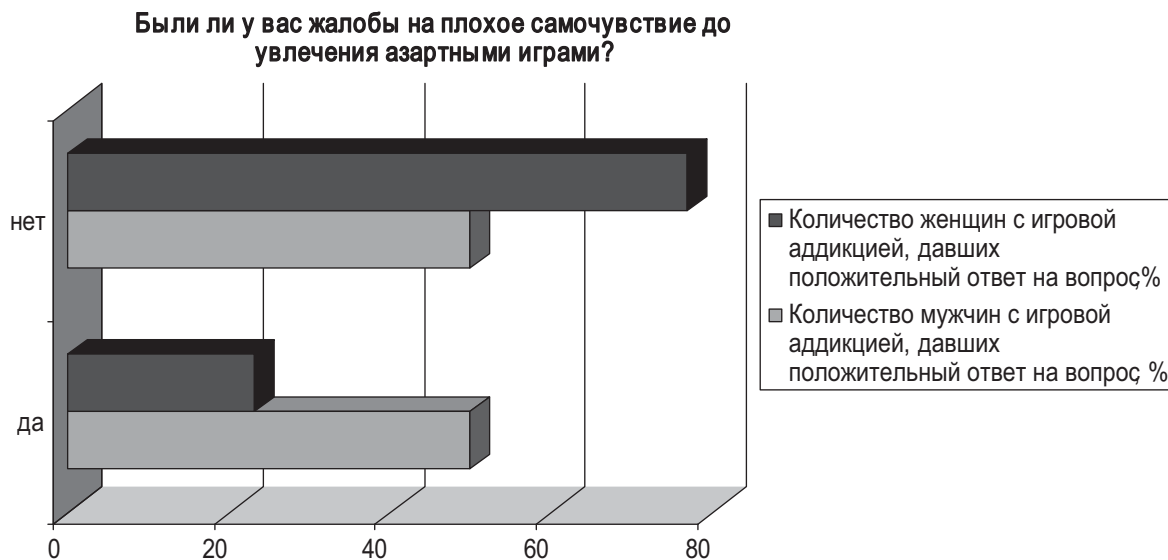


Рис. 8.

Структура оценки самочувствия до увлечения азартными играми у мужчин и женщин с игровой аддикцией

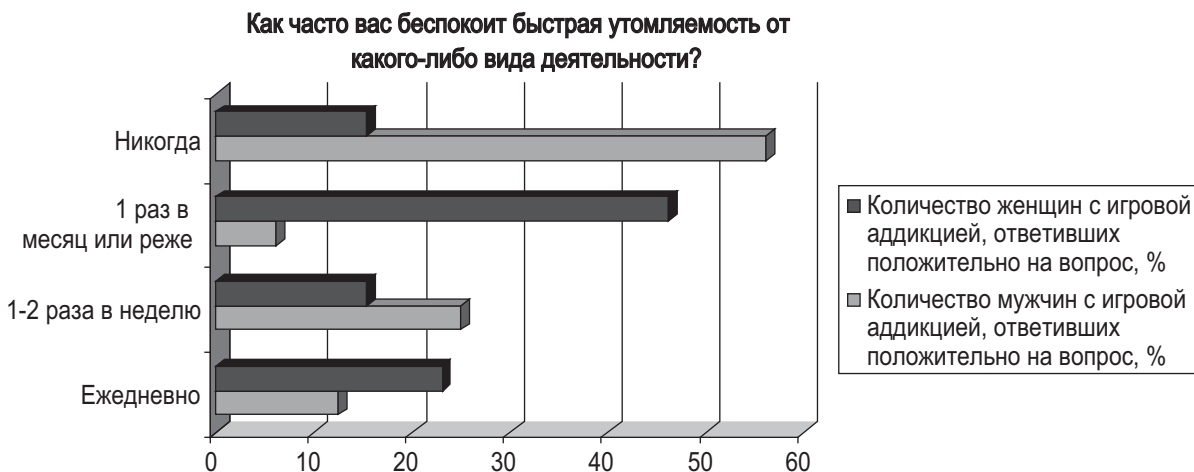


Рис. 9.

Структура частоты проявления астенического компонента — утомляемости — у патологических гемблеров, мужчин и женщин

Корреляционный анализ, произведенный на основании вычислений коэффициента Spearman, позволил установить следующие взаимосвязи между изучаемыми психофизиологическими данными респондентов женского пола. Нарушения сна (трудности в засыпании, бессонница, нарушения ритма и глубины сна) положительно коррелируют с ухудшением настроения вне игры ($R=0,674$, $p<0,01$); раздражительностью вне игры ($R=0,432$, $p<0,01$); ощущением оживления, удовольствия, облегчения в процессе игры ($R=0,652$, $p<0,01$); несвойственной ранее потливостью ($R=0,548$, $p<0,01$); тоской, подавленностью ($R=0,394$, $p<0,01$); наличием жалоб на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R=0,407$, $p<0,01$). Ухудшение настроения вне игры коррелирует с ощущением оживления, удовольствия, облегчения в процессе игры ($R=0,225$, $p<0,01$); несвойственной ранее потливостью ($R=0,847$, $p<0,01$); тоской подавленностью ($R=0,532$, $p<0,01$); жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R=0,361$, $p<0,01$); ощущением оживления, удовольствия, облегчения в процессе игры ($R=0,481$, $p<0,01$); утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R=0,282$, $p<0,01$). Раздражительность вне игры положительно коррелирует с оживлением, удовольствием, облегчением при участии в игре ($R=0,360$, $p<0,01$); наличием тоски, подавленности ($R=0,482$, $p<0,01$); жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R=0,525$, $p<0,01$); быстрой утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R=0,282$, $p<0,01$). Ощущение удовольствия, оживления, удовлетворения или облегчения в процессе участия в играх отрицательно коррелирует с агрессивностью ($R= -0,468$, $p<0,01$); жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R=0,288$, $p<0,01$). Потливость, не свойственная респонденткам до увлечения азартными играми, положительно коррелировала с подавленностью и тоской ($R=0,489$, $p<0,01$). Присутствие аффекта агрессивности положительно коррелировало с аффектом тоски и подавленности ($R=0,509$, $p<0,01$) и отрицательно — с жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R= -0,383$, $p<0,01$). Тоска и подавленность взаимосвязаны с быстрой утомляемостью ($R=0,510$, $p<0,01$).

В свою очередь, корреляционный анализ показал такие взаимосвязи между изучаемыми психофизиологическими данными респондентов мужского пола. Нарушения сна (трудности в засыпании, бессонница, нарушения ритма и глубины сна) положительно коррелируют с чувством раздражительности вне игры ($R=0,241$,

$p<0,01$); отрицательно — с агрессивностью ($R= -0,512$, $p<0,01$); тоской подавленностью ($R= -0,398$, $p<0,01$); жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R= -0,368$, $p<0,01$); быстрой утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R= -0,319$, $p<0,01$). Ухудшение настроения вне игры положительно коррелирует с наличием раздражительности вне игры ($R= 0,267$, $p<0,01$); агрессивностью ($R= 0,335$, $p<0,01$). Раздражительность вне игры положительно коррелирует с оживлением, удовольствием, облегчением во время игры ($R= 0,201$, $p<0,01$) и отрицательно — с несвойственной ранее потливостью ($R= -0,273$, $p<0,01$). Ощущение удовольствия, оживления, удовлетворения или облегчения в процессе участия в играх отрицательно коррелирует с быстрой утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R= -0,289$, $p<0,01$). Отсутствие доверительных отношений с родителями отрицательно коррелирует с несвойственной ранее потливостью ($R= -0,244$, $p<0,01$), которая положительно коррелирует с аффектом агрессивности ($R= 0,493$, $p<0,01$); тоской, подавленностью ($R= 0,409$, $p<0,01$); быстрой утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R= 0,653$, $p<0,01$). Агрессивность коррелирует с тоской и подавленностью ($R= 0,613$, $p<0,01$); жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R= 0,406$, $p<0,01$); быстрой утомляемостью от какого-либо вида деятельности ($R= 0,470$, $p<0,01$). Тоска и подавленность находятся в положительной корреляционной связи с жалобами на плохое самочувствие до увлечения азартными играми ($R= 0,898$, $p<0,01$) и быстрой утомляемостью ($R= 0,402$, $p<0,01$).

Итак, у женщин нарушения сна (трудности в засыпании, бессонница, нарушения ритма и глубины сна), гипергидроз (несвойственная ранее потливость) тесно связаны с игровой эмоционально-поведенческой доминантой (раздражительностью вне игры, тоской подавленностью). Жалобы на плохое самочувствие до увлечения азартными играми свидетельствуют о том, что у женщин-гемблеров уже были снижены адаптационные резервы организма и участие в азартных играх явилось значительным потенцирующим фактором в формировании расстройств адаптации. Гипотимия вне игры, тоска, подавленность, раздражительность связаны с падением общего энергетического потенциала организма, астеническим радикалом. Отсутствие доверительных отношений с родителями еще более усугубляет эмоциональные и вегетативные нарушения, при которых агрессивность является защитной реакцией на фрустрационные переживания.

У представителей мужского пола выявлено: нарушения сна прямо пропорционально связаны с депривационным игровым аффектом раздражительности и обратно — с агрессивностью, астеническим компонентом, тоской и подавленностью. В свою очередь, раздражительность влечет за собой вегетативные нарушения, гипотимия вызывает защитную реакцию агрессии. Чувства удовольствия, оживления, облегчения, удовлетворения при участии в азартных играх в совокупности с астеническим радикалом свидетельствуют о чрезмерной истощаемости центральной нервной системы гемблера, которую также вызывает агрессивность, аффекты тоски и подавленности.

Таким образом, у женщин и мужчин, страдающих патологическим гемблингом, расстройства адаптации, присутствующие в каждом случае, имеют как общие, так и отличительные черты. У респондентов обоих полов

нарушения сна прямо пропорционально связаны с игровой эмоционально-поведенческой депривационной доминантой, у женщин, кроме того, наблюдается гипергидроз. Аффект тоски и подавленности у представителей обоих полов коррелируют с астеническим компонентом адаптационных расстройств. Отсутствие доверительных отношений с близкими у женщин является, в отличие от мужчин, значительным predisposиционным фактором. Также у женщин агрессивность является защитной реакцией на фрустрационные переживания, а у мужчин — следствием гипотимии и истощения нервно-психической деятельности.

В связи с вышеизложенным, по нашему мнению, результаты исследования должны учитываться в ходе разработки и при проведении дифференцированных коррекционно-профилактических и лечебных мероприятий с целью повышения их эффективности.

Литература

1. Осуховська О.С., Аймедов К.В. Дослідження розповсюдженості та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної адикції серед громадян України — 2010. — №1. — С.58-63.
2. Осуховская Е.С. Методы исследования патологического влечения к азартным играм. Архив психиатрии — 2010. — №4. — С.64-69.
3. Осуховская Е.С. Результаты исследования игровой аддикции у лиц молодого возраста. Архив психиатрии — 2011. — №1. — С. 66-69.
4. Осуховская Е.С. Результаты исследования отношения лиц молодого возраста к азартным играм. Архив психиатрии — 2011. — №1. — С.82-87.
5. Психиатрия: справочник практического врача / под ред. Проф. А.Г.Гофмана. — 2-е изд., перераб. — М.: МЕДпрессинформ, 2010. — 608 с.
6. <http://www.diary.ru/~narkolog/p95532392.htm>

УДК 616.89 – 008.441.44– 008.47 – 07:616.895.4:001.8

Клініка хронічних алкогольних галюцинозів, під час яких вчинені суспільно небезпечні дії



Мельник В. І.



Мельник А. В.

Мельник В.І., Мельник А.В.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Резюме. Данная работа посвящена клинической структуре хронического алкогольного галлюциноза, на фоне течения которого больными совершены преимущественно тяжкие общественно опасные деяния. Направленность последних свидетельствует о высокой социальной опасности больных в этот период для лиц из их ближайшего окружения.

Ключевые слова: алкогольный галлюциноз, общественно опасные действия.

Clinics of chronic alcoholic halyutsynoziv, during which the committed socially dangerous acts

Melnik V. I., Melnik A. V.

Resume. This article is devoted the clinical structure of chronic alcoholic galyucinosiz, on a background the flow of which patients are made mainly severe publicly dangerous acts. Their orientation testifies to the high social danger in this period of patients for persons from the nearest surroundings of patients.

Key words: alcoholic galyucinosiz, social dangerous acts.

В умовах епідемічної поширеності алкоголізму зростає рівень захворюваності на алкогольні психози. В Україні за останні роки цей процес розповсюджуються у таких масштабах і такими темпами, що негативно впливає на економічну, соціальну, демографічну стабільність і безпеку держави та є загрозою для здоров'я майбутніх поколінь [1, 2]. Науковці пояснюють таку тенденцію не лише високою розповсюдженістю алкоголізму, але й недостатнім лікуванням пацієнтів та надлишком алкогольних сурогатів, що безперешкодно наповнюють ринок [3].

Алкогольні психози за частотою посідають перше місце серед усіх екзогенних психозів [4]. Судово-психіатричні аспекти хронічних алкогольних психозів правомірно вважають одними із найбільш дискусійних проблем сучасної судової психіатрії і наркології. У судово-психіатричній практиці хронічні алкогольні психози найчастіше протікають у формі алкогольного параноїду або галюцинозу [3].

Алкогольні психози посідають особливе місце у судовій психіатрії, як одні з найбільш

криміногенних станів, що детермінують вчинення найтяжчих суспільно небезпечних дій (СНД), спрямованих проти життя та здоров'я особи [5-8, 10].

Згідно чинного кримінального законодавства особи, які вчинили злочини у стані хронічних алкогольних психозів, визнаються неосудними [9].

Метою роботи є дослідження клініки хронічних алкогольних галюцинозів як найбільш важливої складової генезу вчинених СНД.

Матеріал і методи дослідження.

Досліджено 25 хворих на алкоголізм (всі чоловіки), які вчинили СНД у період хронічних алкогольних галюцинозів. Всі досліджені хворі проходили судово-психіатричну експертизу щодо інкримінованих їм діянь, відносно до яких були визнані неосудними як хворі, які вчинили СНД під час тимчасових психотичних розладів психічної діяльності (хронічних алкогольних галюцинозів). До всіх них були застосовані примусові заходи медичного характеру у психіатричній лікарні із суворим наглядом.

Основними методами дослідження були анамнестичний і клініко-психопатологічний. Ураховувались результати додаткового обстеження (висновки невропатолога, терапевта) і результати експериментально-психологічного дослідження. Вивчалась судово-психіатрична документація (акти судово-психіатричних експертиз, особові справи хворих, акти освідчення хворих комісіями лікарів-психіатрів) та медична документація (історії хвороби, журнали медичного спостереження).

Результати дослідження та їх обговорення.

Дослідження контингенту хворих на алкоголізм, які вчинили СНД під час перебігу хронічних алкогольних психозів, виявило, що серед них більшість (56,9 %) становили особи з хронічним алкогольним параноїдом, але і наявна висока питома вага (43,1 %) осіб з хронічним алкогольним галюцинозом. Ці дані підтверджують результати досліджень інших судових психіатрів [10].

Майже половина (48,0 %) досліджених хворих мала кримінальний досвід. За вчинені злочини (у 28,0 % — неодноразові) ці особи відбували різні терміни покарання у місцях позбавлення волі. На період останнього перебігу хронічних алкогольних галюцинозів дослідженими хворими була вчинена 31 СНД (4 хворих вчинили СНД проти декількох осіб), із яких 93,5 % носили агресивний та 6,5 % — неагресивний характер. У структурі вчинених СНД 71,0 % складали вбивства та спроби убивства, 16,2 % — тяжкі тілесні ушкодження, 3,2 % — зґвалтування, 3,2 % — хуліганські дії та 6,4 % — інші. Більш, ніж кожна третя агресивна дія була спрямована на членів сім'ї (батьків, дружину, співмешканку, дітей, родичів), 31,0 % — на сусідів, 20,6 % — на знайомих та 10,4 % — незнайомих осіб.

Тривалість алкоголізму до виникнення останнього (того, що досліджувався) хронічного алкогольного галюцинозу у досліджених підекспертних у 80 % випадків була від 6 до 20 років, із них у 2/3 (68,0 %) спостережень — 11-20 років. У більшості (72,0 %) хворих перші алкогольні психози виникали при тривалості алкоголізму від 6 до 26 років. У переважної більшості (80,0 %) хворих тривалість хронічних алкогольних галюцинозів була від 2 до 4 років, із них у 52,0 % випадків — 3-4 роки.

Протягом першого року перебігу галюцинозу хворими були вчинені СНД у 84,0 % випадків, із них у 48,0 % — у перші 3 місяці психозу. У період вчинення СНД 72,0 % хворих з хронічним алкогольним галюцинозом були у віці 30-49 років (30-39 років — 32 % та 40-49 років — 40

%). Згідно анамнестичних даних 88,0 % хворих на хронічний алкогольний галюциноз почали зловживати алкогольними напоями до 25 років, із яких 36,6 % — у віці до 18 років, 16,0 % — 19-20 років, 36,0 % — 21-25 років, лише 8,0 % хворих почали зловживати алкоголем у більш старшому віці 26-30 років та 4,0 % — у віці 41 рік. Тобто, хворі даної синдромальної групи почали зловживати алкогольними напоями у молодому віці. На період проведення судово-психіатричної експертизи на диспансерному обліку перебувало 24,0 % із досліджених хворих. У переважної більшості (80,0 %) з досліджених хворих була встановлена II стадія алкоголізму та у 20,0 % — III стадія алкоголізму. Більше половини (56,0 %) хворих раніше вже перенесли алкогольні психози (24,0 % — 1 раз та 32,0 % хворих — 2 рази). Тобто, на момент обстеження даних хворих у 44,0 % із них хронічний алкогольний галюциноз виник уперше, у 24,0 % — удруге та 32,0 % — утретє. Із них лише двоє хворих перенесли раніше хронічні алкогольні галюцинози, а 12 — гострі алкогольні психози. В основному повторні алкогольні психози у даних хворих виникали через один рік після перенесеного першого гострого психозу і лише у 3-х хворих — через 10-12 років. У більшості (72,0 %) хворих перші алкогольні психози виникли при тривалості алкоголізму від 6 до 26 років.

Аналіз клінічної структури хворих на хронічний алкогольний галюциноз виявив її неоднорідність. У 2/3 хворих у клінічній картині мали місце вербальні галюцинації, а у 1/3 — синдромальну структуру становила галюцинаторно-параноїдна симптоматика. На тлі тривалої хронічної інтоксикації спостерігалось не лише погіршення перебігу алкоголізму (з виникненням алкогольного галюцинозу), а і стрімке наростання та загострення емоційно-вольових розладів — дратівливості, нестриманості, емоційної вибуховості, брутальності, а також агресивних проявів. На цьому тлі у хворих з'являлися тривога, напруга, оклики, звуки шуму та музики, а згодом і вербальні галюцинації. Поява «голосів» лякала хворих. У них посилювалась тривога та з'являвся страх. Голоси були чоловічі та жіночі, знайомих та незнайомих осіб, голос «Бога», різної «нечисті». Вони надходили із-зовні (вулиці, неба, вікон, радіо, телевізора, двигуна трактора, пральної машинки, із-під шафи тощо), так і зсередини — з голови хворого.

Голоси вели між собою діалог щодо особи хворого: коментували його поведінку, домовлялись між собою, що з ним необхідно вчинити, сварили, ображали, знущались, або дражнили його. Голоси імперативного характеру наказували хворому, що він повинен був робити. В деяких випадках при наростанні психопатологічної

симптоматики виникали і зорові галюцинації. У більшості спостережень у хворих протягом року «голоси» виникали періодично. В основному за 1-2 місяці до скоєння СНД з'являлись підвищена дратівливість, вербальна та фізична агресія, конфліктність, порушення сну, тривога, страх, емоційна напруга. На цьому фоні згодом з'являлись «голоси». Поведінка хворих залежала від змісту голосів, — вони забарикадовували двері, закривали їх на замки, спали з включеним світлом, тримали у своїй кімнаті або біля свого ліжка ножі, сокири, заточки, молотки та ін. В одних випадках хворі чули голоси своїх рідних (дружини, доньки), які благали про допомогу «Папа! Папа! Помогі!», в інших — голоси, які погрожували хворим вбивством та лунали із під'їздів, квартири сусіда, вулиці. Голоси дошкуляли хворому, наводили страх та бажання від них звільнитися. У таких випадках хворі вибігали з дому на вулицю та бігли в тому напрямку, з якого лунали голоси. Вони частіше наносили ножові поранення випадковим особам, які в цей час зустрічались на їх дорозі і сприймалися ними як бандити, кривдники та вбивали їх. В інших випадках хворі стукали в двері мешканців квартир, із яких «лунали», «наводились голоси», намагались відкрити їх двері та наносили своїм жертвам удари молотком, сокирою, ножом. Тяжкі СНД хворі вчиняли під впливом голосів і з інших мотивів. Наприклад, вбивство брата, голос якого прохав хворого «Убий мене!» або вбивство матері, яка «вдавала себе за матір та заважала спати, бо весь час гучно просила їсти». Дані хворі були дуже небезпечні для оточуючих в той час, коли у них з'являлись імперативні голоси. Вони наказували їм «Убий сина!», «Руби топором мати! Руби ей голову, перережь горло!», «Зарежь жену и закопай во дворе!» «Бий її молотком!» У всіх випадках хворі виконували накази «голосів» та скоювали тяжкі СНД, а в деяких випадках причиняли і самопошкодження — наносили собі різани і колоті поранення.

Вище вже відзначалось, що у 40,0 % хворих на хронічний алкогольний галюциноз провідною в клінічній структурі захворювання була галюцинаторно-параноїдна симптоматика.

В одних випадках появи вербальних галюцинацій у цих хворих передувала параноїдна симптоматика, в контексті якої в подальшому були слухові омани. В інших випадках із змісту вербальних галюцинацій витікала параноїдна симптоматика. До виникнення слухових оманів сприйняття у цих хворих також спостерігалось значне зростання емоційної напруги, дратівливості, конфліктності, агресивності, порушення сну. Хворі вважали, що завдяки прокльонам односельчан, дружини, «стала підступною нечиста

сила», сусіди, з метою заволодіння квартирою хворих, намагались їх фізично знищити та за допомогою спеціальної апаратури «нагоняли» їм артеріальний тиск, змінювали через телевізор ритм серцебиття, обкурювали спеціальним димом, труїли специфічним газом (запах відчував лише хворий) скрізь стелю, стіни, опромінювали рентгенівськими променями тощо. Голоси, що виникали, коментували події, які відбувались навколо хворих, обзивали їх негідниками, перевертнями, убивцями, п'яницями, заважали спати вночі, «вимотували нерви», сповіщали про вбивство дітей, дружини, матері, викрадення сусідом дітей та згодовування їх своїм свиням, а також про загрозу життю самих хворих, приготування до їх вбивства. В одних випадках хворі скоювали тяжкі СНД на фоні психічної виснаженості, втоми, тривоги, страху, в якому вони перебували від впливу голосів. В інших випадках голоси наказували вбити сина, зарізати дружину, знищити сусідів тощо. У всіх цих випадках хворі вчиняли вбивства, наносячи частіше за все несподівано для їх жертв чисельні ножові поранення.

У ряді спостережень на тлі тривалої алкогольної інтоксикації у хворих виникали вербальні галюцинації, які хворобливо ними трактувались. Так, наприклад, один із хворих чув «голоси», що передавали йому інформацію із Космосу, призначали його «обраним», інформували про те, що він перебуває «в іонній системі», дію частинок якої він відчував через тремтіння усього тіла. Він шукав на горищі інопланетян, закопав на городі від них свій візок, потопив улюблених кошенят, яких мучила «іонна система» та вбив ножом «інопланетянина», який прикидався односельчанином. Іншого хворого голоси то голосно, то пошепки сповіщали про секту, членом якої була його донька та яка мала стати жертвою секти. Хворий слідував за донькою, вимагав від неї зізнання. За наказом «голосів» він задушив свою доньку. В деяких хворих виникали короткотривалі зорові галюцинації. Хворі бачили на деревах голих чоловіків та жінок, загорнутих у кульки вампірами, під стільцем зелених потвор з палаючими червоними очима, як мати перетворювалась у відьму та інше. У всіх випадках суспільна небезпека цих хворих зростала при виникненні у них імперативних вербальних галюцинацій.

Таким чином, структура клінічних проявів хронічних алкогольних галюцинозів неоднотипова. Провідною психопатологічною їх симптоматикою є або галюцинаторний синдром, або галюцинаторно-параноїдний, або при загостренні перебігу приєднання до них зорових галюцинацій. У більшості даного контингенту хворих перебіг алкогольних психозів був рецидивуючим, з тенденцією до ускладнення

перебігу. Найчастіше хронічні алкогольні галюцинози розгортались при тривалості алкоголізму 11-20 років.

Не зважаючи на те, що зловживання алкогольними напоями даними хворими у переважній більшості випадків починалось у молодому віці, несприятливому (з рецидивуючими психозами) перебігу алкоголізму, лише незначний відсоток із них спостерігався у нарколога. Хворі на алкоголізм під час перебігу у них хронічного алкогольного галюцинозу становлять дуже високу суспільну небезпеку та особливо для осіб із найближчого оточення. Ризик вчинення даними

хворими СНД підвищується при погіршенні їх психофізичного стану, що передує виникненню вербальних галюцинацій, значно зростає при їх появі, особливо імперативних.

Майже у половині випадків СНД дані хворі вчиняють протягом першого місяця перебігу хронічного алкогольного галюцинозу. При своєчасному наданні необхідної спеціалізованої наркологічної допомоги даному контингенту хворих вчинення ними таких тяжких СНД могло б і не бути. При спостереженні за такою категорією хворих необхідно також враховувати і наявність у них кримінального досвіду.

Література

1. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990-2005 рр. — К.: Сфера, 2006. — 52 с.
2. Зінченко О.М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання алкоголю в Україні // Архів психіатрії. — 2011. — №2 (65). — С. 77-81.
3. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) /Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко и др. — М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. — 316 с.
4. Абрамова Т.А. К вопросу о структуре и динамике астении у больных, перенесших различные виды алкогольного делирия // Наркология. — 2006. — №4. — С. 46-50.
5. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.Л. Руководство по судебной психиатрии. — М.: Медицина, 2004. — 592 с.
6. Мельник А. Тимчасові розлади психічної діяльності алкогольного та органічного генезу (судово-психіатричний та правовий аспекти). — К.: Євшан-зілля, 2010. — 221 с.
7. Разводовский Ю.Е. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и убийствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16, №1. — С. 5-9.
8. Мокаева Б.И. Психические расстройства, алкоголизм и наркомании как этиологические факторы криминальной агрессии // Российский психиатрический журнал. — 2008. — №1. — С. 4-7.
9. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. 3-є вид., переробл. та доповн. / За ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка. — К.: Атіка, 2004. — 1056 с.
10. Позднякова С.П. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов. — М.: Медицина, 1978. — 188 с.

УДК 616.89 –008.441.13: 613.816

Динаміка психологічних властивостей пацієнтів в залежності від стажу зловживання алкоголем в аспекті здатності сприйняття ними соціальної підтримки



Гапонов К. Д.

Гапонов К. Д.

Харківський обласний наркологічний диспансер

Резюме. В результаті психодіагностичного обстеження 120 чоловіків, хворих на алкогольну залежність різної тривалості, та 50 здорових чоловіків, визначені психологічні особливості, які впливають на здатність сприйняття пацієнтами ресурсу соціальної підтримки, що повинно бути враховано при розробці заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: алкогольна залежність, психологічні властивості, аффіліація, алекситимія, соціальна підтримка.

Dynamics of psychological features of patients depending on length of alcohol abuse in aspect of perception abilities of their social support

Gaponov K. D.

Resume. As a result of psychodiagnostic examination of 120 men with alcohol dependence varying lengths, and 50 healthy men, the clinical features and social characteristics that affect the severity of harmful effects of alcohol dependence were defined. It should be taken into account when developing therapeutic and rehabilitation activities support this category of patients.

Key words: alcohol dependence, psychological characteristics, affiliation, alexithymia, social support.

Сучасний соціум характеризується кризовими явищами в багатьох сферах суспільного життя. Відбувається різка зміна звичних стереотипів, що сприяють втраті почуття безпеки у значної частини населення. Виникає проблема невпевненості і страху перед дійсністю, що породжує прагнення втечі від реальності. В більшості випадків до зазначеного патологічного реагування схильні особи з низьким адаптаційним потенціалом, які в пошуках засобів захисту від перманентної фрустрації, часто вдаються до стратегії адиктивної поведінки, насамперед, до зловживання алкоголем [1–3].

Алкогольна залежність (АЗ) залишається на сьогоднішній день однією із важливих наркологічних та соціальних проблем, так як наслідки зловживання алкоголю впливають не тільки на здоров'я окремої людини, але й на соціальні й демографічні процеси в суспільстві [4–8]. Про це свідчить велика її розповсюдженість, нерозпізнаність патогенезу, клінічний патоморфоз з ускладненням картини захворювання, недостатня ефективність традиційних методів лікування та профілактики [3, 4, 9, 10].

Сучасний стан комплексного лікування залежності від алкоголю характеризується

індивідуальним підходом, комплексністю та спрямованістю. В цілому спостерігається перехід від симптомологічних та нозоцентризованих до особистісно-орієнтованих впливів. На перший план виходить не тільки поліпшення якості ремісії, а й профілактика рецидиву захворювання, підвищення якості життя та соціального функціонування хворих [2, 3, 11].

В останні роки різко зріс інтерес дослідників до соціального (у тому числі, інтерперсонального) контексту проблеми АЗ. У профілактиці цього захворювання, лікуванні та реабілітації хворих важливу роль відіграють психо- та соціотерапевтичні впливи, що реалізуються через соціально-підтримуючі мережі, до яких відносяться сім'я, друзі, так звані «значущі інші» (колеги, керівники по роботі, родичі і т.і.), терапевтичні товариства, групи само- та взаємодопомоги [12–18].

Проте, на сьогодні, у вітчизняній наркологічній практиці, на жаль, відсутня єдність поглядів на облігатність поєднання фармако- та різноманітних психо- та соціотерапевтичних впливів, а також застосування терапевтичних підходів, які мають реальну доказову базу їх ефективності, що робить можливим використання

невиправданих з точки зору доказової медицини методів лікування, яке у таких випадках зводиться до так званої «плацебо-терапії» [19].

Сучасні підходи до комплексної терапії та реабілітації хворих на АЗ в даний час гостро потребують інтеграції. Інтегруючою парадигмою більшості визнаних психосоціальних підходів є поняття соціальної підтримки. Саме така підтримка — як необхідна складова психотерапевтичного процесу і соціальної взаємодії у разі її недостатності — є каменем спотикання на шляху ефективного подолання АЗ [20, 21].

У зв'язку з цим доцільним є дослідження феномену соціальної підтримки з метою максимального її використання як в профілактичній, так і в лікувально-реабілітаційній практиці роботи з хворими на АЗ. Представляється також доцільним вивчення впливу різних видів соціальної підтримки на формування у хворих мотивації до зміни життєвого стилю, на ситуацію «входження в лікування», створення міцного підтримуючого психотерапевтичного альянсу між лікарем і пацієнтом [22, 23].

Інтерес до феномену соціальної підтримки та її ролі в збереженні психологічного і фізичного благополуччя, зміцненні здоров'я стрімко зростає. Проведені дослідження доводять, що люди, які отримують різні види підтримки від сім'ї, друзів, значущих осіб, відрізняються більш міцним здоров'ям, легше переносять повсякденні життєві труднощі і захворювання [24–27]. Роль соціальної підтримки: пом'якшення впливу стресорів, збереження здоров'я і благополуччя, полегшення адаптації, протекціювання розвитку особистості. Зазвичай соціальну підтримку асоціюють з отриманням корисної інформації, визначенням належності до соціальної групи з певними взаємними зобов'язаннями.

Соціальна підтримка складається з трьох компонентів [28–31]: а) структура або соціальні мережі; б) функції (емоційна, матеріально-інструментальна, інформаційна, оцінна); в) ефект (задоволення підтримкою або сприйняття соціальної підтримки). Соціальні мережі формуються з соціальних контактів, що базуються на поглядах, інтересах, рівні розвитку особистості. Соціальні мережі є джерелом соціальної підтримки. Прикладом соціальних мереж може бути сім'я, колеги по роботі, близькі знайомі, сусіди, родичі та ін.

Однак, навіть наявність соціальної підтримки, не завжди викликає суб'єктивну задоволеність реципієнта. Це залежить від здатності людини її сприймати, так як ефект впливу соціальної підтримки залежить не тільки від розвитку соціальних мереж, але і від особистісного ресурсу її сприйняття. Чим більше відповідності між рівнями розвитку соціальних

мереж і сприйняття соціальної підтримки, тим вище ефект.

Здатність людини до сприйняття соціальної підтримки обумовлюється двома факторами: наявністю, власне, ресурсу соціального оточення щодо різних рівней соціальної підтримки в житті конкретного індивідуума, та можливістю цю підтримку ідентифікувати та прийняти. Остання характеристика обумовлена комплексом індивідуально-психологічних особливостей, які можна узагальнити як «особистісний ресурс сприйняття соціальної підтримки», що залежить, в першу чергу, від комунікативно-емоційної компетентності особи. Між тим, наявність соціальної підтримки та комунікаційно-емоційна компетентність, що забезпечує рівень її сприйняття, є важливими чинниками, які необхідно враховувати при виборі терапевтичної тактики та розробки конкретних заходів лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ, з огляду на різні мішені психотерапевтичних впливів та інформацію щодо доказової бази ефективності різних психотехнік в залежності від стану вищезазначених характеристик хворих.

З огляду на вищенаведене, для встановлення особливостей соціальної підтримки та здатності її сприйняття, з метою подальшої розробки заходів лікувально-реабілітаційного супроводу в світлі оптимізації комплексного лікування осіб з АЗ, з урахуванням психологічних та психосоціальних властивостей хворих та з огляду на дані доведеної ефективності певних терапевтичних впливів, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру було обстежено 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F10.24 — вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група). Тривалість АЗ до 3-х років була притаманна 35 особам (29,2±4,5%), від 4 до 5 років — 45 пацієнтам (37,5±4,8%), від 6 до 9 років — 40 хворим (33,3±4,7%). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків.

Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність активної залежності від алкоголю на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (у відповідності до критеріїв МКХ–10) та згода на участь у розроблених заходах лікувально-реабілітаційного супроводу протягом не менш року після виписки зі стаціонару. Критеріями невключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також залежності від інших ПАР. Контингент обстежених був однорідним за базовими показниками, що дозволило вважати результати дослідження

такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G. D. Zimet [32] та адаптована Н. О. Сиротою та В. М. Ялтонським [33].

Вивчення здатності сприйняття соціальної підтримки здійснювали в декілька етапів. Спочатку, для ідентифікації базових особистісних характеристик — особистісних властивостей обстежених як преморбідного тла для розвитку та прогредієнтності АЗ, використовували 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттела (форма С) Sixteen Personality Factor Questionnaire, 1970) [34] (інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням вираженості окремих факторів, а також їх поєднань, що утворюють симптомокомплекси комунікативних, інтелектуальних, емоційних та регуляторних властивостей особистості). Потім, для ідентифікації наявності та вираженості комунікаційно-емоційної компетентності, оцінювали аффіліацію (котру розуміли як потребу в спілкуванні, дружбі, любові та здатність до них), яка є важливішим соціогенним копінг-ресурсом, що дозволяє встановлювати емоційно довірливі стосунки з оточуючими, високий ступінь розвитку якої обумовлює наявність високого дистрес-редуючого потенціалу особистості [35], та алекситимію, як якість, полярну аффіліації, яка проявляється труднощами у визначенні та вербалізації емоцій, а також визначенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями, бідністю уяви, що обумовлює бідність міжособистісних зв'язків таких людей, зазвичай, з тенденцією до патологічної залежності або перевагою самотності, униканням спілкування з іншими [36–38].

Аффіліацію визначали за допомогою опитувальника А. Мехрабіана в модифікації М.Ш. Магомед-Емінова [39], який дозволяє визначити стан двох мотиваційних тенденцій, взаємозв'язок яких свідчить про потребу в аффіліації та складає її структуру: «прагнення до прийняття» і «страх відторгнення». Алекситимію досліджували з використанням Торонтської шкали алекситимії (TAS) (Taylor G.J. с соавт., 1985; адаптація Ересько Д.Б. с соавт., 1994) [39].

Результати дослідження. Усереднений профіль особистості досліджених обох груп, складений по первинним факторам опитувальника 16-ФЛО, представлено у табл. 1 (при інтерпретації результатів приділяли увагу, у першу чергу, максимальним показникам профілю, тобто найбільш низьким і найбільш високим значенням факторів у профілі, особливо тим показникам, що у «негативному» полюсі

знаходяться в границях від 1 до 3 стенів, а в «позитивному» — від 8 до 10 стенів; кожен фактор включав до себе не лише якісну і кількісну оцінку внутрішньої природи людини, але й вмістив у собі її характеристику з боку міжособистісних відносин).

У обстежених з АЗ найбільша кількість відхилень від середніх показників спостерігалася у крайньому значенні фактору С (емоційна нестійкість). Пацієнти характеризувалися рисами нетерплячості, дратівливості, схильності до заклопотаності та засмучень, відкладенням рішень складних питань. Дослідженим було притаманні відчуття самовпевненості (66,7%). По фактору G визначені риси, які є дезадаптуючими, а саме, безпринципність, недбалість, легковажність, ненадійність, непостійність. Пацієнти, власно, створювали перешкоди та труднощі для оточуючих (69,2%). По фактору Н встановлено риси авантюризму, реактивності, а також сором'язливості, нерішучості, невіра в себе (77,5%). Виявлено полярність за фактором I, де дезадаптуючими рисами встановлено нетерпимість, залежність від інших, іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, витонченість, непрактичність, що проявлялося у цинічності, не чуттєвості до себе та інших, скептицизму та самовпевненості. По фактору М встановлено заглиблення у себе, безпомічність в практичних справах, конфліктність у колективі, істеричні риси.

Також пацієнтам з АЗ виявилось характерною наявністю скептичності, безкомпромісності (фактор А); наявності труднощів в умінні аналізувати й узагальнювати (фактор В); дезадаптація за рахунок безтурботності, імпульсивності, песимізму (фактор F); спонтанність у поведінці, відсутність самоаналізу, невпевненість у собі (фактор N).

За дослідженням факторів групи Q виявлено: за фактором Q1 — риси радикалізму, інтелектуальні інтереси і сумніви з приводу фундаментальних проблем, скептицизму, схильність до експериментування і нововведень (55,0%). По фактору Q2 — самостійність, власність думки, незалежність у поглядах. По фактору Q3 — недолік самоконтролю, індиферентність, внутрішню конфліктність, низький самоконтроль, недисциплінованість, недотримання правил, спонтанність у поведінки. По фактору Q4 виявлено внутрішню напруженість, збудженість, схвильованість, дратівливість, нетерплячість.

У обстежених ГП, в цілому, типологічні особливості особистості характеризували здатність до адаптивності (98,0%), а саме, терпимість, незалежність від інших, практичність. Обстежені характеризувалися відсутністю цинічності, не чуттєвості до себе та інших, скептицизмом та

Таблиця 1

Усереднений профіль особистості обстежених, складений по первинним факторам 16-ФЛО

Фактор	Феноменологічні риси (-)	Середній бал												Феноменологічні риси (-)	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
1A	Замкнутість			•		▲									Комунікабельність
2B	Конкретне мислення (інтелект)				•		▲								Абстрактне мислення
3C	Емоційна нестійкість					•		▲							Емоційна стійкість
4E	Покірність (залежність)			•					▲						Домінування
5F	Розважливість (стурбованість)					•		▲							Безтурботність
6G	Низька нормативність (безпринципність)					•		▲							Висока нормативність (сила власного «Я»)
7H	Боязкість (обережність)					•	▲								Сміливість
8I	Жорсткість			•				▲							Чутливість (піддатливість)
9L	Довірливість				•		▲								Підозрілість
10M	Практичність				•			▲							Непрактичність (мрійність)
11N	Прямолінійність			•					▲						Проникливість (гнучкість)
12O	Спокій			•				▲							Тривожність
13Q1	Консерватизм				•		▲								Радикалізм
14Q2	Конформізм				•			▲							Нонконформізм
15Q3	Низький самоконтроль (сугестивність)			•						▲					Високий самоконтроль (самостійність)
16Q4	Розслабленість			•					▲						Напруга
17MD	Низька (адекватна) самооцінка				•	▲									Висока (неадекватна) самооцінка
F1	Низька тривожність						•		▲						Висока тривожність
F2	Внутрішня спрямованість (інтроверт)						•			▲					Зовнішня спрямованість (екстраверт)
F3	Чутливість					•				▲					Врівноваженість
F4	Підпорядкованість			•							▲				Лідерство

Примітка: • – показники обстежуваних з ОГ, ▲ – ГП.

самовпевненості, тобто на першому місці, як головні характерологічні адаптуючі фактори були риси, які підтримували «нормальне» функціонування у макросоціумі (96,0%).

Таким чином, дослідження типологічних особливостей особистості показало, що у пацієнтів різних груп мали місце певні індивідуально-психологічні властивості, які зумовлювали їх дезадаптацію (ОГ) або адаптацію (ГП).

Таким чином, у хворих на АЗ найбільш проблемною особистісною сферою виявилась емоційно-вольова (тобто фактори, що складали емоційно-вольовий блок за 16-ФЛО Р. Кеттелла) ($p < 0,01$). В цілому, вони характеризувалися нетерплячістю, дратівливістю, схильністю до заклопотаності та засмучень, відкладенням рішень складних питань (фактор С). Пацієнти відзначалися такими дезадаптивними рисами, як безпринципність, недбалість, легковажність, ненадійність, за рахунок яких пацієнти створювали перешкоди та труднощі для оточуючих (фактор G), відрізнялись, з одного боку, реактивністю, а з іншого — сором'язливістю,

нерішучістю, невірою в себе (фактор H). Їм були притаманні нетерпимість, залежність від інших, іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, непрактичність (фактор I), безпорадність в практичних справах, конфліктність у колективі (фактор M). Серед проблем інтелектуальної сфери у обстежених встановлено конкретність і ригідність мислення, утруднення у рішенні абстрактних завдань, знижена оперативність мислення, недостатній рівень вербальної культури.

У обстежених ГП типологічні особливості особистості характеризували здатність до адаптивності, а саме терпимість, незалежність від суджень інших, практичність. Обстежені характеризувалися відсутністю дезадаптивних рис, які переважали у осіб ОГ, а саме: цинічності, не чуттєвості до себе та інших, скептицизму та самовпевненості.

Треба зазначити, що отримані нами дані щодо деформації особистісної структури чоловіків, хворих на АЗ, з найбільшим ураженням саме емоційно-вольової сфери, в цілому збігаються з результатами інших дослідників [40, 41].

Наступним етапом роботи було вивчення особливостей комунікаційно-емоційної компетентності обстежених.

Діагностика вираженості аффіліативних тенденцій дозволила встановити достовірні відмінності як між особами ОГ та ГП, так і між хворими на АЗ, в залежності від стажу хвороби (рис. 1).

Середній бал за шкалою «прагнення до прийняття» в усіх обстежених був в межах середньої вираженості (81–176 балів): у осіб ОГ становив $121,77 \pm 7,84$ балів, а в досліджених ГП — $129,96 \pm 6,75$ балів, $p < 0,01$.

Проте, середній показник за шкалою «страх відторгнення» у пацієнтів з АЗ становив $184,72 \pm 11,89$ балів, що свідчило про високий рівень боязні знехтування (177–224 бали), в той час як у здорових чоловіків мав місце низький її рівень (32–80 балів) — $68,73 \pm 3,21$ бали, $p < 0,05$.

Вивчення рівню аффіліації в динаміці розвитку АЗ у пацієнтів дало змогу визначити, що показники «прагнення до прийняття» мали тенденцію до подальшого зниження з ростом тривалості АЗ: середній показник за цією шкалою у пацієнтів зі стажем АЗ до 3-х років становив $144,73 \pm 8,29$ балів, у обстежених зі стажем АЗ від 3 до 5-ти років — $135,61 \pm 4,33$ балів, у хворих на АЗ від 6 до 9-ти років — $84,9 \pm 4,87$ балів.

Між тим, визначено збільшення показників «страх відторгнення» з подовженням тривалості хвороби: середній бал зазначеної шкали у хворих зі стажем 3 до 3-х років виявився $159,96 \pm 6,75$, зі стажем АЗ до 5-ти років — $178,21 \pm 11,39$, зі стажем АЗ більше 6-ти років — $192,24 \pm 12,49$.

Встановлені особливості свідчили про виснаження у хворих на АЗ такого особистісного комунікативного ресурсу, як прагнення до прийняття. Посилення страху відторгнення сприяло соціальній відмежованості хворих, збільшенню відчуття дистанціювання у стосунках з оточуючими, що детермінувало використання ними неадаптивних поведінкових стратегій в проблемних ситуаціях.

Як свідчать дані рис. 1, з подовженням тривалості АЗ знижувалася здатність хворих на АЗ до співпереживання ситуації, зменшувалася потреба в активному спілкуванні, звужувалося коло інтересів, погіршувалася міжособистісна комунікація. Егоїстична позиція хворих, їх намагання нав'язати свою точку зору, бажання підпорядкувати інтереси оточуючих власним інтересам, впливало на когнітивну оцінку хворих, які страждали на АЗ. Проявом цього була нездатність зрозуміти внутрішній світ іншої людини, відсутність уміння встановлювати контакти в процесі міжособистісної взаємодії, нездатність отримати необхідну підтримку за умов наявної проблеми, емоційна самотність. Саме такі

психологічні особливості сприяли розвитку поведінки самоізоляції та уникнення у хворих на АЗ.

На тлі недостатньо розвинених тенденцій «прагнення до прийняття» підвищувався рівень «страху відторгнення» у спілкуванні. Обстежені пацієнти намагались будь-яким чином уникати контактів з оточуючими, що посилювало емоційну відгородженість та ваблення до алкоголізації.

Таким чином, з подовженням тривалості АЗ відбувався процес виснаження комунікативного ресурсу, що у сукупності з встановленими дезадаптаційними індивідуально-психологічними рисами дає підстави підтвердити наявність особистісних з певним поведінковим реагуванням у хворих на АЗ.

Аналіз комбінацій мотиваційних тенденцій аффіліації у обстежених чоловіків встановив чотири можливих варіанти їх поєднання (рис. 2).

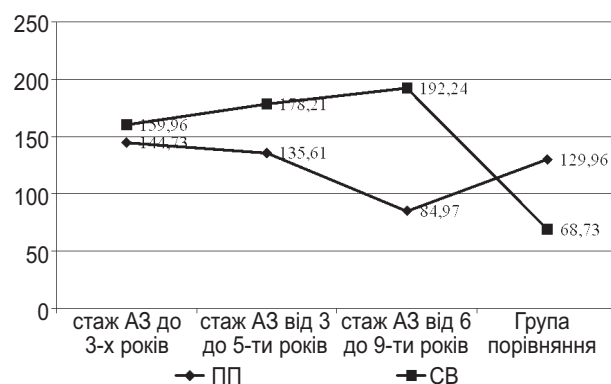
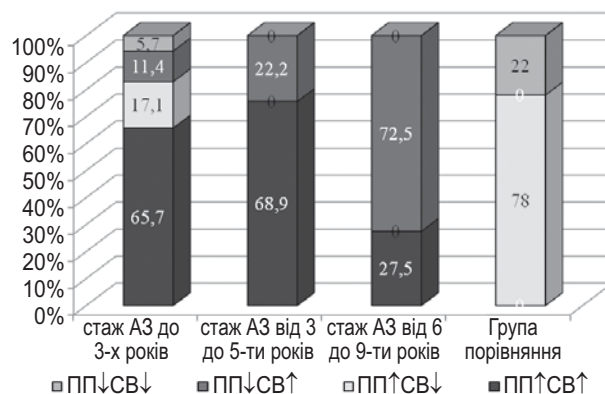


Рис. 1.

Динаміка мотиваційних тенденцій аффіліації у хворих з різним стажем АЗ, бали



Примітка. Комбінації мотиваційних тенденцій аффіліації: ПП↓СВ↓ — низькі рівні прагнення до прийняття та страху відторгнення. ПП↓СВ↑ — низький рівень прагнення до прийняття та високий рівень страху відторгнення. ПП↑СВ↓ — високий рівень прагнення до прийняття на тлі низького рівня страху відторгнення. ПП↑СВ↑ — високі рівні прагнення до прийняття та страху відторгнення.

Рис. 2.

Структура та вираженість мотиваційних тенденцій аффіліації в залежності від тривалості АЗ, %

Високий рівень розвитку «прагнення до прийняття» та «страху відторгнення», що характеризує виражений внутрішній конфлікт між тяжінням до людей та їх униканням, так як боязнь бути знехтуваним перешкоджає задоволенню потреби у прийнятті та, за думкою автора методики А. Мехрабіана, є мотиваційною основою вираженої конформної поведінки та показником мотиву залежності, був притаманним для 65,7±4,7% осіб з тривалістю АЗ до 3-х років, 68,9±4,6%, для пацієнтів зі стажем АЗ до 5-ти років та 27,5±4,5% хворих на АЗ більше 6 років.

Комбінація високого рівню «прагнення до прийняття» та низького «страху відторгнення», що свідчить про переважну задоволеність потреби в аффіліації, встановлена у 78±4,1% здорових чоловіків та у 17,1±3,8% хворих на АЗ до 3-х років.

Сполучення низького рівню «прагнення до прийняття» та високого рівню «страху відторгнення», що є свідомством незадоволеності потреби або, взагалі, блокування аффіліації за рахунок непереборного страху відкидання, що обумовлює виникнення почуття самотності, відчуженості, а також породжує і посилює стрес, виявився притаманним 72,5±4,5% хворих зі стажем АЗ від 6 до 9-ти років, 22,2±4,3% пацієнтів з тривалістю АЗ від 3-х до 5-ти років та 11,4±3,2% — з АЗ до 3-х років.

Поєднання низької інтенсивності обох мотиваційних тенденцій аффіліації, для якого притаманна відсутність як позитивного, так і негативного емоційного забарвлення комунікативних процесів, зустрічалось у 22±4,1% здорових чоловіків та 5,7±2,3% осіб зі стажем АЗ до 3-х років.

Таким чином, можна стверджувати, що поєднання високого рівню обох аффіліаційних тенденцій («прагнення до прийняття» та «страху відторгнення») було комунікативним підґрунтям розвитку патологічної залежності у обстежених пацієнтів. Між тим, з подовженням тривалості АЗ, спостерігалась трансформація структури мотиваційних тенденцій аффіліації: високий рівень «прагнення до прийняття» істотно знижувався, що, на тлі ще більшого посилення «страху відторгнення», взагалі унеможливлювало задоволення аффіліаційної потреби у більшості пацієнтів з тривалістю АЗ більше 6-ти років.

Дослідженням алекситимії встановлено достовірну різницю її вираженості у здорових та хворих на АЗ чоловіків ($p < 0,05$) (рис. 3). Так, серед осіб ОГ високий рівень алекситимії (більше 74 балів) був діагностований у 62,5±4,8% осіб, між тим як серед ГП — у 16,0±3,7%. Середні показники алекситимії (від 30 до 72 балів) виявились притаманними 25,8±4,7% пацієнтів ОГ

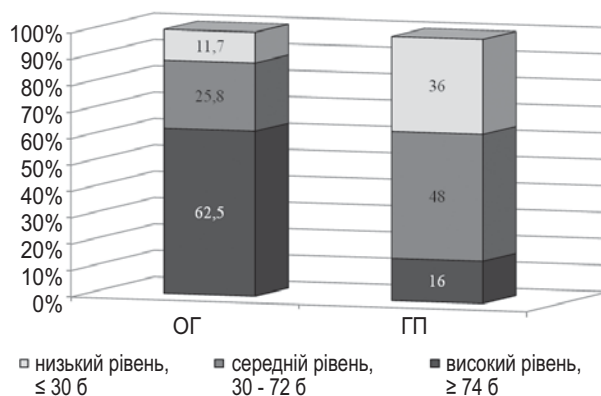


Рис. 3.

Розподіл алекситимії за рівнем вираженості у обстежених чоловіків, %

та 48,0±5,0% ГП. Низька вираженість алекситимії (менше 30 балів) була характерна тільки 4,2±2,0% хворих на АЗ і 36,0±4,8% здорових чоловіків.

Між тим, подальший аналіз вираженості алекситимії не виявив динаміки її характеристик в залежності від стажу АЗ: серед пацієнтів усіх підгруп високий рівень алекситимії був діагностований більш, ніж у 50% осіб (в здоровій популяції алекситимічні риси відзначаються, за різними даними, від 5 до 23% осіб [36]). Відсутність динаміки показника алекситимії дозволяє припустити, що відповідні їй особливості — недостатня рефлексивність і труднощі в розпізнаванні і вербалізації емоцій — були підґрунтям розвитку та підтримки залежності, створюючи тло неусвідомлюваної емоційної напруги та формуючи схильність до його поведінкового відреагування через вживання алкоголю. Висунута нами гіпотеза не протирічить думці інших дослідників феномену алекситимії у осіб з АЗ, які відмічали факт помірного позитивного кореляційного зв'язку між наявністю клінічно окресленої алекситимії та АЗ за даними Мічиганського скрінінг-тесту на алкоголь ($r = 0,36$; $p < 0,01$), а також сильного позитивного кореляційного зв'язку ($r = 0,63$; $p < 0,01$) між вираженістю клінічних проявів і тривалості АЗ з «труднощами ідентифікування та опису почуттів» [42].

Аналіз сприйняття соціальної підтримки хворими на АЗ дозволив встановити наступне. Дослідження показало, що соціальні мережі хворих на АЗ статистично достовірно відрізнялися від таких у здорових осіб за розміром і якістю; одночасно частота інтеракцій між потенційними донорами і реципієнтами соціальної підтримки була достовірно нижче (табл. 2). Хворі на АЗ як в цілому, так і по окремих сферах соціальної взаємодії, мали значно нижчий суб'єктивний рівень сприйняття соціальної підтримки.

Таблиця 2

Усереднені показники сприйняття соціальної підтримки хворими на АЗ з різним стажем хвороби та здоровими чоловіками (бали, $M \pm m$)

Субшкали	ОГ, n=120				ГП, n=50
	АЗ до 3-х р., n=35	АЗ 4 – 5 р., n=45	АЗ > 6 р., n=40	Всього, n=120	
сім'я	2,3 \pm 0,17	1,9 \pm 0,13	1,3 \pm 0,12	1,6 \pm 0,14	3,5 \pm 0,09
друзі	2,1 \pm 0,18	1,5 \pm 0,09	1,2 \pm 0,11	2,1 \pm 0,13	3,2 \pm 0,11
важливі інші	2,1 \pm 0,12	2,4 \pm 0,11	1,9 \pm 0,15	1,8 \pm 0,17	3,1 \pm 0,1
загальна оцінка	6,5	5,8	4,4	5,5	9,8

Таким чином, АЗ, яка мала місце у пацієнтів ОГ, надала деструктивний вплив на соціальні мережі, не давала змоги отримати ефективну соціальну підтримку, сприяла руйнації просоціальних підтримуючих мереж. Оточення, що сприяло подовженню алкоголізації, ставало необхідною референтною групою для особистостей з АЗ і безпосередньо формувало дезадаптивний стиль індивідуальної поведінки.

Структура джерел соціальної підтримки та суб'єктивного сприйняття її хворими на АЗ в залежності від тривалості зловживання алкоголем представлена на рис. 4, з якого видно, що сприйняття підтримки з боку групи «друзів» було найнижчим, оскільки просоціальна мережа друзів на етапі тривалості АЗ більше 6 років була фактично відсутня та заміщена неадекватною в соціально-нормативному плані мережею партнерів по алкоголізації. Короткочасний псевдоемпатийний контакт в період алкоголізації дозволяв хворим на час знімати емоційну напругу, але потім кожен раз незмінно відзначалося посилення напруженості, конфліктності, підозрливості в інтерперсональних відносинах, а сприйняття соціальної підтримки різко знижувалося.

Суб'єктивний рівень сприйняття соціальної підтримки з боку родини у осіб ОГ також був

низьким. Порушені в результаті алкоголізації інтерперсональні відносини в родині придушували у її членів бажання надавати підтримку хворому, стиль життя якого вів до розпаду, дезінтеграції всієї сімейної системи. Протидія алкоголізації з боку сім'ї зазвичай носила стихійний, болючий, «співзалежний» характер і зустрічалася хворим негативно. В результаті, вже на етапі тривалості алкоголізації від 4-х років, соціально-прийнятна поведінка членів сім'ї виявлялася неадекватною запитам хворого та не збігалася з його намірами. Як наслідок цього, соціальна підтримка, яка суперечила установкам і бажанням хворого, не тільки не сприймалася ним, але й активно відкидалася. Хворому фактично була потрібна підтримка не як ресурс, що сприяє прийняттю рішення до позитивної зміни, а як «антіресурс», що прямо протидіє цьому процесу. Хворі сприймали лише матеріальну допомогу або безпосередньо алкоголь як найбажаніше і необхідне в їх житті і розглядали осіб, що сприяють продовженню процесу алкоголізації, як найбільш необхідну і референтну групу. В результаті відбувалося вихолощення соціально-підтримуючої мережі, заміна її на соціально-придушуючу. Зазначене явище наочно проілюстрував аналіз групи «значимі інші». Суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки з боку цих осіб у хворих на АЗ була низькою порівняно з ГП, але вищим, ніж рівень сприйняття такої підтримки з боку груп «сім'я» і «друзі». Мережа «значущих інших» була для хворих, як правило, джерелом матеріальних засобів, необхідних для продовження алкоголізації, що обумовлювало виражену залежність від неї. Вимушений характер спілкування з її членами змушував хворих здійснювати, нерідко незалежно від свого бажання, дії, що відповідали інтересам даної соціальної мережі.

У порівнянні з контингентом хворих, здорові чоловіки мали значно вищий і фактично рівномірно розподілений по соціальним мережам рівень сприйняття соціальної підтримки в цілому, що свідчило про задоволеність їх такою підтримкою. Розвинені соціальні мережі дозволяли їм мати кілька її джерел, взаємозамінних і взаємодоповнюючих один одного.

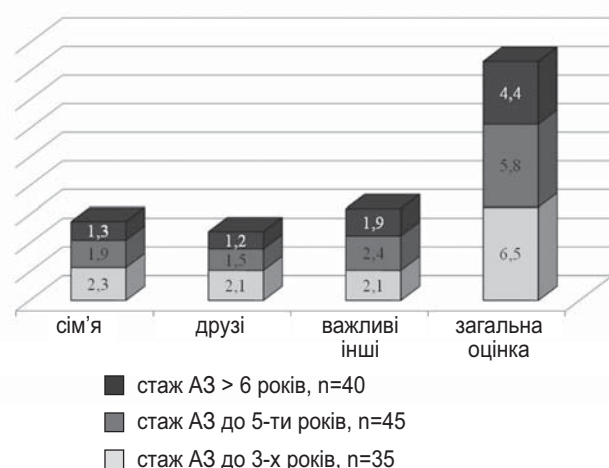


Рис. 4.

Структура сприйняття джерел соціальної підтримки в динаміці прогресивності АЗ, бали

Аналіз результатів дослідження свідчив про те, що соціально-підтримуючий процес у хворих на АЗ характеризувався функціонуванням дезінтегрованих соціальних мереж «сім'я», «друзі», «значимі інші», які мали тенденцію до розпаду та не забезпечували потребу хворого в соціальній підтримці. Егоцентрична і алкогольцентована поведінка хворих руйнувала соціальне поле просоціальних підтримуючих мереж, приводило до його дезінтеграції. Низький рівень сприйняття соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів сприяв тому, що хворі все рідше зверталися до них за підтримкою в подоланні проблеми алкоголізації, а недостатня здатність до емпатійних взаємин та емоційно-вольові порушення і когнітивні викривлення перешкоджали ефективному пошуку підтримки, знижували активність її пошуку. Наростаюче зниження задоволення потреби в аффіліації на тлі високого рівню алекситимії та проблем

емоційно-вольової сфери, визначало низьку ефективність комунікаційно-емоційного ресурсу хворих, що сприяло спотворенню суб'єктивного сприйняття ними мереж соціальної підтримки, а отже, унеможливлювало подолання хвороби шляхом відсутності особистісного та соціального ресурсу щодо вироблення мотивації на зміну життєвого стилю та одужання.

Узагальнення отриманих даних дозволило виділити основні психологічні характеристики—індикатори стану особистісного та соціального ресурсу, вихідна та динамічна деформація яких достовірно впливає на здатність пацієнтів з АЗ щодо сприйняття соціальної підтримки, що повинно враховуватись при розробці заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії хворих, $p < 0,01$ (табл. 3).

Таким чином, отримані дані свідчать про вихідну слабкість здатності сприйняття соціальної підтримки у осіб з залежністю від алкоголю,

Таблиця 3

Психологічні чинники здатності сприйняття соціальної підтримки хворими в залежності від тривалості зловживання алкоголем

Показник	стаж АЗ до 3-х років, n=35	стаж АЗ 4 — 5 років, n=45	стаж АЗ > 6 років, n=40
Особистісні особливості	<i>компрометація емоційно-вольової сфери:</i> <ul style="list-style-type: none">• нетерплячість, дратівливість, схильність до заклопотаності та засмучень, відкладення рішень складних питань;• безпринципність, недбалість, легковажність, ненадійність, перешкоди та труднощі для оточуючих;• реактивність, сором'язливість, нерішучість, невіра в себе;• нетерпимість, залежність від інших, іпохондричність, боязкість, підвищена мрійливість, непрактичність;• безпорадність в практичних справах, конфліктність; <i>викривлення когнітивної сфери:</i> <ul style="list-style-type: none">• конкретність і ригідність мислення, утруднення у рішенні абстрактних завдань, знижена оперативність мислення, недостатній рівень вербальної культури		
Вираженість аффіліації	високий рівень аффіліативних тенденцій прагнення до прийняття та страху відторгнення => внутрішній конфлікт, основа розвитку залежної поведінки	зниження рівню прагнення до прийняття, підвищення вираженості страху відторгнення => внутрішній конфлікт, незадоволеність аффіліативної потреби	значне зниження прагнення до прийняття, виражене посилення страху відторгнення => блокування аффіліації, посилення дезадаптивного стресу
Рівень алекситимії	високий рівень алекситимії		
вихідна слабкість комунікаційно-емоційної компетентності з посиленням її нівелювання зі збільшенням стажу алкоголізації			



Сприйняття донорів соціальної підтримки	низький рівень сприйняття соціальної підтримки		
	часткове збереження впливу родини, початок трансформації запиту на підтримку як на «антиресурс», що сприяє подальшій алкоголізації	нівелювання впливу мереж сім'ї та друзів, руйнація просоціальних підтримуючих мереж	трансформація мережі важливих інших в референтну групу партнерів по алкоголізації, вихолощення соціально-підтримуючої мережі з заміною її на соціально-придушуючу

що обумовлюється компрометацією емоційно-вольових властивостей особистості та низькою комунікаційно-емоційною компетентністю, які складають особистісний ресурс сприйняття соціальної підтримки, а також негативну динаміку вищезазначеного феномену у хворих на АЗ із прогресуванням захворювання. Встановлений факт обумовлює необхідність врахування стану та реорганізації системи соціальної підтримки у даного контингенту осіб, про необхідність чого вказують поодинокі дослідники [43].

Отже, ідентифіковані специфічні особливості здатності сприйняття соціальної підтримки, маркером якої є стан комунікаційно-емоційної

компетентності особи, та її негативна динаміка в залежності від стажу зловживання алкоголем, потребує визначення як критерій диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на аз, з урахуванням наявності доказової бази щодо зв'язку між наявністю і здатністю сприйняття соціальної підтримки та ефективністю лікування пацієнтів з хворобами залежності, а також щодо необхідності диференціації застосування психотерапевтичних впливів з огляду на стан як окремих складових здатності сприйняття соціальної підтримки, так і феномену в цілому [44–46].

Література:

1. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. — 2008. — Том 16, вип. 1(54). — С. 79.
2. Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. — М.: Академия, 2008. — 176 с.
3. Напреєнко О. К. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : довідкове видання / О. К. Напреєнко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина ; за ред. О. К. Напреєнка. — К. : Здоров'я, 2011. — 208 с.
4. Сосин І. К. Наркологія : монографія / І. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков : Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Табачников С. І. Епидемиологическая ситуация относительно употребления психоактивных веществ в Украине / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Е. Трофимчук, Ю. Ю. Мартынова // Архів психіатрії. — 2009. — Т. 15. — №1(56). — С. 81–88.
6. Сосин І. К. О наркологической ситуации в Украине / І. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 174.
7. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10–14.
8. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
9. Пішель В. Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В. Я. Пішель, М. Ю. Ігнатов, М. Ю. Полив'яна. — К., 2004. — 83 с.
10. Опря Є. В. Клініко-психопатологічні порушення при алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування) / Є. В. Опря // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 2 (14). — С. 86–89.
11. Шараневич І. О. Оцінка якості життя у осіб з алкогольною залежністю — показник ефективності терапії / І. О. Шараневич // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — №1 (13). — С. 82–86.
12. Kauhanen J. Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia / J. Kauhanen, J. Julkunen & J. T. Salonen // Behavioral Medicine— 1992. — Vol. 18(3). — P. 121–126.
13. Ognibene T. C. Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies / T. C. Ognibene & N. L. Collins // Journal of Social and Personal Relationships. — 1998. — Vol. 15. — P. 323–345.
14. Сирота Н. А. Поиск социальной поддержки и её восприятие при алкоголизме / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Н. С. Видерман // Вопросы наркологии. — 1999. — № 2. — С. 62–65.
15. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives / A. M. McNally, T. P. Palfai, R. V. Levine, & B. M. Moore // Addictive Behaviors. — 2003. — Vol. 28. — P. 1115–1127.
16. De Rick A. Attachment styles in alcoholic inpatients / A. De Rick & S. Vanheule // European Addiction Research. — 2007. — Vol. 13(2). — P. 101–108.
17. Пшук Н. Г. Особливості формування та психотерапевтична корекція копінг-поведінки чоловіків при алкогольній залежності / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17. — № 4 (67). — С. 113–119.
18. Копытов А. В. Социальная поддержка, как патогенетический и протективный фактор при алкогольной зависимости у лиц мужского пола молодого возраста [Электронный ресурс] / А. В. Копытов, Л. З. Ситько В. Л. Куликовский. — Режим доступа до журн.: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3840:2010-09-10-08-20-08&catid=272:22010-08-20-08&Itemid=196

19. Пшук Н. Г. Интегративна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність та її ефективність / Н. Г. Пшук, П. М. Слободянюк // Таврический журнал психиатрии. Матеріали X науково-практичної конференції з міжнародною участю «Невідкладні стани в психіатрії та неврології», Євпаторія, 29–30 вересня 2011. — Vol. 15, № 3 (56). — С. 148–149.
20. Broome K. M. The Role of Social Support Following Short-Term Inpatient Treatment / K. M. Broome // The American Journal on Addictions. — 2002. — Vol. 11. — P. 57–65.
21. Taylor S. E. Social support / S. E. Taylor / In Friedman H.S. & Silver R.C. Foundations of health psychology. — New York: Oxford University Press, 2007. — P. 45–171.
22. Lakey B. Social support: Basic research and new strategies for intervention / B. Lakey / In Maddux J.E. & Tangney J.P. Social Psychological Foundations of Clinical Psychology. — New York: Guilford, 2010. — P. 177–194.
23. Lakey B. Relational Regulation Theory: A new approach to explain the link between perceived support and mental health / B. Lakey, E. Orehek // Psychological Review. — 2011. — Vol.118. — P. 482 — 495.
24. Cohen S. Positive life events and social supports as buffers of life change stress / S. Cohen & H. Hoberman // Journal of Applied Social Psychology. — 1983. — Vol. 13. — P. 99–125.
25. Cohen S. Stress, social support, and the buffering hypothesis / S. Cohen & T. A. Wills // Psychological Bulletin. — 1985. — Vol. 98. — P. 310 — 357.
26. Suls J. M. Social Comparison: Contemporary theory and research / J. M. Suls, T.A. Wills. — Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum, 1991. — 414 p.
27. Suls J. M. Handbook of social comparison: theory and research / J. M. Suls, L. Wheeler. — New York: Plenum Publishers, 2000. — 501 p.
28. Wills T. A. Multiple networks and substance use / T.A. Wills // Journal of Social and Clinical Psychology. — 1990. — Vol. 9. — P. 78–90.
29. Wills T. A. Social support and interpersonal relationships / T.A. Wills / In M. S. Clark (Ed.) Review of personality and social psychology. — Newbury Park, CA: Sage, 1991. — Vol. 12. — P. 265–289.
30. Wills T. A. Social support and behavior toward others: Some paradoxes and some directions / T. A. Wills & J. Resko / In A. G. Miller (Ed.). The social psychology of good and evil. — New York: Guilford Press, 2004. — P. 416–443.
31. Wills T. A. The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis / T.A. Wills & M. Stoolmiller // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2002. — Vol. 70. — P. 986–997.
32. Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support / G.D. Zimet [et al.] // J. Personality assessment. — 1988. — Vol.52. (1). — P. 30–41.
33. Сирота Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзор. психит. и мед. психол. — 1994. — №1. — С. 63–74.
34. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1999 — 672 с.
35. Kulik J. A. Social Comparison, Affiliation and Emotional Contagion under Threat / J. A. Kulik, H. I. M. Mahler / In Suls J. M. & Wheeler L. Handbook of social comparison: theory and research. — New York: Plenum Publishers, 2000. — P. 295–322.
36. Thorberg F. Alexithymia and alcohol use disorders : a critical review / F. Thorberg, R. Young, K. Sullivan, M. Lyvers // Addictive Behaviors. — 2009. — Vol. 34 (3). — P. 237–245.
37. Плоткин Ф. Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции / Ф. Б. Плоткин // Наркология. — 2009. — № 10 (94). — С. 85–92.
38. Копытов А. В. Алекситимия и алкогольная зависимость [Электронный ресурс] / А. В. Копытов, Л. З. Ситько, В. П. Максимчук // Медицинская панорама. — 2010. — № 8. — Режим доступа до журн.: <http://www.plaintest.com/psychiatry/aleksitimiya-alcohol>
39. Комплексное клиничко-психологическое исследование лиц с алкогольной зависимостью: учебное пособие под ред. докт. мед. наук Е.Н.Кривулина. — Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. — 88 с.
40. Аймедов К. В. Патологічна схильність до азартних ігор (клініка, терапія, реабілітація) Автореф. дисер. на здобуття наук. ступеню доктора мед. н. : спец. 14.01.17 — «Наркологія» / К. В. Аймедов. — Київ, 2011. — 34 с.
41. Марута Н. О. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування): Методичні рекомендації / Н. О. Марута, О. І. Мінко. — Харків, 2003. — 20 с.
42. Uzun A. Z. Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample / A. Z. Uzun, A. Ates, A. Cansever, & A. Ozsahin // Comprehensive Psychiatry. — 2003. — Vol. 44 (4). — P. 349–352.
43. Маркова М. В. Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність / М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Медицинская психология. — 2009. — Т 4. — № 2 — 3. — С. 205–208.
44. Orford J. Asking the right question in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction / J. Orford // Addiction. — 2008. — v. 103. — P. 875–885.
45. Marshall E. J. The treatment of drinking problems : a guide for helping professions, — 5th ed. / E. J. Marshall, K. Humphreys, D. M. Ball. — Cambridge University press, 2011. — 260 p.
46. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy / A. Rosenblum, C. Cleland, S. Magura [et al] // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. — 2005. — Vol. 31(1). — P. 35–58.

УДК 616.89–008.441.13–036.87–036.66–07

Диагностика рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии

Сквира И. М.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь

Резюме. В статье представлены данные о методах диагностики рецидиво-опасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии. Установлено, что комплексное исследование с использованием клинических, психологических и лабораторных методов с высокой степенью значимости (чувствительность 81,4%, специфичность 80,0%) позволяет диагностировать рецидиво-опасные ситуации. Обсуждены рекомендации по стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, диагностика.

The diagnostics of relaps-dangerous clinical situations in patients with alcohol dependens in remission

Skvira I. M.

Gomel State Medical University

Resume. The article presents data on methods of diagnosis of relapse-dangerous clinical situations in patients with alcohol dependence in remission. Found that a comprehensive study using clinical, psychological and laboratory methods with a high degree of importance (sensitivity 81,4%, specificity 80,0%) diagnose relapse-risk situations. Discuss recommendations for the stabilization of remission in patients with alcohol dependence.

Key words: alcohol dependence, remission, relapse-dangerous clinical situations, diagnostics.

Введение. К формированию ремиссий, как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью», естественно сводятся все терапевтические усилия наркологов. Однако клинический опыт показывает, что любая ремиссия представляет собою не стабильный, а, напротив, изменчивый период течения болезни [1].

В этот период у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) отмечено наличие специфической клиники ремиссионных состояний. К таким состояниям относят многочисленные, многоуровневые, полисистемные и полиорганные симптомокомплексы, которые нередко актуализируются у больных в ремиссионных состояниях и которые отражают синдромологию преморбидной эндогенной антиципации и преобразенной по мере алкоголизации и проживания лет патологии. Эти же симптомокомплексы могут быть результатом скрытого влечения к алкоголю, а также формой сдвига регистра, маскирования или замещения патологии [2].

Такие расстройства чаще носят доклинический уровень выраженности, длительно сохраняются в период воздержания от употребления алкоголя, (а у части больных, вследствие истощения адаптационных механизмов, даже усиливаются к моменту достижения полной

ремиссии [3]), плохо осознаются больными. В то же время эти состояния актуализируют влечение к алкоголю, практически всегда коррелирует с рецидивом алкогольной зависимости [1, 2, 3, 4, 5].

Поэтому данные расстройства в период ремиссии требуют экстренной диагностики и неотложного вмешательства для предупреждения рецидива заболевания. Ранее эти состояния нами были идентифицированы, рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (состояния) (РОКС) [6]. Остаются неразработанными способы диагностики РОКС у лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя.

Цель исследования: разработка методов диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». В исследование были включены 132 пациента в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $41,8 \pm 7,2$ года) с алкогольной зависимостью в полной ремиссии (шифр F 10.202 по МКБ-10 [7]). Критериями исключения

были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с эндогенными психическими заболеваниями (F 20–39 по МКБ-10 [9]), а также лица в период острых и (или) обострения хронических соматических заболеваний.

Разделение на группы сравнения было произведено по признаку наличия РОКС: I группа пациентов (n=88) находилась в состоянии компенсированной ремиссии (без клинически выраженных рецидивоопасных ситуаций), а II группа (n=44) — пациенты с рецидивоопасными клиническими ситуациями (РОКС), возникшими на фоне полной ремиссии (пациенты, обратившиеся для противорецидивного лечения).

Методы исследования. В ходе выполнения научной работы применены анамnestический, клинко-динамический, клинко-психопатологический, лабораторный и экспериментально-психологический методы. Из экспериментально-психологических методов применялись тесты: «Показатель качества жизни» (ПКЖ) [8], «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [9], «Самочувствие, активность, настроение» (САН) [5], а также известный тест Люшера [10].

С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ мы применили разработанный нами опросник, позволяющий сканировать и квантифицировать даже слабо выраженные жалобы ПАЗ. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [6].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA v.6.0. Оценка значимости различия частот наблюдений в четырехпольных таблицах проводилась с помощью χ^2 -критерия Пирсона. Сравнение данных в двух

независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Прогностическую значимость различных показателей оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6). Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования. Вначале нами было проведено сравнение I и II групп по основным демографическим и клиническим параметрам (пол, возраст, стаж алкогольной зависимости, кратность лечения, длительность ремиссии) (таб. 1).

После установления репрезентативности I и II групп (таб. 1) нами было проведено с помощью теста Манна-Уитни сравнение клинических, патопсихологических и лабораторных показателей.

Результаты тестирования пациентов двух групп по опроснику представлены табл. 2.

В группе пациентов с РОКС большинство симптомов опросника (табл. 2) оказались значимо выше, чем в группе сравнения, что подтверждает возможность их использования для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью.

Далее в I и II группах проводилось сравнение патопсихологических показателей по тестам ПКЖ [8], САН [5], тревоги по тесту Люшера [10] и тесту ИТТ [9]. Также сравнивали лабораторные показатели (гемоглобин, печеночные ферменты, общий анализ крови). При исследовании общего анализа крови производили вычисление соотношения лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы, отражающего уровень неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) [11].

Структура показателя качества жизни в I и II группах — рис. 1.

Из 10 шкал ПКЖ значимо ($p<0,05$) во II группе, в сравнении с I группой, снизились оценки только по трем шкалам (физическое благополучие, психологическое благополучие и общее восприятие качества жизни), отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие» [10].

Таблица 1

Общая характеристика пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (n=88)	II группа (n=44)	p
пол (м/ж)	70/18	36/8	0,64
возраст, лет, M	42,7 (37,6–47,76)	40,2 (36,1–44,3)	0,62
Стаж алкоголизма, лет	8,2 (6,1–10,3)	8,35 (6,2–10,5)	0,84
Кратность лечения, M	2,2 (1,4–2,8)	2,19 (1,5–2,88)	0,95
Суммарная длительность ремиссии, лет	2,64 (1,6–3,68)	2,68 (1,62–3,66)	0,92
Длительность данной ремиссии, месяцев	9,45 (5,2–13,65)	8,94 (6,3–10,54)	0,28

Таблиця 2

Значения клинических показателей у пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (n=88)	II группа (n=45)	p
1. Алгии	0,52 (0,40–0,65)	0,91 (0,65–1,17)	0,023
2. Плохое самочувствие	0,32 (0,21–0,42)	0,78 (0,53–1,02)	0,002
3. Раздражительность	0,48 (0,35–0,61)	1,20 (0,93–1,46)	0,00001
4. Утомляемость, усталость	0,40 (0,27–0,51)	0,91 (0,66–1,16)	0,0005
5. Бессонница	0,22 (0,12 – 0,32)	0,76 (0,47–1,04)	0,005
6. Депрессия	0,51 (0,39–0,63)	0,98 (0,72–1,24)	0,005
7. Гипомания	0,20 (0,08–0,31)	0,29 (0,12–0,45)	0,352
8. Сухое опьянение	0,07 (0,01–0,12)	0,33 (0,14–0,53)	0,053
9. Алкогольные навязчивости	0,16 (0,09–0,24)	0,60 (0,39–0,81)	0,001
10. Алкогольные сновидения	0,35 (0,23–0,47)	0,71 (0,47–0,95)	0,014
11. Псевдоабстиненция	0,07 (0,0–0,12)	0,38 (0,18–0,57)	0,018
12. Курение увеличено	0,55 (0,40–0,65)	0,49 (0,24–0,73)	0,998
13. Кофеин больше	0,66 (0,45–0,87)	0,84 (0,51–1,18)	0,472
14. Тревога	0,17 (0,09–0,25)	0,71 (0,50–0,92)	0,00003
15. Тяга к алкоголю	0,16 (0,07–0,25)	0,58 (0,37–0,79)	0,0015
Сумма баллов	4,84 (4,14–5,54)	7,36 (6,52–8,20)	0,000003

Показатели теста САН в I и II группах соответственно равнялись: самочувствие — 5,7 (4,9–6,5) и 4,7 (3,4–6,0) баллов ($p=0,011$); активность — 5,5 (4,6–6,4) и 4,9 (3,6–6,1) баллов ($p=0,035$); настроение 5,7 (4,9–6,5) и 4,6 (3,3–6,0) баллов ($p=0,004$).

Сравнение ситуативной интегративной тревоги по ИТТ — рис. 2.

Показатели тревоги по тесту Люшера в I и II группах соответственно равнялись 1,0 (0,12–1,88) и 3,43 (0,12–1,88) балла ($p<0,001$).

Анализ прогностической значимости показателей, для которых получены различия в I и II группах с помощью теста Манна-Уитни,

оценивали на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК). Оценивались площадь под кривой, 95% доверительный интервал (ДИ) оценки площади, находилась точка разделения, оценивалась чувствительность (Чв) и специфичность (Сп) данного параметра при использовании найденной точки разделения. Показатели расположены в порядке убывания ППК (табл. 3).

Тест Люшера при показателе более чем 2 балла тревоги (3–12 баллов) имеет хорошую прогностическую значимость для диагностики РОКС у лиц с алкогольной зависимостью (чувствительность 76,19%, специфичность 100%) (рис. 3).

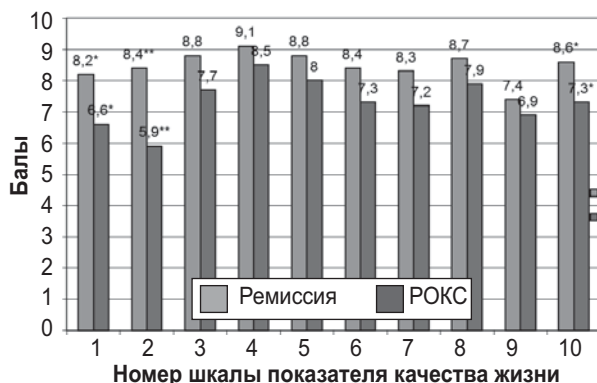


Рис. 1.

Структура показателя качества жизни у пациентов в I и II группах

Примечания. Шкалы ПКЖ: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни. Межгрупповые отличия значимы: * $p<0,05$, ** $p<0,01$

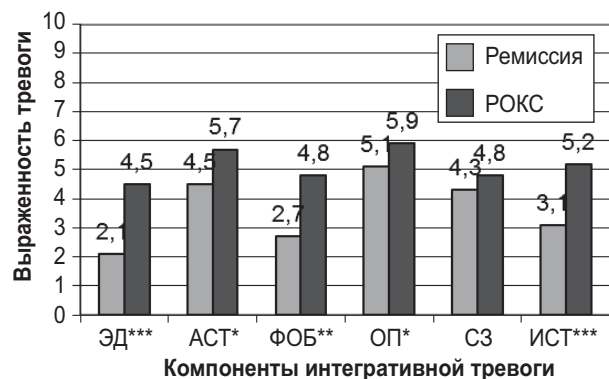


Рис. 2.

Структура интегративной ситуативной тревоги у пациентов в I и II группах

Примечание. Компоненты интегративной тревоги: ЭД — эмоциональный дискомфорт, АСТ — астенический компонент, ФОБ — фобический компонент, ОП — оценка перспектив, СЗ — реакция социальной защиты, ИСТ — интегративная ситуативная тревога. Межгрупповые отличия значимы: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Таблиця 3

Прогностическое значение основных показателей для определения РОКС у пациентов с алкогольной зависимостью

Показатель	ППК	95% ДИ	точка разделения	Чв, %	Сп, %
Тревога по Люшеру	0,927	0,810–0,982	> 2	76,19	100
Субъективный ПКЖ	0,872	0,729–0,931	<= 22	81,4	80,0
Клинические РОКС	0,782	0,703–0,848	> 5	84,44	61,96
Тревога по тесту ИТТ	0,761	0,624–0,867	> 5	50	94,74
Интегральный ПКЖ	0,754	0,657–0,835	<= 73	55,8	92,73
Настроение по САН	0,746	0,586–0,869	<= 4,7	63,16	90,91
Лимфоциты/сегменты	0,735	0,610–0,835	<= 0,52	67,5	69,23
Раздражительность	0,728	0,645–0,800	> 0	81,82	56,99
Тревога	0,705	0,621–0,780	> 0	56,82	81,72
Самочувствие по САН	0,705	0,542–0,836	<= 4,4	52,63	95,45
Активность по САН	0,673	0,509–0,811	<= 4,6	57,89	81,82
Скука	0,669	0,584–0,745	> 0	43,18	91,4
Слабость, утомляемость	0,666	0,581–0,744	> 0	65,91	64,52

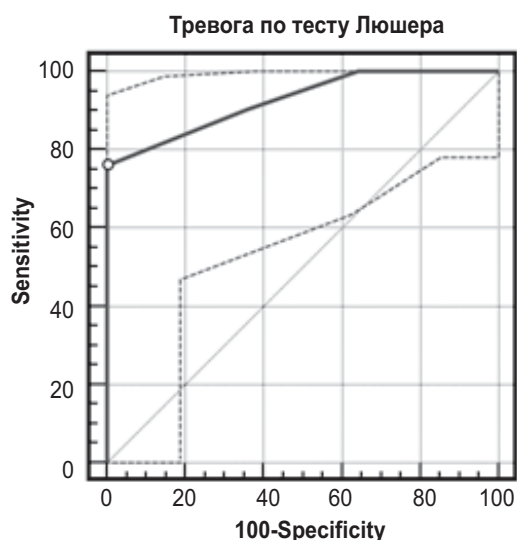


Рис. 3.

ROC-кривая для тревоги по тесту Люшера

ППК 0,927 (0,810–0,982); точка разделения > 2; чувствительность — 76,19%; специфичность — 100%

Показатель качества жизни по сумме трех шкал (физическое благополучие, психологическое благополучие и общее восприятие качества жизни), отражающих субъективное состояние пациента, прогностически значим при 22 и менее баллах (чувствительность 81,4% и специфичность 80,0%). Клинический опросник также имеет высокое прогностическое значение при 5 и более баллах для диагностики ситуаций, угрожаемых по срыву ремиссии (чувствительность 84,44%, специфичность 61,96%). Из других показателей наибольшую прогностическую значимость (в порядке убывания) имеют: ситуативная тревога по тесту ИТТ

(> 5 баллов), интегральный показатель качества жизни (<= 73), самооценка настроения по тесту САН (<= 4,7 балла), НАРО (<= 0,52 балла), самооценка самочувствия (<= 4,4 балла), самооценка активности (<= 4,6). Высокое прогностическое значения для диагностики РОКС имеет наличие жалоб пациентов (> 0 баллов), прежде всего, на раздражительность, тревогу, скуку и слабость.

Пациентам с алкогольной зависимостью, у которых в период воздержания от употребления алкоголя были выявлены рецидивоопасные клинические ситуации, проводилась комплексная (социотерапевтическая, психологическая, таргетная терапевтическая (в зависимости от структуры выявленного расстройства)) помощь и укреплялась установка на абсолютную трезвость с продолжением участия в долгосрочных программах психотерапии и реабилитации.

Таким образом, впервые использование комплексного клинического, патопсихологического и лабораторного исследования пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя позволило объективизировать качество ремиссии, выявить прогностически значимые показатели для стандартизованной идентификации рецидивоопасных клинических ситуаций. В практике для их выявления можно использовать данные анамнеза, клинические признаки (выявляемые при осмотре пациентов, а также с использованием стандартизованных опросников), психологические тесты и объективизированный (в частности, с помощью общего анализа крови) уровень неспецифической адаптационной реакции организма.

Выводы.

1. Для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя, разработанный нами опросник [6], имеет прогностическую значимость при положительном ответе более чем на 5 вопросов (чувствительность 84,44%, специфичность 61,96%).
2. В комплексной диагностике рецидивоопасных клинических ситуаций можно использовать известные психологические тесты. Тест Люшера имел высокую прогностическую значимость при тревоге более 2 баллов (чувствительность 76,19% и специфичностью 100%) и тест «интегративный тест тревожности» при ситуативной тревоге более 5 баллов (чувствительность 50% и специфичность 94,74%). Тест «показатель качества жизни» прогностически высоко значим (чувствительность 81,4%, специфичность 80,0%) при 22 и менее баллах по сумме трех шкал, отражающих субъективное благополучие пациентов. Самооценка настроения по тесту «самочувствие, активность, настроение» 4,7 и менее баллов прогностически значима с чувствительностью 63,16% и специфичностью 90,91%.
3. Из лабораторных показателей прогностическую значимость для диагностики рецидивоопасных ситуаций имело соотношение лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы менее 0,52 (чувствительность 67,5% и специфичность 69,23%).

Література:

1. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. — СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. — 192 с.
2. Чернобровкина Т.В. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / Т.В. Чернобровкина, А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин, И.А. Никифоров // Наркология. — 2006. — № 12. — С. 47-74.
3. Артемчук А.А. Содружественные изменения психоэмоциональной сферы и неврологического статуса у больных алкогольной зависимостью на различных этапах становления терапевтической ремиссии и их коррекция / А.А. Артемчук // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С. 103-108.
4. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Сосин И.К. Алкогольная тревога (Монография) / И.К. Сосин, Е.Ю. Гончарова, Ю.Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2008. — 752 с.
6. Сквиря И.М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И.М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: Сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. /ред. Колл. А.Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190-193.
7. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж.Э.Купер / Пер. с англ. Д.Полтавца — К.: «Сфера», 2000. — 464 с.
8. Mezzich J.E., Cohen Neal, Lin Jason, Ruiperez Maria, Joon Ghyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos // Validization an efficient quality life index // Abstracts 11 World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". — Hamburg, Germany, 6–11 August 1999. — P. 427–428.
9. Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. — СПб., 1997. — 23 с.
10. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест: Практическое пособие. — Минск: Харвест, М.: АСТ, 2000. — 448 с.
11. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. — Ростов: Издательство Ростовского университета, 1979. — 221 с.

Дослідження біологічних факторів етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей



Древіцька О. О.

Древіцька О. О.

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

Резюме. У статті представлені результати досліджень біологічних факторів етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей: фенотипових маркерів, факторів раннього онтогенезу: важких пологів, затримок психомоторного розвитку до року, ряду інших. Спостерігається підвищення їх частоти: від здорових дітей до дітей з психічними розладами та соціальною декомпенсацією. Пропонується теоретичне обґрунтування впливу спадкових факторів і критика ідей еugenіки. Висновки роботи стосуються важливості проведення своєчасної профілактичної і лікувальної роботи, спрямованих на компенсаторні можливості дітей.

Ключові слова: пограничні психічні розлади, діти, біологічні фактори етіопатогенезу, профілактика.

The study of biological factors, etiopathogenesis of borderline mental disorders in children

Drevitska O. O.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk

Resume. In the article presents the investigations results of biological etiopathogenetics factors of borderline mental disorders in childhood: phenotypic markers, ontogenetic factors of development — a difficult birth, delay of psychomotor development up to 1 year, series of others. There is increasing its frequency from healthy children to children with mental disorders and social decompensation. It is proposed theoretical basis about the influence of biological factors and critics the ideas of eugenics. Conclusions relate to the importance of conducting prevention and treatment, directed to compensating the possibilities of children.

Key words: borderline mental disorders, children, the biological factors of etiopathogenesis, preventios.

У структурі поширеності немалою роль грають психічні розлади, особливо непсихотичного, пограничного рівня, які сягають 20% при скринінгових дослідженнях дітей. Для порівняння, поширеність розумової відсталості складає біля 2% у популяції [1;2].

Складність та багатфакторність патогенетичних механізмів нервово-психічних розладів багато в чому визначають необхідність мультидисциплінарного підходу до їх вивчення [3;4;5]. Важливість досліджень етіопатогенезу психічних розладів у дітей зумовлена їх безумовним соціальним значенням [1;2;6].

Найбільшого визнання в дослідженнях психічних розладів набула біопсихосоціальна парадигма. В її руслі ця робота являє собою пошук, переважно, біологічного підґрунтя щодо походження пограничних психічних розладів у дітей.

При тому, на сьогодні практично немає робіт, у яких було б представлено, з мультидисциплінарних позицій, механізми розвитку пограничних психічних розладів (ППР). Також відсутні теоретико-методологічні розробки щодо пізнання їх біологічного підґрунтя і відповідної профілактики і лікування.

Мета — на основі емпіричних обстежень дітей у школі та у дитячому психіатричному стаціонарі, дослідити ряд біологічних факторів етіопатогенезу ППР у дітей, дати їм пояснення з мультидисциплінарних позицій, що слугуватиме основою для науково обґрунтованих принципів їх лікування, реабілітації та профілактики.

Відповідно до мети дослідження вирішувалися такі **завдання**:

1. дослідити і порівняти ряд факторів раннього онтогенезу здорових дітей, дітей з відхиленнями психічного здоров'я у школах, і хворих дітей у стаціонарі;
2. надати пояснення результатів проведених досліджень з мультидисциплінарних позицій;
3. запропонувати висновки з проведених досліджень відносно науково обґрунтованих підходів для лікування і реабілітації дітей з ППР, а також для їх профілактики.

Матеріал і методи дослідження.

Дослідження проходило у два етапи: перший етап емпіричних досліджень включав скринінгові обстеження 278 дітей (142 дівчинки і 136 хлопчиків) молодшого шкільного віку 8-12

років загальноосвітніх шкіл м. Києва, на другому етапі проаналізовано результати дослідження 78 дітей з ППР у стаціонарі, групу порівняння склали 36 дітей з соціальною декомпенсацією (переважно, з легкою роумовою відсталістю, з (і без) порушень комунікативних навичок).

В дослідження не включено дітей більш раннього віку: 6-7 років, коли відбувається процес адаптації до школи, а також не були включені діти, які були старші за 12 років, оскільки на процеси соціалізації в старшому віці накладає відбиток фактор інтенсивного статевого розвитку.

Дослідження дітей у школах включало: розмову з дитиною, аналіз успішності у навчанні, аналіз характеристик, які давали дітям вчителі і батьки, дослідження загального і психічного стану здоров'я, дослідження стану центральної та вегетативної нервової системи, вербальні та невербальні психологічні тести, виявлення та фіксацію ряду рецесивних фенотипових ознак.

Результати дослідження дозволили умовно співвіднести стан психічного здоров'я кожної дитини у школі з одним із трьох означених рівнів: I — діти здорові і добре адаптовані, II — з періодичними порушеннями адаптації (легкі невротичні реакції у дитини спостерігаються в складних життєвих ситуаціях); III — діти з невротичними реакціями, патохарактерологічними відхиленнями, стійкими емоційними проблемами у взаєминах з рідними. Розподіл дітей за рівнями психічного здоров'я і за статтю представлені у табл. 1.

Аналогічні дослідження були проведені відносно дітей психіатричного стаціонару з ППР і легкою розумовою відсталістю (ЛРВ). Отже, в якості груп порівняння ми обрали, з одного боку, групу дітей здорових і з донозологічними відхиленнями психічного здоров'я, а з другого — групу дітей з ЛРВ. Остання за більшістю параметрів співвідносилася з ППР, і ми спостерігали відносну поступовість, континуум, переходу від однієї групи до іншої. При тому діти з ППР мають тимчасову соціальну декомпенсацію, а діти з ЛРВ — стійку і більш виражену.

З біологічних факторів впливу на походження психічних розладів немалу роль грають спадкові фактори, як відомо з близнюкових та інших психогенетичних досліджень [5].

Таблиця 1.

Розподіл досліджуваних у школі дітей за рівнями психічного здоров'я (РПЗ) та за статтю

РПЗ	I РПЗ		II РПЗ		III РПЗ	
Стать	Хлоп.	Дівчат.	Хлоп.	Дівчат.	Хлоп.	Дівчат.
Абсол.	42	48	58	65	36	29
У % до статевих груп	31	34	43	46	26	20

В аспекті впливу спадкових факторів, ми досліджували ряд фенотипових ознак і виявили такі, що частіше спостерілися у дітей III РПЗ і при психічних розладах: астенічна конституція, ліворукість, хронічний аденотонзиліт, рецесивні фенотипові ознаки, за переліком Mc Kisik: маленькі очі, вуха, ніс, широке перенісся, вузьке підборіддя, світла, тонка шкіра, відсутність мочки вух. Кожна з цих ознак не мала суттєвого значення відносно психічних розладів, однак їх накопичення спостерігалось у дітей, віднесених до III РПЗ і у дітей з психічними розладами. Так, середньоарифметичне значення у дітей I РПЗ дорівнювало 1,8, а в групі III РПЗ — (при доклінічних відхиленнях психічного здоров'я), — 3,4. В групі дітей з ППР цей показник збільшувався до 4,5, а у групі дітей з ЛРВ до 4,9, що дотично вказує на вплив спадковості при психічних розладах, у тому числі при ППР. На рис. 1 можна спостерігати поступовість накопичення ряду досліджуваних маркерів.

При тому мусимо розуміти, що кожен окремо взятий з цих досліджуваних фенотипових ознак не має прямого зв'язку з психічними розладами, однак через певні механізми, окремі щодо кожної ознаки, і при їх накопиченні, — має місце підвищення ризику психічних розладів. Так, астенічна конституція може свідчити про індивідуальні характеристики обміну речовин; при ліворукості часто умови навчання в школах з навантаженнями на ліву півкулю не комфортні для адаптації таких дітей; мілкі риси обличчя відображають особливості функції гормону росту і споріднених гормональних систем.

Накопичення ряду фенотипових ознак при психічних розладах дослідники спостерігали і раніше, що породило негуманні евгенічні погляди у 20-му столітті. Аналіз механізмів спадковості вказує на хибність ідей евгеніки, оскільки, відповідно до принципів функціонування геному, неможливо «вивести» «кращих» людей.

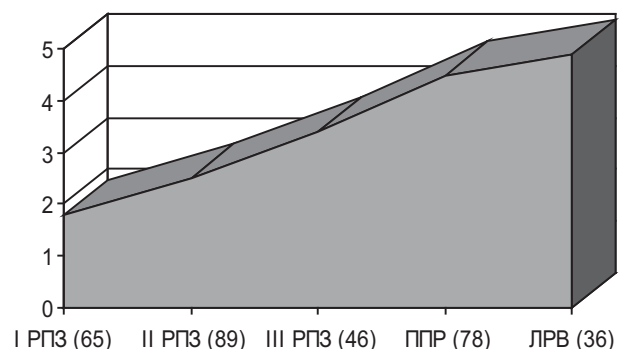


Рис. 1.

Накопичення ряду фенотипових ознак у дітей різних груп психічного здоров'я і хворих на ППР і ЛРВ

У походженні психічних розладів є більша доля випадковості і невинності хворих та їх батьків. В основі наших теоретичних позицій лежать три висновки з відомих положень і законів генетики:

1. у процесі гаметогенезу, коли відбувається рекомбінація і утворюється половинний набір хромосом у гаметах, існує до 8 мільйонів варіантів передачі спадкової інформації потомству, і при поєднанні у зиготі ще 8 мільйонів — з боку другого члена батьківської пари, то теоретично може бути 64 млрд. варіантів поєднання генетичної інформації, що вказує на абсолютну унікальність кожної людини;
2. висновком із другого закону Менделя є наступна закономірність: кожна біологічна істота має, в силу парності генетичного коду, статистичну тенденцію: 25 відсотків відносно «слабших» аллельних пар, і 75 відсотків біологічно відносно «сильніших»;
3. за третім законом Менделя і за законами статистики має відбуватися випадкове накопичення «слабших» аллельних комплексів, однак, таке накопичення зустрічається у 4 рази рідше відносно кожної додаткової «слабшої» аллельної пари — так природа створила механізм стабілізації спадкової інформації, її урізноманітнення, але за те має відбуватися відносно невелика «плата» у вигляді полігенних захворювань у популяції

Відносна стабільність показників психічних розладів вказує на суттєву роль спадковості і функціонування законів статистики, однак передбачити і вплинути на процес такого роду, який стосується випадкового накопичення «слабших» аллельних накопичень у конкретної людини, — практично неможливо.

Крім того, ці теоретичні положення (п.2) націлюють на те, що у кожному організмі і у функціях нервової системи кожної дитини, має бути не тільки відносна генетична «слабкість», але й значні компенсаторні механізми, які важливо

виявляти і на їх природі будувати стратегії реабілітації.

Таким чином, фактор спадковості може бути упередженим тільки в аспекті хромосомних захворювань, і при тому з огляду на батьківське ставлення. Фактор спадковості може бути з часом краще лікованим при моногенних і полігенних захворюваннях, оскільки їх профілакувати, практично, неможливо.

До категорії дітей з ППР були включені діти з діагнозами: розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку; розлади розвитку мови, специфічні розлади розвитку шкільних навичок; поведінкові та емоційні розлади, що звичайно розпочинаються в дитячому та підлітковому віці, і тільки близько 10 % дітей як основний діагноз мали мононевротичні розлади: тики, енурез, заїкання.

Слід зазначити, що в дитячому віці ретельні обстеження призводили до того, що на відміну від діагнозів дорослого стаціонару, органічний радикал знаходиться досить часто, і це не дивно, адже наші дослідження біологічних факторів виявили значну долю патологій вагітності, пологів і хвороб на етапі раннього онтогенезу дітей з ППР.

З біологічних факторів, які виразно впливали на рівень психічного здоров'я (РПЗ) і психічні розлади, можна спостерігати: токсикози вагітності, родову травму, уповільнений розвиток статичних і мовних функцій до року, хронічні запалення мигдаликів у дітей. Спостерігається накопичення цих факторів від однієї групи до наступної, що показано у табл. 2. У таблиці наведено дані, які спостерігалися у дітей трьох РПЗ і клінічних груп спостереження: з пограничними психічними розладами і з легкою розумовою відсталістю (ЛРВ), коли у дітей мала місце стійка соціальна декомпенсація.

Як можна спостерігати з таблиці, від однієї групи до наступної накопичується кількість факторів, які свідчать про негативний вплив на церебральні функції: інтоксикацій, травм, хвороб.

Таблиця 2.

Частота біологічних факторів онтогенезу (у %), які впливали на рівні психічного здоров'я обстежених дітей

РПЗ і клінічні групи (абс. кількість дітей)	I РПЗ (65)	II РПЗ (89)	III РПЗ (46)	ППР (78)	ЛРВ (36)
Токсикоз I половини вагітності	30	35	42	52	86
Токсикоз II половини вагітності	16	28	36	42	62
Асфіксія, родова травма	6	12	23	36	68
Уповільнений розвиток статичних та мовних функцій до 1 року	6	18	24	37	76
Хронічний аденонозиліт	12	18	24	36	44
Середньоарифметичний показник частоти вище вказаних факторів	14	22	30	39	67

І в цьому аспекті пограничні психічні розлади знаходяться посередині між компенсованими доклінічними розладами дітей загальноосвітніх шкіл і розладами, коли спостерігається стійка соціальна декомпенсація дітей з ЛРВ.

Особливо значимі при переході від однієї групи до іншої фактори: токсикози вагітності, родова травма і уповільнений психомоторний розвиток дитини до року. З огляду на ці показники, надзвичайно важливими для профілактики пограничних психічних розладів і розумової відсталості є організація нагляду за вагітними, процесу родовспоможення, інтенсивний процес лікування дитини вже на першому році життя при затримках психічного розвитку.

Отже, на сучасному етапі розвитку медичної науки і практики для профілактики і лікування ППР та інших психічних розладів важливо зосередити достатньо уваги на здорове протікання вагітності і пологів, вчасне і якісне лікування дітей першого року життя і на етапі раннього онтогенезу. Важливими є вчасне проведення генетичних консультацій і профілактика наслідків щодо відомих моногенних захворювань.

Однак, мусимо пам'ятати, що біологічні фактори складають лише одну важливу частину щодо розвитку психічних розладів у дітей, друга

частина стосується факторів психологічних і соціальних, на що ми звертаємо увагу в наступній публікації.

Висновки:

1. В етіопатогенезі пограничних психічних розладів певну роль грають біологічні фактори етіопатогенезу: спадкові та фактори, які впливають на церебральні функції в ранньому періоді онтогенезу;
2. З огляду на закономірності генетичного функціонування, практично неможливо впливати на профілактику накопичення умовно «слабших» аллельних комплексів, що вказує на необхідність співчуття і соціальної підтримки у випадках захворювань з полігенним характером наслідування; і на важливість виявлення індивідуальних компенсаторних можливостей дитини для процесів її реабілітації;
3. Натомість інші біологічні фактори походження ППР можуть бути краще профілаговані: своєчасне лікування вагітних при токсикозах і якісне родовспоможення, а також хороше, відповідне до стану здоров'я, лікування дітей на ранніх етапах онтогенезу.

Література:

1. Состояние психиатрической помощи детям Украины / В.Н. Кузнецов // Психічне здоров'я. — 2005. — N 2. — С. 12-17.
2. Психогігієнічні аспекти навчання дітей та підлітків в сучасній школі / В.М. Мешков, О.А. Василенко // Психічне здоров'я. — 2004. — N 4. — С. 33-38.
3. Комплексний підхід до медикаментозної терапії та медико-соціальної реабілітації дітей з граничною психічною патологією / О.Р. Гуленко, О.О. Древіцька // Психічне здоров'я. — 2004. — N 1. — С. 25-28.
4. Марценковский И.А., Ткачева О.В., Марценковская И.И., Бикшаева Я.Б. Гиперактивность: новый взгляд на старую проблему детской психиатрии. Здоровья України №23/1, 2007, С. 38-41
5. Равич-Щербо И.В. и др. Психогенетика. Учебник/И.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко. Под ред. И.В. Равич-Щербо — М.: Аспект пресс, 2003. — 447 с.
6. Моїсеєнко Р. О., Терещенко О. В., Марценковський І. А. Від спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги — до системи охорони психічного здоров'я дітей// Український вісник психоневрології. — 2010. — Том 18, вип. 3(64)

УДК 616.89+616.127+616-08: 615.832.9

Патопсихологические особенности учащихся средних учебных заведений с расстройствами адаптации



Остапенко О. В.

Остапенко О. В.

Кафедра психотерапии Харьковской медицинской академии послыдипломной освіти

Резюме. Стаття висвітлює деякі питання клініко-психопатологічної характеристики розладів адаптації серед учнів середніх шкіл та спеціалізованих середніх навчальних закладів. За результатами обстеження, враховуючи етіологію чинників, виявлено ступінь поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом розладів психічної діяльності у вищевказаного контингенту. Згодом була розроблена схема психологічної корекції невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, яка показала високу ефективність на практиці.

Ключові слова: розлади адаптації, невротичні пов'язані зі стресом розлади, середні навчальні заклади, психологічна корекція.

Pathopsychological features of secondary school students with the adaptation disturbances

Ostapenko O. V.

Department of Psychotherapy of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. The paper highlights some of the issues of clinical-psychopathological characteristics of adaptation disorders among students of secondary schools and specialized secondary educational institutions. The survey, given the etiology of the factors revealed the prevalence of neurotic, stress-related disorders of mental activity in the above contingent. Subsequently, a scheme of psychological correction of neurotic, stress-related disorders, which showed high efficiency in practice.

Key words: adjustment disturbances, neurotic stress-related disorders, middle school, psychological correction.

В настоящее время проблема распространённости непсихотических психических расстройств у подростков приобретает в Украине все большую актуальность [1, 2]. Наряду с влиянием на состояние психической сферы факторов микросоциальной среды (семейные, бытовые, межличностные), особую роль имеют изменения, связанные с реформированием системы среднего образования: создание специализированных учебных заведений, ведущих целенаправленную подготовку к обучению в профильных ВУЗах, внедрение инновационных технологий в процесс обучения в общеобразовательных школах и др. [3, 4].

При этом вопросы медико-психологического сопровождения отдельных групп учащейся молодежи остаются до настоящего времени недостаточно разработанными, не определены принципы психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий и их дифференциации [5, 6].

Все вышесказанное послужило основанием нашего исследования, целью которого было сравнительное изучение патопсихологических особенностей учащихся специализированного лицея и учащихся общеобразовательной школы с различными вариантами расстройств адаптации.

Для выявления расстройств психической сферы было проведено скрининговое

обследование 891 ученика специализированного лицея медико-биологической направленности и 964 ученика общеобразовательной школы.

У 23 учащихся лицея и 27 учащихся общеобразовательной школы были выявлены клинически значимые расстройства психической сферы, распределение которых по нозологическим формам представлено в табл. 1.

Наиболее распространенными среди учащихся лицея были расстройства адаптации (30,43±9,59%) и соматоформные расстройства (17,39±7,90%), среди школьников — соматоформные расстройства (37,04±9,29%) и неврастения (22,22±5,00%), однако во всех случаях различия не достигали статистической значимости.

Таблица 1

Распределение расстройств психической сферы у учащихся по нозологическим формам

Нозологическая форма	Лицейсты (n=23)		Школьники (n=27)	
	абс	%±m	абс	%±m
F 40.1	4	17,39±7,90	2	7,41±5,04
F 41.2	2	8,70±5,88	5	18,52±7,48
F43.2	7	30,43±9,59	4	14,81±6,84
F 45	6	26,09±9,16	10	37,04±9,29
F 48	4	17,39±7,90	6	22,22±5,00

Наряду с этим у 86 учащихся лица и 91 школьника нами были выявлены расстройства психической сферы, не достигавшие уровня нозологической очерченности, которые были расценены нами как ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации (СОРПД).

Различия психопатологической структуры СОРПД позволили выделить 4 варианта данных реакций: астеническую, соматовегетативную, обсессивно-фобическую и тревожную (табл. 2).

Как среди учащихся лица, так и среди школьников наиболее распространенным был соматовегетативный вариант СОРПД (соответственно $36,05 \pm 5,18\%$ и $35,16 \pm 5,01\%$), реже всего у учащихся лица встречался тревожный вариант СОРПД ($6,98 \pm 2,75\%$), у школьников — астенический ($12,09 \pm 3,42\%$).

Все обследованные учащиеся, у которых были выявлены СОРПД, были распределены на 4 клинические группы в зависимости от варианта реакции дезадаптации. 1-ю группу составили 32 учащихся с астеническим вариантом СОРПД, 2-ю — 63 учащихся с соматовегетативным вариантом, 3-ю — 49 лиц и школьников с обсессивно-фобическим вариантом реакции дезадаптации и 4-ю — 33 учащихся с тревожным вариантом СОРПД.

Было проведено патопсихологическое исследование с использованием опросника ЕРІ (теста Айзенка) и шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина.

Для характеристики уровня эмоциональной устойчивости, отражающей степень лабильности нервной системы, был проведен анализ показателей нейротизма в исследуемых группах. Уровень нейротизма до 12 баллов расценивался как низкий; 12–15 баллов — умеренно выраженный; 16–19 — выраженный; более 19 баллов — значительно выраженный.

Распределение уровней нейротизма между различными группами учащихся с СОРПД было неоднородным (табл. 3).

Так, высокие уровни нейротизма регистрировались у большинства учащихся с астеническим вариантом СОРПД — у $71,88 \pm 7,95\%$ обследованных, и у $46,94 \pm 6,29\%$ учащихся с обсессивно-фобическим вариантом, тогда как в группах учащихся с соматовегетативным и тревожным вариантами высокие уровни нейротизма встречались лишь у $14,29 \pm 4,41\%$ и $18,18 \pm 6,71\%$ обследованных соответственно (различия между 3-й и 4-й группой $p < 0,01$, в остальных случаях — $p < 0,001$). При этом число лиц с низким уровнем нейротизма в 3-й группе значительно превышало аналогичный показатель в 1-й группе (соответственно $20,41 \pm 5,76\%$ и $3,13 \pm 3,08\%$, $p < 0,01$).

В группе учащихся с соматовегетативным вариантом СОРПД большинство обследованных имели средний уровень нейротизма ($65,08 \pm 6,01\%$), что достоверно превышало количество лиц с аналогичным показателем в 1-й, 3-й и 4-й группах (различия соответственно $p < 0,001$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Около половины учащихся с тревожным вариантом СОРПД имели низкий уровень нейротизма ($48,48 \pm 8,70\%$, различия с 1-й группой $p < 0,001$, со 2-й и 3-й — $p < 0,01$). Так же, как и в группе учащихся с соматовегетативным вариантом СОРПД, число лиц с высоким уровнем нейротизма было незначительным, не встречались очень высокие уровни данного показателя.

Помимо анализа уровня нейротизма, нами был проведен анализ распределения экстравертированности и интровертированности у учащихся с СОРПД (табл. 4).

Сопоставление показателей экстра- и интроверсии между клиническими группами показал следующее. В 3-й и 4-й группах значимо

Таблица 2

Распределение клинических вариантов СОРПД у учащихся

Варианты СОРПД	Лицеисты (n=86)		Школьники (n=91)	
	абс	%±m	абс	%±m
Астеническая	21	$24,42 \pm 4,63$	11	$12,09 \pm 3,42$
Соматовегетативная	31	$36,05 \pm 5,18$	32	$35,16 \pm 5,01$
Обсессивно-фобическая	28	$32,56 \pm 5,05$	21	$23,08 \pm 4,42$
Тревожная	6	$6,98 \pm 2,75$	27	$29,67 \pm 4,79$

Таблица 3

Распределение уровней нейротизма у учащихся с СОРПД (по данным теста Айзенка)

Уровень нейротизма	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=63)	3-я группа (n=49)	4-я группа (n=33)
низкий	$3,13 \pm 3,08$	$20,63 \pm 5,10$	$20,41 \pm 5,76$	$48,48 \pm 8,70$
средний	$25,00 \pm 7,65$	$65,08 \pm 6,01$	$32,65 \pm 6,70$	$33,33 \pm 8,21$
высокий	$50,00 \pm 8,84$	$14,29 \pm 4,41$	$38,78 \pm 6,96$	$18,18 \pm 6,71$
очень высокий	$21,88 \pm 7,31$	—	$8,16 \pm 3,91$	—

Таблиця 4.

Распределение степеней экстраверсии/интроверсии у учащихся с СОРПД (по данным теста Айзенка)

Степень экстра-/интроверсии	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=63)	3-я группа (n=49)	4-я группа (n=33)
<i>Интроверсия</i>				
Сильно выраженная	–		32,65±6,70	12,12±5,68
Выраженная	6,25±4,28	3,17±2,21	26,53±6,31	18,18±6,71
Умеренная	18,75±6,90	15,87±4,60	16,33±5,28	36,36±8,37
Всего	25,00±7,65	19,05±4,95	75,51±6,14	66,67±8,21
<i>Экстраверсия</i>				
Сильно выраженная	6,25±4,28	20,63±5,10	–	3,03±2,98
Выраженная	46,88±8,82	39,68±6,16	–	12,12±5,68
Умеренная	21,88±7,31	20,63±5,10	24,49±6,14	18,18±6,71
Всего	75,00±7,65	80,95±4,95	24,49±6,14	33,33±8,21

чаще встречались интровертированные лица — 75,51±6,14% и 66,67±8,21% соответственно (в 1-й и 2-й — соответственно 25,00±7,65% и 19,05±4,95%, во всех случаях $p<0,001$). При этом более половины учащихся с обсессивно-фобическим вариантом СОРПД (59,18±7,02%) имели выраженную и сильно выраженную степень интроверсии, тогда как в 4-й группе данный показатель составил 30,30±7,00% ($p<0,01$), а в 1-й и 2-й группах лишь у незначительного количества учащихся регистрировалась выраженная интроверсия и не встречалась сильно выраженная.

В 1-й и 2-й группах преобладали экстравертированные лица — соответственно 75,00±7,65% и 80,95±4,95%. Однако у учащихся с соматовегетативным вариантом СОРПД значимо больше было лиц с сильно выраженной экстраверсией (20,63±5,10% при 6,25±4,28% в 1-й группе, $p<0,05$).

При сходном распределении экстра-/интровертированности в 3-й и 4-й группах 15,15±6,24% учащихся с тревожным вариантом дезадаптации имели выраженную и сильно выраженную экстраверсию, тогда как у лиц с

обсессивно-фобическим вариантом регистрировалась лишь умеренная степень экстраверсии.

Анализ распределения уровней тревоги и тревожности между группами учащихся с различными вариантами реакций дезадаптации также выявил определенные различия (табл. 5).

Так, среди учащихся с астеническим вариантом дезадаптации при близких показателях умеренных уровней как реактивной тревоги, так и личностной тревожности (соответственно 43,75±8,77% и 37,50±8,56%) чаще встречались низкие уровни реактивной тревоги (31,25±8,19%) и высокие уровни личностной тревожности (43,75±8,77%).

Для учащихся с соматовегетативным вариантом СОРПД низкие уровни как тревоги, так и тревожности не были характерными и составляли лишь 9,52±3,70%. При этом значимо преобладали высокие уровни личностной тревожности (57,14±6,23%, $p<0,01$), реактивная тревога несколько чаще была представлена умеренными уровнями (46,03±6,28%).

В группе учащихся с обсессивно-фобическим вариантом СОРПД распределение уровней как реактивной тревоги, так и личностной

Таблиця 5.

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у учащихся с СОРПД (по данным теста Спилберга-Ханина)

Уровень	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=63)	3-я группа (n=49)	4-я группа (n=33)
<i>Реактивная тревога</i>				
низкий	31,25±8,19	9,52±3,70	–	42,42±8,60
умеренный	43,75±8,77	46,03±6,28	32,65±6,70	39,39±8,51
высокий	25,00±7,65	44,44±6,26	67,35±6,70	18,18±6,71
<i>Личностная тревожность</i>				
низкий	18,75±6,90	9,52±3,70	–	–
умеренный	37,50±8,56	33,33±5,94	46,94±7,13	27,27±7,75
высокий	43,75±8,77	57,14±6,23	53,06±7,13	72,73±7,75

тревожності було аналогічним: не зустрічались низькі, переважали високі рівні: $67,35 \pm 6,70\%$ і $53,06 \pm 7,13\%$ відповідно реактивної тривоги і личностної тривожності, однак статистичної значимості ці розбіжності досягали лише за показателем реактивної тривоги ($p < 0,001$).

При значимому переобладанні високих рівнів личностної тривожності у учасників з тривожним варіантом реакцій дезадаптації ($72,73 \pm 7,75\%$, $p < 0,001$) і відсутності низьких рівнів даного показателя розподіл рівнів реактивної тривоги було зворотним. Переобладали низькі ($42,42 \pm 8,60\%$) і помірні ($39,39 \pm 8,51\%$) рівні, висока реактивна

тривога зустрічалася лише у $18,18 \pm 6,71\%$ учасників.

Аналіз результатів даних клінічного і патопсихологічного послужив основою для розробки комплексної диференційованої системи медико-психологічної корекції ситуативно обумовлених реакцій психічної дезадаптації, улічуючої як клінічну характеристику того чи іншого розладу, так і особливості особистості підлітків і стан їх емоційної сфери. В процесі апробації запропонованої системи корекції була показана її висока ефективність як в відношенні учасників спеціалізованого ліцею, так і учасників загальноосвітніх шкіл.

Література:

1. Бойко В. В. Діагностика, корекція і психопрофілактика невротических реакцій і розладів у студентів медических ВУЗів, навчаючихся на старших курсах / В. В. Бойко // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання), (24–25 червня 2010 року, м. Харків, клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»), Харків, 2010. — С. 43–44.
2. Буганова В. Н. Представлення о себе — здоровой и себе — больной у студенток / В. Н. Буганова // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання), (24–25 червня 2010 року, м. Харків, клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»), Харків, 2010. — С. 47–48.
3. Дроздова І. В. Здоров'я підлітків : гігієнічні та психологічні аспекти / І. В. Дроздова, С. А. Щудро, Т. О. Журавель // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання), (24–25 червня 2010 року, м. Харків, клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»), Харків, 2010. — С. 74–75.
4. Марценковська І. І. Деякі психіатричні аспекти шкільної дезадаптації / І. І. Марценковська // Журнал психіатрії і медическої психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 85–90.
5. Михайлова Э. А. О реализации целевых программ неотложных мер развития психиатрической помощи детям и подросткам / Э. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, А. В. Кукуруза // Здоров'я школярів на межі тисячоліть. Матеріали науково-практичної конференції Українського науково-дослідного інституту охорони дітей та підлітків. — Харків, 2000. — С. 119–121.
6. Психотерапия : учеб. для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III — IV уровней аккредитации / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов] — Х. : Око, 2002. — 768 с.

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

Семейная дезадаптация в аспекте функционирования семейной системы и удовлетворенности супружескими отношениями



Курило В. А.

Курило В. А.

Запорожский государственный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. На основі психодіагностичного дослідження 210 подружніх пар із сімейною дезадаптацією і 50 адаптованих сімейних пар, вивчено особливості функціонування сімейної системи, а саме, явища згуртованості та адаптації. Проаналізовано особливості подружніх пар, в яких у одного з подружжя діагностовано розлад особистості, а також чоловіків і жінок з невротичними розладами і їх партнерів, і здорових сімейних пар з дезадаптацією, на основі чого виділені патологічні варіанти подружньої згуртованості і типи адаптивних порушень, які є специфічними факторами розвитку сімейної дезадаптації.

Ключові слова: сімейна дезадаптація, згуртованість, сімейна система.

Family disadaptation in the aspect of the family system and satisfaction marital relationship

Kurilo V. A.

Resume. On the basis of psychodiagnostic study 210 married couples with a family maladjustment and 50 adapted couples, studied the peculiarities of the family system, namely, the phenomenon of cohesion and adaptability. The features of couples in which one spouse is diagnosed personality disorder, as well as men and women with neurotic disorders and their spouses, and healthy families with maladjustment, based on what identified pathological variants of marital cohesion and adaptive types of violations that are the specific factors development of family maladjustment.

Key words: family maladjustment, cohesion, family system.

Семейная адаптация, как следствие правильного функционирования семьи, являясь интегративным феноменом, отражает согласованные взаимодействия супругов на социальном, психологическом, социально-психологическом и биологическом уровнях, затрагивая, таким образом, все стороны жизни и взаимоотношений. В связи с этим изучение причин и механизмов нарушения семейной адаптации и разработка эффективных методов его диагностики и коррекции представляют собой актуальную медицинскую и психологическую проблему [1, 2].

Разносторонность супружеских взаимоотношений, многообразие причин и сложный генез семейной дезадаптации диктуют необходимость системного подхода к ее изучению. Только с позиций системного подхода могут быть раскрыты причины и механизмы развития дезадаптации семьи, выявлены все ее клинические проявления, что необходимо для разработки эффективной системы коррекции, поскольку методы психотерапии, используемые в настоящее время, требуют соответствующей модификации для применения при каждой из многих форм семейной дезадаптации [3–5].

Учитывая тот факт, что семейная адаптация представляет собой сложный многофакторный и полипараметричный феномен,

который детерминирован единством всех проявлений функционирования семьи, а также значение психологических и социально-психологических факторов в ее обеспечении, мы провели психодиагностическое исследование с целью изучения фактора удовлетворенности супружескими отношениями в генезе развития семейной дезадаптации.

В качестве индикаторов успешного брака и удовлетворенностью им выступают параметры сплоченности и семейной адаптации. Для изучения этих параметров мы использовали разработанный Д. Х. Олсоном с соавт. опросник FACES-III (2002) [6], с помощью которого диагностируются 4 уровня семейной сплоченности: разобщенный, разделенный, связанный и сцепленный и 4 уровня семейной адаптации: ригидный, структурный, гибкий, хаотический. Разделенный и связанный уровни семейной сплоченности, структурированный и гибкий уровни семейной адаптации свидетельствуют о сбалансированности (функциональности) семейной системы, другие (экстремальные) уровни указывают на ее несбалансированность и дисфункциональность.

Для достижения поставленной цели нами было обследовано 210 супружеских пар (СП) с СД. У 80 СП один из супругов страдал

расстройством личности (РЛ) (40 мужчин с РЛ с женами и 40 женщин с РЛ и их мужья) — группа 1, среди других 80 СП у одного из было супругов диагностировано невротическое расстройство (НР) (40 мужчин с неврастенией, обсессивно-компульсивным и соматизированным расстройствами и их жены, а также 40 женщин с неврастенией, невротической депрессией, тревогой, и их мужья) — группа 2, а также 50 СП, у которых не было выявлено клинически очерченных расстройств психического здоровья — группа 3. В качестве контрольной группы были обследованы 50 гармоничных СП. Таким образом, общее количество обследованных составило 260 СП (520 человек). Распределение обследованных на группы представлено на рис. 1.

Для удобства анализа и обработки полученных результатов, учитывая специфичность психодиагностического исследования особенностей межличностного взаимодействия, каждая из групп была разделена на условно закодированные подгруппы. В первой группе подгруппа мужчин с РЛ получила код 1.1, их жен — 1.2; подгруппа женщин с РЛ была закодирована 1.3, их мужей — 1.4. СП второй

группы были, соответственно, разделены подобным образом: подгруппа мужчин с НР — 2.1, их жен — 2.2; женщины, страдающие НР — 2.3, их мужья — 2.4. Среди третьей группы подгруппа мужчин была объединена под кодом 3.1, женщин — 3.2. Обследованные контрольной группы были разделены на подгруппы мужчин — К.1 и женщин — К.2.

Результаты проведенного исследования представлены в табл. 1.

Было установлено, что структурные особенности супружеских взаимоотношений обследованных СП обладают выраженной спецификой. Сплоченность, характеризующая степень эмоциональной близости между супругами, свидетельствует о том, как супруги видят себя как связанное целое. Это степень эмоциональной вовлеченности супругов в совместную жизнь, которая характеризуется тем, что для человека является важнее — время внутри семьи или время вне партнерства. Для диагностики сплоченности используются показатели: эмоциональная связь между супругами, организация семейных границ, лояльность семейным правилам, зависимость членов супругов

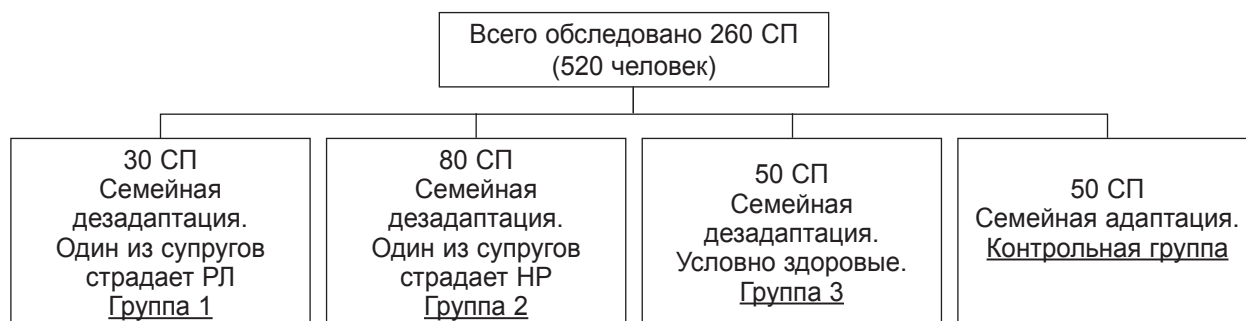


Рис. 1.

Распределение обследованных на группы

Таблица 1.

Средние показатели семейной сплоченности и адаптации по группам обследованных (баллы)

Группы	Показатели		Варианты	
	сплоченность	адаптация	сплоченность	адаптация
1.1.	21,3	12,6	Разобщенность	Ригидность
1.2.	47,4	31,8	Сцепленность	Ригидность
1.3.	28,6	44,2	Разобщенность	Ригидность
1.4.	48,1	36,5	Сцепленность	Ригидность
2.1.	47,7	14,7	Сцепленность	Хаотичность
2.2.	43,4	17,6	Раздельность	Ригидность
2.3.	48,5	15,3	Сцепленность	Хаотичность
2.4.	44,2	38,8	Раздельность	Ригидность
3.1.	43,7	18,3	Раздельность	Ригидность
3.2.	48,2	16,5	Раздельность	Ригидность
К.1.	38,7	23,6	Связанность	Гибкость
К.2.	39,4	25,2	Связанность	Гибкость

друг от друга, стиль прийняття рішень по сімейним вопросам, время, проводимое супругами вместе, отношения с друзьями, совместные интересы и отдых. Выделяют четыре уровня сплоченности (от экстремально высокого, до экстремально низкого) и, соответственно, четыре варианта сплоченности супружеских отношений.

Разобщенный вариант, характеризующийся очень низким уровнем сплоченности и лояльности, был выявлен у мужчин и женщин 1 группы, у которых было диагностировано РЛ (подгруппы 1.1 и 1.2). Разобщенная пара состоит в союзе, но для каждого из партнеров время, проведенное вне семьи, представляется более ценным, чем время, проведенное с партнером. Дружбы и подруги являются отдельными и каждый супруг имеет свой круг общения. Попытки посягнуть на личное время рассматриваются как угроза союзу. Это союз, где люди сосредоточены на удовлетворении собственных интересов. К слабой стороне таких отношений можно отнести неумение сближаться в кризисные моменты из-за привычки удовлетворять только свои интересы. В моменты кризиса эта пара демонстрирует неумение поддерживать друг друга эмоционально, совместно решать жизненные проблемы. Изолируясь и подчеркивая свою независимость, они часто скрывают свою неспособность устанавливать близкие взаимоотношения.

На противоположном полюсе по степени сплоченности находится запутанный или сцепленный вариант отношений, который был характерным для мужчин и женщин подгрупп 1.2 и 1.4, а также для супругов группы 2, у которых было выявлено НР вследствие семейной дезадаптации (подгруппы 2.1 и 2.3). Запутанные отношения — это отношения, в которых слишком много центристических сил и вся энергия партнеров сосредоточена на союзе. Дружбы только общие, хобби и развлечения только общие, всякие различия во мнениях рассматриваются как угроза союзу. В моменты кризиса, когда разделенность диктуется материальной или временной необходимостью, партнеры не умеют давать свободу друг другу. При таком варианте отношений супруги не могут действовать независимо от своих партнеров, ибо существуют крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности. Их отношения носят зависимый характер, они во всем соглашаются со своими супругами, не высказывая свою точку зрения. Личного пространства у таких супругов нет. Подобные взаимоотношения слабо дифференцированы, характеризуются жесткими внешними границами с окружением и диффузными внутренними границами между

супругами. Энергия супругов сфокусирована в основном внутри семьи. Запутанные отношения несут в себе замедление развития каждого партнера как личности.

Взаимоотношения супругов подгрупп 2.2, 2.4, 3.1 и 3.2 характеризовались относительной взаимной дистанцированностью, т.е. умеренной сплоченностью, что свидетельствовало о раздельном варианте супружества. В эмоциональных отношениях в семье присутствует некоторая раздельность, однако, она не являлась такой крайней, как при разобщенном варианте. В раздельных отношениях есть общие друзья и общие интересы, но время, проведенное вне семьи, предпочтительнее для партнеров. Общность есть, но она расценивается как то, что не мешает развитию индивидуальности, которая стоит в таких отношениях на первом месте.

Связанный вариант отношений, выявленный у супругов контрольной группы, характеризуется высокой степенью эмоциональной близости, лояльностью во взаимоотношениях и определенной зависимостью членов семьи друг от друга. При сплоченных отношениях дружбы и интересы в основном общие, и люди не боятся иметь отдельных друзей и подруг. Сплоченные отношения отличаются от раздельных тем, что время, проведенное вместе, ценится больше, чем время, проведенное отдельно. И, таким образом, девиз такой пары: прежде всего развитие отношений, и уж потом развитие индивидуальностей. Супруги часто проводят время вместе, что является для них более важным, чем время, посвященное индивидуальным друзьям и интересам. Однако сплоченность в таких отношениях не достигает степени запутанности, когда пресекаются всякие различия.

Как видно из вышесказанного, супруги группы 1 по параметру сплоченности оценивали свои взаимоотношения по-разному. Мужчины и женщины с РЛ относили свои отношения к разряду разобщенных, их мужья и жены — считали свои отношения сцепленными, вплоть до состояния зависимости. Также как зависимые характеризовали свои взаимоотношения с супругами мужчины и женщины группы 2, страдающие НР, их мужья и жены давали отношениям другую оценку, считая их раздельными. Совпадали взгляды на свои взаимоотношения с партнерами у супругов группы 3, они реально оценивали свои отношения и оба супруга характеризовали их как раздельные. Связанные отношения были выявлены у обоих супругов контрольной группы.

Таким образом, по параметру сплоченности отношения супругов группы 1 имели несбалансированный характер (разобщенный и

запутанный варианты). К частично несбалансированным мы отнесли отношения супругов группы 2, поскольку один из супругов оценивал свои взаимоотношения как несбалансированные (запутанный вариант). Несбалансированные взаимоотношения носили проблематичный характер, вели к неудовлетворенности супружескими отношениями и нарушениям семейного функционирования. Отношения супругов группы 3 по данному параметру можно оценить как частично сбалансированные (раздельный вариант). Связанный вариант взаимоотношений, характерный только для супругов контрольной группы, мы оцениваем как сбалансированный, способный сочетать собственную независимость с эмоциональными связями супругов.

Супружеская адаптация, второй параметр, по которому супруги оценивали свои взаимоотношения, понимается как гибкость. Супружеская гибкость — характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно супруги способны приспосабливаться, изменяться при воздействии стрессоров (наличие в отношениях механизмов, которые позволяют супругам реагировать на внутренние и внешние изменения). Индикаторами гибкости являются лидерство, контроль, дисциплина, правила и распределение ролей в семье. Выделяют четыре уровня гибкости (от экстремально высокого до экстремально низкого) и, соответственно, четыре варианта адаптации супругов.

В ходе исследования выявлена следующая закономерность: отношения супругов всех основных групп носили сугубо несбалансированный характер по параметру адаптивности или гибкости.

Так, ригидный вариант адаптации был характерным для всех супругов 1-ой и 3-ей групп, а также для части супругов 2-ой группы (подгруппы 2.2 и 2.4). Такие взаимоотношения характеризуются очень низкой гибкостью и адаптивностью. Супруги не способны решать жизненные задачи, возникающие перед семьей. Супруги отказываются меняться и приспосабливаться к меняющимся условиям и семейным ситуациям. (рождение детей, смерть близких родственников, взросление детей и отделение их от семьи, изменения в карьере, месте жительства и т.д.). Отношения становятся ригидными, когда они чрезмерно иерархизированы, т. е. всем заведует и все контролирует один из супругов. Переговоры по важным вопросам в такой семье ограничены, а большинство решений принимается лидером. При ригидных отношениях роли в семье, как правило, строго распределены, и не меняются даже при сильных изменениях внешних условий, правила взаимодействия супругов

остаются неизменными. Поведение супругов носит предсказуемый и ригидный характер. Как правило, ригидными становятся отношения, где есть четко выделенный лидер, который крепко держится за свою власть.

Мужчины и женщины группы 2, у которых было диагностировано НР (подгруппы 2.1 и 2.3), находились на другом полюсе по степени гибкости, оценивая свои взаимоотношения с супругами как непредсказуемые, что характерно для хаотического варианта адаптации. Обычно такое состояние отношений свидетельствует о кризисном моменте в отношениях, проблемными они становятся, если супруги застревают в нем надолго. Супруги считают, что в их союзе никто не командует, а решения принимаются сами собой, «как сложится жизнь». Это структура, где нет устойчивого руководства, роли неясны и часто смещаются от одного супруга к другому. Решения принимаются спонтанно, являются импульсивными и непродуманными, что, к сожалению, делает пару непредсказуемой. В ситуации, когда нужно взять на себя ответственность, все от нее отказываются в надежде на то, что все само устроится.

Умеренной гибкостью и демократичным стилем руководства характеризовались отношения супругов контрольной группы, что говорит о гибком варианте и высокой уровне адаптации супругов. Переговоры супруги вели открыто и активно, роли разделялись и менялись, когда это необходимо. Правила могут быть изменены и соотнесены с изменением условий жизни супругов. Иногда, правда, семье может не хватать лидерства, и члены семьи завязают в спорах друг с другом.

Таким образом, у супругов основных групп были выявлены ригидный и хаотичный варианты адаптации, что относится к несбалансированному типу отношений, отношения супругов контрольной группы отличал сбалансированный тип отношений (гибкий вариант адаптации).

Согласно известной циркулярной модели семейных отношений Олсона, включающей в себя 2 основные оси (сплоченность и гибкость), в зависимости от степени проявления которых, выделяется 16 типов отношений, среди которых лишь четыре являются сбалансированными и гармоничными, восемь — частично сбалансированными (по одному параметру) и четыре — несбалансированными по обоим параметрам.

Таким образом, супружеские отношения нуждаются не только в балансе близости-раздельности, но также в оптимальном сочетании изменений внутри семьи со способностью сохранять свои характеристики стабильными. Таким образом, с одной стороны, супруги

стремятся сохранить свои отношения неизменными, с другой стороны, изменения жизненных условий требуют от них перестройки взаимодействия и перераспределения ролей. Если супруги не могут эффективно подстроиться под новые требования жизни, то наступает период напряженных отношений, конфликтов, то есть супружеские отношения переживают кризис.

С помощью проведенного исследования удовлетворенности супругов браком мы выявили три типа супружеских отношений в зависимости от сочетания разной степени гибкости и сплоченности супругов.

Сплошная несбалансированность супружеских отношений — выявлена у супругов группы 1, в которой у одного из супругов диагностировано РЛ. К ним относятся пары, отношения которых характеризуются как разобщенные ригидные или запутанные ригидные. Такого рода союзы могут существовать, однако, такие отношения являются для партнеров своего рода западней, в них не хватает либо свободы, либо эмоционального тепла и предсказуемости.

Мозаичная несбалансированность супружеских отношений — характеризуется несбалансированностью по одному варианту адаптации. Данный тип отношений отмечался у супругов группы 2, в которой у одного из супругов было выявлено НР вследствие семейной дезадаптации. Свои отношения супруги группы 2 оценивали как запутанные хаотичные или раздельные ригидные. Данный тип отношений оказался также характерным для супругов группы 3, у которых были выявлены раздельные ригидные отношения. Выявленный тип отношений может существовать сколь угодно долго, но со временем такие отношения имеют тенденцию становиться несбалансированными, — в них

существует угроза того, что разделенность станет разобщенностью.

Сбалансированный тип супружеских отношений — характеризуется сплоченным и гибкими отношениями. Данный тип отношений был выявлен у супругов контрольной группы. Взаимодействие таких типов считается стабильным, и пара может справиться с любым жизненным кризисом. Кроме того, такие отношения стимулируют развитие индивидуальности, поэтому никто не стремится ни к большей свободе, ни к большему лидерству.

Система отношений супругов может меняться, они могут менять степень эмоциональной сплоченности и стиль руководства.

Таким образом, изучение у обследованных супругов важнейшего параметра супружеского взаимодействия — субъективной удовлетворенности их своими супружескими отношениями, выявило сплошную несбалансированность отношений по аспекту сплоченности и адаптации у супругов группы 1, в которой у одного из супругов имеет место РЛ. Несбалансированность супружеских отношений хотя бы по одному аспекту либо сплоченности, либо адаптации ведет к нарушению всей системы супружеских отношений и свидетельствует о мозаичной их несбалансированности (мозаично-хаотичной у супругов группы 2, где у одного из супругов диагностировалась НР вследствие семейной дезадаптации, и мозаично-ригидной у СП группы 3). Сбалансированные супружеские отношения по обоим параметрам свидетельствуют об адекватной семейной адаптации, констатируемой у супругов контрольной группы.

Полученные данные легли в основу разработанной нами системы психотерапии и психопрофилактики семейной дезадаптации.

Література.

1. Кришталь В. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.
2. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 256с.
3. Каденко О. А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи: Монография / О. А. Каденко. — Хмельницкий: ХНУ, 2006. — 239 с.
4. Коваль Н. А. Психология семьи и семейной дезадаптивности / Н. А. Коваль, Е. А. Калинина. — из-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2007. — 351 с.
5. Маркова М. В. К вопросу о дезадаптации супругов пожилого возраста и ее психокоррекции / М. В. Маркова, Г. П. Сябренко // Друга науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних і психосоматичних хвороб», Вінниця, 18.03.2010. — С. 81 — 82.
6. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений / А. Г. Лидерс. — 2-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2007. — 432 с.

УДК: 616.89-085.851.16

Застосування методу RAP-інтерв'ю для оцінки конфліктних стосунків пацієнтів у психотерапії



Лизак О. Л.



Фільц О. О.

Лизак О. Л., Фільц О. О.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Резюме. У представленому дослідженні за допомогою спеціального інтерв'ю (RAP-інтерв'ю) виявляють конфлікти в стосунках пацієнтів у психотерапії та оцінюють зміни у стосунках та стані пацієнтів у процесі психотерапії.

Ключові слова: метод центральної теми конфліктного стосунку (ЦТКС), ефективність психотерапії, стаціонарна психотерапія, RAP-інтерв'ю.

The use of RAP-interview technique for assessment of conflictual relationships of patients in psychotherapy

Lyzak O. L., Filts O. O.

Lviv Danylo Halytsky National Medical University

Resume. In the presented study, a special interview (RAP-interview) is used to discover conflictual relationships of patients in psychotherapy and to assess changes in relationships and in patients' clinical condition in the course of therapy.

Key words: the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), psychotherapy effectiveness, inpatient psychotherapy, RAP-interview.

Проблема результативності та ефективності психотерапії набуває особливої актуальності сьогодні, коли в охорону здоров'я на глобальному рівні впроваджуються принципи «доказової медицини». За визначенням Центру доказової медицини Оксфордського університету, під цим поняттям розуміють сумлінне, точне та раціональне використання сучасних наукових даних у прийнятті рішень, що стосуються лікування пацієнтів [1]. Для цього застосовуються наукові, технічні та статистичні методики (наприклад, мета-аналіз медичної літератури), аналіз переваг та ризику, достовірні наукові — зокрема, рандомізовані контрольовані — дослідження. Однак, у той час як сучасна фармакотерапія функціонує строго у відповідності до вимог доказової медицини, і жоден фармакологічний препарат сьогодні не може бути впроваджений на ринок без проведення ретельних поетапних досліджень його ефективності та безпеки, ставлення до психотерапії як медиків, так і пацієнтів

залишається невизначеним, коливаючись від необґрунтованого ентузіазму та надмірних надій до повного скептицизму, знецінення та відкидання [2, 3, 4]. Найбільшої дискусії у сучасній психотерапії зазнає поняття «ефективності», яке трактується надміру широко [5, 6, 7]. Для доведення такої ефективності часто обирають який завгодно критерій чи показник — від тривалості ліжко-дня до результатів «саморобних» опитувальників та шкал, що ставить під сумнів достовірність подібних досліджень та робить їх не порівнюваними між собою.

Очевидно, що психотерапія як метод лікування повинна знайти своє визначене та заплановане місце у сучасній медичній допомозі. Однак впровадження доказових методів у психотерапевтичну практику є значно складнішим для психотерапії, ніж для психофармакотерапії. Ще одним фактором, який ускладнює такі дослідження у психотерапії, є їхня висока вартість, тривалість та трудомісткість [8, 9]. Найбільш

відомими сьогодні є порівняльні дослідження ефективності психодинамічної та когнітивно-поведінкової психотерапії [10, 11]. Результати схожих досліджень, а також скерована у цьому напрямку діяльність національних та міжнародних професійних психотерапевтичних товариств поступово призводять до того, що методи психотерапії, ефективність яких є доведеною згідно з принципами та практикою доказової медицини, у європейських країнах стають визнаними методами лікування на законодавчому рівні [12].

Дослідження, заплановане та проведене нами на кафедрі психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького спільно з університетом м. Ульма (Німеччина) із застосуванням методу Центральної теми конфліктного стосунку (ЦТКС) [13] є першим доказово обґрунтованим дослідженням ефективності короткофокусної стаціонарної психотерапії. Його базовою метою є визначення ролі міжособистісних стосунків у динаміці невротичних та пограничних психічних розладів для пацієнтів у стаціонарній психотерапевтичній допомозі. Крім того, порівняльний аналіз отриманих за допомогою згаданого методу схем стосунків пацієнтів з важливими для них особами до початку та після завершення терапії дозволив виявити у них зв'язок типів стосунків та змін у них з клінічними та суб'єктивними змінами у стані пацієнтів.

Метою цієї публікації є опис застосування нами методу Центральної теми конфліктного стосунку (у варіанті RAP-інтерв'ю) для дослідження особливостей та характеру міжособистісних стосунків у пацієнтів з невротичною та пограничною симптоматикою з важливими особами з їхнього найближчого оточення.

У даній частині дослідження ми ставили перед собою **наступні завдання**:

1. Застосувати метод Центральної теми конфліктного стосунку (у варіанті RAP-інтерв'ю) для дослідження міжособистісних стосунків у пацієнтів з невротичною та пограничною симптоматикою, яким призначено стаціонарне психотерапевтичне лікування.
2. Виявити у стосунках пацієнтів осьові конфліктні теми, з'ясувати їхній характер та переважання у стосунках.
3. Встановити, чи відбуваються у процесі психотерапії зміни центральних тем конфліктних стосунків пацієнтів, і чи пов'язані такі зміни зі змінами у клінічному стані пацієнтів та суб'єктивним покращенням.

Методи і матеріали дослідження. Для повновартісної характеристики методів і матеріалів необхідно перш за все детально зупинитись

на усіх деталях як проведення самого обстеження пацієнтів, так і особливостей поведінки пацієнтів під час дослідження.

Об'єктом та матеріалом дослідження у цьому методі є дослівні протоколи (транскрипти) аудіо- або відеозаписів психотерапевтичних сеансів або спеціальних інтерв'ю з пацієнтами [14]. У таких протоколах виділяють так звані епізоди стосунків — дискретні частини, які є розповідями пацієнтів про конкретні випадки їхніх стосунків з іншими особами. Вони складаються з трьох компонентів: а) бажання (очікування, наміри) пацієнтів стосовно важливої для них особи; б) реакції згаданої особи на ці бажання; та в) власні реакції пацієнта у відповідь. Компоненти, отримані з усіх опрацьованих епізодів, аналізуються, переформулюються за допомогою спеціально створеної міжнародної системи стандартних категорій ЦТКС та підраховуються статистично.

Епізоди стосунків можна отримати двома основними шляхами: 1) виділенням їх у протоколах психотерапевтичних сеансів (при цьому пацієнт спонтанно розповідає про конкретні випадки, які мали місце у його стосунках з іншими особами), або 2) за допомогою спеціального інтерв'ю (RAP-інтерв'ю). Метод RAP-інтерв'ю (скороч. від англ. *Relationship Anecdotes Paradigm* — «приклад розповідей про стосунки») полягає у проведенні з пацієнтом цілеспрямованої бесіди, присвяченої його стосункам з іншими особами. При цьому пацієнта просять розповісти про конкретні випадки його взаємодій з іншими (наприклад, зустріч, телефонна розмова), які мали місце у минулому та містять згадані компоненти епізодів стосунку. Випадки мають бути конкретними, підтвердженими прикладами, і не повинні зводитись до узагальнення «типової» ситуації у стосунках [13].

У нашому дослідженні епізоди стосунків було отримано з використанням другого, альтернативного, методу збору матеріалу — RAP-інтерв'ю. Ми обрали саме цей варіант методу, оскільки:

- а) усі учасники нашого дослідження проходили короткофокусну стаціонарну психотерапію тривалістю 10 сеансів;
- б) за таких умов неможливо було отримати достатню кількість спонтанно розказаних епізодів.

Автор методу ЦТКС Lester Luborski вважає згаданий різновид методу настільки ж прийнятним для отримання епізодів стосунків та подальшого їх аналізу, як і спосіб безпосереднього виділення наративів з епізодами стосунків у протоколах терапевтичних сеансів [13]. Його думку підтверджують у своєму дослідженні Barber et al. [15].

Перед початком інтерв'ю пацієнту пропонують інструкцію наступного змісту:

Розкажіть про певні випадки або події, у яких брали участь Ви у стосунку з іншою особою. Кожен випадок має бути конкретним. Деякі повинні бути нещодавніми, інші — давнішими. Щодо кожного випадку, розкажіть: (1) коли він трапився, (2) хто був іншою особою-учасником, (3) що сказала або зробила ця інша особа і що сказали або зробили Ви, (4) що сталося в кінці і (5) коли відбулися описані у випадку події. Іншою людиною може бути будь-хто — Ваші батько, мати, брати і сестри або інші родичі, друзі або колеги по роботі. Випадки повинні стосуватися конкретної події, яка була для Вас особисто важливою або проблемною. Розкажіть щонайменше десять таких випадків. Кожна розповідь повинна тривати близько 3-х, але не більше 5-ти хвилин. Я повідомлятиму Вас щоразу, коли збігатимуть 5 хвилин. Влаштовуйтеся зручніше і поведіть себе під час бесіди так, як Ви б поводити себе з людиною, якій би Ви хотіли розповісти про себе. (перекладено за виданням: Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Cristoph. — 2nd Edition [Rev. and expanded]. — Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. — P. 110.) [13].

Враховуючи особливості проведення психотерапії у стаціонарних умовах, у наведену інструкцію ми внесли одну істотну відмінність: пацієнтам пропонувалося визначити *лише одну особу* зі свого найближчого оточення, про стосунки з якою вони розповідатимуть. Такий дизайн дослідження було обрано через коротку тривалість психотерапії, невелику кількість епізодів стосунків та необхідність окремої оцінки стосунків з кожною з важливих осіб.

Для дослідження ми відбирали пацієнтів з невротичною або пограничною психопатологічною симптоматикою. Пацієнти з психотичною симптоматикою, а також з вираженим

когнітивним дефіцитом (значне органічне ураження головного мозку, розумова відсталість) у дослідження не включалися. Усі обстежені хворі поступали у стаціонарне відділення №2 Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру для проходження курсу стаціонарного психотерапевтичного лікування. Згідно мети та дизайну дослідження, у першу чергу ми пропонували участь у дослідженні пацієнтам, у яких під час збору анамнезу виявлялися конфліктні або ж проблемні стосунки з важливими для них особами [14]. З пацієнтами, котрі відповідали критеріям відбору у дослідження, проводилася підготовча бесіда, під час якої їх ознайомлювали з метою та характером нашого дослідження та пропонували взяти участь у ньому. Пацієнти, які погоджувалися взяти участь, підписували інформовану згоду на участь у дослідженні та на аудіозапис бесіди, яку також підписував інтерв'юер. Кожному учаснику дослідження було запропоновано отримати власний примірник інформованої згоди, однак усі пацієнти, крім однієї, вважали це зайвим та відмовилися його взяти. Психопатологічна симптоматика пацієнтів перед початком лікування оцінювалася за допомогою Опитувальника з базових симптомів (Symptom Checklist Scale) SCL-90, який пацієнти заповнювали самостійно, і який постійно застосовується як скринінговий метод для усіх пацієнтів згаданого стаціонару.

Основний матеріал дослідження склали інтерв'ю з 51 пацієнтом. Однак, через те, що не всі учасники завершили запланований курс стаціонарної психотерапії, у процесі дослідження вони розподілилися на дві групи. У першу групу увійшли пацієнти, які завершили курс психотерапії; у групу 2 були включені ті, хто перервав психотерапевтичне лікування з різних причин.

Результати дослідження. У табл. 1, 2 та 3 подано загальну характеристику за групами та спектр діагнозів пацієнтів-учасників дослідження.

Таблиця 1.

Загальна характеристика пацієнтів-учасників дослідження (група 1).

Стать	Кількість	Вік	Сімейний стан				Освіта				Соціальний статус				
			Неодружені	Одружені	Розлучені	Овдовілі	Вища	Незакінчена вища	Середня	Незак. сер.	Працюючі	Безробітні	Пенсіонери	Навчаються	Відпустка
Чоловіки	5 16,7%	19-41 (27)	2 6,7%	2 6,7%	1 3,3%	-	2 6,7%	3 10%	-	-	3 10%	1 3,3%	-	1 3,3%	-
Жінки	25 83,3%	18-59 (36,84)	2 6,7%	22 73,3%	-	1 3,3%	15 50%	2 6,7%	8 26,6%	-	12 40%	8 26,7%	1 3,3%	2 6,7%	2 6,7%
Разом	30		4 13,4%	24 80%	1 3,3%	1 3,3%	17 56,7%	5 16,7%	8 26,6%	-	15 50%	9 30%	1 3,3%	3 10%	2 6,7%

Таблиця 2.

Загальна характеристика пацієнтів-учасників дослідження (група 2).

Стать	Кількість	Вік	Сімейний стан				Освіта				Соціальний статус				
			Неодружені	Одружені	Розлучені	Овдовілі	Вища	Незакінчена вища	Середня	Незакінчена середня	Працюючі	Безробітні	Пенсіонери	Навчаються	Відпустка
Чоловіки	5 23,8%	21-52 (30)	3 14,3%	2 9,5%	-	-	2 9,5%	2 9,5%	1 4,8%	-	2 9,5%	2 9,5%	-	1 4,8%	-
Жінки	16 76,2%	16-61 (34,94)	5 23,8%	10 47,6%	1 4,8%	-	5 23,8%	2 9,5%	7 33,4%	2 9,5%	6 28,6%	4 19%	1 4,8%	4 19%	1 4,8%
Разом	21		8 38,1%	12 57,1%	1 4,8%	-	7 33,3%	4 19%	8 38,2%	2 9,5%	8 38,1%	6 28,5%	1 4,8%	5 23,8%	1 4,8%

Як бачимо з таблиць 1 та 2, значних відмінностей за вказаними характеристиками між групами пацієнтів не виявлено. Можна лише відзначити, що у групі 2 більший відсоток неодружених (38,1% у порівнянні з 13,4%); у групі 1 більше осіб з вищою освітою (56,7% порівняно з 33,3% у групі 2); а також, у групі 2 більший відсоток пацієнтів, які навчаються (23,8% у порівнянні з 10% у групі 1).

Діагнози переважної більшості пацієнтів-учасників дослідження (37 — 72,55%) відносилися до рубрик F40-F49 (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), серед них найчастіше було діагностовано неврастенію F48.0 (7 — 13,73%). У 8 пацієнтів (15,69%) було діагностовано афективні розлади (F30-F39); у 4 пацієнток (7,84%) — розлади харчування F50; в 1 пацієнтки (1,96%) — істеричний розлад особистості (F60.4); в 1 пацієнта (1,96%) — органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад (F06.6).

Пацієнтам, які дали інформовану згоду на участь у дослідженні, за потреби надавалися також усні пояснення та відповіді на задані запитання, що стосувалися процедури дослідження. При труднощах у виборі важливої особи ми радили обрати особу, стосунки з якою є якщо не відверто конфліктними, то достатньо складними і проблемними. Однак, не всі пацієнти змогли виконати нашу додаткову умову — розповісти лише про один стосунок. Траплялося, що пацієнти повідомляли про наявність конфліктних стосунків більш як з однією особою, а іноді і з групою осіб, і їм важко було вирішити, кого з них краще обрати. Тоді, якщо ці особи були пов'язані між собою, а стосунки були подібними (наприклад, мати і батько, співробітники), пацієнтові дозволялося обрати обох або кількох важливих осіб та розповісти про епізоди стосунків з будь-ким з них по черзі або з кількома одночасно. Таким чином, 3 пацієнти обрали по двоє осіб (матір і батька, батька і дружину, обох

свекрів), ще 4 — групу осіб (сусідів — членів однієї сім'ї, керівників на роботі, співробітників та кількох друзів).

Під час підготовчої бесіди наголошувалося також на тому, що стосунки з обраною особою (особами) повинні бути достатньо тривалими, а спілкування — регулярним, для того, щоб пацієнти змогли пригадати достатню кількість епізодів стосунків. Учасників дослідження застерігали від обрання певної особи лише через один-два нещодавні значні конфлікти, оскільки вони, незважаючи на їхню важливість для пацієнта на момент обстеження, не обов'язково є визначальними у самих стосунках, а обрана інша особа може не бути достатньо важливою у житті пацієнта (наприклад, ситуативний конфлікт з випадковою сторонньою людиною — водіїв під час ДТП, службовця з відвідувачем чи клієнтом і т. ін.).

У табл. 3 подано перелік важливих осіб, стосунки з якими були обрані пацієнтами.

Таблиця 3.

Важливі особи, стосунки з якими були обрані пацієнтами

Важлива особа	Група 1	Група 2
Мати	6 (20%)	6 (28,5%)
Чоловік / дружина	9 (30%)	5 (23,8%)
Батько	5 (16,7%)	2 (9,5%)
Обоє батьків	-	1 (4,8%)
Сестра / брат	-	1 (4,8%)
Друг (друзі)	2 (6,7%)	-
Партнер	-	1 (4,8%)
Сусіди	1 (3,3%)	-
Співробітники	2 (6,7%)	1 (4,8%)
Свекруха	3 (10%)	-
Свекри	-	1 (4,8%)
Дитина (син або донька)	1 (3,3%)	3 (14,2%)
Різні особи	1 (3,3%)	-
Разом	30 (100%)	21 (100%)

Як можна побачити з табл. 3, єдина відмінність між групами стосовно образних важливих осіб полягає у тому, що у групі 2 (пацієнтів, які не завершили терапію) вищим є відсоток пацієнтів, які вважають проблемними свої стосунки з дітьми (14,2% у порівнянні з 3,3% у групі 1).

Середня тривалість інтерв'ю становила 25 хв 52 с; середній час, витрачений на 1 епізод — приблизно 2 хв 35 с. Ці величини істотно не відрізняються від наведених у дослідженнях Luborsky [13]: середня тривалість інтерв'ю — 26,3 хв, середній час, витрачений на епізод стосунків — 2,4 хв.

Під час проведення інтерв'ю було виявлено ще одну особливість, яка зустрічалася достатньо часто: пацієнти залишали епізоди стосунків незавершеними, випускаючи з уваги розповідь про власні реакції. Так часто відбувалося навіть тоді, коли пацієнти описували достатньо гострі конфліктні ситуації, у яких очікувана від них реакція (у першу чергу негативна) повинна була б бути достатньо вираженою. При інструкції розповісти про власну реакцію пацієнти переважно говорили, що не пригадують її, і або ж уперто наполягали на цьому, або припускали, яка реакція у них могла б бути.

За характером стосунків з важливими для них особами усіх пацієнтів (N=51) можна було, у результаті, поділити на 6 підгруп.

- 1) підгрупа з конфліктними стосунками та бажанням дистанціюватися від іншої особи (13 пацієнтів);
- 2) пацієнти з конфліктними стосунками та бажанням наблизитися до неї (N=8);
- 3) пацієнти із складними стосунками («пацієнти-жертви», N=8);
- 4) пацієнти, які самі суттєво дошкуляли іншим особам («пацієнти-агресори», N=5);
- 5) пацієнти, які своєю поведінкою та, зокрема, хворобливою симптоматикою, спричиняли суттєві труднощі близьким («пацієнти-тягарі», N=6);
- 6) пацієнти, стосунки яких важко було назвати однозначно конфліктними чи складними (N=11).

30 пацієнтів (група 1) завершили призначений курс короткофокусної психотерапії. З ними проводилося ще одне RAP-інтерв'ю, присвячене стосункам з тією ж важливою особою. Пацієнти мали можливість розповісти про найбільш нещодавні епізоди стосунків, які мали місце за час лікування, згадати додаткові епізоди з минулого або ж іще раз розповісти згадані раніше епізоди, якщо вони спадали їм на думку. Також вони повторно заповнювали опитувальник SCL-90 та Опитувальник змін у переживаннях та поведінці (Veränderung des

Erlebens und Verhaltens — VEV-test), за допомогою якого пацієнти суб'єктивно оцінювали ефективність власного психотерапевтичного лікування.

Пацієнти з групи 2 (21 пацієнт) передчасно перервали курс психотерапії з різних причин. Оскільки більшість з них також загалом припинили лікування у стаціонарі та повернулися додому, заключне обстеження цієї групи пацієнтів не проводилося.

Попередні результати.

Пацієнти з групи 1, які завершили курс психотерапевтичного лікування, розподілилися по підгрупах щодо їхніх міжособистісних стосунків наступним чином:

- пацієнти з конфліктними стосунками та бажанням дистанціюватися від іншої особи — 9 пацієнтів з 13;
- пацієнти з конфліктними стосунками та бажанням наблизитися до іншої особи — 4 з 8;
- «пацієнти-жертви» — 4 з 8;
- «пацієнти-агресори» — 1 з 5;
- «пацієнти-тягарі» — 4 з 6;
- пацієнти без вираженого конфлікту у стосунках — 8 з 11.

У завершальних інтерв'ю після проходження курсу психотерапії у переважній більшості пацієнтів групи 1 зросла кількість та частота позитивних власних реакцій та зменшилася кількість негативних власних реакцій. Така картина виявлялася, зокрема, у підгрупі пацієнтів без вираженого конфлікту у стосунках. У двох пацієнтів з підгрупи «пацієнт-тягар» збільшення частоти позитивних власних реакцій спостерігалось навіть незважаючи на збільшення в епізодах частоти негативних реакцій іншої особи. Також у епізодах стосунків у заключних інтерв'ю у більшості пацієнтів зменшилася частота негативних реакцій іншої особи, а частота позитивних, навпаки, зросла. Такі зміни супроводжувалися ознаками клінічного покращення стану пацієнтів за результатами опитувальника SCL-90 та позитивною суб'єктивною оцінкою психотерапевтичного лікування за результатами опитувальника VEV-test.

Результати з динаміки стану пацієнтів та зміни у центральних темах їхніх конфліктних стосунків буде представлено у наших наступних публікаціях.

Висновки

1. Метод Центральної теми конфліктного стосунку (у варіанті RAP-інтерв'ю) може бути застосований для обстеження пацієнтів з невротичною та пограничною симптоматикою з метою дослідження їхніх міжособистісних стосунків.

2. У більш як 76% пацієнтів у нашому дослідженні були виявлені конфліктні або ж проблемні стосунки з важливими особами з їхнього найближчого оточення.
3. Кількість стаціонарних пацієнтів, які перервали психотерапевтичне лікування з різних причин, становила 21 з 51 (41,2%).
4. У процесі психотерапії відбуваються зміни у суб'єктивному сприйнятті пацієнтами своїх конфліктних стосунків, що виявляється у зростанні кількості та частоти позитивних компонентів епізодів стосунків (власних реакцій та реакцій інших осіб) та зменшення кількості та частоти негативно забарвлених компонентів. Ці зміни корелюють з клінічним покращенням стану пацієнтів та їхньою суб'єктивною оцінкою власного психотерапевтичного лікування.

Література:

1. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J.A. Muir Gray et al. // *BMJ*. — 1996. — Vol. 312. — P.71-2.
2. Филатов А.Т. Об организации обучения врачей и психологов НЛП, трансактному анализу, психоанализу / А.Т. Филатов, В.В. Кришталь // *Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1995. — Т. 2. — С. 115–116.*
3. Рассказов Н.Я. Опыт психотерапии у больных с бредовыми и галлюцинаторными синдромами (новый подход к терапии параноидной шизофрении) / Н.Я. Рассказов, О.Ф. Ковшик // *Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1995. — Т. 2. — С. 90–92.*
4. Eysenck H. The effects of psychotherapy: an evaluation / H. Eysenck // *J. of Consult. Psychology*. — 1952. — Vol. 16. — P. 319-324.
5. Канаева Л.С. К вопросу об эффективности клинической трансперсональной психотерапии при лечении больных с непсихотическими депрессивными расстройствами / Л.С. Канаева // *История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 217–218.*
6. Холявчук П. К проблеме эффективности в психотерапии / П.Холявчук // *Психологія. Збірник наукових праць. — К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, Випуск 22, 2004. — С. 145-149.*
7. Психотерапевтическая энциклопедия / [Абабков В.А., Александров А.А., Бараш Б.А. и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1998. — С. 332-339.
8. Luborsky L. Measures of psychoanalytic concepts — the last decade of research from 'the Penn studies' / L.Luborsky, P.Crits-Christoph // *Int J Psychoanal*. — 1988. — Vol. 69 (Pt 1). — P. 75-86.
9. Wallerstein R.S. Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy / R.S.Wallerstein // N. Y.: Guilford, 1986.
10. Grawe K. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession / K.Grawe, R.Donati, F.Bernauer. — Göttingen: Hogrefe, 1994. — 885 s.
11. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / В.Лаутербах // *Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. — СПб., изд. Психоневролог. и-та им. В. М. Бехтерева, 1995. — С. 28-41.*
12. Austin, K.M. Confronting malpractice: Legal and ethical dilemmas in psychotherapy / K.M. Austin, M.E. Moline, G.T. Williams. — Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., 1990. — 363 pp.
13. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L.Luborsky, P.Crits-Cristoph. — 2nd Edition [Rev. and expanded]. — Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. — P. 109-120.
14. Фільц О.О. Метод центральної теми конфліктного стосунку (ЦТКС) як метод доказового вивчення ефективності психотерапії / О.О.Фільц, О.Л.Лизак // *Архів психіатрії. — 2010. — Т.3-4. — С. 233-237.*
15. A comparison of Core Conflictual Relationship Themes before psychotherapy and during early sessions / J.P.Barber, L.Luborsky, P.Crits-Cristoph, L.Diguer // *J. Consult. Clin. Psychol*. — 1995. — Vol. 63, No. 1. — P. 145-148.

УДК: 616.89-008.42:615.851

Основні принципи психотерапії психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою



Скрипніков А. М.



Животовська Л. В.



Боднар Л. А.

Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. В статті охарактеризована система комплексного лікування психічних порушень у пацієнтів, які звертаються до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, розроблена на основі гештальт-терапії в поєднанні з використанням медикаментозних засобів та оцінена її ефективність.

Ключові слова: дефекти та деформації носа, ринопластика, психотерапія, гештальт-терапія.

Basic principles of psychotherapy of mental disorders in individuals who wish to perform aesthetic rhinoplasty

Skrypnikov A. M., Zhyvotovska L. V., Bodnar L. A.

HSEIU «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava

Resume. The article described a system of complex treatment of mental disorders in individuals who wish to perform aesthetic rhinoplasty and evaluated its effectiveness.

Key words: defects and deformations of the nose, rhinoplasty, psychotherapy, Gestalt therapy.

Вступ. Ринопластика на сьогодні є однією з найбільш популярних операцій в естетичній хірургії [1]. Останніми роками розпочалося активне вивчення психічних характеристик пацієнтів, які звертаються до пластичних хірургів для її проведення. Доведено, що значна частина кандидатів на естетичну ринопластику неадекватно ставляться до свого косметичного недоліку, мають надмірні естетичні відчуття, а нерідко — й психічні порушення різного ступеню вираженості, які негативно впливають на перебіг як перед-, так післяопераційного періодів [2-5]. Часто такі пацієнти не сприймають результатів вдало проведеної ринопластики, вимагають чергових оперативних втручань, можуть «переключатися» на удавані дефекти інших частин тіла та залишаються хронічно недоволені своєю зовнішністю [2, 3].

Тому розробка системи психокорекційних заходів, які в поєднанні з медикаментозним

впливом зменшили б психопатологічну симптоматику та створили передумови для прийняття рішення про відмову від операції, видається вкрай необхідною та актуальною.

Мета роботи — розробити систему психотерапії (ПТ) психічних порушень у пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 99 осіб, які зверталися до пластичних хірургів з проханням виконати їм ринопластику. В залежності від наявності дефекту чи деформації обстежені розподілені на дві групи:

- Перша група — 69 осіб (чоловіків — 30, жінок — 39, віком від 19 до 50 років) з деформаціями та дефектами зовнішнього

носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи.

- Друга група — 30 осіб (чоловіків — 14, жінок — 16) віком від 19 до 30 років, які дефекту чи деформації носа не мали, однак фіксували на ньому невинувато велику увагу, були категорично незадоволені своїм носом і наполегливо вимагали змінити його форму. 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 слідувати ідеальному образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягти успіху в професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності.

Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ 10 перегляду. В I групі діагностували: генералізований тривожний розлад (F41.1) — 18 (26,09%), неврастенію (F48) — 12 (17,39%), демонстративний розлад особистості (F60.4) — 10 (14,49%), іпохондричний розлад (F45.2) — 7 (10,14%), розлади адаптації (F43.2) — 7 (10,14%), дистимію (F34.1) — 6 (8,70%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) — 5 (7,25%), інший уточнений тривожний розлад (F41.8) — 4 (5,80%) обстежених. В усіх осіб II групи (n=30, 100,00%) виявили дисморфобічний синдром в межах іпохондричного розладу (F45.2).

Психічний стан пацієнтів до та після лікування оцінювали комплексно з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження: характерологічного опитувальника К.Леонгарда — Г.Шмішека (1981), опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (А.Е.Личко, Н.Я.Іванов, 1980), тесту диференційної самооцінки функціонального стану (САН), шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкали реактивної та особистісної тривоги Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна (Г.В.Большаков та співав., 1996) [6].

Результати та їх обговорення. Проведені дослідження показали, що розроблена система психокорекційних заходів в поєднанні з медикаментозним лікуванням в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою та мають психічні порушення, виявилася ефективною.

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою,

враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності. Вона включала три етапи: перший — початковий (підготовчий, мотиваційний), другий — основний (активної терапії) та третій — заключний (закріплюючий, підтримуючий) з пріоритетним використанням гештальт-терапії та раціональної ПТ в індивідуальних та групових формах.

Основними завданнями першого етапу були: вибір адекватної терапевтичної тактики, формування терапевтичних установок, індивідуальний підбір методів корекції. Провідним механізмом лікувального впливу було пасивне навчання через надання необхідної інформації та емоційної підтримки пацієнту. Це дозволяло задовольнити його потреби і сподівання, поліпшити самопочуття. Психотерапевтичне лікування здійснювалося на цьому етапі за допомогою короткої інтервенції гештальт-терапії (2-3 сесії індивідуальної психотерапії) та раціональної психотерапії. Перший етап проводився для всіх обстежених за єдиним алгоритмом. Розпочинався з моменту звернення пацієнта на консультацію до пластичного хірурга та був направлений на формування мотивації до звернення за психотерапевтичною допомогою та довіри до лікаря, встановлення психологічного контакту з пацієнтом, виявлення емоційних порушень у рамках психологічного конфлікту, що викликав невротичний стан, пояснення хворому причини невротичних розладів, що потребують корекції та ознайомлення з планом лікування.

На другому (основному) етапі активно використовувалися психотерапевтичні методики у поєднанні з медикаментозним лікуванням для досягнення позитивної динаміки емоційного стану пацієнтів, вивчення та перебудови їх особистісних реакцій, аналізу та зміни способу життя, а також відновлення повноцінності соціального функціонування. Під час другого етапу терапії враховували особливості психічного стану пацієнтів. При цьому для пацієнтів I групи ПТ, насамперед, ставила за мету нормалізацію психічного стану перед проведенням ринопластики та виконувала роль психологічного супроводу хірургічного лікування. Для пацієнтів II групи психотерапевтичне лікування було основним, оскільки проводилося не тільки для покращення стану емоційно-особистісної сфери та зменшення психопатологічної симптоматики, а й для створення передумов для відмови від операції.

Для кожного етапу застосовувалися відповідні методи психокорекції з пріоритетним використанням гештальт-терапії в індивідуальних (7-8 сесій) та групових (14-16 сесій) формах та раціональної ПТ. Заняття проводилися по 60 хвилин, 2 групових та 1 індивідуальне за тиждень.

Гештальт-терапія розглядає людину в єдності його тілесних, емоційних, соціальних і духовних проявів. Особлива увага приділяється усвідомленню актуального життєвого досвіду «тут і тепер», реальних потреб і відчуттів на даний момент. Робота в гештальт-підході сприяє усвідомленню тих механізмів, які приводять до формування різноманітних стереотипів, що заважає реалізовуватися у відповідності з можливостями та потребами [7, 8]. Нами застосовувалися наступні методики: комунікативні, асоціативно-проективні, тілесно-орієнтовані та екзистенційні, поле групової взаємодії, підтримувався зворотній зв'язок між учасниками групи.

На першому сеансі індивідуальної ПТ проводилася ревізія існуючих проблем, створювалася ієрархія цілей та трансформація проблем в цілі. Пацієнту пропонувалося визначитися у глобальності своїх цілей, ступені важкості, можливості досягнення, а також перекомпонувати їх. Кожен наступний сеанс індивідуальної ПТ починався з обговорення попереднього, його наслідків та можливих змін у світогляді хворого. Далі пацієнтом визначалися засоби досягнення раніше окреслених цілей, уточнювалися часові рамки, можливі позитивні та негативні наслідки, проводилася ревізія ресурсної бази. Наприкінці кожного сеансу обговорювалися зміни в почуттях та емоціях.

Обов'язково на цьому етапі враховували психоемоційні, індивідуально-психологічні та психосоціальні чинники ризику, що впливали на розвиток невротичних розладів і «внутрішню картину хвороби». Важливість ПТ для пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа була спрямована на зміну відношення людини до себе, свого дефекту та оточуючого середовища. Корекція внутрішньої картини хвороби та формування установки особистості в подоланні психічних симптомів захворювання дозволяла значно підвищити ефективність терапевтичних заходів.

Часто найголовнішим і найважчим завданням було допомогти пацієнту зрозуміти, що розлади викликані не стільки дефектом зовнішності, скільки внутрішніми проблемами та прийняти відповідальність за свої життєві складнощі, а не пояснювати їх несприятливими обставинами або будувати захисні механізми. Однак, найбільш повно поставлені завдання реалізовувалися в умовах групової ПТ, так як зміни в системі відносин і самооцінки хворих, що були досягнуті під її впливом, створювали основу для ліквідації невротичної симптоматики.

Групова терапія відкривала пацієнту ряд можливостей навчання в соціальній сфері. Наближення й відображення створювали в

терапевтичному груповому процесі почуття захищеності. У процесі групової терапії відтворювався баланс між автономією й об'єднанням, пристосуванням і самоствердженням. Ці сеанси давали можливість на прикладі інших членів групи вирішити власні неусвідомлені психічні конфлікти. Груповий варіант ПТ давав більше можливостей засвоєння застосованих технік на моделях поведінки інших пацієнтів, дозволяв пацієнту отримати зворотній зв'язок від інших членів групи та сформуванню такого позитивного лікувального фактора як взаємна підтримка за межами групи, поглиблював переживання емоційного досвіду, пов'язаного з емоційною підтримкою зі сторони членів групи.

У рамках групової ПТ використовувалися такі методики, як групова дискусія, розігрування рольових ситуацій та проективний малюнок. Змістовними моментами групової дискусії були наступні: знайомство членів групи; обговорення очікувань пацієнтів, їхніх побоювань і страхів; переживання й обговорення групової напруги, зв'язаної з неузгодженістю між очікуваннями пацієнтів і реальністю; взаємозв'язок цих переживань із минулим життєвим досвідом; розкриття проблем, пов'язаних із самотійністю, відповідальністю й активністю; формування адекватного відношення до дефекту, зовнішнього вигляду і лікування, аналіз групової динаміки з виходом на проблематику окремих пацієнтів — власне «робоча фаза» групової ПТ, у ході якої вирішувалися її основні задачі; корекція відносин, неадекватність емоційних реакцій; обговорення результатів лікування, підведення підсумків, створення установок.

Розігрування рольових ситуацій, проективний малюнок та ігрові методики, що виступали у якості допоміжних технік, реалізували переважно функцію особистісної діагностики та сприяли більш безпосередній конфронтації зі значимим змістом і переживаннями. Ці техніки надавали можливість експериментувати із самим собою та іншими учасниками групи. У процесі ігор пацієнти «приміряли» різні ролі, входили у різні образи, ототожнювалися зі значимими почуттями й переживаннями, відчуженими частинами особистості та інтроєктами. Ціль ігор-експериментів — досягнення емоційного й інтелектуального прояснення, що приводить до інтеграції особистості.

Заняття проводилися в малих групах до 10 осіб з тривалістю 60 хвилин. Кількість занять визначалася характером невротичних станів і виразністю емоційних проявів, найчастіше вистачало 14-16 сеансів в I групі та 22-24 сеанси — в II.

Заняття на етапі формування групи починалися з ознайомчої зустрічі між учасниками,

інформування їх про тривалість курсу, частоту і час групових зустрічей. Перша зустріч в групі починалася із загальноприйнятої процедури знайомства. На цьому етапі встановлювався своєрідний психотерапевтичний контракт відносин, вводилися основні правила та норми групової участі, в тому числі правило конфіденційності (нерозголошення учасниками змісту психотерапевтичних сесій третім особам), правило «стоп» — можливість зупинки ведучого або учасника групи у випадку небезпечності інтервенцій або питань з точки зору учасника.

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

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

Актуальною була техніка «здійснення кіл». Пацієнтові пропонувалося «пройти по колу» й звернутися до кожного учасника із хвилюючим його питанням, наприклад з'ясувати, як його оцінюють інші, що про нього думають, або

виразити власні почуття стосовно членів групи. Особливо ефективною ця вправа виявилася для обстежених II групи з дисморфофобічним синдромом. Спілкуючись з такими ж, переконаними в наявності дефекту носа та невідворотності операції особами, пацієнти насправді не бачили ніяких проблем з носом у оточуючих, що давало сильний поштовх у зміні власних переконань щодо зовнішності.

Використовували вправу «діалог між частинами власної особистості». Коли в пацієнта спостерігалася фрагментація особистості, пропонувався експеримент: провести діалог між значимими фрагментами особистості — між агресивним і пасивним, «нападаючої» та «захисної». В наших пацієнтів найчастіше це був діалог із власним почуттям (наприклад, із тривогою, страхом), із окремими частинами або органами власного тіла (носом), або безпосередньо з дефектом чи «неповноцінністю». Техніка вправи: напроти стільця, що займає пацієнт («гарячий стілець»), розташовувався порожній стілець, на який «саджали» уявного «співрозмовника». Пацієнт по черзі змінював стільці, програючи діалог, намагаючись максимально ототожнювати себе з різними частинами своєї особистості.

Надалі в груповому варіанті гештальт-терапії використовували також індивідуальну ПТ в групі, коли один із учасників був активним і працював з лікарем протягом заздалегідь обумовленого проміжку часу, а інші учасники виступали в якості фону та при потребі приймали участь в експерименті. Як правило сеанс індивідуальної роботи тривав 30 хвилин, після чого протягом 15 хвилин учасники групи давали зворотній зв'язок. У фокусі уваги терапії знаходився актуальний внутрішньо-особистісний та міжособистісний конфлікт.

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

Третій етап — заключний (закріплюючий, підтримуючий) включав 2-3 сеанси індивідуальної терапії, що спрямовувалися на підтримання досягнутих результатів. Методи і форми впливу залишалися тими ж, що і на попередньому етапі. Для пацієнтів I групи — закріплення досягнутого терапевтичного результату з нівелюванням невротичної симптоматики при підготовці до оперативного втручання; для II групи — звільнення від думки про «неповноцінність», підвищення самооцінки, закріплення впевненості, повному здоров'ї та відмова від оперативного втручання.

До комплексу лікувальних впливів також диференційовано включалися психофармакологічні засоби. Завданням психофармакологічної корекції було подолання або згладжування депресивних симптомів, тривожності, збудливості, емоційної невірноваженості, фрустраційної нестійкості та проявів вегетативної дисфункції. Вибір фармакотерапії проводився з обов'язковим урахуванням як результатів клініко-психопатологічного, так і патопсихологічного обстежень. Враховуючи переважання в пацієнтів тривожно-депресивної симптоматики, в рамках медикаментозного лікування широко застосовувалась анкіолітична терапія (короткі курси транквілізаторів, зокрема афобазол, адаптол та антидепресантів з анкіолітичним ефектом — переважно пароксетину, міртазапіну та збалансованої дії — есціталопрам, венлафаксін). Застосування цих препаратів поряд з редукцією тривоги та неспокою, посилювало прагнення до дружніх групових контактів, сприяло адаптивним формам поведінки, що окрім безпосереднього ефекту, було важливим з точки зору створення сприятливого підґрунтя для психотерапевтичної роботи.

Аналіз ефективності розробленої системи комплексного лікування показав, що в цілому психокорекцією в поєднанні з медикаментозним лікуванням ми досягли бажаних результатів для обстежених обох груп, хоча ефективність проведеної терапії в осіб II групи виявилася дещо нижчою. Так, після лікування в обстежених обох груп знизилися прояви ситуаційної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78%) та у 3 (10,00%) хворих відповідно). Достовірно знизився й середній показник: для I групи з $40,78 \pm 0,83$ до $30,05 \pm 1,03$, $p < 0,05$, для II групи — дещо менше: з $37,96 \pm 1,26$ до $32,13 \pm 1,23$ ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності (ОТ) після проведеного лікування достовірно зменшилися лише в осіб I групи: з $38,36 \pm 0,91$ до $33,69 \pm 0,54$, $p < 0,05$, а високий її рівень не виявили в жодного з обстежених (до лікування — у 13 (18,84%). В II групі вираженість ОТ також зменшилася: з $46,23 \pm 1,07$ до $43,36 \pm 1,03$, однак без достовірної різниці, і в третини обстежених ($n=10$, 33,33%) залишилася на високому рівні.

Виразеність депресивної симптоматики також значно знизилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половини обстежених ($n=35$; 50,72%) I групи переважно помірного рівня ($n=20$, 28,98%), то після його закінчення — у 25 (36,23%) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n=18$, 26,08%). Відповідно, й середній бальний показник також знизився з $9,75 \pm 0,87$ до $6,55 \pm 0,72$, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, зросла — з 8 (26,67%) до 10 (33,33%). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні ($12,26 \pm 1,25$ проти $16,06 \pm 1,4$; $p < 0,05$).

Проведений курс комплексного лікування виявив свій позитивний вплив й на функціональний стан пацієнтів обох груп, який суттєво поліпшився. Так, в обстежених I групи відмічено достовірне зростання середніх значень всіх досліджуваних показників: «самопочуття» (з $3,73 \pm 0,07$ до $4,05 \pm 0,08$, $p < 0,05$), «активність» (з $3,75 \pm 0,05$ до $4,24 \pm 0,06$, $p < 0,05$) та «настрій» (з $3,02 \pm 0,06$ до $3,48 \pm 0,06$, $p < 0,05$), що підтверджено також індивідуальним аналізом, за яким встановлено, що у 13 осіб настроїв виявився не порушеним (до лікування таких не було) та збільшилася кількість обстежених, в яких поліпшилося самопочуття — з 27 (39,13%) до 41 (59,42%) та відновилася активність — з 29 (42,02 %) до 51 (73,91 %).

Серед обстежених II групи також значно зросла кількість осіб, в яких покращилося самопочуття (з 4 (13,33 %) до 12 (40%)), відновилася активність (з 3 (10%) до 10 (33,33%). У 6 (20%) обстежених II групи після лікування нормалізувався настрій. Достовірно зросли й середні значення: для показника «самопочуття» з $3,20 \pm 0,1$ до $3,84 \pm 0,1$; $p < 0,05$, «активність» — з $2,94 \pm 0,11$ до $3,57 \pm 0,1$; $p < 0,05$ та «настрій» — з $2,63 \pm 0,09$ до $3,34 \pm 0,09$; $p < 0,05$.

Загалом в результаті проведеного лікування у 20,28% обстежених I та 16,67% II групи повністю нівелювалися психічні порушення, і вони відмовилися від операції. В усіх інших покращився стан емоційно-особистісної сфери та зменшилася психопатологічна симптоматика. Враховуючи дещо нижчу ефективність одного курсу лікування в обстежених II групи, для переважної більшості з них ($n=19$, 63,33%) виявилось доцільним продовжити психотерапевтичну та медикаментозну корекцію, за результатами якої в подальшому вони також відмовилися від оперативного втручання.

Висновки. Таким чином, запропонована система психотерапії з індивідуальними та груповими формами терапевтичного впливу в системі гештальт-підходу в поєднанні з медикаментозним лікуванням довела свою ефективність: сприяла покращенню стану емоційно-особистісної сфери пацієнтів, нівелюванню чи редукції психопатологічної симптоматики, що проявлялося в нормалізації поведінки та відмові від деструктивних моделей реагування, в тому числі й ринопластики.

Література

1. Andretto Amodeo C. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche / C. Andretto Amodeo // *Aesthetic. Plast. Surg.* — 2007. — № 31(4). — P. 406-410.
2. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates / [M. Alavi, Y. Kalafi, G. R. Dehbozorgi, A. Javadpour] // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* — 2011 Jun. — Vol. 64 (6). — P. 738-741
3. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. / [V. A. Picavet, E. P. Prokopakis, L. Gabriëls, M. Jorissen, P. W. Hellings] // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2011 Aug. — Vol. 128 (2). — P. 509-517.
4. Каневская Я.А. Нервно-психические расстройства у лиц с косметическими дефектами: автореф. дис. ... канд.мед.наук.: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Я.А. Каневская. — Оренбург, 2004. — 20 с.
5. Михайлова В.М. Психологическая оценка больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационном периодах / В.М. Михайлова, Л.М. Браденштейн, М.Г. Панин // *Стоматология.* — 1997. — №5. — С.35-39.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. — Самара: «БАХРАХ», 1998. — 672 с.
7. Лебедева Н.М. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н.М. Лебедева, Е.А. Иванова // СПб.: Речь, 2005. — 560с.
8. Энрайт Дж. Гештальт-терапия в интерактивных группах /Дж. Энрайт // Гештальт-терапия. Теория и практика. — М.: «ЭКСМО-Пресс», 2000. — С. 53-76.

УДК 616.89-92.12-036.3-085.851-039.71(571.1/5-17)

Результаты клинико-эпидемиологических исследований психического здоровья работников промышленных предприятий



Подлубный В. Л.

Подлубный В. Л.

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии

Резюме. Проведено клинико-психопатологическое исследование 982 работников промышленных предприятий возрастом от 20 до 60 лет, которые проходили психопрофилактические осмотры, из них 656 (66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин. Выявлено 4 группы лиц с различными уровнями психического и психосоматического здоровья. В первую включены практически здоровые лица — психическая адаптация, во вторую — с непатологической психической дезадаптацией. Третью группу составили лица с патологическими невротическими проявлениями, адаптивными реакциями — патологическая психическая дезадаптация. В четвертую вошли пациенты с разными непсихотическими психическими расстройствами — возможными нарушениями.

Выделение основных форм указанных расстройств и их дифференциация позволяет проследить последовательность развития и формирования этапов непсихотических психических расстройств. Это необходимо для научного обоснования времени и последовательности использования социально-гигиенических, общеоздоровительных мероприятий и для своевременной дифференцированной профилактики и психосоциальной реабилитации больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Ключевые слова: работники промышленных предприятий, клинико-эпидемиологическое исследование, психическое здоровье, непсихотические психические расстройства, психическая дезадаптация.

Results of cliniko-epidemiology researches of psychical health workers of industrial enterprises

Podlubniy V. L.

Zaporozhia state medical university, department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology

Resume. Study of 982 factory workers, aged from 20 to 60 years, of which 656 (66,80 %) males and 326 (34,20 %) women in the identification of four groups with different levels of mental and health. The first group included essentially healthy person — mental adaptation, the second — a non-pathological psychological maladjustment. The third group consisted of individuals who exhibited pathological manifestations of neurotic and adaptive responses — morbid psychological maladjustment. The fourth group included patients with various non-psychotic mental disorders — probably painful disorders.

Isolation of the main forms of these disorders and their differentiation allows us to trace the sequence of stages of development and formation of non-psychotic mental disorders. It is necessary for the scientific basis of time and sequence of social-hygienic, health-building activities and for the timely prevention of differentiated and psychosocial rehabilitation of patients with non-psychotic mental disorders.

Sequence of stages of development and the formation of non-psychotic mental disorders. It is necessary for the scientific basis of time and sequence of social-hygienic, health-building activities and for the timely prevention of differentiated and psychosocial rehabilitation of patients with non-psychotic mental disorders.

Key words: workers of industrial enterprises, clinical-epidemiology research, psychical health, non-psychotic psychical disorders, psychical dezadaptation.

С психопрофилактических позиций психическое здоровье необходимо рассматривать как сборную группу качественно различных состояний, отличающихся друг от друга предрасположенностью к тем или иным психическим заболеваниям. При этом «идеальное психическое здоровье» предполагает отсутствие не только того или иного психического заболевания, но и каких-либо предпосылок к нему. Психически здоровым работником

считают нравственно зрелого, интеллектуально развитого, психологически уравновешенного человека, способного успешно освоить специальность и адаптироваться к работе, а также преодолевать психофизические нагрузки. Между «идеальным здоровьем» и собственно заболеванием существует множество промежуточных состояний, характеризующихся различной степенью риска возникновения психической патологии.

Заболеваемость психическими расстройствами среди работающих лиц промышленных предприятий ниже, чем среди городского населения. Это обусловлено тем, что на предприятия приходят, как правило, здоровые люди, так как при поступлении на работу они проходят общемедицинский профилактический осмотр. Кроме того возрастная структура исключает появление психозов позднего возраста и некоторых других психических заболеваний. Вместе с тем порой сложные условия работы, профессиональные специфические нагрузки, работа, связанная с воздействием многих экстремальных факторов, предъявляют особые требования к психическому здоровью, выдвигая на первый план надёжность, психофизиологический ресурс компенсаторных механизмов психики, рассматривая её как один из важнейших факторов трудоспособности [1–3].

Диагностические подходы, используемые в клинической психиатрии, ориентированы, в основном, на распознавание психологических проявлений (симптомов и синдромов) и формирование на их основе диагностических заключений (нозологический диагноз). Известно, однако, что особенности поведения, межличностного и социального функционирования определяются не только болезненно изменённой частью личности, но и её сохранным, адаптационным потенциалом [4, 5].

Решение отдельных задач также предполагает необходимость выхода за рамки диагностических подходов, традиционно используемых в психиатрии. В частности, при проведении массовых психопрофилактических (скрининговых) обследований или при оценке и прогнозировании психического здоровья. Именно поэтому всё более широкое распространение приобретают многочисленные методы диагностики психических расстройств, ориентированные на учёт различных (а не только болезненно изменённых) аспектов жизнедеятельности лиц с психическими расстройствами. Тем самым возможно максимально индивидуализировать диагностический процесс, а также учитывать, наряду с распознаванием психопатологических проявлений, сохранный (здоровый) потенциал личности. Учитывая, что в условиях трудовой деятельности «...наиболее существенным является даже не характер заболевания, а определение степени (уровня) адаптации (дезадаптации) индивида в конкретных условиях», достаточно удобна классификация психического здоровья, предложенная С. Б. Семичовым (1986) [5].

Целью данного исследования явилось изучение состояния психического здоровья работников промышленных предприятий.

Контингенты и методы. Исследования проводились на базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы в период с 2008 по 2010 годы. В группу обследованных вошли 982 работника промышленных предприятий, проходившие психопрофилактические осмотры в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Украины № 1465 от 27.12.2000 года. Обследованные были в возрасте от 20 до 60 лет, из них 656 (66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин.

Психическое состояние оценивалось в соответствии с современной международной классификации болезней, определялся при наличии признаков достаточных, по критериям МКБ-10, для диагностики развёрнутого синдрома. Выводы о распространённости отдельных форм психических расстройств делались лишь на основании указанных критериев.

Для достижения цели был использован клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический и статистический методы.

В качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для клиничко-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, модифицированная для целей нашего исследования, включающая в себя социально-демографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой симптомов и синдромов. В соответствии со спецификой исследуемого материала базисная карта была дополнена сведениями о различных формах перенесённых вредностей, связанных с особенностями работы на производстве, стажем работы, данными о наличии соматических заболеваний и их динамике. Также нами использовался глоссарий к «инструкции о проведении обязательных предварительных и периодических психиатрических осмотров» и созданный нами на его основе «опросник». На основании ответов на вопросы данной карты заполнялась «регистрационная карта». Все собранные формализованные сведения были занесены в единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу.

Результаты и их обсуждение.

Использование указанных инструментов позволили нам обнаружить среди обследованных лиц четыре группы работников с различными уровнями психического здоровья. В первую группу были включены практически здоровые лица — психическая адаптация, во вторую — имеющие потенциальный риск возникновения нарушений — непатологическая психическая дезадаптация. Третью группу составили лица,

обнаруживающие патологические проявления и дезадаптивные реакции — патологическая психическая дезадаптация. В четвёртую группу вошли больные с различными непсихотическими психическими расстройствами — верифицированные болезненные нарушения.

Удельный вес каждой из групп, выделенных при осмотрах, следующий: первая группа — 16,50 % человек, вторая — 20,30 %, третья — 28,80 %, четвёртая — 34,40 %.

Структура психического здоровья работников промышленных предприятий представлена на рис. 1.

Как видно из представленных данных у лиц первой группы (161 человек — 16,50 %), с психической адаптацией, отсутствовали какие-либо жалобы на здоровье, при тщательном феноменологическом исследовании у них не удалось выявить нарушений психического здоровья, что дало основание говорить о полной психической адаптации обследованных.

Во вторую группу (199 человек — 20,26 %) вошли лица имеющие факторы риска возникновения психических расстройств (производственные, социально-психологические), что было расценено как непатологическая психическая дезадаптация. С клинко-психопатологической точки зрения эти состояния характеризовались явным преобладанием «проблемности» над «симптоматикой». Как подчеркивал С. Б. Семичов (1986), «предболезнь — это состояние практически здорового человека». Ни сам пациент, ни окружающие его лица, ни врач больным его не считает. Имеющиеся нарушения не укладываются ни в одну чёткую диагностическую категорию. Усилием воли или переключением внимания пациент способен подавлять имеющиеся у него расстройства.

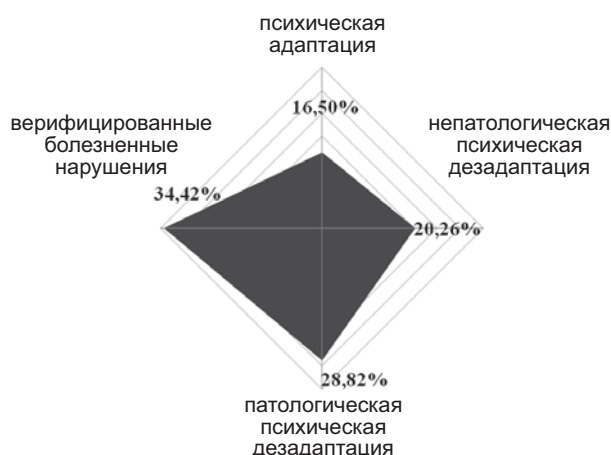


Рис. 1.

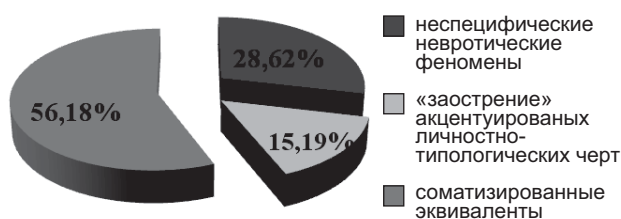
Структура психического здоровья работников

Третью группу (283 человека — 28,80 %) составили лица с патологической психической дезадаптацией, протекающей по типу неспецифических астеноневротических нарушений и оцениваемыми нами как реакции на стресс. По формальным показателям обследуемые этой группы не являлись больными, никто из них активно за медицинской помощью не обращался. Обследованных этой группы объединяло наличие таких невротических проявлений, как повышенная утомляемость и раздражительность, эмоциональная напряженность и лабильность, аффективные расстройства, нарушение ночного сна, головная боль, вегетативные дисфункции, психосоматические нарушения, нарушения запоминания. Указанные проявления имели свою динамику: они возникали не моментно, а формировались и развивались от эпизодических проявлений в форме кратковременной реакции к феноменологическому усложнению и стабилизации.

С точки зрения феноменологии рассматриваемую группу патологической психической дезадаптации определяли главным образом наименее сложные по структуре неспецифические невротические проявления. Их отличительными особенностями являлись: временный характер, нестабильность, парциальность и фрагментарность, критическое отношение к ним, возможность быстрой и полной коррекции под влиянием благоприятно меняющейся ситуации. Не обнаруживалось типичных для больных непсихотическими психическими расстройствами признаков выраженной тревоги и глубокого внутриличностного конфликта. Связь с психотравмирующими факторами была прямой, осознанной, непосредственной, в то время как при невротических нарушениях отношение к психической травме далеко не однозначно.

По ведущим признакам наблюдавшиеся проявления патологической психической дезадаптации условно можно разделить на 3 основных варианта (рис. 2): с преобладанием соматизированных эквивалентов различного, в том числе органического генеза (159 человек — 56,20 %), неспецифических невротических (преимущественно астенических) реактивно спровоцированных феноменов (81 человек — 28,60 %) и «заострением» акцентуированных личностно-типологических черт (43 человека — 15,20 %).

В структуре соматизированных эквивалентов психодезадаптивного состояния ведущее место занимали вегетативные кризовые или перманентные дисфункции. В первом случае они были представлены фрагментами симпатико-адреналовых или вагоинсулярных, но чаще смешанных приступов, во втором — явлениями

**Рис. 2.**

Варианты патологической психической дезадаптации

общей слабости, потливостью, несистемными головокружениями, тахикардией, зябкостью, болями в суставах и мышцах. Кризы выражались вялостью, цефалгией по типу «прилива», сердцебиением, колебаниями артериального давления, гипергидрозом, ощущением «внутренней дрожи», давлением за грудиной или спазмами в эпигастриальной области. Особое место занимали расстройства дыхания, относимые к признакам вегетативной дисфункции. Обследуемые указывали на «неожиданное нарушение дыхания», чувство нехватки воздуха, приводившие к появлению неопределенной тревоги. Наряду с признаками дезадаптации в виде кризов данные сдвиги сопровождалась наиболее выраженными нарушениями социально-трудового приспособления. Они чаще, чем другие варианты психодезадаптивных состояний, обуславливали обращение за медицинской помощью, как правило, к врачам терапевтического профиля.

Психовегетативный вариант отличался разнообразием факторов риска. К их числу относились последствия экзогенных факторов (травмы, инфекции, интоксикации), сосудистая лабильность, соматическая отягощённость в анамнезе, прежде всего, патология органов дыхания, которая содействовала развитию своеобразного гипоксического синдрома головного мозга и патология желудочно-кишечного тракта.

Дезадаптация поддерживалась психосоциальными и экологическими факторами, отличающимися повышенными требованиями к вегетативному обеспечению деятельности организма. Это подтверждает положение о существенной роли вегетативной нервной системы в защитно-приспособительном реагировании. В целом факторы риска психовегетативных отклонений по сравнению с таковыми при других вариантах психодезадаптационных состояний были представлены наиболее жесткими экологическими воздействиями.

При астеническом варианте было характерно превалирование пониженного физического тонуса. Эти проявления возникали, как правило, при труде со значительным физическим напряжением, вызванных необходимостью

успешного выполнения производственных операций. Физическая слабость, появляющаяся к концу рабочего дня, как отмечали обследуемые лица, проявлялась вначале лишь наступлением усталости. Затем возникало чувство разбитости, физическое и психическое утомление. Последнее выражалось в появлении вялости, которая в дальнейшем переходила в тягостное ощущение физического истощения, как правило, при невозможности ограничить нагрузку. Наиболее часто формирование данных проявлений отмечалось на соматически ослабленной почве, например, после перенесенных простудных заболеваний. Ухудшение физической работоспособности можно рассматривать как снижение одного из интегральных показателей конечного результата адаптации [5]. Прогрессирующая динамика выражалась в стойком неврастеноподобном состоянии, основу которого составлял фактор хронического переутомления в результате влияния комплекса производственных условий.

Наиболее существенными при астеническом варианте являлись преходящие, кратковременные ухудшения психической продуктивности, а также расстройства внимания, сообразительности, психомоторная заторможенность. Наблюдавшиеся в большинстве случаев изменения мнестико-интел-лектуальной деятельности, имея временный характер, проявлялись в некотором снижении памяти (главным образом кратковременной), способности к концентрации и адекватному переключению внимания, скорости переработки и усвоения «новой» информации, замедление психического темпа асоциальной деятельности. Обследуемые испытывали определённые трудности в общении. Жаловались на то, что что-то «недослышали» или чего-то «недопоняли». Всё это приводило к осложнениям в реализации трудовых психомоторных навыков, анализе, принятии решений, выборе стиля поведения в трудных для личности ситуациях. К ухудшению мнестико-интеллектуальной деятельности присоединялось психоэмоциональные напряжение, связанное с неуверенностью в правильности своих действий, необходимостью дублирования и перепроверки.

«Заострение» акцентуированных личностно-типологических черт у обследованных лиц характеризовалось психоэмоциональными сдвигами. Появлялась «внутренняя напряжённость», беспокойство, дискомфорт и неудовлетворённость, пессимистическая оценка будущего, неопределённая тревога, предчувствия каких-либо неприятностей и т.д. В одних случаях наблюдалась гипертимная окраска настроения, сопровождавшаяся торопливостью,

внешней гиперактивностью, оживлением психомоторной сферы. В других — возникали быстрое снижение эмоционального фона с развитием безынициативности, утрата интереса к прежним актуальным для личности проблемам, что сопровождалось замедлением идеомоторного темпа, избеганием или откладыванием на более поздний срок принятия решений по устранению конфликтогенных ситуаций, самоограничением социальных контактов. В случаях затяжного течения психической дезадаптации формировался стойкий дистимический радикал с явлениями раздражительности, вспыльчивости, недовольства окружающими, озлобленности вплоть до агрессивного поведения.

Указанные варианты дезадаптивных проявлений были близки к привычным для обследуемых в различных сложных жизненных ситуациях и лишь изредка субъективно оценивались как «отклонение от обычной нормы». Динамическое развитие их находилось в непосредственной зависимости и продолжительности обстоятельств, осложняющих жизнь и трудовую деятельность. При длительном сохранении отмечалась тенденция к стабилизации и формированию на базе наметившихся невротических феноменов соответствующих клинических форм и вариантов неврозов, неврозоподобных состояний. Лишь в этих случаях были основания оценивать имевшиеся нарушения не как непатологические проявления, а как начальные невротические (донозологические) расстройства. При достаточно быстрой ликвидации психогенных и физиогенных (соматогенных) влияний, приведших к развитию невротических проявлений, происходила их полная и стойкая редукция. Возникновение новых осложняющих факторов обычно вело к рецидивам. Многократное возобновление рецидивов способствовало стабилизации невротических состояний и формированию неврозов, невротического развития личности и психосоматических расстройств, а также других форм заболеваний.

Рассматриваемые непатологические дезадаптационные проявления можно отнести к клиническому выражению напряженной функциональной деятельности адаптационного барьера. Они отражают активность системы механизмов, обеспечивающих психическую адаптацию в пределах функциональной стабильности, и компенсирующее взаимодействие различных биологических и социально-психологических факторов, формирующих психическую адаптацию в стрессовых условиях. Напряжённая деятельность барьера психической адаптации не является патологическим процессом, она протекает в рамках адаптивных механизмов. В

соответствии с этим выражающие её отдельные феномены изменившейся психической активности принципиально не являются патологическими состояниями. Они выражают охранительно-приспособительную функцию во время напряжения (перенапряжения) активности барьера психической адаптации.

Четвёртую группу (338 человек — 34,40 %) обследованных лиц во время проведенного исследования составили больные с непсихотическими психическими расстройствами (рис. 3). Среди них невротические, связанные со стрессом и соматоформные психические расстройства составили (F40 — F48) — 52,66 % всех случаев, расстройства личности и поведения различной этиологии (F60 — F69) — 28,14 %. Реже выявлялись психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.3 — F07.0) — 19,20 %.

У всех пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в клинике преобладали астенические варианты нарушений, которые, в зависимости от особенностей преобладающей симптоматики, были представлены тремя синдромальными вариантами: астенический с преобладанием гиперстенических проявлений, астенический с преобладанием гипостенических проявлений и астено-депрессивный.

Основными клиническими проявлениями астенических состояний были следующие: нарастание психической истощаемости, эмоциональная неустойчивость, гиперестезия, диссомния, сомато-вегетативные расстройства, функциональное снижение памяти и внимания. При гиперстеническом варианте превалировала эмоциональная лабильность с частыми, возникающими по незначительному поводу, реакциями раздражительности, обиды или тревоги. В случаях преобладания гипостенических проявлений в клинической картине преобладали жалобы на выраженную утомляемость, упадок сил, вялость, апатию, «лень», «снижение жизненного тонуса». При диагностике астено-депрессивного варианта клинической

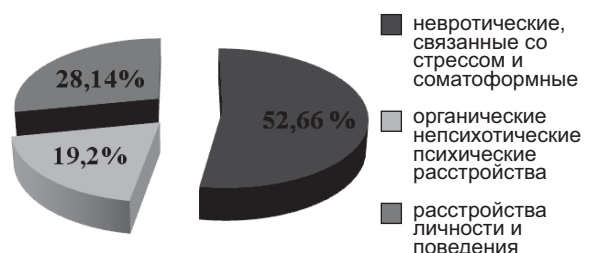


Рис. 3.
Представленность непсихотических психических расстройств

картины наряду с характерными для астенического состояния симптомами существенный вклад в структуру болезненного состояния вносило характерное для дистимии устойчивое снижение настроения. В ряде случаев отмечалось снижение аппетита, ухудшение ночного сна. Необходимо отметить, что в структуре клинической картины, наряду с астенической симптоматикой были представлены тревожные, соматизированные и соматоформные расстройства, нарушения функций памяти, реакции и внимания, сексуальная дисфункция, однако эти симптомы носили менее выраженный или непостоянный характер и не определяли состояния больных.

У пациентов с патоперсонологическими нарушениями в преморбиде (35,40 %) отмечались расстройства личности и выраженные акцентуации. Также у многих пациентов (37,50 %) по мере развития заболевания обнаруживались не свойственные им ранее мнительность, тревожность, неуверенность в себе, утрачивался интерес к общению с окружающими. Пациенты становились более замкнутыми, возникали повышенная обидчивость, ипохондрическая фиксация. Развитие паранойяльных черт характера приводило к склонности вступать в продолжительные изнурительные разбирательства, напряженные и конфликтные отношения с окружающими, в том числе и на рабочем месте.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства встречались преимущественно у мужчин (87,20 %) и проявлялись повышенной раздражительностью и эмоциональной несдержанностью, жалобами на головную боль, трудностями сосредоточения при выполнении умственной работы. Наблюдались нарушения памяти, сна, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам. Несколько реже наблюдались аффективные расстройства в виде неустойчивости настроения, эмоциональной лабильности, раздражительности, вплоть до бурных аффективных и агрессивных реакций в ответ на незначительные раздражители. Если для невротических расстройств более характерными являлись депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства, то для психоорганических нарушений на первый план выступали аффективные реакции, вплоть до дисфорических нарушений.

Выделение основных форм указанных расстройств и их дифференциация имеют значение для анализа всей совокупности, особенно психологических и психопатологических феноменов, наблюдаемых в широком диапазоне — от индивидуальной нормы до наиболее выраженных нарушений. Оно позволяет проследить последовательность развития и формирования

этапов непсихотических психических расстройств. Это необходимо для научного обоснования времени и последовательности своевременной дифференцированной профилактики и психосоциальной реабилитации больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Выводы

1. Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование, в обобщенном виде, позволило представить состояние психического здоровья и клинические формы непсихотических психических расстройств у работников промышленных предприятий с учетом их развития на различных этапах развития процесса.
2. Риск возникновения патологической психической дезадаптации в (28,80 %) характеризовался астенией, тревожной напряженностью, вегетативными дисфункциями, расстройствами ночного сна, возникновением и декомпенсацией психосоматических расстройств, снижение порога переносимости различных вредностей. Указанные проявления отличаются парциальностью, не объединяются в синдром и существует возможность их самокоррекции.
3. Верифицированные болезненные нарушения (34,40 %) представлены непсихотическими психическими расстройствами. Среди них невротические, связанные со стрессом и соматоформные психические расстройства составили (F40–F48) — 52,70 % всех случаев, расстройства личности и поведения различной этиологии (F60–F69) — 28,10 % и психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.3–F07.0) — 19,20 %.
4. При невротических расстройствах (F40–F48) — 52,70 % отмечены стабилизированные и клинически оформившиеся невротические состояния, с преобладанием депрессивных, астенодепрессивных состояний, неврастенических, сенестопатических расстройств и навязчивостей, а так же выраженных психосоматических нарушений.
5. У пациентов с патоперсонологическими нарушениями (F60–F69) — 28,10 % обнаруживались не свойственные им ранее мнительность, тревожность, неуверенность в себе, утрата интереса к социальным контактам. Поведение характеризовалось замкнутостью, обидчивостью, ипохондрической фиксацией. Наличие паранойяльных черт характера приводило к напряженным и конфликтным отношениям с окружающими, в том числе и на рабочем месте.

6. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06.3–F07.0) — 19,20 % преимущественно проявлялись повышенной раздражительностью и эмоциональной несдержанностью, жалобами на головную боль, трудностями сосредоточения при выполнении умственной работы. Наблюдались нарушения памяти, сна, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам.
7. Выделение основных этапов формирования непсихотических психических расстройств и их дифференциация позволяет обосновать время и последовательность использования социально-гигиенических и общеоздоровительных мероприятий для своевременной профилактики и психосоциальной реабилитации работников промышленных предприятий.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей. — 4-е изд. перераб. и доп. / Ю. А. Александровский. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
2. Гурович И.П., Шаламайко Ю.В. Значение психопрофилактической помощи работающим на крупных промышленных предприятиях в условиях экономического спада / И. П. Гурович, Ю. В. Шаламайко // Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 55–56.
3. Дмитриева Т. Б. Психическое здоровье и безопасность в обществе // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии : Материалы конгресса. — М., 2004. — С. 3–11.
4. Семке В. Я. Психадапционные и психодезадапционные состояния : экстранозологические и психопрофилактические аспекты / В. Я. Семке // Профилактика нервно-психических заболеваний. — Томск. 1993. — С. 176–180.
5. Семичов С. Б. Группировка состояний психического здоровья // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. — Л., 1986. — С. 13–28.

УДК 616.89(089) (470-651.2) (024)

Психиатрия при нацизме: убийства душевнобольных на временно оккупированных территориях СССР. Сообщение 6



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

Резюме. Висвітлюються питання вбивства душевнохворих на тимчасово окупованих територіях СРСР силами спеціальних оперативних груп, що підкорялися військам вермахту, які в співпраці і за узгодженням з останнім виконували завдання «очищення» окупованих територій в ході «Акції Т-4» в світлі політики расового очищення.

Ключові слова: душевнохворі, оперативні групи, вбивства.

Psychiatry at Nazism: murders mentally ill on the temporally occupied territories of USSR. Report 6

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha)

Resume. The questions of murder are lighted mentally ill on the temporally occupied territories of USSR forces of special operative to the groups, submitting the troops of Wehrmacht, which in a collaboration and on a concordance with the last executed the task of «cleaning» of the occupied territories during «Action T-4» in the light of policy of the racial clearing.

Key words: mentally ill, operative groups, murders.

*История, как известно, не переигрывается.
Но уроки из неё мы просто обязаны извлекать.
Г. Демитров*

История психиатрии, как поступательное развитие учения о душевной патологии человека, зависящее от многих объективных и субъективных факторов, имеет много ярких примеров, когда в различные её периоды, господствующие в обществе ложные представления о психических расстройствах имели своим последствием жестокое обращение с душевнобольными. На каждом этапе своего развития она тесно связана с существующими социально-экономическими условиями, и чем выше в этом отношении общественная формация того или иного

государства, тем больше внимания уделяется уровню организации психиатрической помощи населению, лечению и профилактике существующих нервно-психических расстройств.

В этом отношении особенно мрачной явилась эпоха средневековья, когда взгляды на психические болезни можно образно охарактеризовать краткой формулой: этиология — дьявол, терапия — костер [1].

В период средневековья психические болезни рассматривались как результат дьявольского наваждения, одержимости бесом, вселившимся в больного. Симптоматика психоза тесно увязывалась с псевдонаучными трактатами о распространенности и повадках чертей, о местах их возможного проникновения

в организм. Представление о психических болезнях как проявлениях «нечистого духа» вызывало и соответствующее отношение к больным. Психические расстройства лечили различными религиозными обрядами, заклинаниями и изгнаниями «бесовской силы», *заточением больных в тюрьмы или даже сжиганием их на костре*. Законы церковной инквизиции были столь сильны, что ни один прогрессивно мыслящий человек не мог высказать мнение о психическом расстройстве как о болезни мозга. Всякая попытка противопоставить мракобесию естественнонаучное понимание сущности заболевания жестоко каралась.

Вера в дьявола была настолько сильна, что даже видные ученые того времени были не в состоянии исключить присутствия его в организме человека. Так, например, два выдающихся мыслителя позднего средневековья М. Лютер (1483-1546) и Ф. Парацельс (1493-1541) безраздельно верили в существование дьявола, о чем свидетельствует их переписка. М. Лютер писал Ф. Парацельсу: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни к естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени силен и могуч черт». Ф. Парацельс на это ответил: «Дьявол вселяется только в здорового и разумного человека, а в душевнобольного ему делать нечего» [2].

Но на смену этой мрачной эпохе, на гребне буржуазных революций конца XVIII и начала XIX столетия, пришел период гуманного отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами, в которых со временем все больше и больше стали видеть больных людей, нуждающихся в той же мере в лечебной помощи и внимательном, заботливом отношении, как и больные, другими болезнями.

Более того, непрерывно растущие успехи в лечении психически больных с начала нынешнего столетия создали весьма радужные перспективы возвращения к здоровой жизни значительных контингентов подверженных безумию. Однако на фоне развивающихся новых гуманных идей понимания сущности психических болезней и отношения к психически больным в тяжелые годы фашистского режима в Германии для обширных, несчастных контингентов психически больных на территории, находящейся под пятой фашизма, вновь настало зловещее время, пред которым бледнеют изуверства и ужасы средневековья. Прикрытая лживой, демагогической, псевдонаучной концепцией исключительности нордической расы — «расы господ» и вытекающими из нее мероприятиями по охране «чистоты расы», в потрясающих

размерах развернулась вандальская преступная практика фашизма по уничтожению целых народов. Эта же прочная концепция «освящала» гнусные преступления, совершаемые фашистскими извергами в отношении широких контингентов психически больных. Вначале это была принудительная стерилизация большого числа больных, а затем так называемая эвтаназия — массовое умерщвление их [1, 3, 4].

«Русский должен умереть, чтобы мы жили!» — такова квинтэссенция нацистской философии, под этим лозунгом фотографировались вторгнувшиеся на советскую землю нацисты... Они не собирались разбираться в подвигах населявших Советский Союз «недолюдей»: русский и еврей, белорус и украинец равно были обречены на смерть. Они пришли убить десятки миллионов, а немногих оставшихся превратить в рабов. Они не щадили ни душевнобольных, ни грудных детей, ни женщин, ни стариков и добились больших успехов. Освобождаемые Красной Армией города и села оказывались обезлюдившимися: дома сожжены вместе с жителями, колодцы набиты трупами, здания психиатрических больниц разрушены и сожжены, и повсюду — бесконечные ямы, и многочисленные могилы с телами убитых [5].

Согласно плану «Ост» захваченная немцами территория до Урала должна была быть очищена от «нежелательных элементов»: здесь должно было быть создано жизненное пространство для избранной немецкой нации. К «нежелательным элементам» относились и душевнобольные... [6-8].

Г. Хозндорф (2006) уместно отмечает, что с началом Второй мировой войны «тело народа», в соответствии с планами руководителей Третьего Рейха, должно было быть «очищено» от больных, «неполноценных», «неспособных жить в обществе» и «неработоспособных» групп людей, причем это должно было быть сделано еще более радикально и определенно, чем это позволила бы принудительная стерилизация людей с наследственными заболеваниями, которая основывалась на «Законе о предупреждении появления поколения с наследственными заболеваниями». Таким образом, с началом агрессивной войны против Польши началась не только война, направленная за пределы страны, но и война, направленная во внутрь нее. При этом метафорическое выражение «война против психически и умственно больных людей» следует понимать буквально: вскоре после начала войны в германских провинциях Померания, Восточная Пруссия, а также в оккупированной Польше спецкоманды СС в массовом порядке расстреливали немецких

и польских пациентов лечебниц, а сами заведения освобождали для надобностей СС и вермахта [7-10].

Вскоре эта трагическая практика была перенесена и на оккупированные территории Советского Союза, где смертельная война была направлена не только против Красной Армии, но и против гражданского населения, против той его части, которая была враждебна с политической точки зрения и считалась неполноценной с точки зрения наследственности и расовой принадлежности. В тылу были созданы оперативные группы А, В, С и D, подчинявшиеся войскам вермахта, которые в сотрудничестве и по согласованию с последним выполняли задачу «очистки» оккупированных территорий. Акции уничтожения оперативных групп были направлены, с одной стороны, против еврейского населения, которое должно было уничтожаться систематически, в идее небывалой бойни, и, с другой стороны, против партийных работников, партизан, цыган, т.е. против так называемых «асоциальных лиц» и психически больных людей в психиатрических больницах. В качестве технических приемов уничтожения использовались массовые расстрелы, отравление газом в сооруженных на местах газовых камерах или машинах-душегубках, отравление медикаментами, взрывы, голодная смерть или замерзание. Иногда эти методы комбинировались [8, 9].

В зоне действия *оперативной группы «В»*, действовавшей на территории Белоруссии, организованную связь между группой и отделом «эвтаназии Т-4» можно убедительно доказать. Оперативной группой «В» руководил Артур Небе (1894-1945) — начальник уголовной полиции Рейха, входившей в систему главного управления безопасности. А. Небе был важнейшим связующим звеном между главным управлением безопасности и Центральным бюро «эвтаназии Т-4» и отвечал также за поставку газовых баллонов заведениям по умерщвлению. Поэтому понятно, что он чувствовал себя призванным продолжить «уничтожение никчемных жизней» и в Советском Союзе. После того, как было обнаружено, что массовые расстрелы, и в особенности расстрелы душевнобольных, представляют собой большую нагрузку на оперативные группы, что приводило к отказам выполнять приказ, запоям и психическим срывам, А. Небе по поручению Г. Гиммлера стал искать «более гуманные» или более эффективные методы уничтожения: в августе 1941 года Г. Гиммлер вместе с А. Небе присутствовал при массовом расстреле в минской тюрьме и получил при этом нервный шок. После этого А. Небе вызвал в Минск эксперта по боеприпасам Ганса Шмидта и химика доктора Альберта Видманна,

чтобы испытать взрывы и отравление газом как более эффективные формы умерщвления. Эти приемы умерщвления были испытаны на психически больных пациентах психиатрических больниц Минска и Могилева. А. Небе обосновал вызов А. Видманна, который уже работал в качестве специалиста по отравлению газом в Центральном бюро «эвтаназии Т-4», тем, что он, А. Небе, не знает, что делать с имеющимися душевнобольными и не может потребовать от своих людей, чтобы они расстреливали неизлечимых психически больных [11].

В сентябре 1941 года в лесу под Минском был произведен пробный подрыв, по меньшей мере, 24 пациентов Минской психиатрической больницы. Пациентов заперли в блиндаже и затем взорвали его. Некоторые пациенты выжили после взрыва, и когда они, обливаясь кровью, попытались выкарабкаться, их вернули обратно и убили с помощью большого заряда взрывчатки. Однако из-за неуверенности в полном успехе и из-за того, что приходилось собирать далеко разбросанные части тела, этот метод не укоренился [9].

А. Видманн вместе с А. Небе сразу после этого экспериментального взрыва опробовали умерщвление психически больных газообразной окисью углерода в психиатрической больнице Могилева. Лаборатория больницы была переоборудована в воздухонепроницаемую газовую камеру, в которую можно было впускать выхлопные газы автомобиля. Сначала там заперли, по меньшей мере, 5 пациентов. После того, как оказалось, что выхлопных газов легкового автомобиля не достаточно, к металлическим шлангам, ведущим в газовую камеру, был подсоединен двигатель грузовика. Пациенты умерли за 8 минут. Сколько пациентов было умерщвлено в ходе этого эксперимента на самом деле, в ходе судебного процесса в окружном суде в Штутгарте установить не смогли. Сам А. Видманн дал в суде показание о том, что, по его мнению, *это было продолжение акции эвтаназии на востоке*. Фактически тогда и было отдано предпочтение отравлению газом как акции умерщвления, проводимой оперативной группой. В общей сложности, помимо местных газовых камер, было задействовано 30 газовых автомобилей-«душегубок», в том числе и в оперативной группе «D», действовавшей на юге Украины, на Крымском полуострове и на Северном Кавказе.

В целом прослеживается многоступенчатый характер смертельного военного похода против пациентов психиатрических лечебниц. Сначала военная администрация снижала продовольственное снабжение обитателей таких заведений до уровня ниже прожиточного

минимума. Так, например, врачи психиатрической больницы в Виннице в Украине получили указание военной администрации о выдаче лишь 100 г хлеба в день. Запасы продовольствия больницы, имевшей большое подсобное хозяйство, были изъяты вермахтом. В ответ на протесты врачей областной комиссар заявил: «Для психически больных и 70 граммов слишком много». Однако смерть от голода была недостаточно быстрой. Осенью 1941 года 800 больных были расстреляны и 700 отравлены ядом. После этого вермахт использовал территорию больницы в качестве санатория и казино [9, 11]. По другим данным, касающимся умерщвления психически больных в Винницкой областной психоневрологической больнице им. А.И. Ющенко, «на территории больницы № 4 расстреляли и отравили в душегубках 1800 психически больных людей, а помещение отвели под казино для офицеров охраны ставки Гитлера» [12].

После донесения *оперативной группы «В»* «особой обработке» подверглись 632 психически больных в Минске и 836 в Могилеве.

Более точная информация об умерщвлении имеется в трудовой колонии душевнобольных в Новинках, относящейся к Минской психиатрической больнице. Убийствам предшествовал визит Г. Гиммлера, который осмотрел как отделение трудотерапии, так и отделение для хронических больных этой больницы, действующей самостоятельно на правах колонии. Сначала, 18 сентября 1941 года, в бане больницы под надзором уже упоминающегося химика А. Видманна были отравлены газом пациенты хронического отделения. Врач Н.Н. Акимова ещё пыталась спасти больных отделения тяжелых хроников, переводя их в отделение трудотерапии, но под угрозой применения силы ей пришлось покинуть больницу. В тот же день, 18 сентября, из населения колонии были убиты в общей сложности 120 хронических больных, а все еврейские пациенты отделения трудотерапии были вывезены. Впоследствии врач Н.Н. Акимова старалась, как можно больше пациентов выписать к родным. Ситуация с питанием больных, не имеющих родственников, становилась все сложнее. В конце концов, 5 ноября 1941 года больницу окружили части полиции, рядом с больницей были выкопаны ямы, и оставшиеся пациенты были расстреляны [1, 9].

«Не помогли ни мольбы, ни просьбы. Все ... вывели больных из палат, бросили их на машину, увезли и расстреляли. От ям беспрерывно доносились выстрелы. Этот день означал конец для пациентов и для больницы» [11].

В ноябре и декабре 1941 года были увезены и расстреляны 400 пациентов 2-го клинического

поселка Минской психиатрической больницы. 300 пациентов были убиты взрывами [9].

Оперативная группа «В» под руководством Артура Небе и Эриха Науманна действовала в тылу группы войск «Центр» и только до ноября 1941 года уничтожила 45 467 человек. Недалеко от Москвы, в Лотошинске, окисью углерода, медикаментами, голодом, холодом и расстрелами были уничтожены пациенты больницы. На пациентов, не погибших от холода, офицеры и солдаты вермахта устроили охоту на лошадях [1, 9]. А.Р. Дюков справедливо подчеркивает, что «расстрелы недочеловеков были одним из любимых развлечений благородных немецких офицеров» [5].

Оперативная группа «А» вначале под руководством доктора Бруно Штрекенбаха, а с 1942 года — Вальтера Йоста, вместе с группой войск «Север» действовала в Прибалтике. Только в период с октября 1941 года по январь 1942 года они уничтожили, главным образом путем расстрела, 240 410 человек, в том числе 1 644 психически больных и душевнобольных инвалидов. В психиатрической больнице в Черняковичах под Псковом пациентов под руководством немецкого врача Кольде отравили напитками и уколами. Больница была распущена. В Латвии были расстреляны пациенты больниц в Риге (709 пациентов), Даугавпилсе (760 пациентов) и Елгаве (425 пациентов), а больницы были переданы германскому вермахту под лазареты. В Аглоне 544 пациента были ликвидированы с помощью сил латышской самообороны. Пострадали также больницы в населенных пунктах Мариамполь (Литва), Моготово, Макарьево (при участии германского вермахта) и им. П.П. Кашенко (850-900 пациентов, убиты инъекциями) [1, 9, 13, 14].

Оперативная группа «С» подчинялась группе войск «Юг» и под командованием доктора Отто Раша и доктора Макса Томаса действовала в северной и южной Украине. Она была ответственна за невероятную кровавую бойню еврейского населения Украины. 29 и 30 сентября 1941 года в Бабьем Яру в Киеве были убиты 33 771 евреев. В период между октябрем 1941 и октябрем 1942 года в Киевской психиатрической больнице, после разграбления продуктов был устроен массовый расстрел (по меньшей мере, 785 жертв). Прочие акты ликвидации происходили и в психиатрической больнице Полтавы (были убиты 559 якобы неизлечимо больных, соответственно отобранных, есть мнение, что якобы имелось согласие главного врача (женщины) на ликвидацию части душевнобольных), Игрени под Днепропетровском (1 160 жертв, систематическое отравление медикаментами), Васильевки (320 жертв), Харькова (вначале расстреляли

более 470 пациентов Сабуровой дачи, а позже более 70 пациентов и красноармейцев, переодетых в одежду душевнобольных), Сапогова под Курском (убийство голодом и медикаментами). Кроме того, в приютах расстреливали детей-инвалидов, как, например, в Приславле под Днепропетровском (158 жертв) [9].

Оперативная группа «D» под руководством Отто Олендорфа и Вальтера Биркампа действовала на юге Советского Союза и подчинялась 11-й армии. Работала в основном с газовыми автомобилями. Были отравлены газом 425 пациентов психиатрической больницы в Симферополе, после того, как такое же количество умерло от голода. Эта оперативная группа «D» докладывала об умерщвлении 810 «асоциальных типов, цыган, душевнобольных и саботажников» под Карасубаром в Крыму. Были отравлены газом 632 пациента психиатрической больницы в Ставрополе (Кавказ). 9 августа 1942 года оперативная группа «D» отравила газом детей детского дома в Ейске

на Азовском море, а также 54 тяжелобольных младенца в Спа-Терберде в Крыму [1].

Таким образом, убийство тысяч психически больных людей оперативными группами СС, СД и полиции безопасности в ходе уничтожительной войны против Советского Союза доказывает, что здесь в более острой и несказанно жестокой форме продолжалась политика расового очищения, начатая с систематических убийств больных в ходе «Акции Т-4» еще в 1939 году в Третьем Рейхе, при которой использовались ресурсы, высвобождающиеся благодаря убийству больных людей. К сожалению, в рамках этой программы были также уничтожены десятки тысяч душевнобольных, проживающих на временно оккупированных территориях СССР.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность профессору, доктору медицинских наук В.С. Подкорытову за помощь в подборе специальной литературы и

ценные советы по освещению актуальности темы данной статьи.

Литература

1. Федотов Д.Д. О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны / Д.Д. Федотов // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — 1965. — Т. 12. — С. 443-459.
2. Исторический очерк развития психиатрии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.medicinform.net/history/nauka/10.htm>.
3. Саркисянц М. Английские корни немецкого фашизма: От британской к австро-баварской «расе господ»: Курс лекций, прочитанный в Гейдельбергском университете: Пер. с нем. М.Ю. Некрасова / М. Саркисянц. — СПб.: Академический проект, 2003. — 398 с.
4. Полян П.М. Жертвы двух диктатур: Жизнь, труд, унижение и смерть советских военнопленных и остарбайтеров на чужбине и на родине / Предисл. Д. Гранина / П.М. Полян. — М.: РОССПЭН, 2002. — 895 с.
5. Дюков А.Р. За что сражались советские люди: «Русский НЕ должен умереть» / А.Р. Дюков. — М.: Яуза, Эксмо, 2007. — 576 с. — (Война и мы).
6. Война: память, памятник, дневник. — Харьковские известия. — 23 августа 2007. — № 86 (1757). — С. 6.
7. Ветте В. Образ врага: Расистские элементы в немецкой пропаганде против Советского Союза / В. Ветте // Вторая мировая война: Взгляд из Германии. — М.: Эксмо; Яуза, 2005. — С. 94-124.
8. Ни давности, ни забвения...: По материалам Нюрнбергского процесса / Предисл. Л.Н. Смирнова; послесл. М.Ю. Рагинского. — М.: Юридическая литература, 1983. — 400 с.
9. Хозндорф Г. Убийство под знаком эйтаназии при нацистском режиме: Рукописный вариант статьи / Г. Хозндорф. — Гейдельберг-Дахау. — 2006. — 8 с. // Из личного архива П.Т. Петрюка.
10. В Кракове открыт памятник психически больным, уничтоженным гитлеровцами во время войны [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rian.ru/society/20020623/179457.html>.
11. Из приговора окружного суда в Штутгарте в отношении Альберта Видманна // Эббингхаус/Прайслер. — 1986. — С. 84, 91.
12. Поляков М. Психбольница имени Ющенко / М. Поляков [Электронный ресурс] // Еженедельник 2000. — 14-20.10.2005. — № 41 (289) // Режим доступа: <http://www.2000.net.ua/print?a=paper/34429>.
13. Сочнева З.Г. Психиатрическая помощь в Латвии в годы Великой Отечественной войны / З.Г. Сочнева // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 119-121.
14. Дрикетис В.И. Нюрнбергский процесс / В.И. Дрикетис, Х. Салтупс. — Т. IV. — М., 1959. — С. 896.

УДК: 616.89

Психотерапия в практике врача сабуровой дачи Светланы Николаевны Смирновой (к 50-летию первой кафедры психотерапии в мире)



Бессмертный А. В.



Смирнова С. Н.

Бессмертный А. В., Смирнова С. Н.

Запорожский государственный медицинский университет кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии;

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3

Резюме. Статья посвящается вехам отечественной истории психо[нейро]дисциплин, отражает культурально-дидактическую специфику психотерапии в психиатрической практике врача Сабуровой дачи. По фрагментам воспоминаний одного из авторов, а также материалам литературного анализа проведена реконструкция опыта применения психотерапевтических практик в клинике душевных заболеваний в качестве автобиографической иллюстрации к 50-летию юбилею первой кафедры психотерапии в мире (кафедра психотерапии ХМАПО)..

Ключевые слова: психотерапия, большая психиатрия, врач-психиатр, кафедра психотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Сабурова дача, история медицины, психо[нейро]дисциплины.

Psychotherapy in practice physician saburova villas Svetlana Smirnova (on the 50-th anniversary of the first chair of psychotherapy in the world)

Bessmertnyy A. V., Smirnova S. N.

Zaporozhe state medical university department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology;

Kharkov regional clinical psychiatric hospital № 3

Resume. The article is devoted to milestones of national history psycho[neuro]discipline, reflects the culture-specific didactic psychotherapy in psychiatric practice physician Saburova villa. From fragments of memories of one of the authors, and literary analysis of the material reconstruction of experience in the application of psychotherapeutic practices in clinical mental illness as an autobiographical illustration of the 50-th anniversary of the first department in the world of psychotherapy (department psychotherapy KMAPE).

Key words: psychotherapy, most of psychiatry, psychiatrist, department psychotherapy, Kharkov medical academy of postgraduate education, Saburova villas, history of medicine, psycho[neuro]discipline.

Истоки эволюции нейро[психо]дисциплинарных исследований и терапевтических тактик в борьбе с душевными заболеваниями на территории Украины очень часто ассоциируются историками медицины с городом Харьковом [1, 5, 7].

Столица Слободской Украины богата памятью о талантах нейрохирургии, неврологии, психиатрии, наркологии, сексopatологии, психотерапии и медицинской психологии. Великое большинство харьковских и зарубежных учёных, которые посвятили свою жизнь изучению психического так какового, соприкасались с именем Сабуровой дачи. Этот научно-практический

центр стал неким «домом» для врачей, работа которых сопряжена с психическими и поведенческими расстройствами, нервными болезнями и трудными жизненными ситуациями [2, 3, 9].

На территории Сабуровой дачи по сей день располагаются такие заведения как Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3 (далее — ХОКПБ №3) и государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». Многократно они меняли свои названия, однако адрес по-прежнему остаётся неизменным и запоминающимся для тех, кто хотя бы раз в жизни был в их расположении [4, 8, 10].

Адрес: «улица Академика Павлова, 46» находится и в памяти врача ХОКПБ №3 Светланы Николаевны Смирновой, посвятившей более 50 лет своей жизни работе с душевнобольными и более 30 лет на реконструкцию истории Сабуровой дачи, бессменной хранительницей музея которой она по праву считается и сейчас.

За время своей клинической, а также педагогической практики с врачами-интернами в стенах ХОКПБ №3 врач С.Н. Смирнова не только занималась методами биологической (патогенетической обоснованной) и психофармакологической терапии душевных заболеваний, но и проявляла глубокую личностную позицию по отношению к пациентам и защите их интересов [12, 14].

Её неравнодушные к судьбам своих подопечных поступки были реализованы вместе с психотерапевтическими мероприятиями, проводимыми будущей хранительницей музея на «Сабурке» (простонародное название Сабуровой дачи).

Даже спустя много лет Светлана Николаевна эмоционально вспоминает своих учителей и соратников — эрудированного профессора психиатрии Е.А. Попова, который в её студенческую пору на экзамене заинтересовал вопросами о существовании музея на Сабуровой даче; доцента психиатрии А.И. Вольфовского, обучившего почтению истории психиатрии и познакомивший её с профессором психотерапии И.И. Вельковским, работавшим в то время с автором научного труда «Слово как физиологический и лечебный фактор» К.И. Платоновым [7, 13].

Особое внимание и место в своих воспоминаниях С.Н. Смирнова отводит и Наталье Карловне Липгарт, которая являлась научным руководителем Украинского психоневрологического института (УПНИ), главным неврологом УССР и одним из учеников Нины Павловны Татаренко. Учениками заместителя директора по науке УПНИ Н.П. Татаренко стали и профессор кафедры психиатрии Харьковского медицинского института К.В. Кравченко-Михайлова, а также профессор А.Т. Филатов, возглавлявший кафедру психотерапии тогда ещё Харьковского института усовершенствования врачей (ныне — Харьковской медицинской академии последипломного образования) в период с 1971 по 1993 год [1, 11, 12].

Традиционные данные об официальной дате открытия первой кафедры психотерапии в мире — кафедры психотерапии не сводятся только к маю 1962 года, впрочем, как и дата образования и становления Сабуровой дачи в 1796 году.

По мнениям большинства представителей «колыбели харьковской психоневрологии» история кафедры начинается многим раньше — с имени выдающегося учёного и гипнотерапевта Константина Ивановича Платонова, отец которого будучи врачом, начинал практиковать частным образом в клинике неврологии и имел не-

обыкновенный опыт применения нейрофизиологической психотерапии.

Подчеркнём, что именно во время руководства кафедрой психотерапии Аркадием Тимофеевичем Филатовым психиатр С.Н. Смирнова многократно проходила курсы усовершенствования врачей по психотерапии.

На данных курсах повышения квалификации огромное внимание уделялось практике специалистов в нейрофизиологически опосредованной психотерапии — методам гипносуггестивной психотерапии [7].

Полученный опыт Светлана Николаевна привнесла в собственную клиническую практику, о чём говорит её высококвалифицированная компетентность как в клинко-психопатологических, так и в психофеноменных наблюдениях в клинике душевных недугов различного происхождения.

Взгляды врача-психиатра неуклонно были сфокусированы на показаниях и противопоказаниях к применению гипносуггестивной психотерапии при эндогенных и экзогенных психозах, а также на степени и качестве организации безмедикаментозного воздействия на уже страдающую психику в условиях презрения.

Особые слова С.Н. Смирнова говорит об эффективности и значении проводимых групповых и индивидуальных сеансов для пациентов с душевными недугами: «...я знала и видела то, что происходит в жизни каждого пациента, в его семье... и непременно ремиссионные изменения у больных шизофренией наступали, когда я замечала, что после сеансов они начинают что-то делать для того, чтобы жить, работать и проявлять свою чувственность к другим людям...».

Одним из множества самых значимых примеров эффективности психотерапии, проводимой С.Н. Смирновой в психиатрическом отделении на 120 коек является клиническая иллюстрация того, как заболевшая шизофреническим расстройством медицинская сестра, после обращения к гипносуггестии, выздоровела и окончила медицинский институт, в дальнейшем работая врачом-психиатром на Сабуровой даче.

И когда на клинических конференциях возникали недоумевающие вопросы о том, для чего врач С.Н. Смирнова занимается психотерапией с больными и как это им помогает, она уверенно указывала рукой на свою теперь уже коллегу-психиатра и отвечала: «А что же это и как Вы можете это объяснить? Вот один из результатов психотерапии, и она теперь врач на «Сабурке».

Подобные описания клинического опыта представляют ценность в историческом медицинском значении, а также в сохранении классических традиций и культурально-педагогического опыта психотерапевтической школы в Харькове.

Подчеркнём, что на сегодняшний день наше (психоическое) профессиональное сообщество

переживает очередные социальные, социально-экономические изменения, которые отражаются как на научно-педагогическом наследии, так и на дидактических вариациях обучения будущих специалистов.

Личность врача Светланы Николаевны Смирновой несёт в себе не просто гуманное отношение к своим подопечным, но и качественно новое желание помогать психотерапией. На вопрос: «А собственно о чём Ваша профессия врача-психиатра?», Светлана Николаевна подчеркивает это отношение ответом: «Моя профессия, прежде всего, о доброте по отношению к этим больным...».

В 2012 году кафедра психотерапии ХМАПО пересекает черту 50-летия, юбилея этого академического подразделения. Спустя время стоит подчеркнуть необратимую значимость истории кафедры как в судьбах огромного количества на-

учных деятелей, врачей практического здравоохранения, так и в жизни пациентов, обратившихся за помощью к ученикам кафедры психотерапии, где бы они не находились и не работали [7, 13].

В 2016 году памятник архитектурного и научно-медицинского наследия — Сабурова дача — празднует своё [якобы] 220-летие. Каким оно будет и что принесёт пока не известно. Но, память о взаимосвязи традиций харьковских школ психиатрии и психотерапии неразрывна, вызывает неисчерпаемый интерес и вопросы об их истории и предназначении для современного медицинского сообщества [6].

Авторы данной публикации являются воспитанниками разных поколений, разных событий и разного времени на Сабуровой даче, а также кафедре психотерапии ХМАПО. Выражают своё небезразличие и пожелания добрых дел специалистам, которые там работают и обучаются.

Литература:

1. Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии : Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи [Электронный ресурс] / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — К. — Х., 2010. — Т. 5. — Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/books/actual>.
2. Зеленский Н. М. 150 лет Сабуровой дачи / Под редакцией засл. проф. А. И. Геймановича, проф. Е. А. Попова и доцента А. И. Вольфовского / Н. М. Зеленского. К. : Государственное медицинское издание, 1946. — 160 с.
3. История Сабуровой дачи : Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского научно-исследовательского института клинической, экспериментальной неврологии и психиатрии ; Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общей редакцией И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Х., 1996. — Т. 3. — 560 с.
4. История украинской психиатрии : Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Х., 1994. — Т. 1. — 153 с.
5. Каннабих Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. — М. : АСТ, Мн. : Харвест, 2002. — 560 с.
6. Кузнецов В. Н. Профессор Иосиф Адамович Полищук — выдающийся отечественный учёный, психиатр, педагог, философ и бывший сабурянин (к 100-летию со дня рождения) / В. Н. Кузнецов, П. Т. Петрюк, О. П. Петрюк // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, Вип. 4. — С. 106–112.
7. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III — IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х. : Око, 2002. — 768 с.
8. Петрюк П. Т. Николай Маркович Зеленский — крупнейший организатор украинской психоневрологической помощи (фрагменты воспоминаний) / П. Т. Петрюк, Я. Н. Зеленская, С. Н. Смирнова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1997. — № 1. — С. 113–114.
9. Петрюк П. Т. Система нестеснения и Сабурова дача / П. Т. Петрюк // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1999. — № 1. — С. 174–193.
10. Подкорытов В. С. Вопросы устройства и управления психиатрических больниц в руководстве профессора Харьковского университета П. А. Бутковского «Душевные болезни...» (к 170-летию выхода первого руководства по психиатрии на русском языке) / В. С. Подкорытов, А. Н. Бачериков, П. Т. Петрюк, И. И. Кутько, А. Е. Двирский, С. С. Яновский // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, Вип. 2. — С. 115–118.
11. Психиатрия и религия на стыке тысячелетий : Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, Р. Б. Брагина. — Х., 2006. — Т. 4. — 130 с.
12. Смирнова С. Н. Очерки истории Сабуровой дачи / С. Н. Смирнова. — Х. : Ранок, 2007. — 292 с.
13. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К. : Здоров'я; Х. : Око — Наука, 2008. — 768 с.
14. Шизофрения : новые подходы к терапии : Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Х., 1995. — Т. 2. — 144 с.

УДК: 616.12–089:612.82-073.7

Застосування ЕЕГ-моніторингу в оцінюванні функціонального стану головного мозку у кардіохірургічних хворих на різних етапах реабілітації



Хаустова О. О.



Кардашов В. П.



Бушинська О. В.



Тарновецька К. І.

Хаустова О. О., Кардашов В. П., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.

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

Резюме. В статті розглянуті актуальні питання застосування ЕЕГ-моніторингу у комплексній системі супроводу і терапії у кардіохірургічних хворих. Проводиться аналіз показників ЕЕГ-моніторингу в оцінці функціонального стану у кардіохірургічних хворих на різних етапах реабілітації.

Ключові слова: Кардіохірургічні хворі, ЕЕГ-моніторинг, спектральний аналіз ЕЕГ.

Using EEG – monitoring in estimation of the functional condition of the cerebrum beside cardio surgery sick on miscellaneous stage to rehabilitations

Haustova O. O., Kardashov V. P., Bushinskaya O. V., Tarnovetska K. I.

Resume. In article are considered actual questions of the using EEG-monitoring in complex system of the accompaniment and therapy beside cardio surgery sick. The analysis of the factors EEG-monitoring is conducted in estimation of the functional condition beside cardio surgery sick on miscellaneous stage to rehabilitations.

Key words: Cardio surgery sick, EEG-monitoring, spectral analysis EEG.

В наш час серцево-судинні захворювання (ССЗ) становлять головну причину, від якої помирають найбільше людей в усьому світі.

В економічно розвинених країнах однією із перших причин смертності є ішемічна хвороба серця (ІХС) (12,2 %), а на другому місці стоїть цереброваскулярна патологія (9,7 %) (World Health Statistics, 2008). За останні 10 років в Україні смертність від ССЗ зросла на 40 %, що вказує на вкрай негативну динаміку цього показника [18].

За даним Центру медичної статистики МОЗ України, у 2006 році поширеність захворювань системи кровообігу в Україні складала 29,7 % і займала перше місце в загальній структурі захворювань. За даним ВООЗ, у 2006 році в світі від ССЗ померло 17,5 млн. осіб [30].

В Україні, тільки у Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. акад. М.М. Амосова АМН України за 2007-2008 роки було проведено 5313 операцій у кардіохірургічних хворих [12].

У медичній системі заходів щодо збереження та відновлення здоров'я осіб, які піддаються оперативним втручанням, зокрема на серці — важливу роль відіграє психіатричний, психологічний, психотерапевтичний супровід кардіохірургічних хворих [1;4;5;8;9-11;17;23;29;32;34].

Оскільки під час проведення хірургічних операцій на відкритому серці застосовуються методики штучного кровообігу із застосуванням краніocereбральної гіпотермії, виникає потреба захисту центральної нервової системи від ішемії, гіпоксії та метаболічних порушень, а також можливих неврологічних ускладнень [25;26;28].

За літературними даними однією з основних причин ураження центральної нервової системи (ЦНС) під час штучного кровообігу (ШК) є неадекватна церебральна перфузія [6;35].

За даними деяких досліджень [36] імовірність виникнення неврологічних ускладнень при неадекватній церебральній перфузії під час ШК у вигляді енцефалопатій може доходити до 54,5 %.

На актуальність проблем захисту ЦНС від ускладнень при кардіохірургічних втручаннях вказують численні дослідження як в Україні так і за кордоном [2;3;13;14;24;27;28;31;34].

В нашій роботі зроблено акцент на вивченні можливостей застосування ЕЕГ — моніторингу у кардіохірургічних хворих, як одного із елементів у комплексній системі супроводу та запобігання можливих психічних ускладнень на різних етапах їх реабілітації. Вивченням цієї проблеми займаються провідні кардіохірургічні центри світу. Аналіз літератури, присвячений проблемі нейрофізіологічних досліджень у комплексній системі реабілітації постопераційних (в тому числі кардіохірургічних) хворих, вказує на актуальність цієї проблеми [19-22;33].

В наш час, в роботах Сазонові [19-22] доказані широкі можливості застосування моніторингу спонтанної біоелектричної активності в анестезіології та нейрохірургії.

Моніторинг ЕЕГ під час виходу від наркозу може дати дані про порушення та необхідність надати невідкладні заходи для поновлення функцій мозку. Частіше за все подібні затримки виходу від наркозу трапляються після операцій на відкритому серці [37].

В роботі Шнайдер та його співробітників [33] доведено, що загальна анестезія викликає негативний вплив на спектральні характеристики ЕЕГ в післяопераційному періоді. Показано, що у пацієнтів молодого віку з постопераційною когнітивною дисфункцією негативні зміни спектральної потужності ЕЕГ виявлялись у вигляді підвищення індексу повільно-хвильової активності, підвищення пікової потужності альфа-1-ритму і підвищення індексу «тета/альфа».

Заслужують на увагу дослідження по розробці та впровадженню автоматизованої системи для нейрофізіологічних досліджень, котра об'єднує сполучення математичних методів, емпіричних правил та експертних оцінок, що забезпечують вимір параметрів ЕЕГ, визначення патологічних ознак та опис загального патерну ЕЕГ в термінах клінічної електроенцефалографії [15;16]. За допомогою цього методу було підтверджено, що зміни ЕЕГ у хворих на депресивні розлади, в порівнянні з здоровими, характеризуються вірогідним підвищенням відносної потужності дельта — і тета — активності і зниженням альфа — і бета — активності, а

також зменшенням регіонарних відмінностей між передніми та задніми ділянками мозку і зростанням активності правої півкулі відносно лівої півкулі [16].

Об'єкт і методи дослідження.

Нами була обстежена група із 19 кардіохірургічних хворих чоловічої та жіночої статі віком від 36 до 62 років, які поступили у хірургічне відділення Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. акад. М.М. Амосова АМН України з приводу розшарування аорти. Паралельно досліджувалась контрольна група здорових осіб чоловічої та жіночої статі віком від 19 до 45 років, загальною чисельністю 35 осіб, без ознак психічних порушень та наявної соматичної патології.

В усіх досліджуваних осіб проводили запис фонових ЕЕГ від передніх і задніх лобних, центральних, тім'яних, потиличних та скроневих ділянок мозку по загальноприйнятій міжнародній системі (10-20 %) з використанням даних топографічного картування спектральної потужності основних ритмів ЕЕГ та спектрального аналізу ЕЕГ.

Реєстрація біопотенціалів мозку проводилась на комп'ютерному радіотелеметричному електроенцефалографі «Експерт- ТМ» фірми «Tredex» в реальних умовах впливу звичайних для досліджуваних подразників без додаткового екранування. Досліджували реакції біопотенціалів мозку на функціональні проби: розплющування- запліскування очей та на пробу с гіпервентиляцією (3 хвилини). Автоматизований аналіз ЕЕГ проводився в монополярній системі відведення і включав в себе швидке Фур'є- перетворення, з наступним підрахунком та побудовою спектрів потужності основних ритмів ЕЕГ для кожного із 16 відведення (Fp1; Fp2; F3; F4; C3; C4; P3; P4; O1; O2; F7; F8; T3; T4; T5; T6) та побудовою мап спектральної потужності мозку.

В якості індиферентного електроду для радіотелеметричного енцефалографа використовували F0. Аналізували спектри потужності в смузі частот від 1 до 30 Гц., для 15 секундних відрізків безартефактних ЕЕГ.

Радіотелеметричний електроенцефалограф «Експерт-ТМ» пройшов метрологічну перевірку і має відповідний сертифікат.

Результати досліджень.

Було проведено дослідження функціонального стану головного мозку з використанням спектрально — топографічного аналізу БЕАГМ.

Нами була зосереджена увага на дослідженні спектрально-топографічних характеристик основних ритмів ЕЕГ, оскільки вони найбільш адекватно і оперативно відбивають ФС ЦНС в умовах скрінінг — контролю БЕАГМ у кардіохірургічних хворих.

Контрольна група здорових осіб з організованим типом ЕЕГ (по Жирмунській Е.А., 1991). (Тип I, групи 1 та 2), складала 35 осіб, що за даними спектрально-топографічних характеристик ЕЕГ, та реакцією мозку на відповідні функціональні проби відповідала параметрам «вікової норми».

Усю досліджувану нами групу кардіохірургічних хворих (19 осіб), за даними аналізу ЕЕГ, та ступенем дезорганізації БЕАГМ, нам довелося розподілити на IV типи (по Жирмунській Е.А., 1991) [15].

До першого організованого типу ЕЕГ (група 2) було віднесено 3 особи (15,8 %). До третього десинхронного типу ЕЕГ (групи 7 і 8) було віднесено 6 осіб (31,6 %). До четвертого та п'ятого дезорганізованих типів ЕЕГ (групи 9-14) було віднесено 10 осіб (52,6 %). У нашій вибірці кардіохірургічних хворих не було виявлено тільки II — гіперсинхронного типу ЕЕГ.

Група кардіохірургічних хворих I — організованого типу ЕЕГ (група-2) характеризувалася домінуванням у картині фоновій ЕЕГ регулярного альфа-ритму нестійкої частоти (у межах (9-11 кол/с.), середньої та високої амплітуд (від 60 до 100 мкВ.) з нормальною чи послабленою модуляцією альфа-ритму з вираженими зональними розбіжностями і незначною (< 20 %) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності, зазвичай ($D > S$). Форма а-хвиль була нормальною.

Бета — активність була низької частоти (в межах 13-20 Гц.) та низької амплітуди (до 15 мкВ.) в незначній кількості з максимальною спектральною щільністю на мапах мозку була представлена в лобно-центральных та потиличних ланах кірки мозку.

Дельта — активність частотою 2-4 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості з максимальною спектральною щільністю була виражена в зонах задньолобно-центральных та потиличних ланах кірки мозку.

Тета — активність — частотою 5-7 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості, з максимальною спектральною щільністю виражена в зонах задньолобних ланах кірки мозку.

Реакція розплющування — заплющування очей була адекватна (тобто мала виражену депресію альфа — ритму).

Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена, переважно, у частотному діапазоні 9-13 Гц.

Гіпервентиляція у 66 % випадків провокувала збільшення спектральної потужності повільних (дельта — і тета -) складових ЕЕГ.

Слід зауважити, що спектр потужності альфа-ритму мав бімодальний та полімодальний характер, який майже не зустрічався в контрольній

групі здорових пацієнтів та мав мономодальний характер.

Приклад фоновій ЕЕГ, спектрограми ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з організованим типом ЕЕГ (2 група) представлені на рис. 1.1.

У кардіохірургічних хворих III (десинхронного) типу ЕЕГ (групи 7 і 8) відмічалось значне зменшення індексу альфа-ритму. Альфа-ритм був нестійкої частоти (у межах (10-12 кол/с.), низької амплітуди (до 30 мкВ.) без модуляції з невираженими зональними розбіжностями без міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності ($D = S$). Форма а-хвиль була гострою.

Бета — активність була низької та високої частот (в межах 15-28 Гц.) та високої амплітуди (до 30 мкВ.) в значній кількості з максимальною спектральною щільністю на мапах мозку була представлена в потилично-задньоскроневих ланах кірки мозку.

Дельта — активність частотою 2-4 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості із максимальною спектральною щільністю була виражена в зонах лобних ланах кірки мозку.

Тета-активність — частотою 5-7 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості з максимальною спектральною щільністю виражена в зонах лобно-задньолобних ланах кірки мозку.

Реакція розплющування — заплющування очей була послаблена (тобто мала не виражену депресію альфа — ритму).

Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена, переважно, у високочастотному діапазоні 12-18 Гц.

Гіпервентиляція — не провокувала збільшення спектральної потужності повільних (дельта — і тета -) складових ЕЕГ.

Слід зауважити, що амплітуда спектру потужності бета-ритму перевищувала амплітуду спектру потужності альфа-ритму у 1,5- 2 рази.

Приклад фоновій ЕЕГ, спектрограми ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з десинхронним типом ЕЕГ (7 група) представлені на рис. 1.2.

У кардіохірургічних хворих IV та V (дезорганізованого) типів ЕЕГ (групи 9-14) відмічалось значне зменшення індексу альфа-ритму. Альфа — ритм був нестійкої частоти (у межах (8-10 кол/с.), низької та середньої амплітуд (до 60 мкВ.) без модуляції з невираженими, а іноді із спотвореними зональними розбіжностями із міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності ($D < S$). Форма а-хвиль була гострою.

Бета — активність була низької та високої частот (в межах 15-20 Гц.) та середньої амплітуди (до 15 мкВ.) в значній кількості з

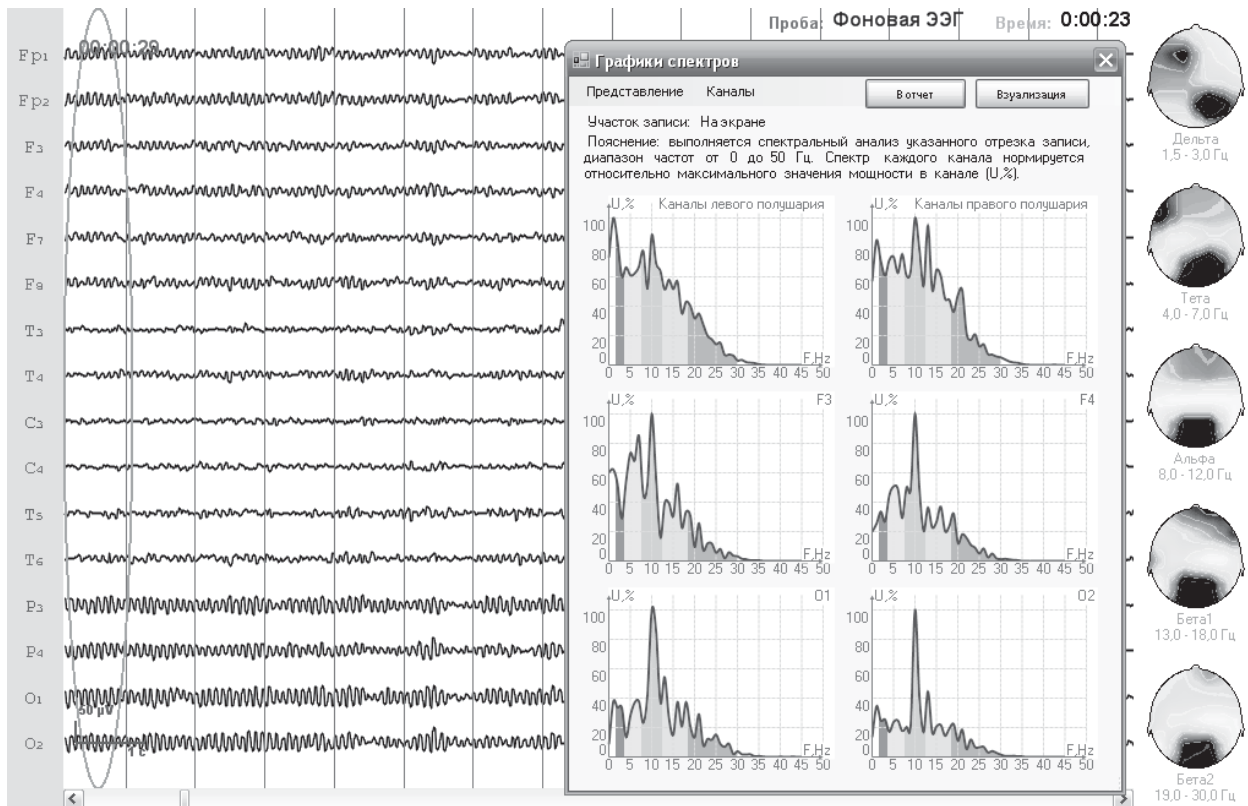


Рис. 1.1.

Фонова ЕЕГ, спектрограма ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з організованим типом ЕЕГ (2 група)

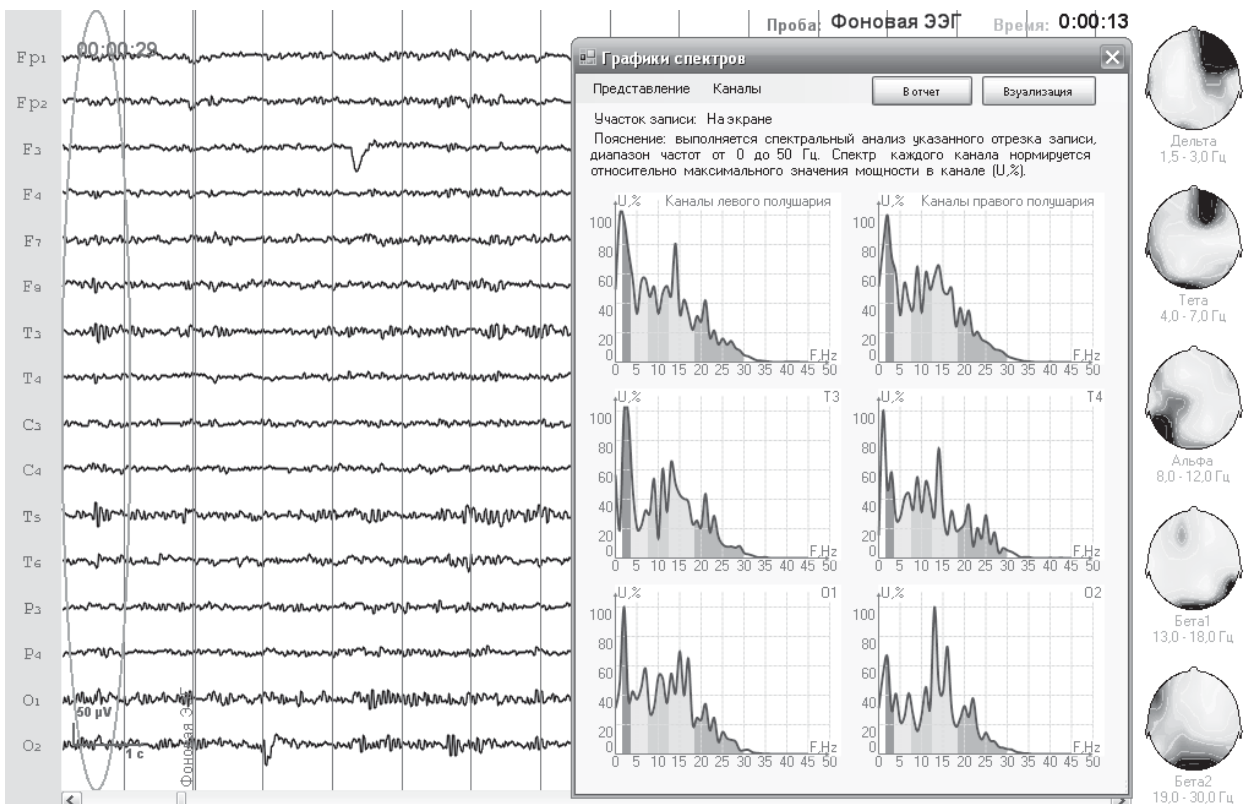


Рис. 1.2.

Фонова ЕЕГ, спектрограма ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з десинхронним типом ЕЕГ (7 група).

максимальною спектральною щільністю на мапах мозку була представлена в лобно-скроневих ланах кірки мозку.

Дельта — активність частотою 2-4 кол/с. була високої амплітуди (до 80 мкВ.) в значній кількості із максимальною спектральною щільністю була виражена в зонах лобно-скроневих ланах кірки мозку.

Тета — активність частотою 5-7 кол/с. була високої амплітуди (до 70 мкВ.) в значній кількості із максимальною спектральною щільністю виражена в зонах лобно-скроневих ланах кірки мозку.

Реакція розплющування — заплющування очей була послаблена (тобто мала не виражену депресію альфа — ритму) або взагалі відсутня.

Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена, переважно, у низькочастотному діапазоні 5-8 Гц.

Гіпервентиляція провокувала збільшення спектральної потужності повільних (дельта- і тета-) складових ЕЕГ у формі спалахів пароксизмальних «гострих» хвиль частотою 4-6 кол/с. з максимальною амплітудою до 150 мкВ. У задньолобно-центральных ланах кірки мозку.

Слід зауважити, що на графіку спектрограми ЕЕГ домінували спектри потужності дельта- і

тета- діапазонів ЕЕГ. Амплітуда спектрів потужності дельта- та тета- складових ЕЕГ перевищувала амплітуду спектру потужності альфа-ритму у 2- 3 рази.

Приклад фонові ЕЕГ, спектрограми ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з дезорганізованим типом ЕЕГ (14 група) представлені на рис. 1.3.

Дані особливостей ЕЕГ здорових пацієнтів контрольної групи (вікової норми) з організованим типом ЕЕГ представлені у табл. 1.1

Висновки

Аналіз представлення типів ЕЕГ у досліджуваній групі кардіохірургічних хворих вказує на доволі високий відсоток дезорганізованих типів ЕЕГ (52,6 %), що на наш погляд зумовлено «специфікою» досліджуваної групи хворих і може бути пояснено порушеннями церебральної гемодинаміки та відповідною хронічною ішемією структур головного мозку внаслідок порушення роботи серця.

Відмічено, що у третини із досліджуваної нами групи кардіохірургічних хворих, які віднесені до десинхронного типу ЕЕГ (31,6 %) спостерігались порушення на рівні стовбурових структур мозку, а саме спостерігалась

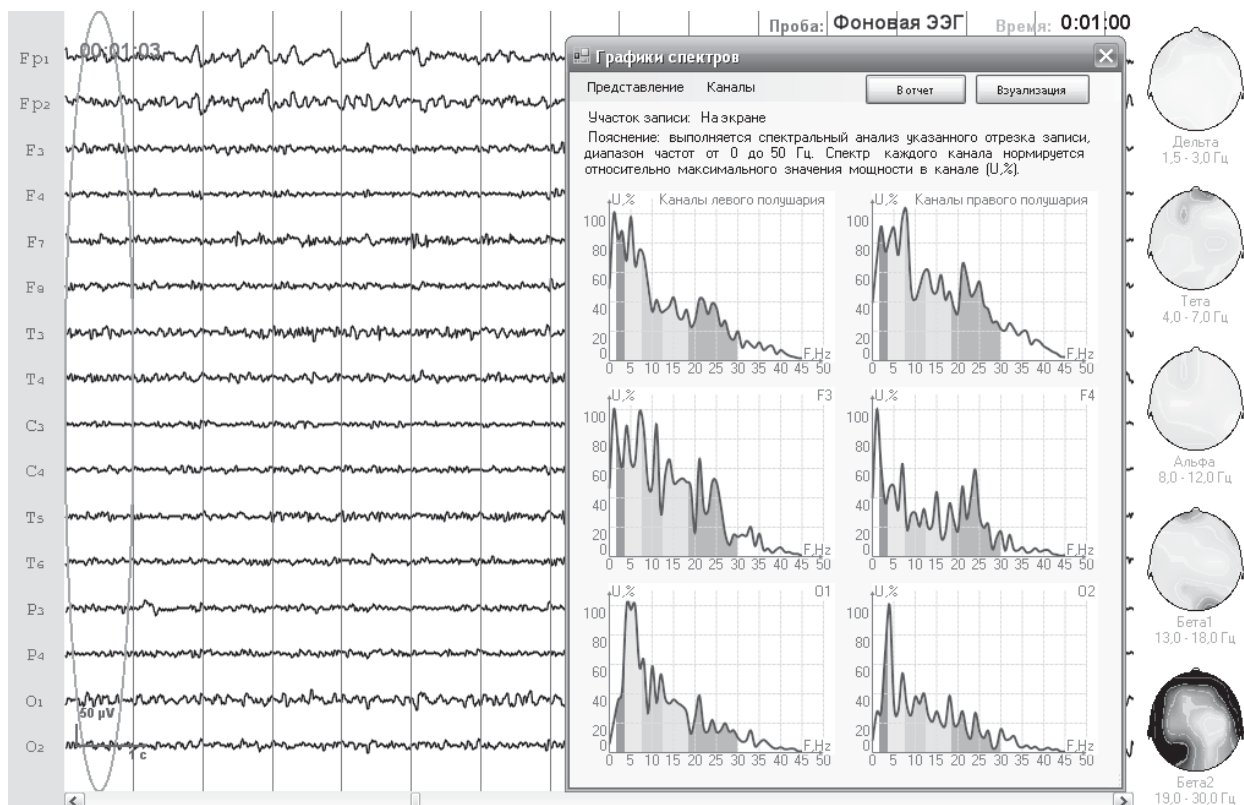


Рис.1.3.

Фонова ЕЕГ, спектрограма ЕЕГ та мапи мозку кардіохірургічного хворого з дезорганізованим типом ЕЕГ (14 група)

Таблиця 1.1.

Особливості ЕЕГ в контрольній групі здорових пацієнтів (1- організований тип, групи 1 та 2).

Показник ЕЕГ	Особливості показника ЕЕГ	Амплітуда (у мкВ.)	Осіб (у %)
α-ритм	Організований по амплітуді і частоті α-ритм з вираженою депресією α-ритму при відкриванні очей	60-100	100
	Фрагменти α-ритму	-	Немає
	Дезорганізований по амплітуді і частоті α-ритм	-	Немає
β-ритм	Дифузійна низькоамплітудна β-активність	10-15	80
	Дифузійна низькоамплітудна β-активність з поодинокими веретенами		20
	Високоамплітудна β-активність із множинними β-веретенами		Немає
Низькоамплітудні білатерально-синхронні повільні хвилі в центральних відведеннях	Більш 50 % запису спонтанної ЕЕГ		Немає
	20–50 % записи спонтанної ЕЕГ		Немає
	До 20 % запису спонтанної ЕЕГ	30-40	20
Пароксизмальна білатерально-синхронна θ-активність у центральних відведеннях	Спахи високоамплітудних θ-хвиль		Немає
	Спахи низькоамплітудних θ-хвиль		Немає
	Відсутність пароксизмальної активності		100
Епілептиформна активність	Дифузійні піки, гострі хвилі		Немає
	Епілептиформна активність в лобно-центральному і тім'яно-потиличних відведеннях		Немає
	Відсутність епілептиформної активності		100
Ефекти фотостимуляції	Засвоєння повільних ритмів у центральних відведеннях		15
	Засвоєння ритмів в потиличних відведеннях		65
	Засвоєння ритмів не виражено		20
	Засвоєння ритмів у α-діапазоні на тлі фотостимуляції		85
Збільшення індексу повільнохвильової активності на тлі гіпервентильованої	Виразно		25
	Не виразно		75

підвищена активації кори головного мозку за рахунок іритації ретикулярної формації (РФ) стовбура мозку, що на наш погляд може бути зумовлено явищами хронічної вертебробазиллярної недостатності та можливим порушенням тону магістральних артерій. Аналізуючи дані літературних джерел щодо застосування методів нейрофізіологічного ЕЕГ-моніторингу та результати власних нейрофізіологічних досліджень у кардіохірургічних хворих, ми прийшли до висновку, що ЕЕГ-моніторинг відтворює дійсний функціональний стан головного мозку з дуже гарним часовим розрішенням і є важливим інструментом у комплексній системі реабілітаційних заходів (в тому числі психіатричного, психологічного та психотерапевтичного

супроводу) у кардіохірургічних хворих на різних етапах їх реабілітації.

Завдяки новітнім розробкам у галузі електронних технологій та програмного забезпечення створена нова генерація комп'ютерних телеметричних електроенцефалографів. Заслужують на увагу сучасні розробки вітчизняних науковців в цій галузі, зокрема фірми «TREDEX», які розробили нову серію телеметричних портативних електроенцефалографів «EXPERT» за допомогою яких ЕЕГ-моніторинг у кардіохірургічних хворих можливо проводити дистанційно на протязі тривалого часу, забезпечуючи, таким чином, моніторинг функціонального стану головного мозку хворого пре-, інтра- та після оперативного втручання, при наркозі та в коматозних станах.

Література:

1. Барабошин А.Т., Русина Н.А., Ларичев А.Б. Место психолого-психотерапевтического сопровождения пациентов в хирургической клинике // Харківська хірургічна школа. — 2006. — №1. — С.178-180.
2. Белов Ю.В., Кузнецовский Ф.В. Защита мозга при операциях на дуге аорты // Ангiology и сосудистая хирургия. — 2001. — Том 7, №1. — С. 91-95.

3. Бокерия Л.А., Лобачева Г.В., Ваничкин А.В. и др. Противоишемическая защита головного мозга и миокарда после радикальной коррекции врожденных пороков сердца синего типа в условиях искусственного кровообращения и гипотермии с использованием ингибиторов свободнорадикальных процессов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия: Двухмесячный научно — практический журнал. — 2000. — №1. — С.42-46.
4. Борцов В.А. Научное обоснование совершенствования медико-социальной помощи социально — дезадаптированным пациентам: Автореф. Дисс.... докт. мед. наук: 14.00.33 / Новосибирский мед. Университет. — Красноярск : б. и., 2009. — 38 с.
5. Глушенко Т.Э. Особенности клинико-функциональных и клинико-социальных показателей адаптации больных до и после операции аортокоронарного шунтирования в зависимости от уровня личной тревожности // Сибирский медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. — 2007. — Том 22, №4. — С.82-86.
6. Ермилов М.Ю. Принципы ведения ближайшего послеоперационного периода у больных с врожденными пороками сердца, оперированных в условиях бесперфузионной гипотермии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: М.Ю. Ермилов; Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина. — Новосибирск: Б.и. — 2000. — 24с.
7. Жирмунская Е.А. Клиническая электроэнцефалография / Москва: Мэйби, 1991, — 77с.
8. Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Погосова Г.В. и др. Психологические предикторы эффективности реабилитации больных после операции аортокоронарного шунтирования // Кардиология. — 1998. — Том 38, №4. — С.30-32.
9. Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Мандрыкин Ю.В. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции // Терапевтический Архив. — 2000. — №1. — С.25-28.
10. Кліменко В.І. Інтеграція психотерапевтичної служби в систему медичної допомоги кардіологічним хворим // Запороз. мед. журн. — 2008. — №1. — С.35-38.
11. Кліменко В.І. Організація психотерапевтичної допомоги кардіологічним хворим // Галиц. лікар. Вісн. — 2008. — 15, №2. — С.103-106.
12. Книшов Г.В. Стан кардіохірургічної допомоги в Україні (за матеріалами розширеного засідання Правління Асоціації серцево-судинних хірургів (АССХ) України — Київ, 23 січня 2009 року) // Серцево-судинна хірургія: Щорічник наукових праць Асоціації серцево — судинних хірургів України. Вип.17/. — К: НІССХ ім. Амосова, 2009. — С.4-6.
13. Локшин Л.С., Лурье Г.О., Тимченко А.А. Перфузионные методы защиты головного мозга при операциях на дуге аорты // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2001. — №5. — С.59-63.
14. Малащенко А.И., Русанов Н.И., Быкова В.А. Проблемы защиты головного мозга при операциях на дуге аорты // Вестник Российской академии мед. наук: Ежемесячный научно-теоретический журн. / Российская академия медицинских наук. — 2005. — №4. — С.21-25.
15. Омельченко В.П., Заика В.Т. Изменение ЭЭГ ритмов при эндогенных депрессивных расстройствах и влияние фармакотерапии // Физиол. человека. — 2000. — Т 28, №3. — С.30-36.
16. Омельченко В.П. Компьютерный анализ биопотенциалов мозга как основа оценки фармакологической корреляции психопатологических состояний: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. — К., Изд-во Института кибернетики им. В. М. Глушкова АН УССР. — 1990. — 35с.
17. Підаєв А.В., Табачников С.І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загально соматичній мережі // Архів психіатрії. — 2003. — Т.9, — №1(22). — С.4-5.
18. Руководство по кардиологии / Под.ред. В.Н. Коваленко. — К., 2008.
19. Сазонова О.Б., Бородин С.М., Лубнин А.Ю., Баранов О.А. Интраоперационная диагностика церебральной ишемии с помощью компьютерного анализа ЭЭГ. // В кн: Нейроанестезиология и интенсивная терапия. С-Петербург, 1991. — С.63-68.
20. Сазонова О.Б., Бородин С.М., Лубнин А.Ю., и др. Интраоперационный мониторинг ЭЭГ у больных с артериальными аневризмами сосудов мозга. // Анест. и реан. — 1991. — №6, — С.14-19.
21. Сазонова О.Б., Лубнин А.Ю. Прогнозирование ишемических осложнений во время операций на сосудах мозга с помощью электрокортикографии // В кн: Мат. Съезда нейрохирургов России, Екатеринбург, 1995, — С. 271.
22. Сазонова О.Б., Машеров Е.Л. Оценка коллатерального кровообращения мозга с использованием картирования ЭЭГ, когерентности и средней частоты. // В кн: Новые диагностические технологии. М.1996, — С.122.
23. Самушия М.А. Подходы к фармакотерапии патологической динамики расстройств личности на этапе амбулаторно-поликлинической реабилитации после операции аортокоронарного шунтирования // Психиатрия: Научн. прак. журн. — 2005. — №2. — С. 20-26.
24. Семеновский М.Л., Соколов В.В., Матвеев Ю.Г. Ретроградная перфузия головного мозга в условиях гипотермической остановки кровообращения при операциях на восходящем отделе и дуге аорты // Грудная и сердечно — сосудистая хирургия. — 2000. — №3. — С. 37-40.
25. Семочкин А.В. Влияние глубокой краниocereбральной гипотермии на метаболические процессы и восстановление жизненных функций организма после длительной остановки кровообращения : Автореф. дисс. ... канд. Мед. наук: 14.00.16 / Омская медицинская академия. — Омск: Б. и., 2000. — 20 с.

26. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Кисилевич и др. Операция аортокоронарного шунтирования и эффективность реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда // Украинский кардиологический журнал. — 2007. — №2. — С.45-49.
27. Смородина О.С. Особенности проявлений церебральных нарушений у больных, оперированных на сердце: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Санкт-Петербургская мед. академия последипломного образования МЗ РФ. — СПб.: Б. и., 2005. — 21 с.
28. Струнин О.В. Состояние кислородного обеспечения головного мозга при кардиохирургических операциях в условиях персперфузионной гипотермии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.37 / Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина. — Новосибирск: Б. и., 2005. — 22 с.
29. Тохиров М.Т., Расулов М.М. Психотерапия в реабилитации кардиологических больных // Российский медицинский журнал. — 2004. — С. 33-35.
30. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз / За ред. В.Н. Коваленко. — К. — 2008.
31. Шабанов О.С., Вербовський Р.М., Шабанова І.І., Яремчук І.Т. Причини виникнення, діагностика, лікування ускладнень центральної нервової системи у пацієнтів, прооперованих в умовах штучного кровообігу // Серцево-судинна хірургія: Щорічник наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. Вип.17/. — К: НІССХ ім. Амосова, 2009. — С. 466-469.
32. Шакула А., Белякин С., Щегольков А. и др. Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования // Врач. — 2007. — №5. — С.76-79.
33. Шнайдер Н.А., Салмина А.Б. Электроэнцефалографические корреляты постоперационной когнитивной дисфункции // Сибирское медицинское обозрение. — 2006. — Т.40, № 3. — С. 35-41.
34. Юр'єва Л.Н., Дукельський О.О., Мамчур О.Й., та ін. Корекція психоемоційного стану у пацієнтів з ІХС після стентування коронарних артерій // Мед. Перспективи. — 2008. — 13, №4. — С. 34-36.
35. Arrowsmith J.E., Grocott H., Reves J.G. Central nervous system complication of cardiac surgery // Br.J. Anaest. 2000; 84:378-398.
36. Llinas R., D., Caplan LR. Neurologic complications of cardiac surgery // Prog Cardiovasc Dis. — 2000. — 43. P.101-112.

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»*

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 № 4 від 11.04.2012 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 27.06.2012 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1668.

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Васякіна Л. О.</i> Особистісні аспекти хворих з пневмоконіозами та їх медико-психологічна характеристика	4
<i>Жабенко О. Ю.</i> Особливості когнітивних функцій при психоендокринному та метаболічному синдромах	8
<i>Харченко А.В., Ткаченко Т.В.</i> Аналіз клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації з суїцидальною поведінкою	11
<i>Гетманчук Є. І.</i> Концепція психопатогенезу психогенної гіперфагії	12
<i>Курило В.А.</i> Психофеноменологическая характеристика мужчин с невротическими расстройствами	20
<i>Полишкова С.Г.</i> Алекситимія у працівників небезпечних видів професій як предиктор ауто агресії	25
Аддиктивні розлади	
<i>Сквира І.М.</i> Клинико-терапевтические и прогностические аспекты незавершенных рецидивов у больных алкогольной зависимостью	30
<i>Мельник В.І., Мельник А.В.</i> Структура та генез суспільно небезпечних дій, вчинених хворими з хронічними алкогольними психозами	34
Дитяча та підліткова психіатрія	
<i>Вієвський А.М.</i> Профілактика і корекція розладів у дітей шкільного віку, спричинених вживанням пар, в дзеркалі клінічної оцінки	40
<i>Древіцька О.О.</i> Соціально-психологічні фактори етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей, стратегії терапії та психопрофілактики	53
Медична психологія та психотерапія	
<i>Белов О.Б.</i> Дыхательные психотехнологии в психотерапии	58
<i>Маркова М.В., Горшкова К.А.</i> Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію	63
<i>Чугунов В. В., Заседа Ю. И.</i> О дисциплинарной идентификации сексологии	70
Психофармакотерапія	
<i>Орос М.М.</i> Генетичні критерії ефективності карбамазепіну у хворих на епілепсію	74
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Психиатрия при нацизме: последствия дегуманизации психиатрической практики на временно оккупированных территориях СССР. Сообщение 7	77
<i>Кузнецов В.Н., Петрюк П.Т.</i> Памяти профессора И.А. Полищука (К 105-летию со дня рождения)	90
Памяти Михаила Ивановича Буянова	99
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	104

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>Vasyakina L. A.</i> Personal aspects of pneumoconiosis patients and their medical psychological response.	4
<i>Zhabenko O. Y.</i> Cognitive functions among people with psychoendocrine and metabolic syndromes	8
<i>Kharchenko A. V., Tkachenko T. V.</i> The analysis of a clinical-psychopathological and psychodiagnostic examination in patients with an acute reaction on stress and adjustment disorders with a suicidal behavior	11
<i>Getmanchuk E. I.</i> Concept psychopatogenesis the psychogenic hyperphagia	12
<i>Kurilo V. A.</i> Psychophenomenology characteristics men with neurotic disorders.	20
<i>Polshkova S. G.</i> Alexithymia in workers of dangerous professions as a predictor of autoaggression	25
Addictive disorders	
<i>Skvira I. M.</i> Clinical and therapeutic and prognostic aspects of the disruption, did not end recurrence in patients with alcohol dependence.	30
<i>Melnik V. I., Melnik A. V.</i> The structure and genesis socially dangerous acts committed by patients with chronic alcoholic psychosis	34
Children's psychiatry	
<i>Vievskyi A. M.</i> The psychoactive substances use` prevention and correction among school-age children in the clinical assessment` reflexion	40
<i>Drevitska O. O.</i> Socio-psychological factors etiopathogenesis of borderline mental disorders in children, psychotherapy and psychoprophylaxis strategy.	53
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Belov O. B.</i> Respiratory psychotherapies in psychotechnologies.	58
<i>Markova M. V., Gorshkova K. A.</i> Family psychotherapy as basic psychotherapeutic resource in complex treatment of paranoid schizophrenia	63
<i>Chugunov V. V., Zaseda Y. I.</i> Of the disciplinary identification sexology .	70
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Oros M. M.</i> The genetic criteria effectiveness of carbamazepine to treat epilepsy	74
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P. T., Petryuk O. P.</i> Psychiatry at Nazism: consequences of dehumanization of psychiatric practice on the temporally occupied territories of USSR. Report 7	77
<i>Kusnetsov V. M., Petryuk P. T.</i> To memory of professor J. A. Poliscuk (To 105-th anniversary)	90
Remember of Mikhail Ivanovich Buyanova.	99
The notice for our authors (equipments to the articles)	104

Шановні читачі!

Здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения).

Здоровье — состояние животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга, болезни (В. Даль).

Здоровье — Правильная, нормальная деятельность организма (С.И. Ожегов)

ВОЗ считает, что **психическое здоровье** получило различные дефиниции со стороны ученых, представляющих различные культуры. Концепция психического здоровья включает, среди прочего, субъективное благополучие, самооценку, автономность, компетентность, зависимость в вопросах связи поколений и самовыражение интеллектуальных и эмоциональных возможностей. С точки зрения перспективы различных культур практически невозможно дать полное определение психическому здоровью. Вместе с тем все согласны с тем, что психическое здоровье является более широким понятием, чем отсутствие психических расстройств. Понимание того, что такое психическое здоровье, или того, как оно проявляется, — момент очень важный, поскольку он представляет собой основу, на которой можно лучше понять механизмы возникновения психических и поведенческих расстройств. В последние годы новая информация в области нейронауки и «поведенческой» медицины в значительной мере содействовала нашему пониманию того, как проходят психические процессы. Во все большей степени становится очевидным, что нормальные функции, связанные с психическим здоровьем, имеют физиологическую основу и в значительной мере взаимосвязаны с физическим и социальным функционированием, а также с результатами лечения.

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

УДК 616.24-003.6-071.2-072.8-08:615.851

Особистісні аспекти хворих з пневмоконозами та їх медико-психологічна характеристика



Васякіна Л. О.

Васякіна Л. О.

Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології, наркології та сексології

Резюме. За допомогою методики MMPI в модифікації СМІЛ і колірному тесту Люшера обстежено 168 хворих ПнК легкого та середнього ступеня тяжкості, 144 чоловіки і 24 жінки, середній вік яких склав $48 \pm 2,1$ років. Контролем послужили дані тестування 56 практично здорових людей, зіставних по віком і статтю з хворими. У хворих ПнК виявлені наступні особистісні особливості: знижений контроль над емоціями їх недостатнє усвідомлення, схильність до депресивного типу реагування в умовах стресу, схильність до іпохондричного розвитку особистості. За отриманими результатами дослідження можна стверджувати про те, що виявлені психоемоційні порушення у хворих ПнК при прогресуванні захворювання стають більш вираженими і зазнають ряд змін, що відображають глибину «відходу у хворобу». Дані психологічні та соціальні характеристики вказують на доцільність розробки і включення ме-тодів психотерапевтичної корекції в комплексну терапію ПнК для поліпшення якості життя хворих даною патологією.

Ключові слова: особистість, пневмоконози, медико-психологічна характеристика, психоемоційні порушення, психотерапевтична коре.

Personal aspects of pneumoconiosis patients and their medical psychological response

MVasyakina L. A.

Resume. With the help of techniques to modify the MMPI resins Luscher color test, and we have examined 168 patients with PnC light to moderate, 144 men and 24 women whose average age was $48 \pm 2,1$ served as a control, the test data 56 healthy subjects matched for age and sex with patients. In patients with PnC identi-fied the following personality traits: decreased emotional control of their lack of awareness, a tendency to depressive type of reaction in terms of stress, a tendency to hypochondriacal personality development. According to the results of research can be seen that the psycho-emotional disorders identified in patients with PnC progression of the disease become more pronounced and undergo a series of changes that reflect the depth of the «disease care». These psychological and social characteristics indicate the feasibility of developing and incorporating psycho-therapeutic methods of correction in the complex therapy of the PnC in order to improve the quality of life of patients with this pathology.

Key words: personality, pneumoconiosis, medical and psychological characteristics, psycho-emotional disorders, psychotherapeutic correction.

Пневмоконози (ПнК) відносяться до найбільш поширених професійних захворювань легень. За період 90-х років її частота збільшилася в середньому на 40,00 %. Значний економічний збиток пов'язаний з тимчасовою і стійкою втратою працездатності найактивнішої частини населення, а також із зростанням летальності.

Безперервне зростання хронічних хвороб легень як у нашій країні, так і за кордоном, визначило ставлення до цих захворювань як до найважливіших медико-біологічних і соціальним проблемам сучасної охорони здоров'я [1, 10]. Звертає на себе увагу той факт, що ПнК займають одне з провідних місць серед причин інвалідності у світі [2, 4]. У структурі ПнК найбільш значущим ускладненням є хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ), кількість страждаючих цим захворюванням прогресивно збільшується у всьому світі [9, 10]. У структурі

смертності від хвороб органів дихання ХОБ займає перше місце — 65,00 % від кількості померлих [3].

Дослідницька робота і практична діяльність лікарів в по-останньому час концентрується в пульмонології навколо ПнК. Дихальний дискомфорт, прихильність до певних ліків і в той же час страх перед цими ліками — все це і багато іншого робить життя хворого ПнК в значній мірі відрізняється від життя оточуючих і суттєво впливають на його якість життя [9].

У зв'язку з цим актуальними є подальше вдосконалення якості діагностики та комплексної терапії ПнК [6, 8]. При цьому особливе значення має вдосконалення психологічної діагностики хворих ПнК [10].

Значно зріс інтерес і до вивчення психічного стану хворих ПнК. Це пояснюється тим, що дане захворювання супроводжується дихальним дискомфортом, емоційна значущість

якого перевищує больовий синдром. Відомо, що хронічні захворювання, схильні до прогресування і проходять із загостреннями, є стресорні і можуть привести до істотних обмежень у всіх складових нормального існування людини. У свою чергу, ці обмеження можуть виявитися важливіше для хворого, ніж самі симптоми захворювання. Саме тому важливо визначити, яким чином хвороба впливає на людину, причому на всі аспекти його життя [5, 7].

Метою даного дослідження — вивчити емоційно-особистісні особливості хворих і оцінити настрій, психічну активність, працездатність, вегетативний тонус хворих з ПнК.

Контингент та методи.

Дослідження проводилися на протязі 2008–2011 років на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «ОКЛПЗ». За допомогою методики ММРІ у модифікації СМІЛ і колірною тесту Люшера нами було обстежено 168 хворих ПнК легкого та середнього ступеня тяжкості, 144 чоловіки і 24 жінки, середній вік яких склав $48 \pm 2,1$ років. Контролем послужили дані тестування 56 практично здорових людей, порівнянних за віком і статтю з хворими.

Результати дослідження. Дані дослідження показали, що в контрольній групі профіль тесту СМІЛ не перевищував значень умовної психічної норми. Усереднений профіль особистості хворих ПнК характеризувався достовірним підвищенням у порівнянні з групою здорових за шкалами невротичної тріади ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$) (рис. 1).

Крім того, виявлено підйом профілю за шкалами F, 4, 6, 7 і 8. Пік на шкалі F у поєднанні з підйомом в лівій частині профілю (невротичні шкали) і 7-й шкалі свідчать про наявність у хворих внутрішньої напруженості, соматизованої тривоги з вираженим компонентом тривожних реакцій, тривожнофобічного і депресивного синдромів з недостатньо ефективним усуненням тривоги шляхом її витіснення.

Достовірні відмінності з контролем на 4-й шкалі ($p < 0,05$) свідчить про порушення соціальної адаптації у таких хворих, це підтверджує і достовірне розходження по 8-й шкалою, що характеризує наявність аутизації і труднощі соціальних контактів.

Результати дослідження емоційно-особистісних особливостей хворих в залежності від ступеня тяжкості захворювання показали, що при легкому перебігу ПнК профіль достовірно відрізнявся від профілю практично здорових осіб за 3-ю і 6-ю шкалами, що свідчить про схильність до витіснення негативних тенденцій і формування ригідного афекту поведінки (рис. 2).

Це дозволяє охарактеризувати хворих з легким перебігом ПнК як особистостей, які заперечують наявність тривожно-депресивно-пасивного тенденцій, асоційованих зі станом здоров'я. Профіль особистості хворих середньої тяжкості (рис. 3) характеризувався достовірним підйомом по більшості шкал щодо профілю контрольної групи. У структурі особистості цих хворих були виражені іпохондричні і тривожно-депресивні риси, високий рівень аутизму, формування ригідного стереотипу поведінки, орієнтованого на турботу про фізичне благополуччя. Піки профілю розташовувалися на 1-й, 2-й, 4-й (достовірно вище ($p < 0,05$), ніж при легкому перебігу) і 8-й шкалах. Це відображає відсутність заперечень наявних тривоги і депресії, а також поява труднощів при

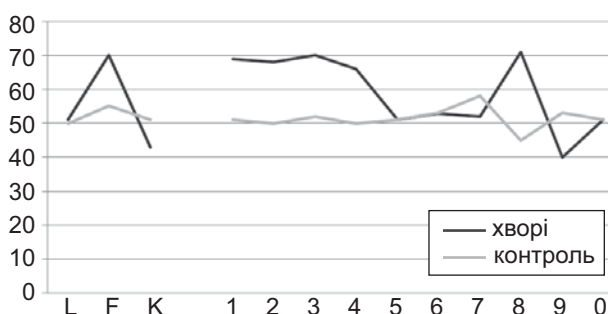


Рис. 1.

Усереднений профіль особистості хворих ПнК

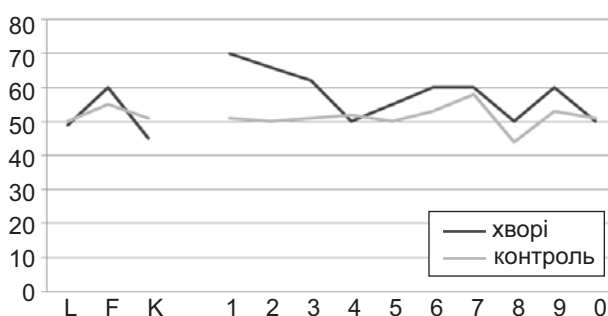


Рис. 2.

Усереднений профіль особистості хворих ПнК легкого ступеня важкості

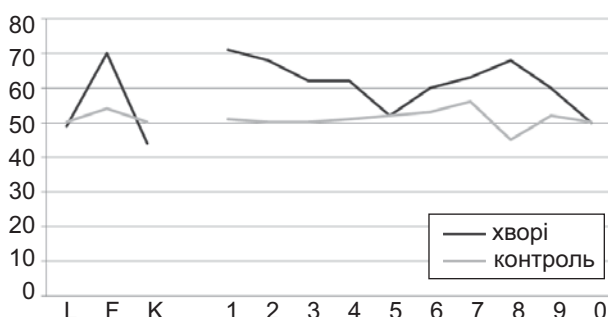


Рис. 2.

Усереднений профіль особистості хворих ПнК середнього ступеня важкості

соціальних контактах при прогресуванні захворювання.

При обстеженні методикою Люшера в комп'ютерній версії (Страхов М. М. Програмне забезпечення / Версія 1.1. — М., 1989) нам вдалося виразити в цифрах фактор нестабільності вибору, фактор відхилення від аутогенної норми, фактор тривожності, фактор активності, фактор працездатності. Крім того, отримували мовний опис таких психосоціальних характеристик, як оцінка особистістю існуючого стану речей, джерел стресу, утримувані якості, бажану мету, актуальність проблеми. У кожній з цих характеристик мали узагальнююче значення. Частота народження кожного з цих висновків була розрахована у відсотках як серед контролю так і серед хворих, що дозволило непараметричним методом провести статистичну обробку отриманих даних (табл. 1 і 2).

У хворих чоловіків в порівнянні з контролем ($T = 2,4$; $p < 0,02$) підвищений рівень шкали «симпатікуса».

У хворих у порівнянні з контролем ($T = 3,8$; $p < 0,001$) підвищений рівень шкали «Фактор тривожності», а також знижено рівень шкали «Фактор працездатності» ($T = 2,6$; $p < 0,01$).

У групі «Існуючий стан речей» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «тривожність і скутість» ($p < 0,01$), у цих же хворих підвищений рівень шкали «вразливість і чутливість» ($p < 0,05$). У групі «Джерела стресу» у чоловіків в порівнянні з контролем підвищені рівні шкали «нервово-соматичні порушення» і «напруга через подолання збудження» ($p < 0,01$). У групі «Утримувані якості» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «отримує менше, ніж заслуговує» ($p < 0,02$). У групі «Актуальність проблеми» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «нервове перенапруження у зв'язку зі спробою самоствердження» ($p < 0,05$).

У хворих жінок в порівнянні з контролем ($T = 3,5$; $p < 0,02$) підвищений рівень шкали «симпатікуса». У хворих жінок в порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «Нестабільність вибору» ($T = 2,6$; $p < 0,01$), що означає емоційну нестійкість і зниження вміння переключати увагу. Підвищено рівень шкали «Фактор тривожності» ($T = 2,1$; $p < 0,01$), а також знижено рівень шкали «Фактор працездатності» ($T = 2,5$; $p < 0,001$). У групі «Існуючий стан речей» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «активний, тягнеться до всього нового»

Таблиця 1.

Психологічні, соціальні характеристики та показники тону вегетативної нервової системи (чоловіки)

Показники	Показники вегетативної нервової системи в умовних одиницях (M + m)	
	контроль	хворі
Фактор нестабільності вибору	18,8 + 2,6	20,24 + 2,1
Фактор відхилення від аутогенної норми	49,9 + 2,6	78,26 + 2,2
Фактор тривожності	24,2 + 2,3	51,66 + 3,1
Фактор активності	43,7 + 2,1	44,99 + 2,7
Фактор працездатності	64,1 + 2,3	31,86 + 3,2
<i>Показники тону вегетативної нервової системи</i>		
Симпатікус	0,35 + 0,04	0,72 + 0,01
Парасимпатікус	- 0,56 + 0,01	- 0,41 + 0,01

Таблиця 2.

Психологічні, соціальні характеристики та показники тону вегетативної нервової системи (жінки)

Показники	Показники вегетативної нервової системи в умовних одиницях (M + m)	
	контроль	хворі
Фактор нестабільності вибору	19,9 + 2,6	30,14 + 2,2
Фактор відхилення від аутогенної норми	46,7 + 2,1	74,37 + 3,1
Фактор тривожності	19,2 + 2,3	52,49 + 3,2
Фактор активності	47,2 + 3,1	43,33 + 2,7
Фактор працездатності	66,3 + 2,7	44,82 + 3,1
<i>Показники тону вегетативної нервової системи</i>		
Симпатікус	0,36 + 0,04	1,22 + 0,01
Парасимпатікус	- 0,46 + 0,01	- 0,43 + 0,01

($p < 0,01$). В групі «Джерела стресу» у жінок в порівнянні з контролем підвищені рівні шкал «надмірне нервово напруження» і «тривожний песимізм» ($p < 0,01$). У групі «Утримувані якості» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «емоційно байдужий, уникає конфліктів» ($p < 0,02$). У групі «Актуальність проблеми» у порівнянні з контролем підвищений рівень шкали «збудливість, непередбачуваність у зв'язку з виснаженням життєвої енергії» ($p < 0,05$).

Таким чином, для хворих ПнК характерний високий рівень особистісної невротизації, наявність ознак, характерних для депресивного реагування, в емоційному стані і поведінці, також зниження потреби в спілкуванні і значні перепади емоційного стану.

Висновки:

1. У хворих ПнК виявлені наступні особистісні особливості: знижений контроль над емоціями їх недостатнє усвідомлення, схильність до депресивного типу реагування в умовах стресу, схильність до іпохондричного розвитку особистості.

2. За отриманими результатами дослідження можна судити про те, що виявлені психоемоційний порушення у хворих ПнК при прогресуванні захворювання стають більш вираженими і зазнають ряд змін, що відображають глибину «відходу у хворобу».
3. Незалежно від статі у хворих, що страждають ПнК, є високий тонус симпатичного відділу вегетативної нервової системи, зниження фактора працездатності, а також підвищення фактора тривожності.
4. У хворих ПнК чоловіків відзначається прагнення до визнання, вразливість і чутливість, нервова напруга у зв'язку зі спробою самоствердження.
5. У хворих жінок відзначається зниження фактора нестабільності вибору, емоційна байдужість, песимізм і в той же час активне прагнення до всього нового.
6. Дані психологічні та соціальні характеристики вказують на доцільність розробки і включення методів психотерапевтичної корекції в комплексну терапію ПнК для поліпшення якості життя хворих даною патологією.

Література:

1. Березін В. Ф. Методика багатостороннього дослідження особистості / В. Ф. Березін, М. П. Мірошников, Р. В. Рожанец. — М. : Медицина, 1976. — С. 176.
2. Лаптева І. М. Хронічна обструктивна хвороба легень, сучасні аспекти діагностики і лікування / І. М. Лаптева, О. А. Лаптева // Медична панорама. — 2003. — № 7. — С. 2–5.
3. Чучалин А. Г. Хронічні обструктивні захворювання легень / А. Г. Чучалин. — М. : ЗАТ БІНОМ, 2000. — С. 348.
4. Adler N. Socio-economic inequities in health: no easy solution / N. Adler, T. Boyce, M. Chesney // JAMA, 1993. — P. 269.
5. Gosselink R. Exercise training in COPD patients : the basic questions / R. Gosselink, T. Troosters, M. Decramer // Eur. Respir. J. — 1997. — Vol. 10. — P. 2884–2891.
6. Greenberg C. D. Psychological and neuropsychological aspects of COPD / C. D. Greenberg, J. J. Ryan, P. E. Bourlier // Psychosomatics, 1985. — Vol. 26. — P. 29–33.
7. McSweeney A. J. Quality of life in relation to COPD. Chronic obstructive pulmonary disease / A. J. McSweeney. — New York : Marcel Dekker Inc., 1999. — P. 473–478.
8. Optimal assessments and managements of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) Aconsensies statement of the European Respiratory Society (ERS) / Eur. Respir. J. — 1995. — Vol. 8. — P. 1398–1420.
9. Siafacas N. M. Is dyspnoea the main determinant of Quality of Life in the failing lung? / N. M. Siafacas, S. Schiza, N. Xirouhaki, D. Bouros // A review. Eur. Respir. Rev. — 1997. — Vol. 7, № 42. — P. 53–57.
10. Stewart A. L. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcome Study / A. L. Stewart, S. Greenfield, R. D. Hays // FAMA. — 1989. — Vol. 262. — P. 907–913.

УДК 616.89

Особливості когнітивних функцій при психоендокринному та метаболічному синдромах



Жабенко О. Ю.

Жабенко О. Ю.

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме. *Вступ.* Вивчення особливостей когнітивних функцій при психоендокринному та метаболічному синдромах. *Об'єкт та методи дослідження.* Соціодемографічні показники, біохімічні показники крові, зріст, вага, індекс маси тіла, нейрокогнітивний тест Mini-Mental State Examination (MMSE). *Результати їх обговорення.* Обстежено 142 хворих; розподіл пацієнтів по групах за наявністю ендокринної патології, встановив, що у осіб з плінними ендокринними органічними порушеннями (1 група) середнє значення за MMSE дорівнює 25,89, коли у осіб з метаболічним синдромом без ендокринної патології (2 група) середнє значення за MMSE дорівнює 27,44 ($p < .000$). *Висновки.* Результати дослідження демонструють більш низькі показники за MMSE у осіб з метаболічним синдромом з ендокринною патологією, порівняно з пацієнтами з метаболічним синдромом без ендокринної патології.

Ключові слова: метаболічний синдром, психоендокринний синдром, когнітивні функції.

Cognitive functions among people with psychoendocrine and metabolic syndromes

Zhabenko O.

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Health, Ukraine

Resume. *The purpose* of the current study is to determine cognitive functions among people with psychoendocrine and metabolic syndromes. *Materials and Methods.* Socio-demographic data, biochemical parameters of blood, height, weight, body mass index, Mini-Mental State Examination (MMSE). *Results.* A total of 142 patients took part in the study. The distribution of patients into 2 groups (endocrine pathology) found that patients with endocrine disorders (group 1) had the mean value of MMSE of 25.89, while, patients with metabolic syndrome and without endocrine diseases (group 2) had the mean value of MMSE of 27.44 ($p < .000$). *Conclusions.* Results of this study show lower rates in MMSE among patients with metabolic syndrome in combination with endocrine disorders, compared to patients with metabolic syndrome without endocrine disease.

Key words: metabolic syndrome, psychoendocrine syndrome, cognitive functions.

Вступ. Метаболічний синдром (МС) є фактором ризику розвитку цукрового діабету, інсульту, інфаркту міокарда та збільшує рівень смертності. Метаболічний синдром також пов'язан з порушенням когнітивних функцій в деяких групах населення. Дослідження, проведене на 3150 добровільцях без анамнезу на інсульти показало, що МС був асоційован з більш низькими показниками Mini-Mental State Examination (MMSE). Ті, у кого діагностувався МС, частіш за все, мали бал MMSE < 18 , ніж ≥ 24 балів (скориговане OR=1,94; 95% CI 1,26, 3,01) [1].

Довготривале дослідження, проведене в трьох містах Франції, на 4323 жінках та 2764 чоловіках у віці старше 65 років показало, що метаболічний синдром на початку дослідження асоціювався з підвищеним ризиком когнітивного зниження за MMSE ($p=0,001$). Серед компонентів метаболічного синдрому гіпертригліцеридемія та низький рівень ліпопротеїдів високої щільності корелювали зі зниженням MMSE [2].

Дослідження, проведене на 596 корейцях у віці старше 60 років показало, що менший об'єм

голови та присутність метаболічного синдрому асоціюється з когнітивним зниженням [3]. Інше дослідження, проведене на 370 корейцях у віці старше 60 років показало, що присутність метаболічного синдрому має ефект синергічного зниження когнітивних функцій [4].

Метаболічний синдром був присутній у 26,3% на початку дослідження та статистично значущо корелював з когнітивним зниженням (odd ration, 1,42; CI 1,01-1,98), після контролю віку, статті, освіти, паління, вживання алкогольних напоїв, MMSE на початку дослідження [5].

Метою цієї роботи є: дослідити когнітивні розлади при психоендокринному та метаболічному синдромах.

Об'єкт та методи дослідження. До уваги приймалися найбільш загальні соціодемографічні показники: вік, стать, освіта, родинний стан, ступінь зайнятості пацієнта. Досліджувались шкідливі звички: паління та вживання алкогольних напоїв. Зібрано докладну анамнестичну

інформацію про наявність соматичної та психічної патології за останні 20 років.

Кожен пацієнт здавав кров на біохімічні показники: холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), глюкоза натще.

В кожного пацієнта вимірювалися зріст та вага. За стандартною формулою обчислювався індекс маси тіла.

Соматичні критерії метаболічного синдрому діагностувалися згідно класифікації Всесвітньої Охорони Здоров'я: наявність цукрового діабету 2 типу та двох інших факторів (артеріальна гіпертензія, загальне ожиріння, абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, мікроальбінурія).

Нейрокогнітивний тест Mini-Mental State Examination (MMSE) або Folstein тест був обраний для досягнення загальної характеристики пізнавального та функціонального профайлу пам'яті, який складається з 30 запитань.

MMSE тест включає в себе прості питання і проблеми: час і місце проведення випробувань, повторення списку слів, арифметику, віднімання сімок, розуміння і використання мови, елементарні рухові навички.

Максимальний загальний бал за MMSE — 30, який розраховується за сумою субтестів та відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит [6].

За даними різних дослідників, результати тесту можуть мати різні значення:

- 26-30 балів — вікова норма;
- 20-25 балів — помірна когнітивна недостатність, імовірна м'яка (легка) деменція;
- 19-13 балів — помірна деменція;
- ≤12 балів — виражена деменція [7, 8].

Статистична обробка даних була зроблена за допомогою комп'ютерної програми SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences — статистичний пакет для соціальних наук) для Macintosh. SPSS є одним з лідерів ринку в області комерційних статистичних продуктів, призначених для проведення прикладних досліджень у соціальних науках. Між 2009 і 2010 назва програмного забезпечення SPSS було змінено на PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics [9].

Результати їх обговорення. Нами було проведене обстеження 142 хворих, яке проводилось в психоневрологічному, ендокринному, кардіологічному та гінекологічному відділеннях ДКЛ №1, №2 ст. Київ. Було сформовано 2 порівняльні групи: 74 осіб з існуючими ендокринними органічними порушеннями (церебрально-гіпофізарними або гіпоталамо-гіпофізарними захворюваннями, в

патогенезі яких провідною ланкою є ураження мозка (хвороба та синдром Іценка-Кушинга, ожиріння, наслідки нейроінфекційних хвороб головного мозку); або захворювань периферійних ендокринних залоз (адреногенітальний синдром, клімактеричний та посткастраційний синдроми), 68 осіб з метаболічним синдромом, без ендокринної патології, за винятком цукрового діабету 2 типу та можливою соматичною патологією в межах «смертельного квадрату» який має психосоціальний механізм синдромодинаміки.

8 пацієнтів відмовилось взяти участь у науковому дослідженні. 7 пацієнтів було виключено із дослідження за відсутністю 25% даних у «Мультиmodalній карті обстеження психосоматичного пацієнта».

Соціодемографічні показники обстеженого контингенту наведені у табл. 1. Серед обстеженого контингенту переважали жінки — 91 (64,1%), більшість мала середньо-спеціальну — 70 (49,3%) та вищу — 62 (43,7%) освіту. Серед обстежених 81 особа (57%) були одруженими, 40 осіб (28,2%) були розлучені. Більшість осіб була працюючими — 96 осіб (67,6%).

Нами досліджувались шкідливі звички обстеженого контингенту (табл. 2), 44 особи (31%) палили та 39 особи (27,5%) вживали алкогольні напої.

Таблиця 1.

Соціодемографічні показники обстеженого контингенту

Показник	Кількість хворих (Абс.)	Кількість хворих (%)
<i>Стать</i>		
Чоловіки	51	35,9
Жінки	91	64,1
<i>Освіта</i>		
початкова	2	1,4
неповна-середня середня	2	1,4
середня	5	3,5
середньо-спеціальна	70	49,3
незакінчена вища	1	0,7
вища	62	43,7
<i>Родиний стан</i>		
неодружений (незаміжня)	16	11,3
одружена (одружений)	81	57,0
розлучений(а)	40	28,2
вдова (вдівець)	5	3,5
<i>Ступінь зайнятості</i>		
студент	1	0,7
працюючий	96	67,6
безробітний	39	27,5
пенсіонер	6	4,2

Таблиця 2.*Дослідження шкідливих звичок*

Показник	Кількість хворих (Абс.)	Кількість хворих (%)
<i>Паління</i>		
Так	44	31
Ні	98	69
<i>Вживання алкогольних напоїв</i>		
Так	39	27,5
Ні	102	71,8

В ході дослідження було сформовано 2 порівняльні групи: 74 особи з існуючими ендокринними органічними порушеннями (перша група) та 68 осіб з метаболічним синдромом, без ендокринної патології (друга група) (табл. 3).

Середній показник когнітивної сфери в обстежених дорівнював $26,63 \pm 1,752$, з мінімальним балом 14, та максимальним — 30 (табл. 4).

Кореляційний аналіз показав, що когнітивні функції не корелюють з віком ($p=,185$; Spearman Test), статтю ($p=,104$; Mann-Whitney Test), рівнем освіти ($p=,168$; Kruskal-Wallis Test), сімейним станом ($p=,708$; Kruskal-Wallis Test) та станом зайнятості ($p=,691$; Kruskal-Wallis Test).

Середній показник когнітивної сфери при психоендокринному синдромі був $25,89 \pm 1,211$ з медіаною 26,0, при метаболічному синдромі — $27,44 \pm 1,896$ з медіаною 28,0 (Mann-Whitney U Test; $p=,000$) (табл. 5).

Висновки. Виявлені нами дані щодо більш низького рівня когнітивних функцій (середнє значення за MMSE дорівнює 25,89) у осіб з плинними ендокринними органічними порушеннями в межах психоендокринного синдрому в порівнянні з особами з метаболічним синдромом без ендокринної патології (середнє значення за MMSE дорівнює 27,44) ($p<,000$), підтверджують різний механізм формування порушень психіки у таких пацієнтів відповідно за органічним та психосоціальним типом. Порівняльний феноменологічний аналіз порушень психіки в цих двох групах пацієнтів є предметом нашого подальшого дослідження.

Отримані результати повинні пригортати увагу лікарів до когнітивних функцій в комплексній терапії метаболічного та психоендокринного синдромів.

Література:

- Vieiea J.R., Elkin M.S., Moon Y.P., Rundek T., Boden-Albala B., Paik M.C., Sacco R.L., Wright C.B. The Metabolic Syndrome and Cognitive Performance: The Northern Manhattan Study // *Neuroepidemiology*. — 2011 — Vol. 37 (3-4). — p. 153-159.
- Raffaitin C., Féart C., Le Goff M., Amieva H., Helmer C., Akbaraly T.N., Tzourio C., Gin H., Barberger-Gateau P. Metabolic syndrome and cognitive decline in French elders: the Three-City Study // *Neurology*. — 2011 — Vol. 76 (6). — p. 518-525.
- Lee K.S., Eom J.S., Cheong H.K., Oh B.H., Hong C.H. Effects of head circumference and metabolic syndrome on cognitive decline // *Gerontology*. — 2010. — Vol. 56 (1). — p. 32-38.
- Kim Y.S., Kim D.H., Choi B.H., Sohn E.H., Lee A.Y. Relationship between brachial-ankle pulse wave velocity and cognitive function in an elderly community-dwelling population with metabolic syndrome // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. — 2009. — Vol. 49 (1). — p. 76-79.
- Ho R.C., Niti M., Yap K.B., Kua E.H., Ng T.P. Metabolic syndrome and cognitive decline in chinese older adults: results from the singapore longitudinal ageing studies // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. — 2008. — Vol. 16 (6). — p. 519-522.
- Энциклопедия. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). M.F.Folstein, S.E.Folstein, P.R.Hugh, 1975. [Электронный ресурс] — Режим доступа 27.11.2011г. <http://memini.ru/spetsialisti/entsiklopediya/pervichnoeobsledovanie/mmse.html>
- Argonin, Marc E. Dementia Defined. In: Carlat, Daniel J., editor. Practical guides in psychiatry-dementia. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. — 2004. — p. 15-26.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State: A practical method for grading the state of patients for the clinician // *Journal of Psychiatric Research*. — 1975. — Vol. 12. — p. 189-198.
- Pallant J. SPSS Survival Manual. 4th Edition. A step by step guide to data analysis using SPSS. — 2010 — 345p.

Таблиця 3.*Розподіл хворих по групам обстеження (n=142)*

Групи	Кількість хворих (Абс.)	Кількість хворих (%)
Перша група	74	52,1
Друга група	68	47,9
Разом	142	100,0

Таблиця 4.*Середній показник когнітивної сфери в обстежених (n=142)*

	N	Міні-маль-ний бал	Макси-маль-ний бал	Середнє значення	Середнє відхилення
MMSE	142	14	30	26,63	1,752

Таблиця 5.*Розподіл пацієнтів за рівнем когнітивних розладів (n=142)*

Група	Середній показник	Абс.	Середнє відхилення	Медіана
1 група	25,89	74	1,211	26,0
2 група	27,44	68	1,896	28,0
Разом	26,63	142	1,752	27,0

УДК 616.89-008.441.44-003.96-008.47-071:616.45-001.1/3

Аналіз клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації з суїцидальною поведінкою



Харченко А. В.



Ткаченко Т. В.

Харченко А. В., Ткаченко Т. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Резюме. Проведено аналіз клініко-психопатологічної та психодіагностичної структури психічних порушень у суїцидентів з гострою реакцією на стрес та розладами адаптації з визначенням предикторів суїцидальної поведінки.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, предиктори.

The analysis of a clinical-psychopathological and psychodiagnostic examination in patients with an acute reaction on stress and adjustment disorders with a suicidal behavior

Kharchenko A. V., Tkachenko T. V.

«Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine» SI (Kharkiv)

Resume. The analysis of clinical-psychopathological and psychodiagnostic structure of mental disorders was carried out in persons who committed suicides with an acute reaction on stress and adjustment disorders and predictors of a suicidal behavior were detected.

Key words: suicidal behavior, predictors.

Вступ. Актуальність теми, що нами вивчається, обумовлена значним зростанням самогубств у другій половині 20-го століття. Міністерство охорони здоров'я України зазначає, що сучасний етап розвитку країни характеризується досить високим рівнем психоемоційного напруження, що має чітке відображення на високому рівні самогубств [1]. Мотивація суїцидальної поведінки досить різна, але найчастіше зустрічаються міжособистісні конфлікти, сімейні конфлікти, «тяжкі втрати», втрата роботи, фінансові труднощі, судова відповідальність. До соціальних факторів зростання суїцидальних спроб відносять різке падіння рівня життя, безробіття, розлучення, вживання психоактивних речовин та алкоголю, тенденції до соціальної ізоляції та псевдо релігійні угруповання [2, 3].

До безпосередніх психологічних чинників суїцидальної поведінки відносяться сварки між подружжям або партнерами. Найбільш суїцидогенними являються конфлікти, що мали місце за дві доби до скоєння спроби самогубства, а також «хронічні» проблеми (тривалість яких більш ніж два тижні), пов'язані сім'єю або значущим оточенням [4]. Зазначені чинники суїцидальної поведінки найчастіше зустрічаються при таких психічних розладах, як розлади адаптації (F 43), що заслуговують більш прицільної уваги й стало метою нашого дослідження.

Мета роботи. Вивчення клініко-психопатологічних та психодіагностичних показників у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальною поведінкою.

Задача роботи. Виявлення предикторів суїцидальної поведінки у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальною поведінкою.

Методи дослідження.

Клініко-психопатологічне дослідження доповнювалось використанням психометричної методики — шкала депресії Гамільтона [5]. Психодіагностичне дослідження проводилось на основі використання восьмикольорового тесту Люшера [6].

Групу досліджених склали 30 хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальними спробами, які після скоєння суїцидальної спроби перебували на стаціонарному лікуванні у Харківській обласній клінічній психіатричній лікарні №3. До групи досліджених увійшло 12 жінок та 18 чоловіків. Середній вік обстежених чоловіків 32 роки, жінок — 36 років; 86,00 % хворих перебували на момент обстеження у працездатному віці (21–58 років).

Для визначення діагностичної приналежності пацієнтів були застосовувані діагностичні критерії рубрик F 43 «Розлади адаптації» Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду.

При аналізі гострих психотравмуючих чинників були встановлені наступні: гострі конфлікти в сім'ї (у значущому середовищі) або на роботі (40,00 %); раптове погіршення матеріально-побутового рівня життя (втрата роботи, фінансові складнощі з банківськими установами та боргами фізичним особам) (30,00 %), тяжка невиліковна хвороба, яка виникла гостро без попередніх симптомів (13,33 %); несподіваний розпад сім'ї (10,00 %), раптова втрата (смерть) близької людини (6,67 %).

Для всіх хворих під час вступу до стаціонару типовими були відчуття пригніченості від особистої психотравми, безвиході, безпорадності, скарги на порушення загального самопочуття та ранню інсомнію. Спостерігалася депресивна реакція, тривога, гнів, відчайдушність, гіперактивність і відгородженість. Симптоми мали змішану й зазвичай мінливу картину, але жоден з симптомів не тривав довгочасно.

На теперішній час шкала Гамільтона є найбільш зручним інструментом для оцінки вираженості депресивних переживань. Результати дослідження, що були отримані з її використанням відображені в табл. 1.

Для хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації з суїцидальною поведінкою були характерні наступні симптоми.

Депресивний настрій спостерігався у всіх хворих. Скарги носили частіше спонтанний характер (43,34 %), виявлялися тільки при

прямому розпиті (20,00 %) та не вербально (міміка, плаксивість) (36,66 %). Хворі спонтанно згадували всі випадки особистого життя, коли, на їх думку, вони мали помилки, почуття провини, болісні роздуми про особисті огріхи, які мали відображення й на оточуючих; середній бал почуття провини складав ($1,9 \pm 0,2$) балів.

Суїцидальна ідея була характерна для 100,00 % осіб — відчуття, що «жити не варто»; бажання смерті або роздуми про можливість особистісної смерті; суїцидальні думки, вислови, які трансформувались в суїцидальну поведінку. Зберігався зв'язок хвилювань з психотравмою, з чим були й пов'язані суїцидальні спроби.

Як показало обстеження, у більшості хворих виникало безсоння, в основному рання інсомнія (скарги на періодичні труднощі при засипанні, що потребують більш ніж 30 хвилин) (у 67,44 % осіб).

Треба відзначити відсутність характерних для хворих на ендогенні депресивні розлади добових коливань настрою — більш важкого стану

Таблиця 1.

Показники по шкалі Гамільтона у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальними спробами (У балах)

Симптом	Хворі з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) (n=30)
Депресія	$2,6 \pm 0,1$
Вина	$1,9 \pm 0,2$
Суїцид	$4,0 \pm 0,0$
Інсомнія рання	$1,9 \pm 0,1$
Інсомнія середня	$0,4 \pm 0,2$
Інсомнія пізня	$0,4 \pm 0,3$
Робота та інтереси	$2,7 \pm 0,3$
Загальмованість	$1,1 \pm 0,2$
Збудження	$0,7 \pm 0,1$
Тривожність (психічні симптоми)	$3,0 \pm 0,0$
Тривожність (соматичні симптоми)	$1,5 \pm 0,2$
ЖКТ (соматичні симптоми)	$0,9 \pm 0,2$
Загальносоматичні симптоми	$1,1 \pm 0,3$
Генітальні симптоми (втрата лібідо)	$1,8 \pm 0,2$
Іпохондрія	$0,9 \pm 0,3$
Втрата у вазі по анамнезу	$0,3 \pm 0,2$
Втрата у вазі фактична	$0,3 \pm 0,2$
Втрата критики	$0,3 \pm 0,1$
Добові коливання (час)	$0,3 \pm 0,1$
Добові коливання (ступінь)	$0,3 \pm 0,1$
Дереалізація та деперсоналізація	$1,3 \pm 0,2$
Параноїдні симптоми	$0,9 \pm 0,1$
Нав'язливі ідеї	$1,3 \pm 0,3$

вранці та поліпшення ввечері. У обстежених або не було добових коливань, або, навпаки, ввечері стан погіршувався. Була менш виражена рухова та моторна загальмованість. Депресивний стан характеризувався меншою насиченістю ідеями самозвинувачення та самоприниження. Депресія супроводжувалась елементами екзальтації — спостерігалися бурхливі переживання, часті сльози. У більшості хворих виникало відчуття безпричинного страху. На фоні очевидного зниження соціальної активності та працездатності, якісно ці ознаки також були менш виражені, ніж у хворих на ендogenous депресивні розлади. Протягом захворювання зберігалось критичне відношення до свого стану, були слабо виражені симптоми деперсоналізації та дереалізації.

Значне місце в клінічній структурі розладу займали сомато-вегетативні порушення, що виявлялися переважно у вигляді об'єктивних ознак вегетативного збудження (серцебиття, лабільність артеріального тиску та пульсу, тремор, гіпергідроз та ін.).

Як свідчать результати дослідження рівня тяжкості депресії за шкалою Гамільтона у всіх обстежених спостерігався середній рівень тяжкості (більше 27 балів).

Дослідження особливостей емоційного сприйняття кольорів за тестом Люшера у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальною поведінкою продемонструвало деякі закономірності вибору (рис. 1).

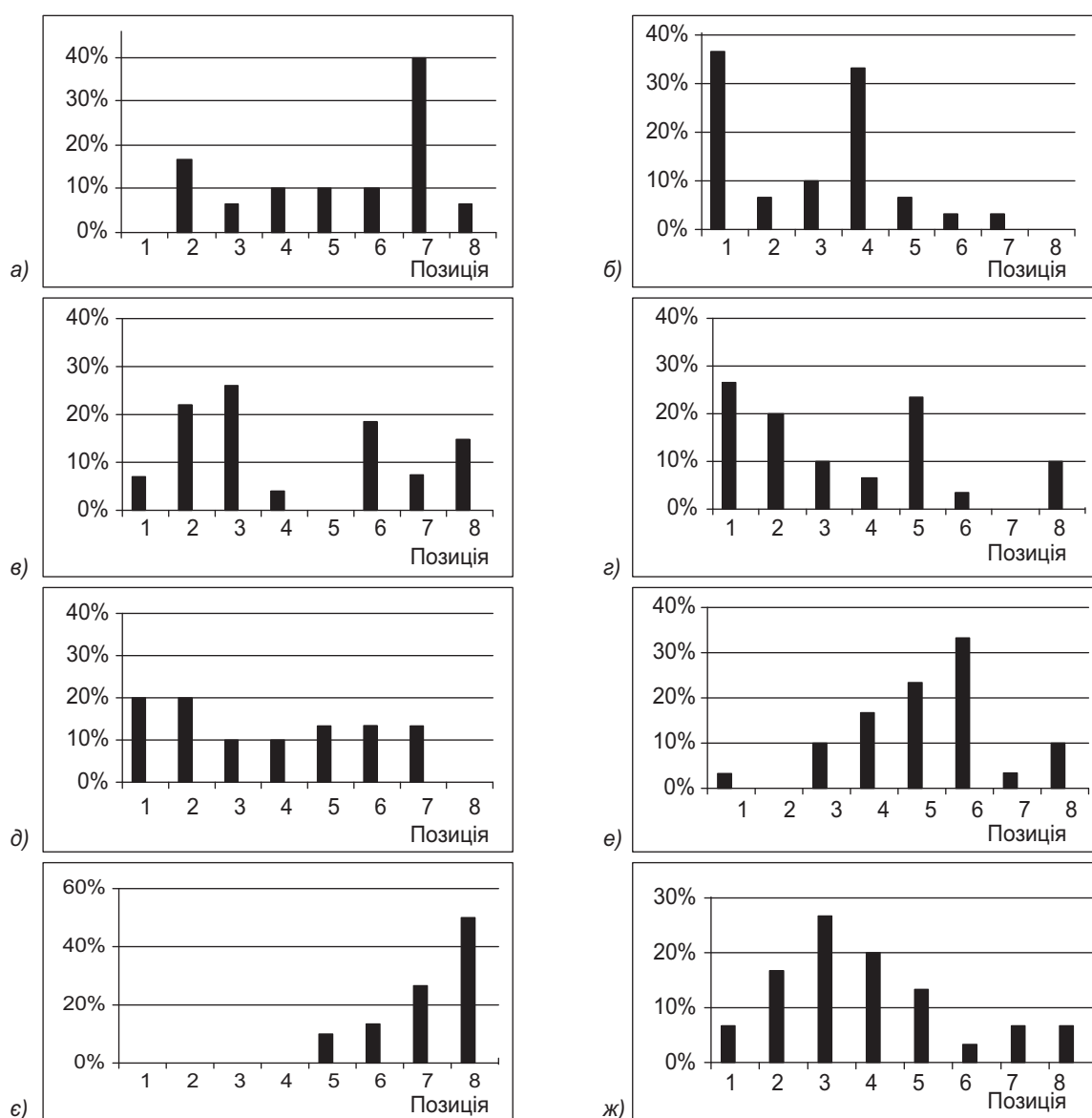


Рис. 1.

Розподіл кольорів за тестом Люшера у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальною поведінкою: а) синього; б) зеленого, в) червоного; г) жовтого; д) фіолетового; е) коричневого; є) чорного; ж) сірого

Такою закономірністю було заперечення синього кольору (рис. 1, а.) у хворих цієї групи. Цей колір займав 6, 7 і 8 позиції у 17 (56,67 %) хворих. Заперечення синього кольору свідчило про відчуття розчарованості та внутрішнього відчуження, страх байдужості оточуючих. Такий страх призводив до виникнення самоізоляції. Що було одним із чинників у формуванні суїцидальної поведінки. Компенсаторним вони найчастіше обирали зелений колір (рис. 1, б), який виносили на 1 і 2 позиції в 43,33 % випадків. Чорний і коричневий колір відкидався хворими і займав позиції в кінці ряду (рис. 1, е, є). На відміну від хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад, які у наших попередніх дослідженнях відводили червоному та жовтому кольору останні три позиції, хворі цієї нозологічної групи демонстрували більшу прихильність до жовтого та червоного кольору (рис. 1, в, г). Жовтий займав перші дві позиції в 46,67 % випадків, червоний — в 43,33 % випадків. Але факт переміщення синього кольору в кінець ряду, а сірого та коричневого на другі дві позиції (рис. 1, е, ж) свідчили про наявність внутрішнього конфлікту та високого рівня напруженості, який складав від трьох до восьми знаків оклику (за термінологією Люшера) при аналізі співвідношення основних і додаткових кольорів на перших і останніх трьох позиціях. Внутрішній конфлікт було виявлено також при аналізі

першої та другої пари кольорів (які демонструють бажану та реальну життєву ситуацію відповідно) у 53,33 % обстежених. При опитуванні вони згадували той факт, що здійснюючи суїцидальну спробу, вони відчували стан безвиході та безнадійності, але не усвідомлено бажали порятунку і виходу з цієї ситуації.

Таким чином за допомогою тесту Люшера було визначено наявність ознак тривожності, потреб, які підлягають фрустрації, несприятливих компенсацій.

Отримані результати дозволяють зробити наступні висновки, що до корелятивів суїцидальної поведінки у хворих з гострою реакцією на стрес та розладами адаптації (F 43) можна віднести наступні симптоми: відчуття безвиході, депресію, обнубіляцію та відчуженість.

За результатами тесту Люшера було виявлено наявність внутрішнього конфлікту та високого рівня напруженості, визначено специфічні особливості сприйняття кольорів хворими з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації (F 43) з суїцидальною поведінкою, які можна використовувати для прогнозування суїцидального ризику у хворих цієї нозологічної групи.

Таким чином, наведені симптоми, з прогностичної точки зору, мають розглядатись, як предиктори суїцидальної поведінки і використовуватись для її профілактики.

Література:

1. Волошин, П. В. Завершённые самоубийства в городе Харькове (1999 – 2002 годы) [Текст] / П. В. Волошин, А. Н. Бачериков // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, Вип. 4 (41). — С. 5–7.
2. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 2000. — С. 10–15.
3. Ефремов, В. С. Основы суицидологии [Текст] / В.С. Ефремов. — СПб. б. : «Диалект», 2004. — 480 с.
4. Мудренко, И. Г. Факторы риска суицидального поведения (обзор литературы) [Текст] / И. Г. Мудренко // Вісник СумДУ, Серія Медицина. — 2009. — № 1. — С. 132–140.
5. Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness [Text] / M. Hamilton // Br. G. Soc. Clin. Psychol. — 1967. — Vol. 6. — P. 278–296.
6. Люшер, М. Цветовой тест Люшера [Текст] / М. Люшер. — Москва: АСТ; СПб.: Сова, 2005.

УДК 616.89-008.441.12-092-047.82

Концепція психопатогенезу психогенної гіперфагії



Гетманчук Є. І.

Гетманчук Є. І.

Запорізький державний медичний університет кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології

Резюме. Стаття присвячена розробці концепції аліментарного ожиріння і коморбідних психогенних розладів, зокрема в ракурсі емоціогенезу. Вивчення особливостей клінічної картини, патогенезу переїдання і коморбідних тривожно-депресивних розладів проводилося з метою створення психопатогенетичної концепції психогенної гіперфагії, а також з метою розробки системи психотерапії аліментарного переїдання і коморбідних розладів тривожно-депресивного кола.

Ключові слова: аліментарне ожиріння, тривожно-депресивні розлади, коморбідність, концепція психопатогенезу, психогенна гіперфагія, психотерапія.

Concept psychopatogenesis the psychogenic hyperphagia

Getmanchuk E. I.

Zaporozhe state medical university, department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology

Resume. The article is devoted to developing the concept of nutritional obesity and comorbid disorders, psychogenic, particularly from the perspective of emotiogenesis. Study of clinical features, pathogenesis, and overeating comorbid anxiety and depressive disorders was carried out to establish the psychopatogenetic concept of psychogenic hyperphagia, as well as to develop a system of psychotherapy, nutritional eating and comorbid anxiety-depressive disorders circle.

Key words: alimentary obesity, anxiety and depressive disorders, comorbidity, the concept of psychopatogenesis, psychogenic hyperphagia, psychotherapy.

Аліментарне ожиріння на сучасному етапі розвитку суспільства є гострою медико-соціально-економічною проблемою в країнах з високим і зростаючим рівнем економічного розвитку, включаючи Україну. Чисельність людей з надмірною вагою тіла прогресивно збільшується (на 10,00 % від колишньої кількості за кожні 10 років) [1]. За даними ряду досліджень близько 30,00 % населення в економічно розвинених країнах і країнах пострадянського простору мають надмірну вагу або ожиріння [8].

Особливе значення проблеми полягає в тому, що ожиріння і надмірна вага тіла представляє серйозну загрозу для громадського здоров'я і є одними з основних чинників ризику розвитку таких масових захворювань, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет другого типу, ішемічна хвороба серця, атеросклероз і інші, а також чинником, що підвищує обумовлену ними смертність, у зв'язку з чим проблема контролю маси тіла є одним з пріоритетів в медицині, намічених ВООЗ.

Проте, не дивлячись на те, що ведучим механізмом у формуванні ожиріння є аліментарний, що обумовлює його модифікованість, проблема цього виду ожиріння досі не розв'язана.

Тема висвітлення коморбідності психічних розладів при переїданні у літературі не нова. Так отримали висвітлення проблеми вивчення

психологічних особливостей та прикордонних нервово-психічних розладів при надмірній вазі [3, 6]. Ряд авторів розглядають ожиріння з точки зору аддиктивної патології [2, 9, 10]. У жінок з аліментарним ожирінням спостерігається завищений показник алекситимії, внутрішньоособистісний конфлікт, проте не розкриває механізмів захворювання [4, 5, 7].

Однак досі не розглядалася взаємозміна клінічних проявів у разі поєднання гіперфагії та коморбідних розладів, в тому числі і розладів тривожно-депресивного кола.

Так само до теперішнього часу не було розроблено патогенетичної концепції аліментарного ожиріння та коморбідних тривожно-депресивних розладів, зокрема у ракурсі емоціогенезу.

Тому вивчення особливостей клінічної картини, патогенезу переїдання і коморбідних тривожно-депресивних розладів з метою створення психопатогенетичної концепції психогенної гіперфагії з метою розробки системи психотерапії аліментарного переїдання і коморбідних розладів тривожно-депресивного кола заснованої на патогенетичних підходах в терапії є актуальним завданням сучасної медицини.

Матеріали та контингенти. Для розробки психопатогенетичної концепції психогенної гіперфагії. Відповідно до поставлених завдань

було обстежено 100 хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів — E66.0) з розладами дигестивної поведінки, а саме психогенною гіперфагією (переїдання внаслідок інших психологічних порушень — F50.4) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади — F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад — F41.2), а також 20 умовно здорових осіб, 20 пацієнтів хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів — E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень — F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола та 20 пацієнтів у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади — F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад — F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння.

Для вивчення клініко-психопатологічних і медико-психологічних характеристик хворих на аліментарне ожиріння та розлади тривожно-депресивного кола, було сформовано наступні групи обстежених:

1 група (основна) — 100 пацієнтів (50 чоловіків та 50 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів — E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень — F50.4) та коморбідні розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади — F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад — F41.2). Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $31,6 \pm 0,73$ років.

Основна група у свою чергу була розділена на наступні підгрупи:

- Група 1.1 — 70 пацієнтів (32 чоловіків та 38 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано до психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола;
- Група 1.2 — 30 пацієнтів (12 чоловіків та 18 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано після психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола.

2 група (контрольна) — 20 умовно здорових осіб, які не мали аліментарного ожиріння, порушень дигестивної поведінки та тривожно-депресивних розладів, або існуючи розлади були на донозологічному рівні (10 чоловіків та 10 жінок). Вік пацієнтів коливався від 21 до 45 років, середній вік у групі складав $30,6 \pm 0,48$ років.

3 група (контрольна) — 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів — E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенна гіперфагія (переїдання внаслідок інших психологічних порушень — F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола. Вік пацієнтів коливався від 22 до 48 років, середній вік у групі складав $30,5 \pm 0,54$ років.

4 група (контрольна група) — 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади — F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад — F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння. Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $29,8 \pm 0,34$ років.

Всі хворі дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

В усіх пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, проводилося ретельне вивчення клініко-анамнестичних даних, що дозволило виявити особливості особистості та хвороби, які мали пацієнти до виникнення розглянутої патології. Період обстеження та спостереження тривав з моменту встановлення вищевказаного діагнозу та по закінченню лікувально-реабілітаційних заходів. У всіх хворих до встановлення діагнозу не відзначалося психічних захворювань в анамнезі, спадковість не обтяжена психопатологією, всі хворі не мали ознак органічних уражень головного мозку та клінічно визначальної ендокринної та соматичної патології. Пацієнти не отримували іншого лікування, окрім передбаченого дослідженням.

Для досягнення мети використовувалися наступні методи дослідження:

- медико-соціологічний — для вивчення психосоціального статусу;
- антропометричний — для діагностики ожиріння (соматометрія, визначення індексу маси тіла Кетле, ступеню ожиріння) (Н. Д. Вардіміаді, Л. Г. Машкова, 1988);
- клініко-психопатологічний — для вивчення структури психопатологічних розладів у хворих на розлади дигестивної поведінки (переїдання) та коморбідні тривожно-депресивні розлади;
- психодіагностичний — реалізовувався за допомогою наступних методик:

1. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості MMPI (І. Маккінлі, С. Хатейей, 1971) для вивчення специфічних особистісних

- якостей контингенту із дигестивною поведінкою (переїдання) та коморбідними тривожно-депресивними розладами;
2. Шкала депресії Бека (BDI) (А. Т. Бек, 1961) для визначення депресивних проявів у визначеного контингенту;
 3. Торонтська алекситимічна шкала (TAS) (G. J. Taylor, 1985) для визначення алекситимії та порушення спроможності усвідомлення і вербалізації своїх почуттів у визначеного контингенту;
 4. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна (STAI) (Ч. Д. Спілбергер, Ю. Л. Ханін, 1978) — для психодіагностики тривожних проявів особистості профільного контингенту хворих;
 5. Тест для визначення типу відношення до хвороби (Л. І. Вассерман, Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова, 2005) — для діагностики типу відношення до хвороби і лікування;
 6. Опитувальник «Наявність гіперфагії» (Є. І. Гетманчук, 2012).

Також всі хворі проходили загальне клінічне обстеження — фізикальне обстеження, лабораторно-інструментальне обстеження, консультації терапевта, невропатолога (з метою виявлення соматичної патології).

Статистична обробка результатів дослідження. Результати проведених обстежень та лікування було оброблено за допомогою методів математичної статистики. Отримані данні порівнювалися з контрольною та групою та групою порівняння.

Результати та їх обговорення. У разі порушення механізмів усвідомлення і ідентифікації власних емоцій (наявність і рівень своєї тривоги, депресії) захисний механізм надмірного вживання їжі реалізовується безконтрольно та є більш схильним до закріплення. Так патологічні патерни дигестивної поведінки особливо мають тенденцію до закріплення за умови наявності алекситимії, коли індивід не здатний усвідомити наявність і рівень своєї тривоги, внаслідок чого включається захисний механізм надмірного споживання їжі. Неспроможність індивідом ідентифікувати власний емоційний стан утруднює розуміння причин виникнення завищеного відчуття харчової потреби та неспроможність ідентифікувати зазначене відчуття як патологічне у подальшому призводить до закріплення патологічних модусів дигестивної поведінки. То ж наявність алекситимії є чинником, що не лише привертає до ожиріння, але й утрудняє можливість втрати наявної зайвої маси.

Наявне переїдання та алекситимія, яка є сприяючим чинником виникнення моделей патологічної дигестивної поведінки, виступають маскуючим фактором клінічних проявів розладів тривожно-депресивного кола або модифікуючим їх фабулу у бік переживань соматоформного та іпохондричного кола.

При усвідомленні реалізації порушеної дигестивної поведінки (психогенна гіперфагія) виникає замкнуте коло тривожності — почуття провини та сорому за надлишок спожитої їжі сприяє зростанню рівня тривожності та спричиняє повторні епізоди переїдання. Переїдання виступає своєрідною реакцією на дистрес: їжа надає тимчасовий заспокойливий, протитривожний і антидепресивний ефект. В той же час відчуття провини і сорому за надлишок спожитої їжі сприяють зростанню рівня тривожності і можуть спровокувати повторні епізоди переїдання.

Було відмічено, що при гіперфагії спостерігається зміна структури мотивації до їжі, де до фізіологічних компонентів (відчуття голоду та апетиту) додається ряд патологічних (порушення емоційної сфери, порушення вольової сфери тощо), а співвідношення фізіологічних компонентів порушується, до виникнення феномену патологічної дисипації відчуття голоду та апетиту.

При цьому наявне відчуття голоду можливо розділити на два варіанти:

Первинне відчуття голоду та апетиту, що виникає як першочергова реакція на провокуючий чинник (фізіологічний або патологічний).

Під фізіологічним чинником розуміються реакції організму, які є відображенням об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу.

Під патологічними чинниками розуміється увесь спектр реакцій, які не є проявом об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу (психоемоційне напруження, обсесивно-компульсивні розлади тощо)

Вторинне відчуття голоду, яке виникає як рефлекс внаслідок звички багато та часто їсти, або вживати їжу в певний час чи за певних обставин.

Механізми реалізації психогенної гіперфагії розташовуються інтра- та екстра- психічному рівні.

Інтрапсихічний рівень включає:

- *рівень несвідомого* — реалізується в обхід свідомого сприйняття у межах мимовільної поведінки і є фізіологічно та патофізіологічно обумовленими реакціями у відповідь на анатомічні та функціональні порушення стану організму;
- *рівень підсвідомого* — першопричини виникнення та реалізації патологічної

дигестивної поведінки виходять із вражень і переживань минулого, що не усвідомлюються індивідом (але найчастіше виявляються за допомогою психоаналітично-орієнтованої психотерапії);

- *рівень свідомого* — при цьому відбувається усвідомлення індивідом першопричин мотивації до гіперфагії та реалізація переїдання у вигляді довільних модусів патологічної дигестивної поведінки.

Екстрапсихічний рівень включає: *соматопсихічний, психосоматичний, соціокультурний*.

Висновки. У межах розробленої патогенетичної концепції слід виділяти наступні варіанти реалізації патологічних патернів дигестивної поведінки з точки зору патогенетичної обґрунтованості:

- *аутокураційний варіант*, що реалізується у межах аутокурації (самолікування), механізм якого в залежності від усвідомленості першопричин порушень дигестивної поведінки реалізується на рівнях свідомого, підсвідомого, несвідомого;
- *адиктивний варіант*, у межах якого вживання їжі відбувається не за умов фізіологічної потреби організму, а внаслідок виникнення патологічної залежності від відчуття прийому їжі та сформованої психологічної потреби у вживанні збільшеної кількості їжі;
- *компульсивний (психогенний)*, який реалізується у рамках нав'язливих дій по вживанню їжі;
- *патологічна мимовільна звичка* — мимовільна поведінка внаслідок розосередження уваги та закріплення патологічного патерну поведінки.

При цьому механізмами першопричин психогенного переїдання є наступні:

- *механізми психологічного захисту* на психогенні події теперішнього (гіперкомпенсація, проекція, регресія тощо);
- *інтрапсихічний механізм* (мнестично обумовлений) — при якому патологічні патерни дигестивної поведінки реалізуються через застарілі переживання минулого, розташовані на підсвідомому рівні;
- *патологічне підсилення орального компоненту* — повернення до ранньої оральної стадії пізнання світу за допомогою рота.

До вторинних механізмів виникнення та підтримки психогенної гіперфагії відносяться наступні:

Механізм тривожного очікування переїдання реалізується за умови розуміння патологічного характеру дигестивної поведінки та неспроможності її позбутися, або спроможності

її купірування за умови постійного довільного контролю, представляє собою суб'єктивно вмотивоване відчуття тривоги через побоювання реалізації патологічних патернів дигестивної поведінки та веде до формування «кола тривоги».

«Коло тривоги» — патопсихологічне утворення, механізм якого зводиться до концепції, згідно з якою, порушення емоційної сфери (тривога, знижений настрій, неспокій, сум тощо), призводячи до реалізації схеми психологічного захисту за типом гіперкомпенсації, провокує розгортання емоціогенної гіперфагії, яка в свою чергу, за умов закріплення патологічної дигестивної поведінки, індукує виникнення почуття провини та сорому за надлишок спожитої їжі, побоювання ожиріння, що сприяє зростанню рівня тривожності та спричиняє повторні епізоди переїдання.

Психосоматично-соматопсихічне коло — у межах якого зміна харчового потягу відбувається у наслідок порушеної роботи органів та систем організму, яке, у свою чергу, порушується у відповідь на психогенно обумовлену зміну регуляторних механізмів організму та гіперфагію з накопиченням зайвої ваги. Зважаючи на це можна стверджувати, що психогенне переїдання є не лише психосоматичним захворюванням, але і вторинно-соматопсихічним.

Завдяки розробленій концепції психопатогенезу психогенної гіперфагії (рис. 1) стає можливим створення клініко-патогенетичну класифікацію відчуття голоду за варіантами:

Первинне відчуття голоду, що виникає як першочергова реакція на провокуючий чинник (фізіологічний або патологічний). Під фізіологічним чинником розуміється ряд реакцій організму, які є відображенням об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу. Під патологічними чинниками розуміється увесь спектр реакцій, які не є проявом об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу (психоемоційне напруження, obsесивно-компульсивні розлади тощо).

Вторинне відчуття голоду, яке виникає як рефлекс внаслідок звички багато та часто їсти, або вживати їжу в певний час чи за певних обставин.

Детальне вивчення питань психопатогенезу гіперфагії дозволить розробити найбільш ефективну систему психотерапії і програму психопрофілактики хворих на аліментарне ожиріння з розладами дигестивної поведінки (психогенне переїдання) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола.

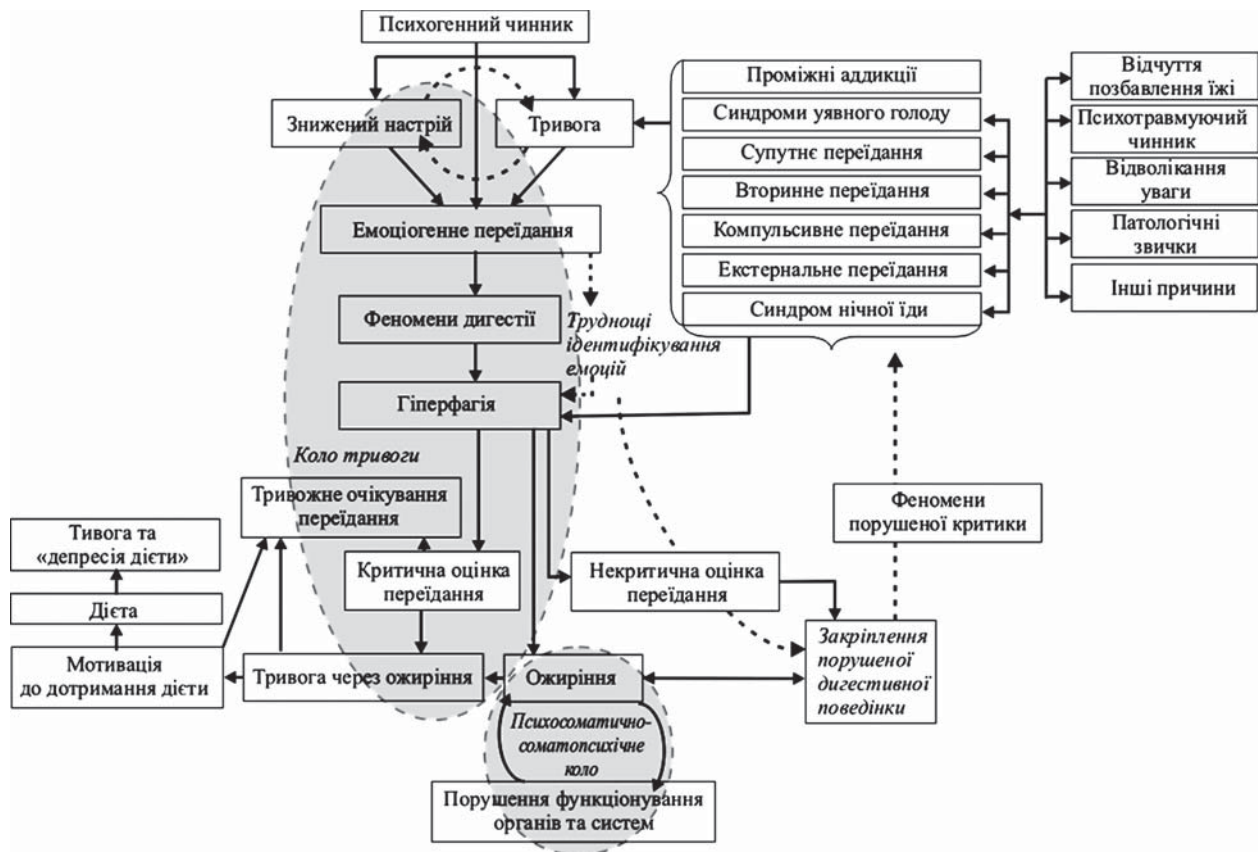


Рис. 1.
Схема психопатогенезу психогенної гіперфагії

Література:

1. Гинзбург М. М. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение / М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Н. Н. Крюков. — С. : Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1999. — 33 с.
2. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — Н. : Олсиб, 2001. — 251 с.
3. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Марков. — Томск, 2006. — 23 с.
4. Рукавишников И. А. Патологические аспекты нарушения пищевого поведения (Аддикции переедания) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Рукавишников. — Новосибирск, 2006. — 21 с.
5. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. — СПб. : Речь, 2007. — 768 с.
6. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса : дис. ... канд. психол. наук / Ю. Л. Савчикова. — СПб., 2005. — 22 с.
7. Шипачев Р. Ю. Клинико-психологические особенности женщин с избыточной массой тела / Р. Ю. Шипачев // Вестник психотерапии. — 2006. — № 18 (23). — С. 139–143.
8. Bray G. A. Obesity : a time bomb to be defused / G. A. Bray // Lancet. — 1998. — 352 (18). — P. 160–161.
9. Burr J. Are eating disorders feminine addictions? / J. Burr, M. Reid // Addiction Research. — 2000. — Vol. 8. — № 3. — P. 203–211.
10. Orzano, A. J. Diagnosis and treatment of obesity in adults : an applied evidence-based review. / A. J. Orzano, J. G. Scott // J. Am. Board. Fam. Pract. — 2004. — № 17. — P. 359–369.

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

Психофеноменологическая характеристика мужчин с невротическими расстройствами



Курило В. А.

Курило В. А.

Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета

Резюме. В данной статье представлены результаты специализированного клинико-психофеноменологического обследования мужчин с невротическими расстройствами, сопряжёнными с признаками семейной дезадаптации. Проведен анализ компонентов психотерапевтической диагностики, в частности выявленных у них клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Ключевые слова: семейная дезадаптация, невротические расстройства у мужчин, психотерапевтическая диагностика, клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

Psychophenomenology characteristics men with neurotic disorders

Kurilo V. A.

Department of psychiatry, psychotherapy, to general and medical psychology, narcology and sexology Zaporozhia state medical university

Resume. This article presents the results of specialized clinical psychophenomenology survey of men with neurotic disorder, properties, paired with signs of family maladjustment. The analysis of the components of psychological diagnosis, in particular, they identified the clinical therapeutic effects of syndromes.

Key words: family desadaptation, neurotic disorders in men, psychotherapeutic diagnosis, clinical psychotherapeutic effect-syndromes.

Психотерапия в настоящее время является методом выбора при множестве психических и поведенческих расстройств, в том числе и невротического круга. Психогенные расстройства занимают одно из первых мест в сочетании с различными соматическими заболеваниями, сексуальными нарушениями и семейной дезадаптацией [1, 3, 4].

Проводимый анализ сущности семейной адаптации / дезадаптации очень часто приводит к противоречиям и разночтениям. Это можно увидеть в клинической практике специалистов в области сексопатологии и других специалистов психического профиля.

Многие из практиков используют в работе различные по наполнению термины, которые прямым образом приравнивают к семейной дезадаптации.

Данные факты приводят к затруднениям в понимании объекта последующих исследований, предмета и содержания психотерапевтических, психореабилитационных, психопрофилактических вмешательств, применяемых в курации семейных взаимоотношений в паре. Эти вмешательства могут проводиться как в групповой, так и в индивидуальной формах с учётом гендерных особенностей невротических расстройств. Известны также данные о специфичности невротизации у мужчин, что не следует

оставлять без внимания при проведении психотерапии [1, 2, 4, 5]

На сегодняшний день существуют признанные типологии нарушений семейных взаимоотношений в паре, особенности их динамики, психологической составляющей в виде нарушения супружеской коммуникации, проявления конфликтности и разобщённости семьи.

Однако нечёткими остаются представления о психотерапевтическом сопровождении мужчин с невротическими расстройствами и признаками семейной дезадаптации.

Особенно важными являются моменты практической психотерапевтической диагностики, отражающей психическое состояние, особенностей личностных реакций на существующее заболевание, а также реакций на подбор и реализацию того или иного метода / методики / техники психотерапии [5, 8, 9, 11].

Психотерапевтическая диагностика на сегодняшний день не является психиатрической. Согласно законодательным положениям врач-психиатр имеет право на постановку психиатрического диагноза. Психотерапевтическая диагностика в качестве клинико-диагностической составляющей использует лишь синдромологический уровень квалификации психопатологии. Разумеется, врач-психотерапевт в клинико-диагностической части диагноза может приводить

выставленный психиатром психиатрический диагноз, если он имеется [9–12].

Указанные данные стали причиной реализации нашего научного исследования относительно определения клинко-психофеноменологических характеристик мужчин с последующей разработкой системы психотерапии и психопрофилактики семейной дезадаптации при невротических расстройствах.

Контингенты обследованных. Нами было обследовано 140 профильных пациентов, из которых 1 группа — 40 мужчин с выявленными невротическими расстройствами (неврастение, невротической депрессией, невротической тревогой, обсессивно-компульсивным расстройством, соматизированным расстройством); 2 группа — 50 супружеских пар, среди которых есть мужчины с условной психической нормой (отдельные симптомы, донозология), то есть не доходящих проявлений до уровня нозологически очерченных невротических расстройств.

Подчеркнём, что в ходе наших наблюдений и психотерапевтического сопровождения контингентов каждому из пациентов был выставлен психотерапевтический трёхчастный диагноз.

Цель исследования — определение клинко-психофеноменологической характеристики мужчин с невротическими расстройствами при существующих признаках семейной дезадаптации.

Задачи исследования:

1. Определить клинко-психопатологические рамки невротических расстройств контингентов.
2. Провести полнообъёмное клинко-психофеноменологическое исследование мужчин с невротическими расстройствами в рамках семейной дезадаптации.
3. Определить частоту встречаемости клинко-психотерапевтических эффект-синдромов.

Методы исследования — клинко-психопатологический, клинко-психофеноменологический, статистический.

Методики исследования — методики клинической психиатрической диагностики в ракурсной пато-нозо-синдромальной квалификации; психотерапевтическая беседа; этологическая диагностика; сбор психоанамнеза; специальные диагностические (феноменные) приёмы; диагностика клинко-психотерапевтических-эффект синдромов (КПЭС).

Результаты исследования. На основании клинко-психопатологического анализа круга невротических расстройств среди мужчин группы 1 была определена нозологическая представленность. В ней мужчин, страдающих неврастением — 10 чел. (25,0 %), невротической депрессией — 5 чел. (8,0 %), невротической тревогой — 7 чел. (17,0 %), обсессивно-компульсивным расстройством — 8 чел. (20,0 %), соматизированным расстройством — 10 чел. (25,0 %).

Выявление психотерапевтических феноменов в клинике невротических расстройств у женщин проводилось, следуя стандартизированной схемы, которая содержала в себе следующие структурные компоненты. Эти компоненты представляют определённый универсальный набор методов, последовательно направленных на реализацию психотерапевтической диагностики так каковой.

Компоненты используемой психотерапевтической диагностики отражены подробным образом в табл. 1.

Первым компонентом психотерапевтической диагностики являлась психотерапевтическая беседа, обладающая коммуникативной, информативной, диагностической и куративной функциями.

Нами в большей степени использовалась психотерапевтическая степень в виде неструктурированного клинического интервью с акцентом на предпочтении нарративного или же «глубинного» интервью. Данная вариация интервьюирования использовалась для реконструкции «истории жизни» пациенток с невротическими расстройствами.

Собственно психотерапевтическая беседа была направлена на установление психотерапевтического контакта и прояснение базовых проблем женщин с невротическими расстройствами, у которых в супружеской паре были диагностированы признаки семейной дезадаптации.

Продуктивный психотерапевтический контакт в группе 1 был установлен и отражался на продуктивности психотерапевтического альянса с пациентами страдающими неврастением — в 68,0 % случаев, с пациентами с невротической депрессией — в 51,0 % случаев, с пациентами с невротической тревогой — в 87,0 % случаев, с пациентами с обсессивно-компульсивным расстройством — в 76,0 % случаев, с пациентами соматизированным расстройством — в 61,0 % случаев. Уровень продуктивности психотерапевтического контакта в группе 2 с условной психической нормой (донозологическими проявлениями) был более высоким и выражался в 86,0 % установлении, что способствовало скорейшему формированию психотерапевтического альянса.

Таблиця 1.

Реализуемая психотерапевтическая диагностика

№	Название компонента	Содержание компонента
1.	Психотерапевтическая беседа	Основной метод получения информации о пациенте, способ познания и осознания психических проявлений на основе вербальной и имфатико-интернациональной коммуникации.
2.	Клинико-этологическая диагностика	Способ диагностики невербального поведения с помощью клинико-этологического подхода, полученные результаты которого позволяют сопоставить поведенческие реакции с вербальной продукцией.
3.	Сбор психоанамнеза	Сбор данных при наличии катмнестического периода наблюдения в случаях, когда пациенты обращались за помощью к специалистам психоического профиля.
4.	Клинико-психофеноменологическое исследование	Исследование выраженных специфических феноменов, наблюдаемых в процессе психотерапевтического контакта и психотерапевтических вмешательств.
5.	Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома	Распознавание комплекса клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.
6.	Проведение ракурсного клинико-психопатологического исследования	Выявление и распознавание клинико-психопатологических нарушений, свойственных для контингента.

Вторым компонентом являлось клинико-этологическое исследование в условиях психотерапевтического контакта, включающее анализ совокупности наблюдаемых фиксированных признаков невербального поведения и элементов двигательных актов [6].

Сбор психоанамнеза проводился по традиционной схеме в зависимости от наличия предыдущих наблюдений у специалистов психоического профиля и реализовывался при первичных встречах с помощью клинического интервью.

Четвёртый и пятый компоненты психотерапевтической диагностики сочетали в себе главную цель — распознавания выраженных клинических психотерапевтических эффект-синдромов (КПЭС).

Так, под КПЭС понимаются комплексы клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии [4, 9].

В клинико-психофеноменологическом исследовании КПЭС у мужчин с невротическими расстройствами, при их сосуществовании с признаками семейной дезадаптации, нами использовались типовые (нормальные), атипичные и интеркуррентные КПЭС.

К типовым (нормальным) КПЭС относят гипноидный, каталептический, просоночный, психовегетативный, релаксационный, полиморфно-конформный.

Гипноидный — сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный раппорт).

Каталептический — резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемой поперечно-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа («восковидная гибкость») и сложные внешне целенаправленные поведенческие акты согласно фабуле внушения.

Просоночный — изменённое сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого.

Психовегетативный — вариант полнообъёмного субъективно-чувственного спектра ощущений соответственно терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой.

Релаксационный — переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохранённой, но не востребованной возможностью активно-экспрессивной реакции.

Гипомнестический — снижение репродукции негативно-окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и изменённая репродукция с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения.

Полиморфно-конформный — гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмотивным реагированием.

Синдромы атипичные (парадоксальные) не могут быть планируемыми, однако их указание возможно в случае их стереотипного

возникновения в ответ на психотерапевтическое вмешательство.

Истериформный — выраженная демонстративность с повышением экспрессивности эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, эмфатико-интонационной активности в представлении (презентации) болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы.

Эксплозивный — появление выраженной, как правило, негативной, поведенческой вербальной, эмоциональной, эмфатико-интонационной реакции в процессе терапевтического контакта с элементами агрессивности.

Эффект-синдром «аффективного мутизма» — тотальная вербальная редукция (клинически близкая к психогенному мутизму), как спонтанная, так и вызванная, сопровождаемая богатыми гипермимическими и пантомимическими проявлениями.

Аверсивный — выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в процессе терапевтического контакта.

Псевдопуэрильный — демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля.

Эйдетический — переживание пациентом ярких сценически образных эмоционально окрашенных зрительных феноменов после прекращения психотерапевтического вмешательства, сопровождаемое субъективным эмоциональным отношением, с утратой возможности произвольного контроля, но с сохранением критики.

Синдромы интеркуррентные (патологические) не могут быть рекомендованы, а их отражение расценивается как осложнение психотерапии.

Эффект-синдром «терапевтической паранойи» — формирование нестойких, фрагментарных, неоформленных, легко редуцируемых идей особого отношения с психотерапевтом и / или особого значения терапевтического процесса с частичной редукцией критического отношения пациента и слабостью рационально-смысловой коррекции.

Фиксационный — неадекватная фиксированность на самом терапевтическом процессе, который занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с преформированием патологической фабулы на возникший эффект-синдром.

Резистентный — стойкость, ригидность симптоматики по отношению к любому психотерапевтическому воздействию (при соблюдении нормативной технологичности психотерапевтического

вмешательства) при эмоционально-индифферентном типе отношения пациента к психотерапии и поведенчески неконфронтационном типе отношений с врачом-психотерапевтом [4, 9].

Полученные данные о распределении КПЭС у обследованных мужчин по группам отражены в табл. 2.

В результате проведения клинико-психофеноменологического обследования пациентов группы 1 регистрировались КПЭС следующих типов: гипноидный (14,4 %), каталептический (7,5 %), просоночный (11,2 %), психовегетативный (5,5 %), релаксационный (17,4 %), гипомнестический (15,0 %), полиморфно-конформный (4,7 %), истериформный (13,0 %), эксплозивный (16,3 %), синдром «аффективного мутизма» (0,9 %), аверсивный (6,5 %), псевдопуэрильный (1,6 %), эйдетический (2,5 %), синдромом «терапевтической паранойи» (2,4 %), фиксационный (1,0 %), резистентный (2,2%).

В результате проведения клинико-психофеноменологического обследования пациентов группы 2 регистрировались следующие КПЭС: гипноидный (17,1 %), каталептический (4,7 %), просоночный (13,7 %), психовегетативный (13,5 %), релаксационный (14,2 %), гипомнестический (11,0 %), полиморфно-конформный (7,6 %), истериформный (6,4 %), эксплозивный (1,3 %), синдром «аффективного мутизма» (1,9 %), аверсивный (3,0 %), псевдопуэрильный (4,7 %), эйдетический (1,5 %), синдромом «терапевтической паранойи» (0,5 %), фиксационный (1,0 %), резистентный (2,0 %).

Таблица 2.

Распределение КПЭС в группах обследованных мужчин

Клинический психотерапевтический эффект-синдром	группа 1 (n = 40)	группа 2 (n = 50)
Аверсивный	6,50 %	3,00 %
«Аффективного мутизма»	0,90 %	1,30 %
Гипноидный	14,40 %	17,40 %
Гипомнестический	15,00 %	11,00 %
Эйдетический	2,50 %	1,50 %
Эксплозивный	16,30 %	1,30 %
Истериформный	13,00 %	6,40 %
Каталептический	7,50 %	4,70 %
Полиморфно-конформный	4,70 %	7,60 %
Просоночный	11,20 %	13,70 %
Псевдопуэрильный	1,60 %	4,70 %
Психовегетативный	5,50 %	13,50 %
Резистентный	2,20 %	2,00 %
Релаксационный	17,40 %	14,20 %
«Терапевтической паранойи»	2,40 %	0,50 %
Фиксационный	1,00 %	1,00 %

Анализируя полученные результаты, подчеркнём, что у мужчин с невротическими расстройствами при наличии признаков семейной дезадаптации наиболее выражены КПЭС — гипноидный, гипомнестический, эксплозивный, истериформный, релаксационный эффект-синдромы.

Выводы. Таким образом, проанализировав клиническую специфику феномена семейной дезадаптации у мужчин с невротическими расстройствами и используя опыт клинической психофеноменологии, нами были выделены компоненты психотерапевтической диагностики.

Были определены клиничко-психопатологические рамки невротических расстройств контингентов в виде нозологических единиц согласно Международной классификации психических и поведенческих расстройств Десятого пересмотра: страдающих неврастенией — 10 чел. (25,0 %), невротической депрессией — 5 чел.

(8,0 %), невротической тревогой — 7 чел. (17,0 %), обсессивно-компульсивным расстройством — 8 чел. (20,0 %), соматизированным расстройством — 10 чел. (25,0 %).

Проведено полнообъёмное клиничко-психофеноменологическое исследование женщин с невротическими расстройствами в рамках семейной дезадаптации. Особое внимание уделялось формированию психотерапевтического контакта в беседе, а также клиничко-этиологической диагностике по вариациям положения тела во время психотерапевтического контакта у мужчин пациентов с невротическими расстройствами.

Определена частота встречаемости клинических психотерапевтических эффект-синдромов. Подчёркнуто, что у пациенток с невротическими расстройствами при наличии признаков семейной дезадаптации наиболее выражены гипноидный, гипомнестический, эксплозивный, истериформный, релаксационный клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

Литература:

1. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. — М. : Эдиториал УРСС, 2004. — 256 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия / Ю. А. Александровский. — М. : РПС, 2006. — 1280 с.
3. Васильченко Г. С. Семейно-сексуальные дисгармонии / Г. С. Васильченко., Г. Ф. Дейнега // Частная сексопатология / под. ред. Г. С. Васильченко. — М. : Медицина, 1983. — Т.2. — С. 293–306.
4. Гринвальд С. Г. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы : клиничко-теоретическое моделирование / С. Г. Гринвальд. — Х. : Око, 2009. — 171 с.
5. Гришина Н. В. Психология конфликтов / Н. В. Гришина. — СПб. : Питер, 2003. — 464с.
6. Корнетов А. Н. Этология в психиатрии / А. Н. Корнетов, В. П. Самохвалов, А. А. Коробов, Н. А. Корнетов. — К. : Здоров'я, 1990. — 125 с.
7. Кришталь В. В. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары : учебное пособие / В. В. Кришталь, Н. К. Агишева. — М. : Изд. ЦОЛИУВ, 1995. — 138 с.
8. Психотерапия : Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2007. — 672 с.
9. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III — IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х. : Око, 2002. — 768 с.
10. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы // Архів психіатрії. — 2002. — № 4 (31). — С. 202 — 206.
11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд. стереотипн. — К. : Здоров'я ; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.
12. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз : [Учебное пособие]. — Х.: Наука, 2010 — 304 с.

УДК: 616.89-008-053.8

Алекситимія у працівників небезпечних видів професій як предиктор аутоагресії



Полшкова С. Г.

Полшкова С. Г.

Український научно-дослідницький інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МЗ України

Резюме. В даній статті описані результати проведених досліджень стосно предикторів виникнення аутоагресії. Було виявлено, що особистими предикторами аутоагресивного поведінки у осіб небезпечних видів професій є високий рівень особистої тривожності та зв'язаний з ним високий рівень алекситимії.

Аналіз причин, що призводять до аутоагресивного поведінки, показав, що як у шахтарів, так і у машиністів однаково часто спостерігалися такі стани, як психологічна дезадаптація, потреба в заспокоєнні та відчутті комфорту. На відміну від шахтарів, у машиністів частіше відзначалися потреби в контролі та в психологічній «очищенні».

Виявлені дані дозволили удосконалити підхід до терапії осіб небезпечних видів професій з аутоагресивним поведінкою.

Ключові слова: аутоагресія, алекситимія, предиктори, небезпечні види професій, психосоматичний підхід.

Alexithymia in workers of dangerous professions as a predictor of autoaggression

Polshkova S. G.

Ukrainian Scientific-Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Health Ministry of Ukraine

Resume. This article describes the results of studies on predictors of autoaggression. It was found that personality auto-aggressive predictors of behavior in those dangerous professions are the high level of personal anxiety and the associated high levels of alexithymia.

Analysis of the causes of auto-aggressive behavior, showed that both the miners and train drivers have the same frequency observed conditions such as psychological desadaptation, the need for reassurance and comfort. Unlike the miners, the machinists were more common need for control and psychological «purification».

The detected data is possible to improve the approach to therapy, those dangerous professions with auto-aggressive behavior.

Key words: auto-aggression, alexithymia, predictors, dangerous professions, the psychosomatic approach.

Однією з головних задач профілактики аутоагресивної поведінки є виявлення її предикторів для подальшого виділення груп підвищеного ризику, їх моніторингу та надання допомоги. Деякі автори під аутоагресивною поведінкою, як то алкогольна залежність, паління тютюну, швидкісна їзда на автомобілі з ігноруванням правил дорожнього руху, провокація оточуючих на бійки, випадкове вживання великої кількості медикаментів, нервова анорексія, розуміють безсвідомі механізми формування психосоматичних розладів, відстрочене за часом спричинення шкоди своєму здоров'ю, як варіанти несуйцидальної поведінки, на відміну від саме суїцидальної.

Так в дослідженнях Р.М. Масагутова вивчали гендерні відмінності в розповсюдженості аутоагресії, вікова динаміка, умови виникнення та характер аутоагресивних дій, а також їх взаємозв'язки [1]. Так, фактори асоційовані із суїцидальними спробами у підлітків обох статей, мали більше подібностей, ніж відмінностей. Суїцидальна поведінка у хлопчиків корелювало із агресивним фантазуванням, ознаками

резидуально-органічного ураження головного мозку, порушенням статевої ролі, ідентичності, досвідом фізичного насильства в дитячому віці [2]. Суїцидальні спроби у дівчат сильніше асоціювалися із вживанням психоактивних речовин, здійсненням правопорушень, досвідом перенесеного сексуального насильства та психічними розладами, переважно в емоційно-вольовій сфері.

Дослідниками було виділено вісім основних причин аутоагресивної поведінки, які ми можемо бачити на рис. 1.

Тобто мова йде про те, що людина за допомогою аутоагресивної поведінки намагається досягти чи позбавитися якихось приємних, чи навпаки неприємних почуттів. Саме нездатність відчувати чи розпізнавати почуття це ознака алекситимії. Близький, але не буквальный переклад терміну «алекситимія» звучить як «немає слів для почуттів» чи «безсловесність почуттів». Термін було запропоновано Пітером Сіфнеосом, як опис психологічного стану, при якому спостерігається бідність емоційного

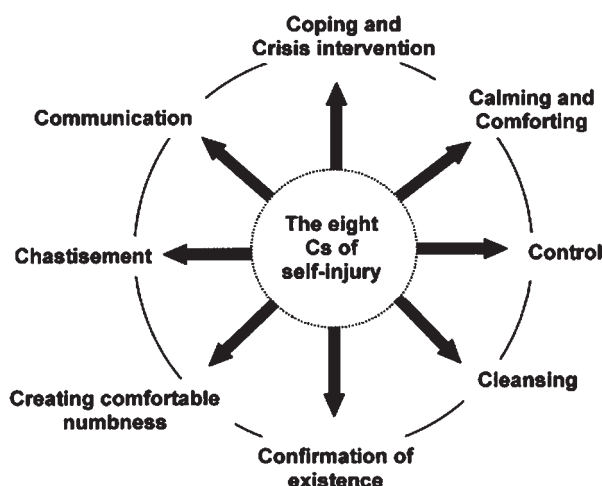


Рис. 1.

Вісім «С» — причин самоушкоджень [3]: **«Coping and Crisis intervention»** — психологічна адаптація та кризисне втручання; **«Calming and Comforting»** — заспокоєння та почуття комфорту; **«Control»** — контроль; **«Cleansing»** — очистка; **«Confirmation and Existence»** — підтримка, схвалення, підтвердження існування; **«Creating comfortable numbness»** — створення комфортного оніміння; **«Chastisement»** — покарання; **«Communication»** — спілкування

потенціалу особистості та схильність до психосоматичних захворювань.

Нездатність описати словами свої емоції призводить до невміння їх впізнавати. Оточуючий світ втрачає емоційну забарвленість та стає виключно подієвим. Людина перестає розуміти сутність подій і явищ, тим самим позбавляючись особистого досвіду. Він ставить себе поза контекстом ситуації, оскільки не вміє адекватно реагувати на ті чи інші події.

Алекситимічні прояви часто обумовлені підвищеною особистісною тривожністю [4]. Окрім підвищеної особистісної тривожності, алекситимії сприяють особливості сприйняття світу. Більшість алекситиміків схильні сприймати світ через відчуття, в них менш розвинуті візуальні та аудіальні системи, а якщо ці системи і розвинуті, то усі негативні переживання закріплюються саме у відчуттях та не усвідомлюються. Саме зосередження на негативних відчуттях сприяє соматизації тривоги, тобто перетворенню внутрішньої тривоги в «тілесні хвороби» (психосоматичні, аутоімунні захворювання, злоякісні новоутворення та інші хвороби). Особи з алекситимічними рисами особистості більш схильні до залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової та ін.). В цьому ряду поряд із різними видами залежностей можна сміливо поставити аутоагресію. Якщо проаналізувати зв'язок психосоматичні захворювання-підвищена тривожність-алекситимія, то алекситимія

може бути як причиною так і наслідком, а саме алекситимія сприяє підвищенню аутоагресії.

Існує первинна та вторинна алекситимія [5]. Первинна алекситимія обумовлена дефектами розвитку мозку у внутрішньоутробному розвитку, наслідками післяродової травми, післяродовими ускладненнями та спостерігається з самого дитинства. Вторинна алекситимія розвивається внаслідок психотравм, але частіше за все на фоні легких неврологічних порушень чи мінімальних мозкових дисфункцій. Вона також може стати проявами прихованої депресії, підвищеної тривожності, посттравматичного стресового розладу тощо. На розвиток вторинної алекситимії впливає також неправильне виховання (заперечуюче, суперечливе, гіперопіка, гіпоопіка), ситуація в сім'ї. Вторинна алекситимія може бути як стійкою характеристикою особистості, так і тимчасовою реакцією на депресію чи тривогу.

Першопричиною як первинної так і вторинної алекситимії є відсутність близького контакту з близькими людьми в дитинстві чи юності, чи заборона на вираження себе та своїх почуттів. В результаті низки будь-яких ситуацій, що повторюються, дитина «розуміє», що виражати свої почуття небезпечно, що краще їх приховати якомога глибше та продемонструвати на обличчі усмішку чи зробити «розумний вираз обличчя». Це знаходить відображення і у «дорослому» житті — емоції не є вигідними для сучасного життя, тому відмічається потужний зріст алекситимії як соціального запиту.

Як правило у таких людей багато страхів, вони залежні від сім'ї та не вміють припиняти відносини, що їх обтяжують. Вони блокують будь-які переживання своїх почуттів та сліпо слідує соціальним нормам чи правилам. І тоді «язиком болі» тіло починає «стукатись» до свого «хазяїна» та просити випустити на волю почуття, які так надійно замкнені.

Алекситиміки, находячись під сильним впливом емоцій, особливо в критичних ситуаціях, діють імпульсивно, не в змозі оцінити та відстежити свої емоції розумом, втрачаючи здібність до аналізу та критики.

На тлі загального виродження нації, такий вид аутоагресивної поведінки, як тютюнопаління не сприймається як серйозна проблема, хоча тютюнопаління є причиною багатьох захворювань, передчасної смертності [6,7]. За розповсюдженістю тютюнопаління порівняно з наркоманією із-за виникнення стану залежності. В наш час в усьому світі нараховано 1 млрд. 100 млн. курців, що є приблизно одна третя частина всього дорослого населення планети (старше 15 років). Не дивлячись на те, що в економічно розвинутих країнах відбулося

значне зниження кількості курців, розповсюдженість паління як і раніше висока та складає 20-75 % серед чоловіків та 5-40 % серед жінок. За даними ВОЗ в усьому світі щорічно із-за тютюну помирають 5 млн осіб.

Існує думка, що вибір небезпечної професії на ряду із екстремальними видами спорту, ризикованою сексуальною поведінкою, алкоголізмом та наркоманією, можна вважати за прояви аутоагресивної поведінки, а саме, активності, спрямованої (свідомо чи підсвідомо) на спричинення собі шкоди в фізичній та психічній сферах. Людина, як будь-яка жива істота, в нормі не повинна направляти агресію на самого себе, так як це суперечить його основній задачі — жити.

Саме питання несуйцидальної саморуйнівної поведінки, та як одного з її варіантів — вибір небезпечних видів професій, стало предметом нашого дослідження, що проводиться в Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України та на базі Донецької обласної лікарні профзахворювань і Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ. Досліджуваным контингентом обрано гірників вугільних шахт, машиністів та помічників машиністів.

З метою виявлення особистісних предикторів аутоагресивної поведінки нами було досліджено 534 працівника небезпечних видів професій — гірники вугільних шахт та машиністи і помічники машиністів метрополітену та залізничники, з них 354 обстежених було відібрано в наше дослідження, за критеріями включення. З них 278 гірників та 76 машиністів та помічників машиністів.

Методи дослідження. Дослідження працівників небезпечних видів професій, а саме, гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, проводилося на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань, та машиністів і помічників машиністів на базі Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ.

Обстеження проводилося за допомогою карти, яка дозволила більш детально вивчити медико-психологічний стан обстежуваного, скласти індивідуальну програму медико-психологічної реабілітації, а також, з урахуванням особливостей кожного обстеженого дала можливість об'єднання їх в однорідні за проблематикою групи для проведення групової терапії з реабілітаційною метою.

Карта також включала низку психодіагностичних методик: опитувальник Баса-Дарки, шкала депресії Цунга, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник Шмішека, тест Люшера, Торонтська алекситимічна шкала, а також проєктивний тест виявлення психосоматичних проблем.

Статистична обробка проводилася за допомогою програмного забезпечення «Statistica 8.0» та включала використання параметричних та непараметричних критеріїв достовірності отриманих даних, кореляційний аналіз. Розраховували також коефіцієнт детермінації («квадрат коефіцієнта кореляції»), що показував в якій мірі мінливість однієї перемінної обумовлена впливом іншої.

Результати власних досліджень. Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі. Середній вік $37,3 \pm 1,7$, тобто працездатного віку. В групі переважали чоловіки у віці 20-29 років, інші вікові категорії розподілилися в рівних пропорціях (рис. 2). За освітою переважали працівники із середньою спеціальною освітою (рис. 3).

За допомогою карти обстеження ми також опитували пацієнтів на предмет наявності причин, які сприяють виникненню аутоагресії згідно з теорією восьми «С» (рис. 1.). Розподіл за наявністю цих причин показано в табл. 1.

Як видно з табл. 1, у обстежених пацієнтів достатньо часто спостерігаються такі стани, як

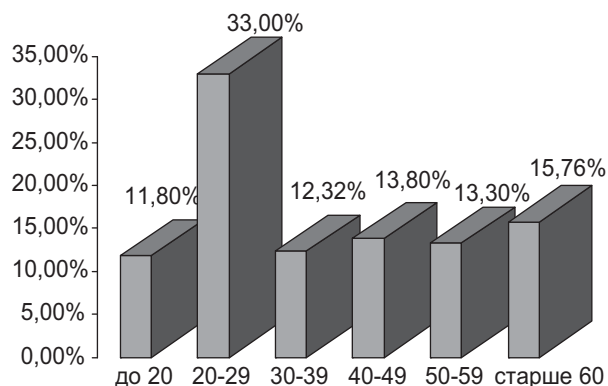


Рис. 2.
Розподіл обстежених пацієнтів за віком

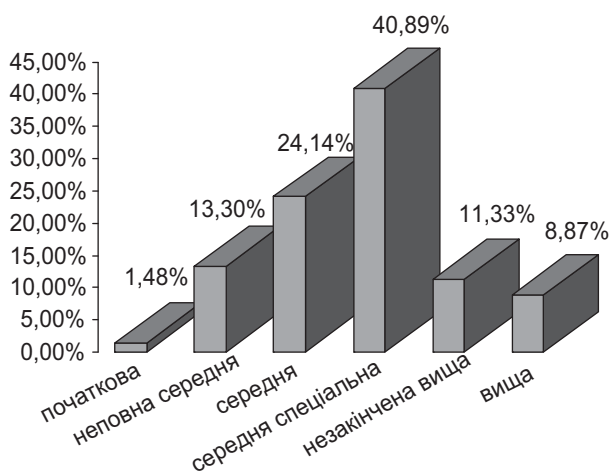


Рис. 3.
Розподіл обстежених за освітою

психологічна дезадаптація (66,2 % у гірників і 56,6 % у машиністів), потреба в заспокоєнні та почутті комфорту (68,7 та 73,7 % відповідно). Відмічено достатньо високий відсоток у машиністів на відміну від гірників таких станів як потреба в контролі (61,8 % серед машиністів та 12,6 % серед гірників), а також потреба в психологічному «очищенні» (46,1 та 20,5 % відповідно). Тобто ми можемо сказати про той факт, що серед працівників небезпечних видів професій достатньо часто зустрічаються стани, які є причинами виникнення аутоагресивної поведінки.

Разом із дослідженням наявності у обстежених станів, які самі по собі можуть сприяти виникненню аутоагресивної поведінки, ми визначили у них рівень тривоги та алекситимії, а також перевірили теорію, що алекситимічні прояви часто обумовлені підвищеною особистісною тривожністю.

Рівень реактивної та особистісної тривожності вимірювався за допомогою шкали Спілбергера — Ханіна. Отримані результати наведені в табл. 2.

Як видно з табл. 2, серед гірників переважали особи із високим (68,7 %) та помірним (26,6 %) рівнем особистісної тривожності, на відміну від машиністів (26,3 % та 32,9 % відповідно). Однак, серед машиністів ми побачили іншу тенденцію, тобто серед них переважали особи із реактивною тривожністю — високого

(53,9 %) та помірного (31,6 %) рівнів, на відміну від гірників (29,9 % та 35,3 % відповідно).

Більш цікавим виявився той факт, що такий показник, як особистісна тривожність у гірників прямо корелювала із показником — стаж роботи, іншими словами чим більше був стаж роботи, тим вищий рівень особистісної тривожності виявлявся у гірників, такої кореляції ми не побачили у машиністів.

Рівень алекситимії вимірювався за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (рис. 4).

За результатами цього дослідження ми виявили, що при порівнянні двох груп небезпечних видів професій — гірників та машиністів і їх помічників, рівень алекситимії був вищим серед гірників, коли в групі машиністів і їх помічників більшість склали особи без алекситимії. Що ще раз може підтвердити той факт, що високий рівень особистісної тривожності прямо пропорційний високому рівню алекситимії.

Виявлені результати надали нам можливість змінити підхід до терапії осіб із аутоагресивною поведінкою, а саме, лікувати не захворювання, що можуть мати аутоагресію як наслідок, а лікувати причини, що призводять до аутоагресії, тим самим покращити якість лікування в цілому.

Психотерапія осіб із високим рівнем алекситимії була спрямована на зниження рівня тривоги та психоемоційної напруги, що ще раз

Таблиця 1.

Розподіл обстежених за наявністю причин аутоагресії

Причини виникнення аутоагресії	Кількість обстежених			
	Гірники		Машиністи та помічники	
	абс.	%	абс.	%
Психологічна дезадаптація	184	66,2	43	56,6
Потреба в заспокоєнні та почутті комфорту	191	68,7	56	73,7
Потреба в контролі	35	12,6	47	61,8
Потреба в психологічному «очищенні»	57	20,5	35	46,1
Потреба в підтримці, схваленні, підтвердженні існування	63	22,7	15	19,7
Потреба в створенні комфортного оніміння	27	9,7	12	15,8
Потреба в покаранні	13	4,7	4	5,3
Потреба в спілкуванні	74	26,6	24	31,6
Всього	278	-	76	-

Таблиця 2.

Середні значення показників самооціночних шкал за тестом Спілбергера-Ханіна

Тривожність		Гірники		Машиністи та помічники	
		абс.	%	абс.	%
Реактивна тривожність	Низький рівень	97	34,9	11	14,5
	Помірний рівень	98	35,3	24	31,6
	Високий рівень	83	29,9	41	53,9
Особистісна тривожність	Низький рівень	13	4,7	31	40,8
	Помірний рівень	74	26,6	25	32,9
	Високий рівень	191	68,7	20	26,3
Всього		278	-	76	-

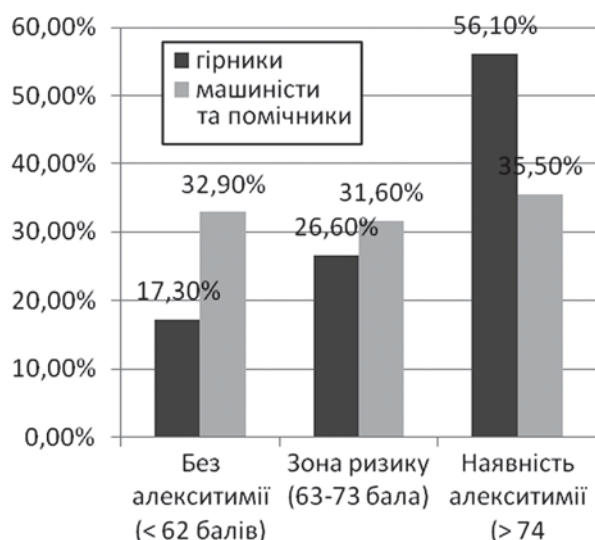


Рис. 4.
Торонтська алекситимічна шкала

підтверджує взаємозв'язок алекситимії із високим рівнем особистісної тривожності. Тобто корекція особистісної тривожності зменшувала рівень алекситимії. А для закріплення позитивних результатів психотерапії використовували медикаментозну терапію.

Також, для успішної корекції алекситимії було використано спеціальні методики, що допомагали хворому розпізнавати та описувати словами свої емоції, подолати дефіцит емоційних реакцій, розвивати міжпівкулеві зв'язки та здібність включати уяву. Також ефективними були сеанси тілесно-орієнтованої терапії, саме там вони навчалися розуміти язык свого тіла та знайомилися зі своїми почуттями в небезпечному просторі.

Заключення. Особистісними предикторами аутоагресивної поведінки у працівників небезпечних видів професій можна вважати високий рівень особистісної тривожності, та пов'язаний із ним високий рівень алекситимії.

Література:

1. Масагутов Р.М. Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков / Вопросы психологии : Научный журнал. — 2003. — №3. — С. 35-42. — ISSN 0042-8841.
2. Тиходеев, О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству / О.Н. Тиходеев // Экологическая генетика. — 2007. — Т.5. — №4. — С. 22-43.
3. Cloninger, C.R. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment / C.R. Cloninger, D.M. Svrakic // Psychiatry. — 1997. — V. 60. — N.2. — P. 120-141.
4. Cloninger, C.R. Anxiety proneness linked to epistatic loci in genome scan of human personality traits / C.R. Cloninger // Am. J. Med. Genet. — 1998. — V. 81. — N. 4. — P. 313-317.
5. Розанов, В.А. Нейробиологические основы суицидального поведения / В.А. Розанов // Вестник биологической психиатрии. — 2004. — № 6. — Электронный бюллетень РОБП и УОБПС — <http://www.scorcher.ru/neuro/science/data/mem102.htm>
6. Egan, V. Sensational interests, sustaining fantasies and personality predict physical aggression / V. Egan, V. Campbell // Personality and Individual Differences. — 2009. — Vol. 47. — N. 5. — P. 464-469.
7. Heaven, P. Personality and self-reported delinquency: Analysis of the «Big Five» personality dimensions / P. Heaven // Personality and Individual Differences. — 1996. — Vol. 20. — N. 1. — P. 47-54.

Причому, порівняння двох груп — гірників та машиністів і помічників, показало, що більш високий рівень особистісної тривожності відмічався серед гірників, тоді як у машиністів і їх помічників більш виражена була реактивна тривожність.

Це може бути обумовлено характером екстремальних подій, а саме: гірники, коли потрапляють в аварію на вугільній шахті, відчувають на собі страх смерті, тобто загрозу свого життя, коли машиністи і їх помічники частіше за все потрапляють в ситуації, коли є загроза іншим особам, тобто нещасний випадок із наїздом на людину. В силу того, що алекситимія, позитивно корелює із високим рівнем особистісної тривожності, то саме серед гірників переважали особи із високим рівнем алекситимії.

Аналіз причин, що призводять до аутоагресивної поведінки показав, що як у гірників так і у машиністів однаково часто спостерігалися такі стани, як психологічна дезадаптація (66,2 % у гірників і 56,6 % у машиністів), потреба в заспокоєнні та почутті комфорту (68,7 та 73,7 % відповідно). На відміну від гірників, у машиністів частіше відмічалися потреба в контролі (61,8 % серед машиністів та 12,6 % серед гірників), а також потреба в психологічному «очищенні» (46,1 та 20,5 % відповідно). Ці стани самі по собі є причинами, що можуть призводити до аутоагресивної поведінки.

Нажаль, на сьогодні, бракує даних відносно допомоги особам із аутоагресією, більшість авторів рекомендує лікувати «основне захворювання», що призвело до аутоагресії, а саме рекомендують лікувати депресію, особистісні розлади, тривожні розлади тощо. При цьому дослідники констатують низьку ефективність такого лікування, високу вірогідність повторення випадків аутоагресії. Саме тому в своєму дослідженні ми намагаємося змінити підхід до діагностики та лікування аутоагресії для подальшого їх удосконалення, тобто використовуємо психосоматичний підхід.

УДК 616.89–008.441.13–037–036.87

Клинико-терапевтические и прогностические аспекты незавершенных рецидивов у больных алкогольной зависимостью

Сквира И. М.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь

Резюме. В статье представлены данные о клиническом состоянии лиц с алкогольной зависимостью после срыва компенсированной терапевтической ремиссии. Установлено, что однократное употребление алкоголя в период ремиссии приводит к возникновению специфического рецидивоопасного синдрома и рецидиву заболевания. Обсуждены рекомендации по стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, срыв, рецидивоопасные клинические ситуации, рецидив.

Clinical and therapeutic and prognostic aspects of the disruption, did not end recurrence in patients with alcohol dependence

Skvira I. M.

Gomel State Medical University

Resume. The paper presents data on the clinical status of persons with alcohol dependence after the collapse of the compensated therapeutic remission. It is established that a single alcohol in remission leads to a specific relapse-dangerous clinical syndrome and relapse. Discuss recommendations for the stabilization of remission in patients with alcohol dependence.

Key words: alcohol dependency, remission, the breakdown of remission, relapse-dangerous clinical situations, relapse.

Введение

В связи с высокой распространенностью, огромными экономическими и нравственными потерями, связанными с таким заболеванием как алкоголизм, проблема эффективности его лечения является чрезвычайно актуальной [1, 2, 3]. В связи с этим разработано, апробировано, внедрено в наркологическую практику огромное количество эффективных методов лечения и реабилитации, позволяющих, при благоприятном сложении усилий пациентов и врачей, решать тактико-стратегические задачи по становлению ремиссии [1, 2, 3]. Но даже в случаях достижения полной ремиссии (по терминологии МКБ-10 [4]), удовлетворенность результатами терапии очень часто омрачается рецидивами заболевания, которые, чаще всего, возникая неожиданно, являются психогенией для семьи пациента, проблемой для производственных отношений и разочарованием для врачей.

Причины рецидивов в течение многих десятилетий обстоятельно изучаются. Установлены многочисленные факторы, приводящие к возврату болезни. Хотя до сих пор нет единства во взглядах ученых на природу рецидивов, но все же складывается обобщенная система представлений, опирающаяся на биопсихосоциальную природу человека и процессуальность алкоголизма [1, 2, 3, 5].

Во-первых, теперь уже стало аксиомой наркологии для успешности лечения алкоголизма необходимость соблюдения принципа абсолютной трезвости [1, 2, 3, 5, 6, 7].

Во-вторых, складывается системное представление о факторах, способствующих формированию и сохранению ремиссии при алкогольной зависимости. Для формирования ремиссии, прежде всего, необходимы: как можно более высокий уровень осознания болезни и терапевтических установок на лечение, трезвость и социально значимые цели. Причем, установка на трезвость считается только базовой, начальной задачей, а конечной целью лечения является полное возвращение пациентов в социум. И этот длительный терапевтический процесс требует активного включения самого пациента в работу по преодолению у него пристрастия к алкоголю и поддержки ближайшего окружения и общества [1, 2, 3, 5].

В-третьих, формируются системные представления и о причинах срывов и рецидивов алкоголизма. Причем, в настоящее время четко очерчены два понятия, характеризующих переход от ремиссии к болезни — это «срыв», означающий употребление алкоголя без возврата клинических признаков болезни и «рецидив», представляющий собой возврат клиники алкоголизма [5].

Но, несмотря на разделение этих понятий, в подавляющем большинстве научных публикаций речь идет о рецидиве и факторах, приводящих именно к возврату болезни, а не к срыву. Мало того, несмотря на общепринятый постулат о необходимости соблюдения пациентами абсолютной трезвости, встречаются публикации о том, что если пациенты с алкогольной зависимостью после лечения будут

употреблять алкоголь в дозах, не приводящих к рецидиву, то это тоже успех лечения [8]. И с этим невозможно спорить, так как и сами пациенты хотели бы употреблять алкоголь «символически», «не запивать». А родственники и окружение пациентов вообще не рассматривает «срыв» как проблему, считая употребление алкоголя пациентами в малой дозе без социальных последствий абсолютно нормальным явлением, устраивающим всех — и пациентов, и родственников, и врачей.

И хотя доказано, что рецидив алкоголизма после срыва неизбежен [7], только рецидив, создавая клинические, психологические и социальные проблемы не оставляет общество равнодушным к себе. Но как повысить настороженность пациентов и их окружения в отношении серьезности факта употребления даже самых малых доз алкоголя пациентами, если их практика доказывает безопасность «символического» употребления — «мол, выпил «чуть-чуть» и не потянуло же, не запил»? И пусть такой период (от срыва до рецидива) длится недолго (дни, недели, месяцы), но это время, которое устраивает всех и для работы с пациентами необходимы серьезные аргументы в пользу абсолютной трезвости. Данных о сравнительном исследовании состояния пациентов до срыва и после срыва (именно срыва, а не рецидива) мы не встретили. Остается не изученным, что происходит с пациентом после срыва, как меняется (и меняется ли?) состояние пациента, как развивается процесс перехода срыва в рецидив.

Целью работы явилось изучение клинического состояния пациентов с алкогольной зависимостью после срыва ремиссии и разработка практических рекомендаций по профилактике рецидивов заболевания и повышению эффективности лечения алкоголизма.

Материал и методы исследования

Объектом нашего исследования стало клиническое состояние 163 пациентов с алкогольной зависимостью (130 мужчин и 33 женщины) в полной, компенсированной ремиссии (шифр по МКБ-10 F 10.202), у которых на фоне ремиссии произошел однократный срыв (попадание в организм малых доз алкоголя, не вызвавших клинических проявлений алкогольной зависимости). Лечение перед исследованной ремиссией проведено четырехэтапное согласно установленным стандартам [1]. Изучаемая ремиссия была длительностью от 1,5 до 11 лет (в среднем $5,4 \pm 1,8$ года). **Предмет** исследования — разработка практических рекомендаций по профилактике рецидивов заболевания и повышению эффективности лечения алкоголизма. **Методы исследования.** В ходе выполнения

научной работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический, анамнестический и экспериментально-психологический методы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel (дисперсионный и корреляционный анализ, определение уровня значимости по критерию Стьюдента и по критерию согласия χ^2 [9]).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования установлено, что после срыва по времени наступления рецидива пациенты разделились на три группы. В первой, относительно самой большой группе пациентов (около 50 %), рецидив алкогольной зависимости развивался практически сразу после срыва, проявляясь возвратом клиники заболевания.

Во второй группе пациентов (около 30 %), рецидив сразу после срыва не происходил. Но у пациентов этой группы после срыва нарушался сон, снижалось настроение, возникало состояние, напоминающее состояние отмены алкоголя и другие рецидивоопасные клинические состояния [10], что становилось мотивом обращения за помощью. Некоторые из этих пациентов могли не замечать перемен в своем состоянии. У этих пациентов после однократного срыва, не приведшего к рецидиву алкоголизма, исчезала, имеющаяся до срыва критика к болезни, появлялась уверенность в возможности безболезненного употребления алкоголя «в малых дозах». Однако последующие употребления алкоголя по частоте и количеству выпитого, напоминали геометрическую прогрессию. Если при первом срыве они выпивали «стакан пива», то во второй раз было 2 стакана пива, затем 4 и т.д. Точно также происходило учащение эпизодов употребления. Такой ритм алкоголизации у большинства пациентов этой группы в течение недели, максимум двух месяцев заканчивался возвратом клиники алкогольной зависимости [4], то есть рецидивом заболевания.

И только в третьей группе, примерно из 20 % сорвавшихся пациентов первая проба алкоголя после длительной ремиссии не только не приводила к рецидиву алкоголизма немедленно, но и не сопровождалась очевидным изменением осознания болезни, установок и поведения. Эти пациенты не придавали значения факту происшедшего срыва, продолжали, как им казалось, прежнюю трезвую жизнь, большинство из них не собирались больше употреблять алкоголь. Однако люди, хорошо их знающие, замечали, что после срыва пациенты становились более замкнутыми, чем обычно, хмурыми, у них с каждым днем

усиливались раздражительность, недовольство окружающими, брюзгливость, мрачный вид. При этом сами пациенты не замечали этих перемен, а если и замечали, то, чаще всего, связывали их с психологическими и социальными проблемами. Типичными высказываниями пациентов в таких случаях были заявления о том, что после попадания в организм малых доз алкоголя «стал какой-то заторможенный», «пропал интерес к жизни», «ничего не хотелось делать», «стал ленивый» и так далее. Подобные психопатологические нарушения нами трактовались как астенический, астено-невротический, депрессивный, апатико-депрессивный, тревожно-депрессивный, дисфорический и другие, чаще смешанные, стертые, неразвернутые пограничные психические и поведенческие расстройства. Течение этих расстройств характеризовалось медленным развитием, сопровождалось исподволь нарастающим влечением к алкоголю и завершалось, в большинстве случаев, в течение полугода чаще «случайным», как считали пациенты, повторным срывом и рецидивом заболевания, протекающим уже по сценарию, напоминающему развитие рецидива в первой или второй группах исследованных больных.

Измерение выраженности рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС) по специальному тесту [10] показало, что в третьей группе пациентов, у которых после срыва рецидив долго не наступал, суммарная выраженность клинических РОКС составила $8,5 \pm 4,2$ баллов против $4,4 \pm 3,2$ баллов до срыва ($p < 0,001$). После срыва выявлен статистически значимый количественный рост признаков, напрямую ассоциированных с патологическим влечением к алкоголю: «тяга к алкоголю», «тематические сновидения», «сухая абстиненция», «алкогольные навязчивости», а также таких признаков, которые косвенно указывают на рост патологического влечения к алкоголю, как «раздражительность», «плохое настроение», «бессонница» и «увеличение курения» ($p < 0,05$).

После однократного срыва, в сравнении с пациентами в компенсированной ремиссии, выявлены существенные изменения по тесту показателя качества жизни, заключающиеся в инверсии корреляции отдельных шкал с интегральным показателем качества жизни ($p < 0,05$) и значимого снижения после срыва показателей, отражающих компонент качества жизни «субъективное благополучие» ($p < 0,01$).

Экспресс-диагностика тревоги с помощью известного теста Люшера показала, что средняя ее выраженность после срыва составила $3,45 \pm 1,5$ балла против $1,0 \pm 0,88$ в компенсированной ремиссии ($p < 0,005$), по тесту интегративной тревоги [11] интегральная ситуативная

тревога увеличилась с $2,89 \pm 1,37$ баллов в ремиссии до $5,9 \pm 2,9$ после срыва ($p < 0,005$).

По данным известного теста «Самочувствие, активность, настроение», после срыва активность пациентов существенно не изменялась ($p > 0,05$), а самочувствие и настроение значительно ухудшились ($p < 0,01$).

По уровню неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) [12] установлено, что если в компенсированной ремиссии она составляла в среднем $0,59 \pm 0,16$ баллов, то после срыва НАРО снизилась до $0,46 \pm 0,16$ баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, по результатам данного исследования можно констатировать следующее. Состояние пациентов с алкогольной зависимостью в полной, установившейся компенсированной ремиссии приближается к определяемому ВОЗ понятию «здоровье». Они практически не имеют, связанных с алкогольной зависимостью, жалоб на здоровье, достаточно психологически устойчивы и адаптированы, их качество жизни отличается тенденцией к гармонизации с ведущим значением социальных факторов. На наш взгляд, это означает, что в процессе терапии и реабилитации были реализованы терапевтические установки на социально-значимые цели и достигнута стратегическая цель лечения — интеграция пациентов в социум.

После срыва (однократного употребления алкоголя в малых дозах, не приведших к рецидиву) состояние пациентов начинало меняться.

У, примерно, половины пациентов эти перемены происходили быстро и, проявлялись, прежде всего, на клиническом уровне развитием синдромов патологического влечения к алкоголю, утраты контроля над количеством выпитого, синдрома отмены, забвению альтернативных удовольствий, продолжению употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия, то есть к полному рецидиву алкоголизма.

У, примерно, одной трети пациентов эти перемены происходили медленнее, вначале проявляясь плохо осознаваемыми рецидивоопасными клиническими состояниями и (или) когнитивными расстройствами со снижением критики к болезни и нарастающей уверенностью в возможности умеренного употребления алкоголя. Затем, по мере накопления количественных изменений (доза и частота употребления алкоголя) у этих пациентов происходил переход формы употребления алкоголя в новое качество (рецидив).

И, примерно, у пятой части пациентов с алкогольной зависимостью с однократным срывом на фоне длительной компенсированной ремиссии перемены в состоянии долгое время (до полугода, а в редких случаях даже более) были

не заметны для самих пациентов и их окружения. Однако на самом деле их состояние при углубленном специальном клиническом, экспериментально-психологическом, лабораторном исследовании обнаруживало достоверное отличие от состояния в компенсированной ремиссии и характеризовалось субклиническими психическими и поведенческими расстройствами.

То есть, состояние пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших на фоне полной компенсированной ремиссии, порой даже не замеченный ими однократный срыв, представляет собой настоящую рецидивоопасную клиническую ситуацию. Эта рецидивоопасная ситуация имеет четкую динамику развития с ростом и накоплением отдельных рецидивоопасных признаков, характеризуется сдвигом, установившегося в компенсированной ремиссии психологического равновесия пациентов, в сторону снижения адаптационных возможностей, понижением стрессоустойчивости, нарастанием неспецифического адаптационного напряжения. Фактически, состояние пациентов после срыва представляет собой вышедшую из равновесия систему, накапливающую деструктивные количественные изменения в форме клинических симптомов, психологических и социальных проблем, которые, системно взаимодействуя, неизбежно ведут пациентов с алкогольной зависимостью к переходу в новое качество — рецидив алкоголизма.

Заключение

«Срыв» (однократное употребление алкоголя) у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии представляет собой специфический феномен, который можно обозначить как сложный синдром («рецидивоопасный клинический синдром»), характеризующийся комплексом, объединенных единым патогенезом, эмоциональных, идеаторных, вегетативных и поведенческих симптомов. Срыв имеет свою закономерную динамику развития (синдромокинез) и трансформации (синдромотаксис) в клинически развернутый синдром алкогольной зависимости (рецидив).

Поэтому, важнейшей практической задачей наркологии является формирование психологической культуры пациентов, их окружения и в целом общества правильному пониманию значимости абсолютной трезвости для формирования компенсированной ремиссии при алкоголизме и пониманию того, что однократный срыв является серьезной проблемой, неизбежно приводящий к возврату заболевания.

Кроме того, необходима разработка законодательных актов, защищающих права пациентов и регламентирующих ответственность за подстрекательство пациентов к употреблению малых (провоцирующих) доз алкоголя и ответственность за насильственное введение алкоголя в организм пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии.

Литература

1. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
2. Минко А.И. Наркология: новейший справочник / А.И. Минко, И.В. Линский // Москва: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
3. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов // СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. — 192 с.
4. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э.Купер; Под ред. Дж.Э.Купера / Пер.с англ. Д.Полтавца Г.М. — К.: Сфера, 2000. — 464с.
5. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ /Под ред. Ю.В.Валентика и Н.А.Сироты. — М.: Литера-2000, 2002. — 256 с.
6. Альтшулер В.Б. Комментарий к статье Д.Гастфренда и др. «Снижение уровня потребления алкоголя в качестве исхода при терапии алкогольной зависимости» / В.Б. Альтшулер // Вопросы наркологии. — 2009. — № 4. — С. 96–97.
7. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. // М.: Медицина, 1979. — 288 с.
8. Гастфренд Д.Р. Снижение уровня потребления алкоголя в качестве исхода при терапии алкогольной зависимости / Д.Р. Гастфренд, Дж. С. Гарбутт, Х.М. Петтинати, Р.Ф. Форман // Вопросы наркологии. — 2009. — № 4. — С. 81–95.
9. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.
10. Сквира И.М. / Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме // Актуальные проблемы медицины: Сб. науч. трудов Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. Колл. А.Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
11. Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев Б.В. [и др.] // СПб., 1997. — 23 с.
12. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. — Ростов: Изд-во Ростовского университета, 1979. — 221 с.

УДК: 616.89 – 008/343.913

Структура та генез суспільно небезпечних дій, вчинених хворими з хронічними алкогольними психозами



Мельник В. І.



Мельник А. В.

Мельник В. І., Мельник А. В.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Резюме. В работе раскрыто структуру и генез общественно опасных действий, совершенных больными в период течения у них хронических алкогольных психозов. Выявлена высокая общественная опасность этих больных и сложность генеза совершенных ими общественно опасных действий.

Ключевые слова: хронические алкогольные психозы, общественная опасность.

The structure and genesis socially dangerous acts committed by patients with chronic alcoholic psychosis

Melnik V. I., Melnik A. V.

Resume. In the article a structure and genesis are exposed publicly the dangerous effects accomplished by patients in the period of displays for them chronic alcoholic psychoses. The high public danger of these patients and complication are educed genesis perfect by them publicly dangerous acts.

Key words: chronic alcoholic psychoses, public danger.

Профілактика суспільно небезпечних дій (СНД) психічно хворих на сьогодні залишається однією з найбільш важливих проблем судової психіатрії [1,2].

Судовим психіатрам відомо, що частіше тяжкі СНД (вбивства, тяжкі тілесні ушкодження) хворі вчиняють під час розвитку у них тимчасових психотичних розладів психічної діяльності [3-7]. Також відомо, що захворюваність та поширеність алкоголізму як у світі, так і в Україні доволі висока, що відповідно відображається і на показниках алкогольних психозів [8-11]. До тимчасових розладів психічної діяльності за своїм перебігом належать не лише гострі, але й хронічні алкогольні психози. Питання структури, генезу та судово-психіатричної профілактики щодо хворих з гострими алкогольними психозами в останні роки судовими психіатрами розглядалось, у той час, як з хронічними алкогольними психозами за останні десятиріччя майже не розроблялось [7].

Враховуючи актуальність даної проблеми, метою дослідження було вивчення структури та генезу вчинення суспільно небезпечних дій, вчинених хворими під час хронічних алкогольних психозів для покращення рівня судово-психіатричної профілактики щодо хворих на алкоголізм.

Матеріал та методи дослідження.

Досліджено 58 хворих на алкоголізм (всі чоловіки), які вчинили СНД у період розвитку та перебігу у них хронічних алкогольних психозів: хронічного алкогольного параноїду (33) та хронічного алкогольного галюцинозу (25). Всі досліджені хворі проходили судово-психіатричну експертизу щодо інкримінованих їм діянь, відносно до яких вони були визнані неосудними як хворі, які вчинили СНД під час хронічного алкогольного психозу. До всіх цих хворих були застосовані примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) у психіатричній лікарні з суворим наглядом.

Основним методами дослідження були: анамнестичний, клініко-психопатологічний, судово-психіатричного аналізу ґенезу вчинених СНД. Ураховувались результати додаткового обстеження хворих (висновки невропатолога, терапевта) та результати експериментально-психологічного обстеження. Вивчалась судово-психіатрична документація (акти судово-психіатричних експертиз, особові справи хворих, акти комісій лікарів-психіатрів), медична документація (історії хвороби, журнали медичного спостереження).

Результати дослідження та їх обговорення.

Установлений судово-психіатричними експертними комісіями діагноз дослідженим хворим був підтверджений і при їх перебуванні в психіатричній лікарні на примусовому лікуванні. Дані аналізу семіотики синдромокінезу дозволили виділити дві синдромальні групи хворих: з хронічними алкогольними параноїдами і з хронічними алкогольними галюцинозами. Хронічний алкогольний параноїд спостерігався у 56,9 % хворих, а хронічний алкогольний галюциноз — у 43,1 % із досліджених хворих.

Вік досліджених осіб на період вчинення СНД відображено у табл. 1.

На час скоєння СНД більшість досліджених хворих перебували у віці 40-49 років (див. табл. 1). Загалом саме цей віковий період традиційно вважається найбільш небезпечним у плані скоєння СНД хворими з алкогольними

психозами. При порівнянні вікових показників між двома синдромальними групами відмічається очевидний віковий зсув у бік омолодження алкогольних галюцинозів (30-39 років у 32,0 % хворих), а хронічні алкогольні параноїди мають тенденцію до розвитку у більш похилому віці (40-59 років у 69,7 % хворих), що слід враховувати при прогнозуванні суспільної небезпеки даної категорії хворих.

Переважна більшість (79,3 %) досліджених хворих виховувались у повних сім'ях та у задовільних матеріальних умовах (67,2 %) — табл. 2.

Із даних, наведених у табл. 2, слідує, що не зважаючи на виховання більшості хворих у повних сім'ях та задовільних умовах проживання, більшість (74,1 %) виховувались в умовах гіпоопіки та бездоглядності.

Таблиця 1.

Розподіл хворих із хронічними алкогольними психозами за віком на період вчинення СНД

Вік (у роках)	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18-29	1	3,0	2	8,0	3	5,2
30-39	6	18,2	8	32,0	14	24,1
40-49	14	42,4	10	40,0	24	41,4
50-59	9	27,3	3	12,0	12	20,7
60-69	3	9,1	1	4,0	4	6,9
70-79	-	-	1	4,0	1	1,7
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

Таблиця 2.

Розподіл хворих з хронічними алкогольними психозами за складом сім'ї та умовами виховання у дитинстві

Сім'я	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Склад сім'ї:						
• повна	30	90,9	16	64,0	46	79,3
• неповна	3	9,1	9	36,0	12	20,7
Умови виховання:						
• гармонійні	5	15,1	2	8,0	7	12,1
• гіперопіка	-	-	-	-	-	-
• гіпоопіка	19	57,6	15	60,0	34	58,6
• бездоглядність	3	9,1	6	24,0	9	15,5
• жорсткі	-	-	-	-	-	-
• відомості відсутні	6	18,2	2	8,0	8	13,8
Матеріальні умови проживання у дитинстві:						
• достатні	1	3,0	-	-	1	1,7
• задовільні	22	66,7	17	68,0	39	67,2
• тяжкі	10	30,3	8	32,0	18	31,0
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

Рівень освіти у досліджених хворих був невисоким. Більшість із них мали середню і середню спеціальну освіту (62,1 %). Незакінчену вищу освіту мали 2 хворих та повну вищу — 1 хворий. Звертає увагу те, що кожен третій (32,7 %) хворий мав незакінчену середню та початкову освіти. Це досить високий показник при відносно сприятливих умовах їх проживання у дитинстві. Разом з тим на рівень освіти цих осіб міг впливати той факт, що $\frac{3}{4}$ (74,1 %) хворих виховувались в умовах гіпоопіки та бездоглядності.

Аналіз рівня трудової адаптації досліджених хворих виявив його виразну негативну динаміку — табл. 3.

На період дослідження понад $\frac{3}{4}$ (79,3 %) хворих проживали в незадовільних матеріальних умовах та конфліктних (91,4 %) стосунках

з їх найближчим оточенням. Одруженими були лише 36,2 % хворих — табл. 4.

У переважної більшості (81,0 % — 81,8 % і 80,0 %) досліджених хворих виявлені особистісні соціально-негативні орієнтації, а також такі особистісні особливості у більшості із них, як тривожність, сенситивність, агресивність, ворожість, експлозивність, афективна вибуховість, імпульсивність, непередбачуваність вчинків, вираженість руйнівних тенденцій, високий рівень впливу зовнішніх чинників на формування емоційного реагування. Значний відсоток (44,8 %) хворих у минулому мав кримінальний досвід — табл. 5.

Звертає увагу той факт, що кожен четвертий (25,8 %) із досліджених хворих у минулому багаторазово вчиняв кримінальні дії. Структура останніх СНД наведена у табл. 6.

Таблиця 3.

Розподіл хворих із хронічними алкогольними психозами за динамікою трудової адаптації

Трудова діяльність	Питома вага хворих					
	До захворювання			На період скоєння СНД		
	Параноїди	Галюцинози	Усього	Параноїди	Галюцинози	Усього
	%	%	%	%	%	%
Працював:	97,0	92,0	94,8	30,3	28,0	29,3
• за фахом	75,8	48,0	63,8	9,1	8,0	8,6
• не за фахом	21,2	44,0	31,0	21,2	20,0	20,7
• постійно	57,6	16,0	39,6	9,1	-	5,2
• епізодично	-	-	-	-	4,0	1,7
• часто змінював роботу	39,4	76,0	55,2	21,2	24,0	22,4
• низькокваліфікована	18,2	40,0	27,6	12,1	24,0	17,2
• кваліфікована	75,8	52,0	65,5	18,2	4,0	12,1
• висококваліфікована	3,0	-	1,7	-	-	-
Не працював:	3,0	8,0	5,2	69,7	72,0	70,7
• по інвалідності	-	-	-	12,1	4,0	8,6
• пенсіонер за віком	-	-	-	6,1	12,0	8,6
• навчався	-	-	-	-	-	-
• з інших причин	3,0	8,0	5,2	51,5	56,0	53,5
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 4.

Розподіл хворих із хронічними алкогольними психозами за сімейною адаптацією

Сімейна адаптація	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одружений:	14	42,4	7	28,0	21	36,2
• вперше	10	30,3	6	24,0	16	27,6
• повторно	4	12,1	1	4,0	5	8,6
Неодружений:	19	57,6	18	72,0	37	63,8
• холостий	5	15,2	8	32,0	13	22,4
• розлучений	7	21,2	8	32,0	15	25,9
• шлюб не зареєстрований	6	18,2	2	8,0	8	13,8
• вдовець	1	3,0	-	-	1	1,7
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

Таблиця 5.

Розподіл хворих із хронічними алкогольними психозами за наявністю кримінального досвіду в минулому

Кримінальний досвід	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутній	19	57,6	13	52,0	32	55,2
Наявний:	14	42,4	12	48,0	26	44,8
• одноразово	6	18,2	5	20,0	11	19,0
• багаторазово	8	24,2	7	28,0	15	25,8
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

Таблиця 6.

Структура останніх СНД, що вчинили хворі у період хронічних алкогольних психозів

Вид СНД	Кількість СНД					
	Хронічні алкогольні психози					
	Параноїд		Галюциноз		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Проти життя та здоров'я особи, із них:	42	93,3	27	87,1	69	90,8
• убивство	33	73,3	22	71,0	55	72,4
• тяжкі тілесні ушкодження	9	20,0	5	16,2	14	18,4
Проти статевої недоторканості	-	-	1	3,2	1	1,3
Проти громадського порядку (хуліганство)	2	4,4	1	3,2	3	3,9
Проти власності	-	-	2	6,5	2	2,6
Підпал	1	2,2	-	-	1	1,3
Разом	45	100,0	31	100,0	76	100,0

Із наведених у табл. 6 даних видно, що переважна більшість (96,1 %) СНД носили агресивний характер (проти життя та здоров'я особи, проти статевої недоторканості особи, хуліганство) та 3,9 % — неагресивний характер (проти власності, підпал). Серед агресивних СНД 72,4 % складали вбивства, що свідчить про високу суспільну небезпеку даної категорії хворих. Із даної таблиці також слідує, що 58 хворих у період хронічних алкогольних психозів вчинили 76 СНД, тобто деякими хворими інкримінувались декілька кримінальних дій.

Під час хронічних алкогольних психозів агресія хворих була спрямована у 48,7 % випадків на осіб із найближчого оточення (батьків, дружин, співмешканок, дітей, інших родичів), у 51,3 % — на сторонніх осіб, із яких 39,1 % — на сусідів і знайомих та у 12,2 % — пересічних випадкових осіб, співробітників міліції. Звертає увагу і той факт, що кожна четверта (25,0 %) СНД, вчинена хворими із хронічними алкогольними психозами, спрямована на дружину або співмешканку. Серед хворих на хронічний алкогольний галюциноз цей показник становить 10,4 %, а серед хворих з хронічним алкогольним параноїдом у 2,7 раз більше — 28,9 %, $p < 0,05$. Як показало дослідження, цей факт обумовлений перш за все маяченням ревностей.

У переважної більшості (79,3 %) хворих, на момент вчинення СНД, була II стадія

алкоголізму. При цьому слід відзначити, що майже у половини (47,8 %) хворих з II стадією алкоголізму відзначались початкові ознаки переходу у наступну III стадію алкоголізму: зниження толерантності до алкоголю, прогресування особистісних змін у бік алкогольної деградації, погіршення соматоневрологічного стану, тобто стадію алкоголізму у цих хворих можна було б визначити як II-III — табл. 7.

Серед клінічних форм алкогольного сп'яніння у досліджених хворих з **хронічними** алкогольними параноїдами переважали експлозивна (30,3 %), дисфорична (24,2 %) та параноїдна (21,2 %) форми. У групі хворих з алкогольними галюцинозами більший відсоток становила імпульсивна форма (32,0 %), тоді як питома вага інших форм суттєво не розрізнялася — табл. 8.

У всіх 58 досліджених хворих із хронічними алкогольними психозами спостерігався прогресивний тип перебігу захворювання. Друга стадія алкоголізму формувалася у них на протязі 5-8 років зловживання алкоголем. У 50,0 % хворих перебіг алкоголізму включав у себе і рецидивуючі алкогольні психози.

У переважної більшості досліджених хворих алкоголізм перетікав на постійному патологічному ґрунті (перенесені черепно-мозкові травми, судинна, соматична патологія).

Таблиця 7.

Розподіл хворих з хронічними алкогольними психозами за стадіями хронічного алкоголізму на час вчинення останньої СНД

Стадія алкоголізму	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перша	-	-	-	-	-	-
Друга	26	78,8	20	80,0	46	79,3
Третя	7	21,2	5	20,0	12	20,7
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

Таблиця 8.

Розподіл досліджених хворих за формами алкогольного сп'яніння на період вчинення останньої СНД

Клінічні форми алкогольного сп'яніння	Кількість хворих					
	Параноїди		Галюцинози		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Проста	1	3,0	3	12,0	4	6,9
Експлозивна	10	30,3	3	12,0	13	22,4
Дисфорична	8	24,2	4	16,0	12	20,7
Істерична	5	15,2	-	-	5	8,6
Імпульсивна	1	3,0	8	32,0	9	15,5
Параноїдна	7	21,2	4	16,0	11	19,0
Епілептоїдна	1	3,0	3	12,0	4	6,9
Разом	33	100,0	25	100,0	58	100,0

З метою встановлення чинників, що є детермінантами вчинення СНД під час перебігу хронічних алкогольних психозів, використовувався метод судово-психіатричного аналізу ґенезу скоєних СНД [12]. Даний метод дослідження ґрунтується на розгляді психічної хвороби як єдиного біосоціального поняття та принципах багатовісьового і системного підходу, що дає змогу встановити криміногенні чинники, детермінанти у даного контингенту хворих.

Аналіз ґенезу скоєних дослідженими хворими СНД показав, що він не був жорстко клінічно однозначним, а у ньому брали участь як основні, так і другорядні чинники у певній їх взаємодії та взаємообумовленості. Безумовно, що головним чинником скоєння СНД був виражений клінічний фактор (психотичний стан). Психопатологічна симптоматика у хворих з хронічними алкогольними психозами несла в собі різноманітну мотивацію агресивних дій. Так, у більшості випадків вона містила в собі зміст про загрозу життю хворого або його рідних. В кожному четвертому (25,9 %) випадку тяжкі (вбивства) СНД були скоєні за маячними мотивами ревності, в інших випадках — за маячними мотиваним захисту свого майна, виконання наказів імперативних вербальних галюцинацій.

Виникненню та перебігу хронічних алкогольних психозів сприяв наявний постійний

соматичний патологічний ґрунт, що обумовлював несприятливий перебіг алкоголізму. Крім того, в генезі скоєних СНД дослідженими хворими, не можна не враховувати і такі особистісні особливості у більшості із них, як трижовність, сензитивність, агресивність, ворожість, експлозивність, афективна вибуховість, імпульсивність, непередбачуваність вчинків, вираженість руйнівних тенденцій, високий рівень впливу зовнішніх чинників на формування емоційного реагування, кримінальний досвід, негативні соціальні особистісні настанови, які під час психотичного стану не контролюються корою головного мозку та можуть таким чином впливати на формування емоційного стану хворих під час психозу та на їх поведінку.

Більш того, переважна більшість досліджених хворих в стані алкогольного сп'яніння поводити себе вороже, агресивно до оточуючих. У день вчинення СНД в стані алкогольного сп'яніння були 65,5 % хворих з хронічними алкогольними психозами (60,6 % з алкогольним параноїдом та 72,0 % з алкогольним галюцинозом).

У ґенезі скоєння СНД досліджених хворих брав участь і соціальний чинник. Як відзначалось раніше, багато хворих проживало в конфліктних умовах. Не спостерігались наркологами 69,0 % хворих, які не отримували ані необхідного лікування, ані психолого-корекційної допомоги.

Важливим, хоча і опосередкованим соціальним чинником у скоєнні СНД досліджених хворих є недостатня інформованість громадян про можливі тяжкі кримінальні наслідки в період перебігу у хворих на алкоголізм хронічних алкогольних психозів. На це вказує і той факт, що у більшості випадків найближче оточення (члени родини, сусіди та інші) до вчинення хворими СНД їх психічний стан та поведінку оцінювали як ненормальну, хворобливу та при цьому не звертались ні за медичною допомогою, ні до міліції.

Таким чином, у період перебігу хронічних алкогольних психозів хворі на алкоголізм становлять високу суспільну небезпеку. Із вчинених ними СНД $\frac{3}{4}$ складають тяжкі діяння — убивства, що в більшості випадків спрямовані на осіб із найближчого оточення (батьків, дружин, співмешканок, дітей, родичів). У ґенезі вчинених СНД брав участь взаємозв'язок та взаємообумовленість клінічних, особистісних та соціальних чинників. Безумовно, що головним був клінічний чинник — психопатологічна симптоматика, що містила у собі маячення ревнощів

та інформацією про загрозу життю хворого або його родичам. Сприяв виникненню та перебігу хронічного алкогольного психозу і постійний соматичний патологічний ґрунт. На формування та реалізацію СНД впливали і особистісні особливості (тривожність, сенситивність, агресивність, ворожість, експлозивність, афективна вибуховість та інше) цих хворих.

У ґенезі скоєних СНД брав участь і соціальний чинник — низька соціальна адаптація, кримінальний досвід, конфліктні умови проживання, відсутність необхідної наркологічної та психологічної допомоги. Опосередкованим соціальним чинником є і недостатнє інформування громадян про можливі тяжкі соціально небезпечні, кримінальні наслідки перебігу алкогольних психозів, які вони спостерігали у хворих.

При проведенні лікувально-реабілітаційних заходів щодо даного контингенту хворих необхідно враховувати чинники, що обумовлюють не лише виникнення та розвиток хронічних алкогольних психозів, а й ті, які є складовими детермінант у ґенезі СНД.

Література:

1. Мельник В.И., Мельник А.В. Принудительные меры медицинского характера // Психічне здоров'я. — 2005. — №1 (6). — с. 38-46.
2. Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия психически больных: генез, принципы дифференциации, риск совершения // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — С. 428-433.
3. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике. — К.: Науковий світ, 2005. — 296 с.
4. Мельник А.В. Тимчасові розлади психічної діяльності алкогольного та органічного генезу (судово-психіатричний та правовий аспекти). — К.: Видавництво «Євшан-зілля», 2010. — 221 с.
5. Печерникова Т.П. О мерах медицинского характера в отношении больных, находящихся в постпсихотических состояниях // Проблемы судебной и социальной психиатрии. — М., 1975. — С. 17-24.
6. Мельник В.И. Подходы к проведению принудительного лечения больным, совершившим тяжкие криминальные действия в период временных расстройств психической деятельности // Психічне здоров'я. — 2004. — №3 (4). — С. 51-55.
7. Развадовский Ю.Е. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и убийствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16., №1. — С. 5-9.
8. Сосин И.К., Чуев И.К. Наркология. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
9. 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.
10. Зінченко О.М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю в Україні // Архів психіатрії. — 2011. — №2 (65). — С.77-81.
11. Аїмедов К.В., Возний Д.В. Аналіз сучасного стану проблеми алкогольних психозів // Психічне здоров'я. — 2011. — №1-2 (30-31). — С. 26-29.
12. Мельник В.И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в психиатрии // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Вып. 6. — №1 (18). — С. 49-51.

УДК 616.89-615.212.7.099:613.814

Профілактика і корекція розладів у дітей шкільного віку, спричинених вживанням пар, в дзеркалі клінічної оцінки



Вієвський А. М.

Вієвський А. М.

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України

Резюме. Стаття містить аналіз результатів проведеного в трьох групах дітей дослідження взаємозв'язку спричинених вживанням ПАР клінічних феноменів, їх корекції та нової мультидисциплінарної медико-педагогічної профілактичної системи для школярів загальноосвітніх учбових закладів 1–3 рівня акредитації. Ціллю згаданої профілактичної системи є посилення відчуття особистої відповідальності у дітей та підлітків за розвиток у співпраці з батьками та вчителями свого здорового стилю життя. Профілактична система зорієнтована на ті наслідки вживання ПАВ, що зустрічаються найбільш часто, в першу чергу, на вживання ПАВ зі шкідливими наслідками.

Ключові слова: діти і підлітки, алкогольні та наркотичні проблеми, медико-педагогічна профілактика, клінічна оцінка вживання психоактивних речовин.

The psychoactive substances use` prevention and correction among school-age children in the clinical assessment` reflexion

Vievskiy A. M.

Resume. The article reflects the three groups of children study results in the interconnection of the revealed clinical phenomena, their correction and the new comprehensive multidimensional medical and pedagogical substance use prevention system for I – III levels` general schools children population. This prevention system`s goal is to develop the pupils` self-responsible healthy style position based on their cooperation with parents and teachers and life skills development. At the same time the system is elaborated to upgrade the potential to influence the most actual consequences of the children`s psychoactive substances use, and the harmful use, first of all.

Key words: children and adolescents, alcohol and drug problems, medical and pedagogical prevention, the psychoactive substances use` clinical assessment.

Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності у вступі до Книги стандартів якості ЄС в галузі профілактики [1] відмічає, що значна частина людей ще й досі вважає, що протиалкогольна чи протинаркотична профілактика включає в себе інформування (або попередження) молоді про можливі впливи, чи, швидше, загрози, вживання психоактивних речовин (ПАР). При цьому, профілактика дуже часто бачиться як кампанія у ЗМІ. Між іншим, не існує ніякого наукового обґрунтування, що інформація про шкоду наркотика сама по собі має хоча б якийсь вплив на наркотичну поведінку, чи, що профілактичні кампанії у ЗМІ можуть бути ефективними та фінансово виправданими заходами.

Насправді, як визначив для себе, приміром, ЄС, функція профілактики є зовсім іншою: допомога молоді у структуризації поведінки, можливостей і систем забезпечення життя у зв'язку з численними впливами та вимогами з боку соціальних норм, взаємодії з однолітками, умов проживання чи просто їхніх індивідуальних особливостей. Дещо спрощуючи можна сказати, що стратегії **профілактики у середовищі** націлюються на соціальні норми, **універсальна**

профілактика зосереджується на розвитку навичок і взаємодії з однолітками, **селективна профілактика** фокусується на умовах проживання та соціальних чинниках, а **індикативна профілактика** займається індивідуальними особливостями і психопатологією.

Ця класифікація профілактичних стратегій (Mrazek and Haggerty, 1994) на сьогодні зайняла місце медичної парадигми щодо первинної, вторинної та третинної профілактики, що використовувалася раніше. Попередня класифікація була корисна для роботи з розвитком патологій і зовсім не підійшла для урахування тонкощів людської поведінки і проявів, а також вразливості і ризиків. Так, для універсальної профілактики, приміром, все населення має однакові наркотичні ризики, хоча для окремих людей — вони є різними. Для селективної профілактики соціальні чи демографічні показники є корисними для визначення рівнів вразливості, що дає можливість націлюватися на конкретну групу чи конкретні регіони проживання. Для індикативної профілактики в центрі роботи — вразливий індивідуум, але з супроводом скрінінгових та моніторингових дій.

На відміну від значної кількості країн світу, Україна не має на сьогоднішній день програм протиалкогольних та протинаркотичних дій [2] і в умовах відчутного дефіциту коштів продовжує робити акцент на необґрунтовано витратних та часто застарілих формах протиалкогольної та протинаркотичної роботи, ігноруючи сучасні, доказові профілактичні підходи, які довели свою результативність та високу економічність у багатьох країнах світу [3].

З урахуванням вищезазначеного, а також того факту, що існуючі на теперішній час в Україні профілактичні заходи, зорієнтовані на зниження розповсюдження вживання психоактивних речовин тільки серед учнівської молоді, є малоефективними, групою провідних вітчизняних фахівців у взаємодії з авторитетними міжнародними організаціями та на підставі досліджень дітей та підлітків — учнів шкіл Чернівецької, Київської, Закарпатської областей та м. Києва (всього 1870 осіб), розроблена та апробована у школах вищезгаданих регіонів комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання ПАР у дітей та підлітків [4]. Основна ідея цієї системи — 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, направлені безпосередньо на (1) дитячі контингенти, на (2) вчителів і, що є принципово відмінністю, на (3) батьків. Кожна з даних цільових груп потребує використання власного набору технологічних профілактичних прийомів. Це, в свою чергу, дозволяє у повній мірі скористатися перевагами, які має школа як унікальне місце, в якому зустрічаються інтереси батьків, дітей і освітян.

Профілактичне інформування і формування навичок профілактичної протиалкогольної та протинаркотичної спрямованості, що складають основу практичної частини розробленої системи, здебільшого знаходиться в площині універсальної профілактики [5] і зорієнтовані, в першу чергу, на здорові, (з наркологічної точки зору), загальні контингенти школярів. Разом з тим, напрацьовані практичні прийоми та впливи виявились ефективними і для особливо актуальних з соціально-медичної точки зору контингентів дітей зі вживанням ПАР з негативними наслідками та інших ризикових контингентів і є важливим інструментарієм для селективної, а, за необхідності, і індикативної

профілактики алкогольних та наркотичних проблем та розладів.

Автори розробленої системи розділяють думку, що профілактика раннього вживання ПАР та ризикованої поведінки — це надання спеціальних знань, розвиток корисних навичок та формування адекватних ставлень дитини та підлітка [6]. Виховна протинаркотична та протиалкогольна програма, як складова комплексної багаторівневої системи профілактики вживання ПАР, спрямована на учнів 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів I –III ступенів навчання і членів їх родин. Значна частина результатів сучасних досліджень показує, що програми профілактики, спрямовані на сім'ю, не тільки є успішними, але й розширюють можливості батьків щодо здорового розвитку та ефективного виховання своєї дитини. Батьки відіграють важливу роль у формуванні навичок безпечної поведінки дитини, в тому числі в її стійкій впевненій відмові від наркотиків та алкоголю. Перші уявлення про ПАР у дітей виникають у ранньому дитинстві на основі спостереження за поведінкою батьків. Приміром, діти менш схильні до наркотичних проблем, якщо вони міцно прив'язані до своїх родин, цінностей сім'ї, якщо діти успішно виконують свої родинні ролі та обов'язки. Коли дитина навчилась приймати правильні рішення в сім'ї, вона більш здатна на раціональні рішення в інших життєвих ситуаціях у суспільстві. Батьки відіграють також важливу роль у формуванні ставлення їхньої дитини до профілактичних занять, а саме: вони можуть або закріпити у дитині набуті профілактичні навички, або відвернути увагу від профілактичної діяльності своєю байдужістю, пасивністю чи агресивністю[7].

Тематичний блок програми для батьків в ході профілактичних занять акцентує увагу батьків саме на тих особливих моментах в сімейному житті, які допоможуть у формуванні особистісного захисту дитини та у зменшенні факторів ризику, пов'язаних із вживанням наркотиків та алкоголю.

Кожний етап шкільних років дитини має відповідні до віку ризику. Останні можуть бути прямі та непрямі, соціальні та особистісні. Звичайно саме підлітковий вік визначається піком ризикованої поведінки людини, але це ще більше підтверджує факт про важливість початку профілактичних дій серед учнів початкових класів. Одночасно період пізнього дитинства та ранній підлітковий період (7–15 років) є вирішальними моментами для можливості сформувати корисні навички та вміння.

Важливе місце у згаданій профілактичній програмі належить досягненню наступних цілей:

- мотивування учнів на активну взаємодію під час занять;
- включення у роботу в загальній та малих групах;

- зацікавленість тематичним матеріалом та можливість його ефективного засвоєння.

Тому тематичні блоки програми відповідають віковим особливостям учнів, а саме:

1. Уроки для учнів першого ступеню навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті «Моє здоров'я» (навички підтримки здорового способу життя).
2. Уроки для учнів другого ступеню навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті «Моє рішення» (навички прийняття рішення та критичне мислення).
3. Уроки для учнів третього ступеню навчання мають профілактичне спрямування з акцентом на понятті «Мій вибір» (самовизначення та власна життєва позиція).

Більшість сучасних дослідників показує, що коли молодь має можливість активно взаємодіяти, практикувати навички у безпечній атмосфері шкільного класу, це підвищує готовність користуватися цими ж навичками й поза межами школи. Навчання з активною участю учнів використовує досвід, думки й знання членів групи, а також пропонує джерело творчості, взаємного комфорту й безпеки, що допомагає процесу навчання та прийняття рішення.

Якщо учні сформували адекватне ставлення щодо вживання наркотиків та алкоголю і засвоїли навички особистісної та соціальної компетентності, вони краще підготовлені до ухвалення розумного рішення і вибору поведінки в ситуаціях, пов'язаних з ризиком щодо вживання психоактивних речовин.

Завдання профілактичного курсу. Профілактичний курс, орієнтований на учнів 1-11 класів, має на меті запобігання вживання ними психоактивних речовин, шляхом:

- систематичного проведення профілактичних занять;
- підвищення соціальної та особистісної компетентності учнів;
- забезпечення цілісного інформування і навчання з питань попередження ВІЛ-інфікування, наркотичних та алкогольних проблем;
- формування навичок підтримки здорового способу життя;
- формування навичок особистісного захисту.

Форма, методи та місце профілактичного курсу в системі навчально-виховного процесу. Сучасний підхід до протинаркотичної та протиалкогольної роботи об'єднує профілактичні інформування і навчання. Профілактична робота з учнями проводиться у формі нетрадиційних уроків з елементами інтерактивного навчання, що поєднані з системою „виховних годин класного керівника» (позакласних годин) і відповідають їх часовим рамкам— 45 хв. Ведучим профілактичного курсу є класний керівник. Кількість профілактичних уроків в початкових класах

дорівнює 4-м урокам на один навчальний рік. З 5 по 11 клас кількість таких уроків складає 8 на один навчальний рік. Під час проведення профілактичних уроків вчитель застосовує інтерактивні методи засвоєння матеріалу, а також такі методи навчання як мікролекції, індивідуальну письмову роботу в спеціально розроблених зошитах та ін. Теми та ігрові ідеї, використані для занять дозволили логічно та гнучко поєднати дану профілактичну програму з іншими шкільними дисциплінами (ОБЖ, хімією, біологією тощо). На заняттях значна увага приділена практичним вправам, груповому обговоренню, що дозволяє ефективно формувати захисні механізми, послабити фактори ризику вживання психоактивних речовин.

Суттєвою відмінністю даного профілактичного курсу є застосування сучасної, нової для української школи, форми профілактичної роботи — «короткі інформаційні та навчальні інтервенції», які стали поширеним інструментом протиалкогольної та протинаркотичної профілактики у десятках країн світу. Така форма профілактичної роботи, наприклад, вдало вписується в систему батьківських зборів, не перевантажує вчителя і, головне, позитивно сприймається батьками, оскільки має певні для них переваги на відміну від лекцій та тренінгів. Навчальні та інформаційні інтервенції здебільшого передбачені в межах 5–15, лише іноді до 40 хв.. Під час коротких інтервенцій, на яких батьки взаємодіють один з одним та з ведучим, вони отримують профілактичну інформацію у формі «профілактичних підказок» для акцентування батьків на головних питаннях теми або інформаційних листків для самостійного ознайомлення. Розроблена система також пропонує викладені в інтерактивній формі, доступній для батьків дітей різних вікових груп, методичні розробки профілактичних занять з батьками для їх використання класними керівниками під час батьківських зборів.

З метою отримання інформованої згоди від батьків на проведення профілактичної роботи в школі з їхніми дітьми та іншими членами родин розроблена профілактична система передбачає заключення відповідного договору між батьками та територіальним педіатричним закладом та проведення ознайомлювальної консультації щодо завдань та змісту профілактичної програми.

Створюючи програму універсальної профілактики, автори передбачили можливості для роботи в структурі цієї програми з дітьми зі вживанням ПАР зі шкідливим наслідками або залежностями. Ці можливості є необхідними саме у зв'язку з тим, що діти не є розділеними за наркологічними діагнозами в школі і незалежно від стосунків з ПАР створюють одну, на початку програми цілісну, референтну групу [8].

З іншого боку, саме клінічні особливості вживання ПАР зі шкідливими наслідками та розвитку залежностей є однією з основ, на яких базується створена медико — педагогічна профілактична програма та розглядаються подальші необхідні варіанти дій, включаючи корекційні дії. Використання сучасних клінічних діагностичних підходів при підготовці і розробці програми і в роботі з різними дитячими контингентами дозволило обґрунтувати та удосконалити зміст і структуру профілактичних уроків, занять з батьками, коротких профілактичних інтервенцій тощо. Структурною та методологічною базою для цього стала МКХ-10 та її розділи, що включають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, клінічні діагностичні критерії вживання ПАР зі шкідливим наслідками та залежностей, в т.ч. і у дітей [9].

Основним діагнозом для контингентів дітей, які приймали участь у роботі по підготовці профілактичної програми, були **F1x.1 Споживання зі шкідливими наслідками (споживання, що завдає шкоди здоров'ю)** та **F10.1 Споживання алкоголю зі шкідливими наслідками — [harmful use]**. Відповідно до МКХ-10 цей діагноз одночасно означає характер споживання психоактивних речовин, що є причиною шкоди для здоров'я, або модель вживання алкоголю зі шкодою для здоров'я. При цьому шкода може бути **фізичною** або **психічною**. Термін «Споживання зі шкідливими наслідками (споживання, що завдає шкоди здоров'ю)» був введений у МКХ-10 в якості діагностичного терміну замість «споживання без залежності». Діагностичними ознаками «Споживання зі шкідливими наслідками (споживання, що завдає шкоди здоров'ю)» є :

- 1) виразне підтвердження того, що вживання речовини спричиняє безпосередньо соматичні або психічні проблеми, включаючи обмеження розумових функцій, поведінкові відхилення, які можуть призвести до інвалідизації або зниження соціальної адаптації, або несприятливо позначитись на міжособистісних відносинах. Споживання алкоголю зі шкідливими наслідками зазвичай, (але не обов'язково), має несприятливі соціальні наслідки, однак самі соціальні наслідки не є достатніми самі по собі щоб виправдати діагноз споживання зі шкідливими наслідками.
- 2) природа шкідливих наслідків повинна бути такою, що виявляється, тобто шкідливі наслідки мають бути чітко визначені;
- 3) стереотип споживання речовини зберігається меншою мірою протягом місяця або повторюється протягом останнього року, наприклад характер споживання алкоголю зберігається ≥ 1 міс. або періодично повторювалися попередні 12 міс.;

- 4) стан на даний момент не відповідає критеріям другого психічного розладу, що спричиняється в той самий проміжок часу цією речовиною, наприклад алкоголем, за винятком гострої інтоксикації (F1x.0).

Споживання зі шкідливими наслідками не повинно діагностуватися при наявності більш специфічної форми розладу, пов'язаної з алкоголем.

Для роботи з дитячими контингентами особливе значення має ще один клінічний феномен, який виділяється багатьма сучасними дослідниками. Під **Споживанням з ризиком шкідливих наслідків [hazardous use]** (термін на теперішній час використовується для DSM-IV і BOO3, але поки не є діагностичним терміном у МКХ-10) теж бачиться, в тому числі, й характер вживання речовини, який збільшує ризик шкідливих наслідків для здоров'я споживача. Деякі автори обмежують такі наслідки фізичною і психічною шкодою для здоров'я, (як і у випадку споживання із шкідливими наслідками); інші автори включають також соціальні наслідки. На відміну від споживання із шкідливими наслідками споживання з ризиком шкідливих наслідків відносять до форм споживання, значимих з точки зору охорони громадського здоров'я, навіть за відсутності будь-якого поточного розладу у пацієнта.

Зловживання психоактивними речовинами. Класифікація DSM-IV визначає відсутність у МКХ-10 розмежування між залежністю від психоактивних речовин та зловживання ними, що у свою чергу необхідно відрізнити від «споживання зі шкідливими наслідками» (F1x.1). DSM-IV визначає зловживання алкоголем як *споживання, що повторюється незважаючи на рецидивуючі негативні наслідки*. До зловживання належать початкові стадії патологічного вживання психоактивних речовин, в яких ще не представлені в розгорнутій формі всі ознаки залежності. Критерії зловживання ПАР за DSM-IV:

- 1) дезадаптивний стереотип споживання речовини, що призводить до одного або більше варіантів порушення поведінки, які мають місце за останні 12 місяців:
 - а) повторне вживання речовини спонукає вочевидь зниження адаптації у важливих сферах соціальної активності (прогули та зниження працездатності/ успішності у навчанні, занедбання виховання дітей і домашнього господарства);
 - б) повторне вживання в ситуаціях фізичної небезпеки для життя (керування транспортом, верстатом у стані інтоксикації);
 - в) повторні конфлікти із законом у зв'язку обумовленим споживанням речовин розладами поведінки і неправомірними діями, подальше вживання не враховуючи на спричинені або посилені їм

постійні міжособистісними проблеми (конфлікти з подружжям відносно наслідків інтоксикації тощо);

- 2) стан ніколи не відповідав критеріям залежності по даному типу речовини.

В цьому контексті корисно згадати популярний в бувшому СРСР термін так званої «алкоголізації» різних типів. Серед них вирізняли варіанти, коли споживання значних кількостей алкоголю може бути щоденним або обмежуватися уїкендами. Відмічалось, що щоденна «алкоголізація» може тривалий час супроводжуватись відносно збереженим професійним статусом і наявністю розуміння не контрольованості проблемного вживання. Поряд із запоями різної тривалості описувались і інші типи, коли зловживання алкоголем протягом кількох днів \ тижнів\ місяців (запої), може перериватися тривалими періодами утримання. Слід зауважити, що термін «зловживання», хоча і отримав у СРСР широке розповсюдження, науково не опрацьовувався і означав щось подібне до «більш тяжке споживання».

Синдроми залежності від алкоголю (F10.2) та інших психоактивних речовин. На думку деяких російських авторів (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997) діагностику синдрому залежності, особливо на початкових його стадіях, як правило, ускладнює тенденція хворих до заперечення зловживання алкоголем [10]. Іноді цю ж позицію займає і сім'я хворого. Клініцисту пропонується звертати увагу на такі ознаки ранніх проблем, пов'язаних із «алкоголізацією», як труднощі у спілкуванні з подружжям, часті спалахи роздратованості. Алкоголь може використовуватися як для зняття сексуальної стриманості, так і для запобігання сексуальних контактів. Для професійної діяльності стають типовими запізнення, неможливість правильно організувати роботу, встигнути зробити вчасно. Ранніми соматичними стигмами можуть бути блювання, проноси, гастрит, збільшення печінки, опіки від цигарок на пальцях.

Ці посилання не корелюють з підходами доказової медицини [11], які передбачають, що при наявності синдрому залежності протягом не менше ніж одного місяця (або, якщо менше місяця, то повторно протягом останнього року) у клінічній картині мають бути водночас представлені три або більше із визначених нижче критеріїв:

1. Сильний примусовий (компульсивний) потяг, потреба, сильне бажання (необхідність) вживання психоактивної речовини.
2. Порушення здатності контролювати споживання ПАР (початок, кінець вживання, кількість), що характеризується збільшенням загальної дози та/або тривалості вживання на тлі невдалих спроб (або за наявності збереженого бажання) зменшити споживання.

3. Стани (синдроми) відміни (абстиненції) (F1x.3, F1x.4) при зниженні дози або припиненні вживання, що пом'якшуються при відновленні вживання ПАР.
4. Поява симптому підвищення толерантності до впливу ПАР, зниження ефекту при вживанні попередніх доз, що спричиняє необхідність підвищення дози для досягнення попереднього ефекту.
5. Прогресуюче звуження здорової соціальної активності та інтересів особистості, відмова від альтернативної зацікавленості на користь вживання психоактивної речовини, збільшення часу, що витрачається на придбання, вживання і відновлення після впливу психоактивної речовини.
6. Стійке споживання психоактивної речовини, не зважаючи на наявність вочевидь соматичних і психічних наслідків (бажано визначити, чи усвідомлював або міг усвідомити хворий природу і ступінь наявних шкідливих наслідків).

Також зазначається, що діагноз F10.2 може бути уточнений п'ятим знаком: 0 — на теперішній час утримання; 1 — на теперішній час утримання, але в умовах що виключають споживання (лікарня, тюрма тощо); 2 — на теперішній час знаходиться під клінічним спостереженням, на підтримувальній або замісній терапії; 3 — на теперішній час утримання, але знаходиться на лікуванні що викликає відразу або блокування ліками; 4 — на теперішній час споживає етанол (активна залежність); 5 — безперервне споживання (запій); 6 — епізодичне споживання (дипсоманія).

З метою підвищення рівня специфічної діагностики використовувався також ряд клінічних скрінінгових інструментів [12], що відмінно зарекомендували себе в багатьох країнах світу, а саме CRAFT, Швидкий Алкогольний Скрінінговий Тест (ШАСТ), Паддінгтонський Алкогольний Тест (ПАТ) і CAGE, а також POSIT.

Швидкий Алкогольний Скрінінговий Тест (ШАСТ) використовується в ситуаціях швидкої та невідкладної допомоги та включає 3, 5, 8 та 10 пункти тесту AUDIT.

1. Для чоловіків: Як часто Ви вживаєте 8 або більше стандартних доз алкогольних напоїв у день?

8 стандартних доз=240 мл 40 об% горілки =600 мл 17-25 об% міцного вина =800 мл 11-13 об% сухого вина =4 пляшки 5 об% пива

Для жінок: Як часто Ви вживаєте 6 або більше стандартних доз алкогольних напоїв у день?

6 стандартних доз=180мл 40 об% горілки =375 мл 17-25 об% міцного вина = 600 мл 11-13 об% сухого вина =3 пляшки 5 об% пива

Обведіть номер, найбільш близький до відповіді пацієнта.

(0) ніколи; (1) 1 раз на місяць та рідше;
(2) 2-4 рази на міс; (3) 2-3 рази на тиждень;
(4) 4 і більш разів на тиждень.

2. Як часто за останній рік внаслідок вживання алкоголю Ви не могли згадати, що відбувалося напередодні?

(0) ніколи; (1) менше, ніж 1 раз на місяць; (2) 1 раз на місяць (щомісячно); (3) 1 раз на тиждень (щотижнево); (4) щоденно або майже щоденно

3. Як часто за останній рік через вживання алкоголю Ви не робили того, що від Вас зазвичай очікують?

(0) ніколи; (1) менше, ніж 1 раз на місяць; (2) 1 раз на місяць (щомісячно); (3) 1 раз на тиждень (щотижнево); (4) щоденно або майже щоденно

4. Чи траплялося, що Ваш родич, знайомий, лікар, або інший медичний працівник виявляв стурбованість з приводу Вашого вживання алкоголю або пропонував припинити вживати алкоголь?

(0) ніколи; (2) так, але це було більше ніж рік тому; (4) так, протягом цього року

Порядок (стадії) оцінки: На 1-й стадії дається оцінка тільки першому питанню. Відповідь «ніколи», означає, що пацієнт не має алкогольних проблем. Близько 50% людей можна оцінити, використовуючи тільки 1-е питання. За відповідей «щотижнево» або «майже щотижнево» пацієнт вживає алкоголь зі шкідливими наслідками або є залежним. За відповідей «менше, ніж 1 раз на місяць» або «щомісячно» необхідно задати наступні питання. На 1-й стадії, за відповідей «менше ніж 1 раз на місяць» або «щомісячно», 2-4 питання оцінюються від 0 до 4 балів. Максимальна кількість — 16 балів. Пацієнт має алкогольні проблеми за кількості балів 3 та більше.

Паддингтонський Алкогольний Тест (ПАТ) використовується в ситуаціях швидкої та невідкладної допомоги і заповнюється для пацієнтів із будь-якою ознакою проблемного вживання алкоголем: передозування, насильництво, пошкодження обличчя та голови, падіння, неспецифічні порушення шлунково-кишкового тракту (нудота, блювота), знедужання, втрата свідомості, безсоння, пітливість, гіпо/гіперглікемія, серцебиття (внутрішнє тремтіння), сип, депресія. У людей похилого віку також можуть мати місце: сплутаність свідомості, недбалість, падіння.

1. Якщо навколо Вас більшість людей вживає більше алкоголю, ніж звичайно, скільки Ви могли б максимально випити у такий день?

Стандартна порція	Горілка (мл) 40 об%	Міцне вино (мл) 17-20 об%	Сухе вино (мл) 11-13 об%	Пиво (пл.) 5 об%
(0) 1 або 2	30-60	75-150	75-150	250 мл-1 пл.
(1) 3 або 4	90-120	225-300	300-400	1,5 пл.-2 пл.
(2) 5 або 6	150-180	375-450	500-600	2,5 пл.-3 пл.
(3) 7 або 8	210-240	525-600	700- 800	3,5 пл.-4 пл.
(4) 10 або >	300 і >	750 і >	1000 і >	5 пл. і >

2. Для чоловіків: Як часто Ви вживаєте 8 або більше стандартних доз алкогольних напоїв у день, коли споживаєте алкоголь?

8 стандартних доз=240 мл 40 об% горілки =600 мл 17-25об% міцного вина=800 мл 11-13 об% сухого вина =4 пляшки 5 об% пива

Для жінок: Як часто Ви вживаєте 6 або більше стандартних доз алкогольних напоїв у день, коли споживаєте алкоголь?

6 стандартних доз=180мл 40 об% горілки =375 мл 17-25об% міцного вина = 600 мл 11-13 об% сухого вина =3 пляшки 5 об% пива

- 1 і більше разів на тиждень ТАК: +
- від 1 разу на місяць до 1 разу на тиждень ТАК: +
- ніколи ТАК: +

3. Як Ви вважаєте, ця Ваша зустріч з лікарем, пов'язана з алкоголем? ТАК: +; НІ: -.

Оцінка: ПАТ має позитивний результат (є проблеми з алкоголем), якщо є позитивна відповідь на 2-е питання та/або на 3-е питання.

Опитник CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Questionnaire)

1. **С** — Чи доводилось Вам хоча б коли — небудь думати, що Вам слід зменшити кількість вживаного алкоголю?
2. **А** — Чи дратує Вас, коли Вас критикують за випивку?
3. **Г** — Чи відчували Ви себе винним з приводу своєї випивки?
4. **Е** — Чи доводилось Вам коли — небудь похмелятися?

Оцінка: Будь — яка одна позитивна відповідь на ці запитання вказує на те, що алкоголь є дійсно проблемою. А 2 чи більше позитивні відповіді говорять про дійсно існуючу проблему приблизно в 90% усіх проведених дослідженнях.

Опитник POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, Проблемно Орієнтований Скрінінговий Інструмент для Підлітків). Цей опитник був розроблений спеціально для більш поглибленого вивчення та ідентифікації проблем та напрямків корекції в 10 сферах у підлітків, а саме: 1. вживання ПАР; 2. фізичне здоров'я; 3. психічне здоров'я; 4. сімейні стосунки; 5. стосунки з однолітками;

6. ситуація з освітою; 7. ситуація з працею. 8. соціальні навички. 9. ситуація з вільним часом. 10. агресивна поведінка. Опитуник включає 139 питань з 10 згаданих вище сфер життя і потребує до 30 хвилин витраченого часу.

Оцінка: Використовується подвійна система оцінки результатів опитування, що дозволяє визначити низький, середній та високий рівень ризиків в кожній з 10 проблемних сфер.

Як зазначалося, розробка медико-педагогічної профілактичної програми, обґрунтування, в першу чергу, клінічне, її спрямованості та вибору інструментів впливу були напряму пов'язані з необхідністю структуризації виявлених у дітей та підлітків клінічних та соціально — психологічних феноменів та закономірностей, викликаних вживанням ПАР. З цією метою паралельно з апробацією профілактичної програми проведено відповідне дослідження в трьох групах дітей: двох клінічних і одній контрольній, яке стало продовженням проведеного нами вивчення взаємозв'язків біологічних, психологічних та соціальних чинників в ґенезі формування феномену вживання дітьми ПАР крізь призму розробленої системи медико-соціальної профілактики вживання ПАР серед дітей та підлітків у 2009–2011 рр. До першої клінічної групи були включені 200 дітей шкільного віку, госпіталізованих у 2009–2011 рр. з отруєннями ПАР до Українського центру дитячої токсикології, інтенсивної та еферентної терапії МОЗ України, до другої клінічної (комбінованої) групи ввійшли всі діти, які перебувають на наркологічному обліку у Київській міській клінічній наркологічній лікарні «Соціотерапія» (загалом 13 осіб). Контрольну групу склали 210 здорових дітей у Києві, Сквирі Київської області, Чернівецькій, Закарпатській областях.

Аналіз всього контингенту госпіталізованих у 2009–2011 рр. дітей з отруєннями до Українського центру дитячої токсикології, інтенсивної та еферентної терапії МОЗ України показав, що з 277 всіх госпіталізованих з отруєннями, 19 госпіталізованих дітей були у віці 1–6 років (6%). 258 дітей (94 %) — були дітьми шкільного віку, з них — 227 з 277 (майже 80%) — перебували у віці 7–15 років і 31 дитина (14%) були у віці 16–18 років. До першої клінічної групи було включено загалом 200 дітей, з них — 169 дітей у віці 7–15 років (84 % від числа всіх дітей цієї групи) і 31 дитина у віці 16–18 років (16%) — всі діти цього віку, госпіталізовані з отруєннями ПАР у 2009–2011 рр. 137 дітей першої клінічної групи були хлопчиками та 63 — дівчатами (співвідношення 2:1). До другої клінічної групи ввійшли всі діти, які перебувають на наркологічному обліку у Київській міській клінічній наркологічній лікарні «Соціотерапія» з залежностями або зі вживанням ПАР зі шкідливим наслідками (загалом 13 дітей, з них 2 — з

накотичною залежністю і 11 — зі вживанням ПАВ зі шкідливим наслідками). Усі 13 дітей другої клінічної групи були хлопчиками. 2 хлопців цієї групи були у віці 16 років, і решта 11 — у віці 17 років). В контрольній групі з 210 дітей 164 (78 %) перебували у віці 7–15 років і 46 дітей (22%) — були у віці 16–18 років. В цій групі були 141 хлопчик та 69 дівчат.

Дослідження, проведене нами в 2009–2011 рр. серед усіх госпіталізованих дітей з діагнозом гострого отруєння алкоголем або наркотичними чи прірівняними речовинами в Українському центрі дитячої токсикології, інтенсивної та еферентної терапії, показало, що за останні роки, (навіть більше того, за останніх 10 років) абсолютні рівні захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади у дітей не змінилися та залишаються на практично казуїстичному рівні трьох випадків на рік. Так само й визначення показника такої захворюваності на 100 тис. населення не виявило будь-якої динаміки за ці ж роки — 0,13.

Аналіз та обрахування аналогічних розладів у підлітків також показали, що абсолютні рівні поширеності випадків виникнення гострих психотичних алкогольних розладів в цій віковій групі не змінилися та залишаються на рівні тих самих трьох випадків на рік. Також на змінився й рівень показника поширеності на 100 тис. населення та залишився на рівні 0,9. В цілому ці показники корелюють з оцінками експертів, що відображають відносну стабільність рівня споживання алкоголю на душу населення в Україні протягом останніх 5–6 років. Відтак загальні обсяги споживання алкоголю дорослими і дитячими контингентами також залишаються приблизно стабільними.

Найбільш ризиковим віком для виникнення отруєння психоактивними речовинами — 80% всіх випадків, є 7–15 років, час «поведінкових експериментів», і, одночасно, що важливо, час загалом низького рівня споживання алкоголю. Так, за даними нашого дослідження кількість випадків отруєння алкоголем серед всіх госпіталізованих з отруєннями дітей склала: у 2007р. (для порівняння) — 73 особи (18,3%), (2008р. — 18,5%), у 2009р. — 65 осіб (21,8%), у 2010 р. — 70 осіб (19,5%) і у 2011р. — 111 осіб. Характеризуючи отримані статистичні дані слід, в першу чергу, відмітити, **неоднозначне**, але все ж таки наявне **співставне зростання** в останні роки абсолютної кількості госпіталізованих **дітей з алкогольними отруєннями**. При цьому, що більш важливо, як раз не абсолютні, а, в першу чергу, саме відносні параметри ситуації з алкогольними отруєннями викликають пересторогу, бо вказують на наявність непевного потенціалу зростання впливу на ситуацію дітей, які мають шкідливі наслідки вживання психоактивних речовин.

Проведене дослідження показало, що на відміну від домінуючих в українському суспільстві уявлень, **отруєння наркотичними** і прирівняними **речовинами** зустрічалися у госпіталізованих дітей на цілий порядок **рідше, ніж алкогольні**. Цей факт є однозначним підтвердженням суттєво більшої поширеності і ризикованості серед дітей алкогольної поведінки ніж наркотичної. Так, у 2009 р. до 65 госпіталізованих дітей з алкогольними отруєннями за рік додалися 8 з отруєннями наркотичними і прирівняними речовинами (здебільшого транквілізаторами та, іноді, психотропними ліками). У 2010р. — до 70 дітей з алкогольними отруєннями — 6 з отруєннями наркотичними (і прирівняними) і у 2011 р. до 111 госпіталізованих дітей з алкогольними отруєннями додалися за рік 10 дітей з отруєннями наркотиками (та прирівняними речовинами). Важливо помітити не тільки суттєво більше розповсюдження вживання дітьми алкоголю, ніж наркотичних речовин, але й очевидну ілюстрацію домінування дитячої ризикової алкогольної поведінки (вживання алкоголю зі шкідливими наслідками) над наркотичною. Про це приміром свідчить і те, що у Києві отруєння школярів у 59.8 ± 3.0 випадків на 100 госпіталізованих були обумовлені саме алкоголем.

Проведений аналіз інформації щодо досліджуваних госпіталізованих дітей з діагнозом гострого отруєння алкоголем або наркотичними чи прирівняними речовинами в Українському центрі дитячої токсикології, інтенсивної та еферентної терапії, показав, суттєве **зменшення кількості отруєнь серед дітей останніх років навчання**. Так, в роки ближчі до кінця школи кількість дітей з отруєннями скоротилася до 14% від усієї кількості, що на пряму корелює з епідеміологічними даними (ESPAD) [14], які показали, що найбільш вживаним алкогольним напоєм для 15-17 річних учнів за останні 30 днів було пиво, його вживали 50,1% респондентів. 44,4% та 39,7% вживали слабоалкогольні напої та вино відповідно. Міцні алкогольні напої вживали 22,4% респондентів, а шампанське — 21,8%, при цьому міцні алкогольні напої більше вживали хлопці, ніж дівчата (див. **Рис.1**).

Розвиток та формування отруєння ПАВ у дітей як соціально — медичного феномену показав, що патерни алкогольної та наркотичної поведінки дітей є визначальним фактором у для виникнення отруєння. Не викликає сумнівів, що у старшокласників взаємодіяли два домінуючі патерни — описана вище зміна структури вживаних напоїв та головною формою алкогольної поведінки європейських дітей та підлітків останніх десятиліть, яким стало так зване «**binge drinking**», «**напивання доп'яна**». Саме завдяки популярності і лідерству цього феномену і, як його логічний наслідок, сучасні діти та підлітки здебільшого переносять й отруєння алкоголем

і в повній мірі відчувають негативних впливів саме тих ризиків, які є невід'ємною частиною сучасної побутової алкогольної ситуації [15]. За даними ESPAD протягом останніх 30 днів 30,8% учнів повідомили, що вживали 5 чи більше порцій алкогольних напоїв. Вживання 5 та більше порцій алкоголю відбувалось з усіма віковими категоріями учнів, як з наймолодшими, які вчаться в 9 класі ЗНЗ, так і з найстаршими, які перебувають на I курсі ВНЗ I-II рівнів акредитації та 1 курсі ВНЗ III-IV рівня акредитації (після 11 кл). Але найбільше це трапилось один раз з учнями II, III курсу ПТНЗ (після 9 класу) — 18,8% респондентів, найменше — з учнями I курсу ВНЗ I-II рівня акредитації та 1 курсу ВНЗ III-IV рівня акредитації (після 11 кл) — 12,5%.

Вивчення даних нашого дослідження показало подібність характеру та структури алкогольної та здебільшого, й наркотичної поведінки українських дітей та підлітків до їх європейських ровесників, показує, що в житті сучасних дітей, які вже вживають алкогольні напої, **зростаючого значення набуває окремий епізод алкогольної чи наркотичної поведінки**, один окремий випадок, одне вживання. Традиційні для нашого фахового медичного і педагогічного загалу і непідтверджені адекватною базою досліджень припущення щодо систематичної алкогольної та наркотичної поведінки зростаючих, але невідомо де схованих кількостей українських дітей, і, відтак, зростаючої поширеності серед дітей залежних стосунків з алкоголем, не дозволяють зосередити адекватну увагу на найбільш значущих для дитячих контингентів ризиках і наслідках, побудувати цілісну і адекватну систему профілактики [16]. Як результат, протягом значного часу в Україні вбачали більше необхідності всупереч всьому світовому досвіду і за повної відсутності доказової необхідності і будь — якого особливого дитячого наркологічного клінічного субстрата виносити на обговорення теми на кшталт необхідності введення професії «дитячого» або, ще краще,

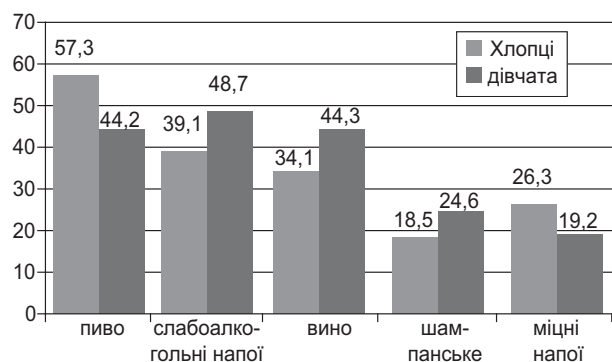


Рис. 1.

Розповсюдженість вживання алкогольних напоїв серед хлопців та дівчат за останні 30 днів, %

«підліткового» нарколога. В цей же час фахівці, чи то медики, чи то педагоги, чи то психологи не отримували навіть елементарних навичок сучасної протиалкогольної та протинаркотичної профілактики і не проводили її.

Слід зауважити, що за отриманими даними у пізньому шкільному віці (15–17 років) місце отруєння алкоголем в структурі гострих отруєнь залишалося на рівні 19% (при цьому ставала відчутнішою питома вага наслідків вживання ліків психотропної дії — 25 %). Аналіз наркологічної захворюваності осіб у віці 19, 20, 21 рік («нових дорослих») не виявив різкого збільшення захворюваності на алкогольні розлади серед цих контингентів. Такий ріст стає характерним для вікової групи 25 і вище. Сумарно ці дані підтверджують тезу, що для групи осіб до 18 років (**дитячого контингенту**), **не було характерним клінічно значиме систематичне вживання алкоголю**. Це дозволило нам завершити опрацювання цілісного комплексу наукової базової аргументації та остаточно обґрунтувати основну тезу описаної вище профілактичної медико — педагогічної системи щодо принципової необхідності її цільового зосередження на роботі з фактично здоровим в наркологічному плані дитячим контингентом, та одночасному забезпеченні адекватних обсягів поглибленої, в тому числі, корекційної роботи з дітьми зі вживанням алкоголю зі шкідливими наслідками або, за наявності, іншими наркологічними розладами.

Як зазначалося вище, нами, загалом у трьох групах, проведено дослідження серед 210 здорових і 213 проблемних дітей з різними наслідками вживання ПАР. Дослідження включило набір клінічних діагностичних сесій, проведених у відповідності до критеріїв МКХ-10 і додаткових діагностичних обстежень з використанням таких інструментів як Паддингтонський тест (ПАТ), опитник CRAFT, CAGE (з цільовим додатком (далі — GAGE)), ШАСТ, а також опитник POSIT. Підставою для проведення діагностичної сесії серед дітей всіх груп була отримана необхідним чином від відповідальних за дитину осіб інформована згода. Відповідно до напрацьованих в світі професійних вимог кожна діагностична сесія з однією окремою дитиною тривала не більше, ніж 15 хвилин.

В ході проведення дослідження в першій клінічній групі дітей, які перенесли отруєння, при роботі з усіма без винятку 200 дітьми цієї групи в якості бази для доказової діагностики наявних алкогольних \ наркотичних розладів використані діагностичні критерії МКХ-10 «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками» та «синдрому залежності». Для проведення поглибленої діагностики серед дітей молодшого шкільного віку цієї групи використовувалися інструменти CRAFT, CAGE і ШАСТ, а Паддингтонський тест був застосований при роботі лише з 9 дітьми старшого

шкільного віку. Згідно з вимогами використання опитника POSIT цей інструмент використовувався в усіх групах лише з дітьми старшими від 12 років, при цьому діагностика із застосуванням цього опитника розбивалася на дві діагностичні сесії тривалістю до 15 хвилин кожна.

В другій клінічній групі при роботі з усіма без винятку дітьми використовувалося обстеження відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, а також поглиблена діагностика з використанням інструментів CRAFT, CAGE, POSIT та Паддингтонського тесту. Інструмент ШАСТ для роботи в другій клінічній групі не застосовувався. Для проведення діагностичної роботи серед дітей контрольної групи протягом всього шкільного віку і для всіх без винятку дітей групи використовувалися лише скрінінгові інструменти CRAFT, CAGE і ШАСТ. Паддингтонський тест та POSIT в контрольній групі не використовувалися.

Отримані нами в ході проведення дослідження результати повністю корелювали з результатами вивчення взаємозв'язків біологічних, психологічних та соціальних чинників в генезі формування феномену вживання дітьми ПАР в світлі розробленої системи медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин серед дітей та підлітків, що проводилося нами у 2009–2011 рр. Домінуючим діагнозом в усіх групах дітей виявилось «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками», прояви алкогольних ризиків та проблемних стосунків з алкоголем у дітей виразно домінували над наркотичними, які посилювали свої позиції в періоди життя дитини, ближчі до старшого шкільного віку, а сформовані залежності починали відігравати свою роль лише у співставно невеликій кількості дітей знову ж таки старшого шкільного віку. Так, в першій клінічній групі дітей з отруєннями виявлено 45 дітей з ознаками вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (23% від всіх дітей групи), 1 дитина (0,5% від всіх дітей групи) з залежністю від опіатів і 1 дитина з залежністю від бензодіазепінів (0,5% від всіх дітей групи). Всі ці діти перебували у віковій групі старшій від 15 років, а дитині, залежній від опіатів, було 16 років.

В другій клінічній групі проведення обстеження підтвердило діагноз залежності від опіатів у обох залежних і діагноз «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками» у 10 з 11 дітей. В одному випадку нами спростовано клінічний діагноз «вживання зі шкідливими наслідками» і поставлений діагноз «синдром залежності від алкоголю» в одному з його різновидів. В контрольній групі серед 210 дітей виявлено 2 дітей з ознаками вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (0,9%). Проведене обстеження в цій групі дітей зі сформованими залежностями не виявило.

Отримані дані підтвердили низку клінічних і параклінічних закономірностей і детермінант,

що знайшли своє відображення при створенні системи профілактичних заходів для всіх груп дітей. Так, для загальних контингентів дітей на-працьована низка кроків для їх реалізації після отримання інформованої згоди батьків на участь сім'ї у профілактичній програмі. Підготовлений і переданий на затвердження проект наказу МОЗ, яким затверджується порядок взаємодії лікувально — профілактичних установ (педіатричних, наркологічних) з системою освіти, і, зокрема, шкільними закладами у здійсненні заходів медико — педагогічної профілактичної програми. Передбачається, що ці кроки, як база для подальших інформаційно — навчальних дій у школі, будуть виконані в умовах поліклінічних педіатричних закладів, що дозволить максимально використати всі переваги дитячих закладів цієї ланки для проведення профілактичної роботи. Одночасно з оглядом, що обов'язково проводиться педіатром перед школою (в даному випадку, перед першим класом), і отриманням інформованої згоди передбачена також перша профілактична консультація — «профілактична інтервенція», яка, в тому числі, передбачає використання відповідного спеціально розробленого роздаткового матеріалу.

Згаданим проектом наказу МОЗ у педіатричних закладах планується проведення трьох профілактичних інтервенцій №№ 1, 2 і 3, при цьому, профілактичні інтервенції №№ 1, 2 є обов'язковими і повинні охопити всіх без винятку дітей шкільного віку, в той час, коли профілактична інтервенція № 3 є факультативним заходом і передбачена лише для батьків, які бажають впевнитися, що їхня дитина не має проблем із вживанням ПАР. Профілактична інтервенція № 1 запланована до проведення з батьками дітей віком від 6 до 8 років (перша половина раннього шкільного віку) під час передшкільного профілактичного медогляду дітей, а профілактична інтервенція № 2 повинна проводитись для батьків дітей віком від 9 до 11 років (друга половина раннього шкільного віку) під час будь — якого контакту педіатра з родиною у цьому віці. Профілактична інтервенція № 3 запланована як можливість отримання інформації за зверненням батьків дітей середнього і старшого шкільного віку 12–17 років. Вибір вікових меж проведення інтервенцій напряду визначений результатами проведених нами досліджень і корелює з висновками численних дослідників про те, що ефективність профілактичних дій залежить від своєчасного їх початку, тобто протиалкогольні та проти наркотичні профілактичні дії треба починати до появи ризикової поведінки дитини.

Всі запропоновані профілактичні інтервенції відрізняються за змістом відповідно до домінуючих у даній віковій групі дітей стосунків з ПАР. Так, практично інтактна з точки зору вживання

ПАР група дітей у віці до 8 років потребує інформування родини з акцентом на ранню профілактику, сімейні стосунки та недопущення вживання ПАР дітьми за будь — яких обставин (профілактична інтервенція № 1). Ризик перших спроб ПАР різко зростає у віковій групі 8–10 — річних дітей і зміст інформаційного втручання концентрується на актуальних для таких дітей навичках, сімейних заходах і доступних методах оцінки ситуації зі вживанням ПАР дитиною (профілактична інтервенція №2). Стурбованість батьків темою вживання підлітком наркотиків є однією з найактуальніших для батьківського загалу. Відповіді саме на ці питання закладені у факультативну профілактичну інтервенцію №3, що у повній мірі відповідає і домінуючим змінам поведінки дітей у цьому віці по відношенню до ПАР. Нижче наведений зміст профілактичних інтервенцій:

Профілактична інтервенція 1.

Проводиться для батьків дітей віком від 6 до 8 років під час огляду дитини перед школою. Тематика:

1. Сімейні та особистісні фактори захисту від негативних наслідків вживання алкоголю та наркотиків. Оцінка їх рівня. Можливості батьків щодо посилення зазначених факторів захисту.
2. Отримання інформованої згоди батьків на підтримку заходів щодо попередження наркотичних та алкогольних проблем у дитини впродовж шкільних років навчання.

Профілактична інтервенція 2.

Проводиться для батьків дітей віком від 9 до 11 років під час огляду дитини в зв'язку з будь-яким захворюванням. Тематика:

1. Фактори ризику алкогольних та наркотичних проблем у підлітка та можливості батьків щодо їх зменшення.
2. Оцінка наявності ознак вживання підлітком алкоголю чи наркотичних речовин та оцінка його схильності до залежної (адиктивної) поведінки.

Профілактична інтервенція 3.

Проводиться на прохання батьків у підлітковому віці. Тематика:

1. Можливості оцінки наявності у підлітка алкогольних /наркотичних проблем.

Для кожної профілактичної інтервенції розроблений спеціальний роздатковий матеріал, спрямований, в першу чергу, на самостійну роботу членів родин. Кожний роздатковий матеріал складається з двох основних частин: тест-анкет для покращення структурного бачення ситуації членами родин та матеріала на теми, пов'язані з покращенням сімейного захисту. Для прикладу наведемо роздатковий матеріал, розроблений для використання про проведенні профілактичної інтервенції № 1.

Роздатковий матеріал до профілактичної інтервенції № 1

Тест-анкета щодо інформування батьків (законних представників) дітей віком від 6 до 8 років з питань попередження у дітей вживання спиртних напоїв та наркотичних засобів

А) Сімейний захист щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у дитини

Інструкція: Будь ласка, відмітьте свою відповідь на запропоновані нижче питання позначкою «+»

Питання	Відповідь	
	Так	Ні
1. Чи є у Вашій родині чіткі правила щодо вживання алкоголю?		
2. Чи є у Вашій родині чіткі правила щодо вживання наркотиків?		
3. Чи є в Вашій сім'ї чітка система сприйнятливих винагород та покарань щодо поведінки дитини?		
4. Чи цікавитесь Ви (будете цікавитися) шкільним життям своєї дитини?		
5. Чи цікавитесь Ви (будете цікавитися) позашкільним життям своєї дитини?		
6. Чи маєте Ви правило святкувати маленькі перемоги чи здобутки Вашої дитини та інших членів вашої сім'ї?		
7. Чи розповідає дитина про свій день: хороші події?		
8. Чи розповідає дитина про свій день: погані події?		
9. Чи цікавитесь Ви думкою дитини щодо перегляду певного телевізійного сюжету або фільму?		
10. Чи шукаєте Ви разом з дитиною якусь корисну інформацію в Інтернеті, книгах чи журналах?		
11. Чи спілкуєтесь Ви з дитиною на різні теми, окрім її навчання?		
12. Чи знаєте Ви друзів своєї дитини?		
13. Чи маєте Ви з дитиною спільний активний відпочинок?		
14. Чи виконуєте Ви спільно з дитиною повсякденні обов'язкові або сезонні роботи (наприклад, по дому, на городі, дрібний ремонт, догляд за квітами тощо)?		

Чим більше позитивних відповідей Ви відмітили, тим менший ризик появи наркотичних або алкогольних проблем має Ваша дитина.

Рекомендація: Якщо Ви відмітили відповіді з позначкою «Ні», варто дещо переглянути свої стосунки з дитиною та, по можливості, покращити або підсилити спілкування з нею відповідно до вищезазначених питань.

Б) Особистісний захист щодо появи наркотичних/алкогольних проблем у дитини

Інструкція: Будь ласка, відмітьте відповідь на запропоновані нижче питання позначкою «+»

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, що саме їй подобається в собі?			
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 почуває невпевненість у собі?			
8. Чи має дитина можливість висловлювати власну точку зору на те чи інше питання?			
9. Чи просите Ви пробачення у своєї дитини, коли неправі?			
10. Чи звертались Ви коли-небудь за порадою до дитини?			
11. Чи відчуває дитина що вона не байдужа для Вас?			
12. Чи знає дитина, що означає «тиск» з боку інших людей?			
13. Чи знає дитина як поводити себе в ситуаціях «тиску з боку інших людей»?			
14. Чи були в родині ситуації, коли дитина повинна була самостійно прийняти рішення?			
15. Чи знає дитина як ефективно пережити невдачу?			
16. Чи були в родині ситуації, коли дитина самостійно вирішила конфлікт?			
17. Чи вміє дитина говорити «Ні» та аргументувати власну позицію відмови?			
18. Чи обговорюєте Ви з дитиною причини її невдач та можливі шляхи долаття проблем?			

Чим більше позитивних відповідей Ви відмітили, тим більш ефективний особистісний захист від появи наркотичних/алкогольних проблем має Ваша дитина.

Рекомендації: Якщо Ви відмітили відповіді з позначкою «Ні» або «Не знаю», варто звернути увагу на ці питання та, по можливості, обговорити їх з дитиною. Деякі з вищезазначених питань потребують тренування дитини (наприклад, розвиток впевненості, вміння відмовляти тощо). Звертайтеся час від часу до питань анкети впродовж років навчання дитини в школі, щоб зменшити ризики та підсилити особистісний захист дитини.

Коротко про головне**А) Деякі уявлення батьків, що створюють додаткові ризики для дитини**

Уявне	Реальне
«З моєю дитиною це ніколи не трапиться...»	Більшість батьків, які приводять на прийом до нарколога підлітка із алкогольною чи наркотичною залежністю говорять: «Ми думали, що з нашою дитиною це ніколи не трапиться...». Самовпевненість батьків не здатна захистити дитину.
«Батьки повинні одягати і годувати дитину, а профілактикою повинні займатися психологи, лікарі та вчителі...»	Сімейний захист — це найважливіше, тому що дитина, насамперед, потребує уваги і розуміння батьків.
«Алкоголіками та наркоманами стають тільки ті підлітки, батьки яких зловживають цими речовинами...»	Безперечно, такий фактор вдома збільшує ризик, але не є головною причиною даних проблем у дитини. Є достатньо підлітків, які мають алкогольні або наркотичні проблеми, але їх батьки не вживають алкоголь та наркотики.
«Для того, щоб дитина, задовольнилася цікавістю можна навмисно їй дати спробувати один раз алкоголь, тютюн або травку...»	Подібні експерименти є дуже ризиковими. 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. Та й дозвіл на вживання, одержаний від батьків, теж запам'ятовується.
«Наша дитина має добру поведінку та відмінні оцінки, вона ніколи не матиме проблеми, пов'язаних із вживанням цих речовин...»	Зразкова поведінка та гарні оцінки не захистять від натиску однолітків-споживачів алкоголю та наркотиків. 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, в яких демонструють атрибути вживання спиртних напоїв та наркотиків»	Ми не зможемо завжди бути поруч з дитиною. Вона рано чи пізно побачить, почує та зробить власні висновки щодо вживання алкоголю та наркотиків. 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 не сприймає жахливі картини про людину, яка вживає наркотики, як можливі власні проблеми, це надто далеко від неї. Єдине, що може викликати такий метод впливу, — це цікавість щодо перегляду.
«Для кращої профілактики необхідно контролювати дитину в усьому...»	Надмірний контроль та опіка викликають лише протест, агресію, замкнутість, примушує дитину чи підлітка вдаватися до обману та хитрощів.
«Дитина не матиме з цим проблем, якщо поряд не буде друзів — споживачів алкоголю та наркотиків»	Встановлено, що наявність друзів-споживачів, що вживають алкоголь та наркотики на 15% підвищує ризик вживання алкоголю або наркотиків, але не є власне причиною вживання. Дитина чи підліток самі обирають собі компанію, самі приймають рішення щодо вживання, окрім випадків, пов'язаних з насиллям.
«Матеріальне забезпечення дитини захищає від проблем з наркотиками та алкоголем...»	В більшості випадків підлітки починали вживати алкоголь та наркотики, маючи чималеньку суму кишенькових грошей. Невміле поводження з грошима, відсутність поваги до заробітку батьків, провокують ризикові дії. Купуючи за гроші розваги, може виникнути бажання спробувати щось більше.

Б) Сімейний захист

- Дізнайтесь правду про алкоголь, наркотики та ВІЛ/СНІД, щоб підтримати розмову з дитиною. Важливо навчити дитину відрізняти факти від хибних уявлень.
- Приклад, який Ви надасте дітям у вживанні алкоголю, тютюну, наркотиків, підтримці власного здоров'я та шляхів подолання поганого настрою набагато впливовіший, ніж будь-яка теоретична інформація.
- Виробіть сімейні правила. Важливо пам'ятати, що ті правила поведінки та відносини між членами родини, які ми встановлюємо у себе вдома, надзвичайно впливають на формування світогляду дитини та її майбутню поведінку. Вони допомагають дитині зрозуміти, що батьки зацікавлені у її благополуччі. Дитина, яка робить, що хоче, відчуває, що байдужа батькам. Жорсткі правила, постійний контроль можуть призвести до деструктивної поведінки дитини. Замість заборони, познайомтесь з оточенням Вашої дитини. Запросіть її друзів додому та проведіть спостереження, що саме відбувається з Вашою дитиною під час її спілкування. Це буде корисна інформація для подальшої бесіди з Вашою дитиною.

- Розділяючи з дитиною свій вільний час, цікавтесь її життям, допомагайте у виборі захоплень, проводьте з дитиною вправи та рольові ігри, які навчають відстоювати свою позицію, говорити «ні» в небезпечних ситуаціях, впевнено себе поводити. Важливо задовольняти потреби дитини у прояві любові, ніжності, увазі, повазі та розумінні.
- Надайте можливість дитині брати участь у родинному житті, винагороджуйте її, навіть за маленькі досягнення.

Навчіть дитину переносити невдачу. Іноді варто, щоб дитина знайшла вихід самотійно, а ми просто підтримали її та були поруч.

Результати вивчення клінічних закономірностей та феноменів, пов'язаних зі вживанням ПАР дітьми, стали основою для розробки спільного з дитячою токсикологічною службою проєкта наказу МОЗ України вже також переданого на затвердження у встановленому порядку. Цей наказ передбачає низку кроків, спрямованих як на створення можливостей своєчасної **ідентифікації порушень**, спричинених, в тому числі, і вживанням ПАР дітьми, так і оптимізації можливостей для **ефективної корекції та лікування** дітей з розладами, спричиненими вживанням ПАР. Так, передбачена тісна співпраця наркологічних установ та центрів дитячої токсикології, дитячих психіатрів для забезпечення своєчасної діагностики розладів, пов'язаних зі вживанням ПАР у дітей. Корекційна робота

для цих контингентів дітей передбачається як прямий наслідок взаємодії закріплених за центрами дитячої токсикології лікарів — наркологів як консультантів та штатних психологів цих центрів. Важливо зауважити, що на основі рекомендацій наданих нами відповідним фахівцям після завершення дослідження і апробації медико — педагогічної профілактичної програми [17] в Чернівецькій, Закарпатській областях та м.Київ, не очікуючи затвердження наказу МОЗ, підготовлені накази місцевих управлінь охорони здоров'я з подібними ініціативами, що дозволить вже найближчим часом предметно удосконалити та накопичувати необхідний досвід взаємодії в профілактичній та корекційній роботі з дитячими контингентами з проблемами алкогольного та наркотичного походження.

Література:

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011) European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals.
2. Зріз наркотичної ситуації в Україні (2011). Вієвський А. М., Жданова М. П., Сидяк С. В. [та ін.]. — Київ, 2011 — 22 с.
3. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально-методичний посібник / Під ред. В. В. Бурлаки. — Київ: Герб, 2008. — 224 с.
4. Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтована на учнів 1-12 класів, їх батьків та персонал загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання: Загальне викладення програми профілактичних дій / А. М. Вієвський, К. І. Лепеха та ін. — Київ 2010. — 40с.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). Evaluation Drug prevention the European Union.
6. Cazares A., Beatty L.A. (1994) Scientific Methods for Prevention Intervention Research.
7. Маркова М.В., Селюкова Т.В., Окара О.Б. (2000) Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосімейної дезадаптації. Архів психіатрії, 3—4 (22—23): 25—26.
8. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3 (66). — С. 61—66.
9. Москаленко В.Ф., Вієвський А.М., Табачников С.І. (2000) Сучасні проблеми організації та реабілітації осіб з алкогольною залежністю. Арх. психіатрії, 3—4: 5—8.
10. Сирота Н.А., Борисова Е.В., Воробьева Т.В. и др. (2009) Принципы реализации и адаптации семейных антинаркотических стратегий и пути их медико-социальной коррекции. Методические рекомендации. Москва, ФГУ ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 25 с.
11. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
12. Профилактика зависимости от алкоголя // Оксфордское руководство по психиатрии / М.Гельдер, Д.Гэт, Р.Бейо.-Т.2.-К.:Сфера,1997. — С. 105.
13. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / Балакірева О. М. (кер. авт. кол.), Бондар Т. В., Рингач Н. О. [та ін.] — К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. — 152 с.
14. Vabor Th., Braby M., Reitan T. (2000) Contemporary Drug problems.
15. Личко А.Е., Битенский В.С. (1991) Подростковая наркология. Ленинград, Медицина: 304 с.
16. Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтованих на учнів 1-12 класів, їх батьків та персонал загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання/ [А. М. Вієвський, К. І. Лепеха, В. В. Дивак та ін.]. — К.: Версо 04, 2010. — [у 17 кн.].

УДК: 616.89-008-053.2-056.7:575:159.97

Соціально-психологічні фактори етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей, стратегії терапії та психопрофілактики



Древіцька О.О.

Древіцька О. О.

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

Резюме. У роботі показано накопичення соціально-психологічних факторів у дітей з пограничними психічними розладами (далі — ППР). У їх батьків частіше зустрічаються: низький освітній рівень, алкоголізм і сімейні конфлікти, у 80% дітей стаціонару з ППР спостерігається погранична вербальна когнітивна недостатність (рівень їх вербального інтелекту нижчий 85). Також у дітей з ППР суттєво підвищений рівень емоційних конфліктів, що виявляються тестом емоційних відносин Еткінда. Рекомендації стосуються сімейної психопрофілактики та психотерапії, психологічного освіти педагогів для саногенного виховання дітей з прикордонною інтелектуальною недостатністю.

Ключові слова: пограничні психічні розлади, діти, соціально-психологічні фактори етіопатогенезу, профілактика.

Socio-psychological factors etiopathogenesis of borderline mental disorders in children, psychotherapy and psychoprophylaxis strategy

Drevitska O. O.

Resume. In the article shown the accumulation of social and psychological factors in children with borderline mental disorders (hereinafter — the BMD). Their parents are more frequent: low levels of education, alcoholism and family conflict, 80% of children with BMD hospital marked border verbal cognitive impairment (level of verbal IQ below 85). Also, children with BMD significantly elevated levels of emotional conflicts, revealed by a test of emotional relationships Etkind. The recommendations relate to family psychoprophylaxis and therapy, and psychological education of teachers about the childrens with border intellectual disabilities.

Key words: borderline mental disorders, children, social and psychological factors etiopathogenesis, prevention.

Проблема пограничних нервово-психічних розладів у зв'язку з труднощами визначення їх меж та класифікації залишається дискусійною, і при диференціації головними моментами є: не-психотичний характер розладів і здатність відповідати соціальним вимогам, а також історично склалося так, що за статистикою психічних захворювань пограничні психічні розлади виділяють на противагу психотичним і розумовій відсталості [1-3].

Актуальність досліджень пограничних психічних розладів (далі -ППР) у дітей визначається їх поширеністю в амбулаторній практиці психіатрів, педіатрів, шкільних психологів, сімейних лікарів та інших фахівців, які працюють в галузі психічного здоров'я дітей і підлітків [4-6].

У вітчизняній літературі відсутні теоретико-методологічні розробки щодо пізнання психологічних механізмів етіопатогенезу, клініки, лікування і профілактики пограничних психічних розладів у дітей.

Не розроблені для дітей методи оцінки психічного здоров'я, які могли б ефективно прогнозувати ймовірність розвитку передхворобливих

станів, їх клініку та перебіг, отже це не сприяє ранньому виявленню груп ризику щодо розвитку психічних розладів у дітей, вчасного проведення психопрофілактики цих розладів

Мета — на основі емпіричних обстежень дітей у школі та у дитячому психіатричному стаціонарі, дослідити фактори етіопатогенезу ППР у дітей, що слугуватиме основою для науково обґрунтованих принципів їх лікування, реабілітації та профілактики.

Відповідно до мети дослідження вирішувалися такі **завдання**:

1. дослідити ряд психологічних і мікросоціальних факторів онтогенезу у дітей: здорових, з компенсованими порушеннями психічного здоров'я, у дітей з ППР і хворих зі стійкою соціальною декомпенсацією;
2. виокремити найважливі показники, які впливають на перебіг ППР у дітей і на їх прогноз;
3. на підставі проведених досліджень запропонувати науково обґрунтовані підходи для лікування і профілактики ППР у дітей.

Матеріал і методи дослідження.

Дослідження проходило у два етапи: перший етап емпіричних досліджень включав скринінгові обстеження 278 дітей (142 дівчинки і 136 хлопчиків) молодшого шкільного віку 8-12 років загальноосвітніх шкіл міста Києва, на другому етапі проаналізовані результати дослідження групи 78 дітей з ППР, групу порівняння склали 36 дітей з соціальною декомпенсацією (переважно, легка роумова відсталість, з (і без) порушень комунікативних навичок). Останні дві групи були набрані з числа дітей, які проходили лікування в дитячому психіатричному стаціонарі, за принципом рандомізації з числа дітей, які відповідали діагнозу і віковому діапазону.

В дослідження не включено дітей більш раннього віку: 6-7 років, коли відбувається процес адаптації до школи, а також не були включені діти, які були старші за 12 років, оскільки на процеси соціалізації в старшому віці накладає відбиток фактор інтенсивного статевого розвитку. Досліджуваний віковий діапазон відповідає, за В.В. Ковальовим, емоційному та емоційно-ідеаторному онтогенетичним періодам психічного розвитку, а отже, емоційна сфера в цей період є найбільш вразлива при адаптації дітей до школи, у їх першому періоді соціалізації.

Дослідження дітей у школах включало: розмову з дитиною, аналіз успішності у навчанні, аналіз характеристик, які давали дітям вчителі і батьки, дослідження загального і психічного станів здоров'я, дослідження стану центральної та вегетативної нервової системи, вербальні та невербальні психологічні тести.

Результати досліджень дозволили умовно співвіднести стан психічного здоров'я дітей, яких досліджували у школі з одним із трьох означених рівнів: I — діти здорові і добре адаптовані, II — з періодичними порушеннями адаптації (легкі невротичні реакції у дитини спостерігаються в складних життєвих ситуаціях); III — діти з невротичними реакціями, патохарактерологічними відхиленнями, стійкими емоційними проблемами у взаєминах з рідними та у школі.

Таблиця 1.

Розподіл досліджуваних дітей-школярів за рівнями психічного здоров'я (РПЗ) та за статтю

РПЗ	Дітей, усіх		Хлопчиків		Дівчаток	
	абс.	у %	абс.	у %	абс.	у %
I РПЗ	90	33	42	31	48	34
II РПЗ	123	44	58	43	65	46
III РПЗ	65	23	36	26	29	20
Всього	278	100	136	100	142	100

Досліджувалися психологічні і мікросоціальні фактори, які корелювали з рівнем психічного здоров'я. В ряду факторів, які були значимі, виявилися наступні: успішність при засвоєнні навчальних предметів, — отже, когнітивний фактор, внутрішні емоційні конфлікти за тестом Еткінда, мікросоціальні фактори, що характеризують сімейні обставини розвитку дитини.

Обстежено також 78 дітей 8-12 років з ППР, які проходили лікування в дитячому психіатричному стаціонарі, навчалися за програмою загальноосвітньої школи. Групу порівняння склали 36 дітей, які не спроможні навчатися за програмою загальноосвітньої школи, їх можна віднести до категорії дітей з соціальною декомпенсацією (діти з легкою розумовою відсталістю, серед останніх були також діти з порушеннями комунікації).

До категорії дітей з ППР були включені діти з діагнозами: розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку; розлади розвитку мови, специфічні розлади розвитку шкільних навичок; поведінкові та емоційні розлади, що звичайно розпочинаються в дитячому та підлітковому віці, і тільки близько 10 % дітей як основний діагноз мали мононевротичні розлади: тики, енурез, заїкання.

Слід зазначити, що в дитячому віці ретельні обстеження призводили до того, що на відміну від діагнозів дорослого стаціонару, органічний радикал у процесі діагностики знаходиться досить часто. Дослідження біологічних факторів при психічних розладах у дітей показує значну частоту: патологій вагітності і пологів, різних захворювань на ранніх етапах онтогенезу.

Паралельно з накопиченням біологічних факторів, у дітей з ППР можна спостерігати, порівняно з дітьми здоровими, підвищені показники негативного мікросоціального середовища, і ці дані можна спостерігати у табл. 2.

Як можна спостерігати з таблиці, погіршення рівня психічного здоров'я супроводжується все гіршими соціально-психологічними умовами життя дітей у родині, існує виразна тенденція накопичення факторів, які шкодять особистісному розвитку дітей: недостатній освітній рівень батьків, їх конфлікти і пияцтво, матеріальне неблагополуччя, — складають несприятливу психологічну атмосферу, яку діти щоденно спостерігають вдома, і це не сприяє їх позитивному розвитку. Отже, за статистичними даними, умови у дітей з ППР дещо кращі, ніж у дітей з розумовою відсталістю, однак вони, як правило, гірші, ніж у дітей здорових і добре адаптованих.

Аналіз факторів, які виразно корелюють з декомпенсацією у школі вказує на роль успішності у навчанні: вона явно погіршується від I

Таблиця 2.

Частота (у %) мікросоціальних факторів, що стосувалися сімей здорових дітей і дітей з психічними розладами: ППР і ЛРВ

РПЗ і клінічні групи: / мікросоціальні фактори	I РПЗ (у %)	II РПЗ у %	III РПЗ у %	ППР у %	ЛРВ у %
житл. площа до 9 м ² на члена сім'ї	18	26	30	41	52
місячн. прибут. на члена сім'ї ниж. прожит. мін.	22	31	43	52	64
обоє батьків без спец. освіти	15	20	25	34	63
один з батьків без постійної роботи	23	26	32	43	67
неповні сім'ї	27	34	42	48	57
2-3 рази на тиждень конфлікти	24	35	48	54	63
побутлве пияцтво, алкоголізм, наркоманії	18	29	45	54	58
Всього, середн. арифм.	27	29	38	47	61

РПЗ до III РПЗ. Так, середній бал успішності у дітей I РПЗ становив 9,1, а у дітей III РПЗ — 6,8. Зниження показника успішності на 2 бали слугує маркером, який вказує на те, що когнітивний фактор грає важливу роль у процесах адаптації дітей до школи і, ймовірно, впливає на характеристики психічних розладів.

Психодіагностичний блок для хворих дітей включав дослідження: показників уваги за таблицями Шульте; дослідження пам'яті (методика вивчення 10 слів за А.Р. Лурія) і характеристик мислення (здатності до узагальнень, виключень зайвого, розуміння аналогій, прислів'їв); фіксація показників вербального і невербального інтелекту за Векслером; проведення кольорового тесту відносин Еткінда для визначення наявності емоційних конфліктів у дитини з оточенням.

Дослідження уваги і пам'яті у дітей дитячого психіатричного стаціонару, вказує на їх вагоме зниження, особливо коли завдання стосувалися функцій вербального інтелекту. Підрахунок показників вербального і невербального інтелекту дітей, які лікувалися у психіатричному стаціонарі, підтвердив наші припущення: переважна більшість дітей з ППР мають знижений рівень, насамперед, вербального інтелекту. Тільки 23% дітей, з числа досліджуваних 8-12 років з ППР, у дитячому психіатричному стаціонарі, мали вербальний інтелект понад 85. Ще 25% дітей мали і вербальний і невербальний інтелект, який був нижчим за показник 85. Більша частина тих, хто лікувався з ППР у дитячому психіатричному стаціонарі, мали вербальний інтелект до 85, а невербальний, в основному, близько 90 балів.

Слід підкреслити, що стан вербального інтелекту суттєво корелює з клінічними проявами ППР, через те ми розподілили умовно усіх досліджуваних дітей з ППР на 3 групи: 1 — діти, яких можна віднести до категорії загального пограничного когнітивного дефіциту (далі — ЗПКД), коли рівень вербального і невербального інтелекту був нижчим за 85; 2 — можна віднести

до категорії з вербальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі — ВПКД), коли тільки рівень вербального інтелекту нижчий за 85; 3 — група дітей з легким когнітивним дефіцитом і нормальним інтелектом (ЛКД і НІ): вербальний і невербальний був вищим за 85.

Група дітей з ПВН частіше мають поведінкові, тикозні розлади, заїкання: так мовою тіла дитина несвідомо намагається компенсувати дефіцит мовного спілкування, свою нездатність вербалізувати ті переживання, що її тривожать.

Клініка пацієнтів 1 групи часто представлена через діагнози: загальна затримка мовного розвитку, затримка розвитку шкільних навичок, і включала наступні синдроми: гіперкінетичний, з істероїдними розладами поведінки, аутистичними рисами, енурезом. Як правило, їм важко було справлятися зі шкільним навантаженням у загальноосвітній школі, і нерідко діти потребували того, щоб навчатися за полегшеною програмою, або у школах для дітей із органічним ураженням нервової системи, чи за індивідуальним підходом, з навчанням вдома. На ЕЕГ у цих дітей (ЗПКД) найчастіше мали місце дисфункції у медіобазальних відділах мозку, або загальні порушення електрогенезу, при тому страждали ліва і права півкулі мозку. У цілому, цим дітям щонайважче у загальноосвітній школі, оскільки вони попадають у категорію дітей з найгіршим рівнем успішності в своїх класах, і цей психологічний вантаж їм доводиться нести на фоні недостатніх вербальних і невербальних комунікативних здібностей, а також на фоні емоційної недостатності.

Клінічні особливості дітей 2-ї групи включали, як правило, затримку мовного розвитку і розвитку шкільних навичок, симптоматика часто проявлялась на ЕЕГ як порушення електрогенезу у лівій півкулі. ВПКД призводив до того, що дитина не в змозі пояснити те, що добре розуміє невербально, відповідно, її оцінки нижчі, ніж рівень невербального розуміння, що породжує почуття образи, недооціненості. Компенсацією

стають емоційно-поведінкові розлади, а також агресивно-протестні дії дитини, частіше у хлопчиків, особливо, коли дисоціація показників вербального–невербального становить понад 10 балів.

Клініко-психологічні особливості дітей 3 групи (ЛКД І НІ) були найменш проблемними: ці діти найшвидше адаптувалися у стаціонарі, прагли до контактів з психологами і лікарями, психологічна і психотерапевтична робота мали у них найкращий відгук, відносно швидкі позитивні результати. Обстеження в цій групі показували меншу роль біологічних факторів у походженні ППР, однак певну роль значимої для дитини психотравми.

Важливо зазначити наступний факт: рандомізовані дослідження вказують на вкрай рідкі варіанти госпіталізації у дитячий психіатричний стаціонар дітей з рівнем інтелекту понад 100. Це вказує на наступні моменти: діти з більш високим інтелектом легше справляються навіть зі складними життєвими психотравмами, і у сім'ях таких дітей відбувається їх певна стабілізація, що знову підкреслює важливу роль когнітивного фактору відносно ППР.

Останнє положення підтверджують і наші дослідження емоційних психологічних конфліктів, які ми виявляли з використанням невербального тесту емоційних відносин Еткінда. Як видно з таблиці 3, від однієї групи до іншої наростає кількість внутрішніх психологічних конфліктів у дітей, оскільки реально посилюються психотравмуючі обставини для дітей з нижчим рівнем когнітивного функціонування.

Відповідно до проведених досліджень ми пропонуємо ряд психопрофілактичних заходів щодо ППР у дітей:

1. Курси для навчання батьків бути люблячими і терпеливими відносно дітей, яким важко дається навчання;
2. Курси з психопрофілактики для вчителів з інформацією про те, що погана успішність дітей часто є їх бідною, а не виною, і що діти зі зниженою успішністю потребують емоційно теплої ставлення педагогів не менше, як діти, які добре встигають; а також вони

потребують толерантного ставлення і психологічної корекції відносно їх поведінки;

3. Діти з когнітивним дефіцитом потребують вчасних додаткових індивідуальних занять з логопедами, психологами і педагогами-дефектологами для профілактики ППР.

Лікувальні заходи для дітей з ППР мають бути диференційованими: включати засоби, що поліпшують функції центральної нервової системи, при наявності біологічних факторів у етіопатогенезі ППР.

Для дітей із ЗПКД важливо проводити ЕЕГ-дослідження і включати відповідні препарати при порушеннях електрогенезу; для них важливо проводити індивідуальні педагогічні заняття, особливо якщо дитина погано адаптується до школи, має емоційно негативне ставлення до школи, не має друзів.

Для дітей з ВПКД важливо також проводити діагностику і терапію, що направлена на стабілізацію стану центральної нервової системи, оскільки при тому часто страждає ліва півкуля, а також для них найбільш важливими заходами є логопедична робота, при необхідності — робота з психологом, усвідомлення своїх особливостей і поведінкова терапія.

У дітей з нормальним рівнем інтелекту важливо зосередити увагу на діагностику і терапію щодо психотравми, і в тому найбільша роль має бути психологів і психотерапевтів. Часто при тому виникає потреба у сімейній психотерапії.

Висновки.

1. Діти з ППР мають в етіопатогенезі немало факторів психологічних і мікросоціальних. Важливим психологічним фактором є рівень когнітивного дефіциту у дитини. Часто нелегкі сімейно-соціальні умови створюють несприятливий клімат для розвитку дитини.
2. Клінічні особливості залежать від характеристик інтелекту, особливо вербального. Діти із ЗПКД, коли вербальний і невербальний інтелект нижчий за 85, найважче адаптуються до школи, мають затяжні ППР, часто потребують індивідуального підходу

Таблиця 3.

Частота (у %) емоційно негативного ставлення до близького оточення у дітей здорових і дітей з психічними розладами: ППР і ЛРВ

РПЗ і клінічні групи: / Емоційно негативне у % ставлення за тестом Еткінда	I РПЗ (у %)	II РПЗ у %	III РПЗ у %	ППР у %	ЛРВ у %
до матері	6	12	18	26	32
до батька	10	23	36	43	48
до себе	10	18	24	28	34
до школи	12	25	38	42	46
середній показник	9,5	19,5	29	35	40

до навчання за програмою загальноосвітньої школи; діти з ВПКД часто мають поведінкові розлади, і потребують додаткових занять з логопедом і психологом для подолання алекситимії. При показниках інтелекту понад 85 ППР клініка залежить від індивідуального характеру психотравми.

3. Усі діти з ППР потребують психологічної корекції, яка має бути диференційною, залежно від групи ППР: при ЗПКД діти потребують толерантного ставлення до їх

проблем у навчанні і пошуку компенсаторних сфер для їх майбутньої соціальної реалізації; при ВПКД важливо навчати дітей щодо їх здатності до вербалізації своїх потреб і почуттів, проводити в цьому напрямку логопедичні і психологічні заняття; при НІ важливо виявляти індивідуальну психотравму і проводити відповідну психотерапевтичну роботу, і це категорія дітей, які найкраще відгукуються на психотерапевтичний процес.

Література:

1. Состояние психиатрической помощи детям Украины / В.Н. Кузнецов // Психічне здоров'я. — 2005. — N 2. — С. 12-17.
2. Комплексний підхід до медикаментозної терапії та медико-соціальної реабілітації дітей з граничною психічною патологією / О.Р. Гуленко, О.О. Древіцька // Психічне здоров'я. — 2004. — N 1. — С. 25-28.
3. Марценковский И.А., Ткачева О.В., Марценковская И.И., Бикшаева Я.Б. Гиперактивность: новый взгляд на старую проблему детской психиатрии. Здоровья України №23/1, 2007, С. 38-41
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. — СПб.: Питер, 2010 —864с.
5. Психогігієнічні аспекти навчання дітей та підлітків в сучасній школі / В.М. Мешков, О.А. Василенко // Психічне здоров'я. — 2004. — N 4. — С. 33-38.
6. Бадхен А.А., Соловейчик М.Я. Мастерство психологического консультирования. — СПб: Речь, 2010 — 240с.

УДК 616.895; 615.851

Дыхательные психотехнологии в психотерапии



Белов О. Б.

Белов О. Б.

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

Резюме. Статья посвящена историческому обзору роли и места дыхательных психотехнологий в психотерапии. Рассмотрены аспекты использования дыхательных техник в духовных и целительских практиках, представленности их в различных психотерапевтических направлениях, таких как: телесно-ориентированная психотерапия, гештальт-терапия, трансперсональная психотерапия. Примером использования дыхательных психотехнологий в клинической психотерапии является метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса, разработанный на кафедре психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Ключевые слова: дыхательные психотехнологии, психотерапия, интегративный подход, метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса.

Respiratory psychotherapies in psychotechnologies

Belov O. B.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik

Resume. Article is devoted to a historical review of the role and place of respiratory psychotechnologies in psychotherapy. The aspects of the use of breathing techniques in spiritual and healing practices in various areas of psychotherapy, such as body-oriented psychotherapy, gestalt therapy, trans personal psychotherapy. An example of respiratory psychotechnologies in clinical psychotherapy is a method of breathing and pneumokatarsysa resource developed by the Department of Psychiatry NMAPO after P.L. Shupik.

Key words: respiratory psychotechnologies, psychotherapy, integrative approach, method and resource breathing pneumokatarsysa.

Этимологическая связь дыхания и сознания в культуре и истории человечества

Тесную связь между сознанием и дыханием можно обнаружить во многих древних текстах и мировой этнографической литературе в целом, что нашло свое отражение в быденном языке, поговорках, мифологии, философских учениях и духовных традициях. Так для древних греков тесная связь между дыханием и психикой была очевидной и проявлялась в общей семантике слов «дыхание» и «дух». В греческом языке этимология слов «пневма» («pneuma») и «психе» («psyche») имеют равнозначный смысл: «дыхание», «дух», «душа», «жизненная сила», «жизненный дух» (spiritus vitales). В древнеиндийских текстах «Ригвед» (перевод с санскрита: «риг» — «стихи», «гимны», «веда» — «знание») и древнеиранской культуре, в священных текстах зороастрийцев в «Авесте» (перевод с персидского: «авеста» — «откровение», «вера») можно также встретить этимологическую общность значений слов «дышать», «дыхание», «ветер» и «прана», «энергия», «душа». При этом понятие «праны» означает не только физическое дыхание как таковое, но и определяет саму «священную сущность жизни», где «прана есть Душа Силы и Энергии во всех ее проявлениях» [1]. Точно также в традиционной китайской медицине

слово «ци», а в японской духовной традиции слово «ки» означают как космическую сущность и энергию жизни, так и просто «воздух» и «дыхание» [2]. В древнееврейской традиции слово «руах» отождествляется с дыханием и «творящим Духом». Еврейские мистики имеют даже свое специфическое прочтение древнееврейских текстов, подтверждающее важность дыхания в еврейском мистицизме и духовных практиках. В европейской и славянской культурах слова «дышать» и «душа», а на латыне соответственно — «respirare» и «spiritus» имеют также общее лингвистическое и этимологическое сходство [3, 4].

Дыхание и изменения сознания в духовных практиках

На протяжении веков было известно, что на сознание можно повлиять методами, включающими в себя дыхание. Приемы, которые использовались с этой целью различными культурами, охватывают широкий диапазон дыхательных техник. Во многих культурах большинство духовных практик связаны с изменениями в состоянии сознания, вызываемыми различными приемами изменения дыхания, основанные как на ускорении, замедлении, остановке дыхания, так и на их поочередной модификации. Так способ длительной задержки

дыхания практиковался ранними христианами при крещении, включающего погружение посвящаемого в воду на продолжительное время, и способствующего глубоким изменениям в состоянии сознания, ассоциированных с переживаниями смерти и возрождения [5]. Древние ритуальные практики шаманизма связаны с использованием продолжительных во времени дыхательных практик, включающие техники связного, быстрого и глубокого дыхания, в сочетании с голосовыми приемами на фоне монотонного барабанного ритма [6]. Часто песнопение выступает в качестве самостоятельного метода достижения измененных состояний сознания в силу того, что включает в себя не только связный дыхательный ритм, но и также мощное духовное или экзистенциальное смысловое содержание, в сочетании с общегрупповой энергией. Таковы молитвенные песни баийских монахов, эскимосские и тибетские горловые многоголосые пения, суфийские молитвенные песнопения, песни-плачи в русском фольклоре. Особенностью русских песен является большая смысловая и сюжетная нагрузка и их центрированность на экзистенциальных проблемах человеческого существования [4]. Физиологическим базисом возникновения трансового сознания во время чтения молитвы является связное дыхание. Беспрерывное повторение одних и тех же звукоформ (например при Иисусовой молитве) на фоне удлиненного выдоха и связного дыхания индуцирует более глубокое состояние изменения сознания в контексте смысла молитвенной духовной практики. Особые техники, включающие глубокое дыхание или его задерживание, также являются частью многих упражнений в кундалини-йоге, сиддха-йоге, тибетской ваджраяне, бирманских и даосских способах медитации, практике суфиев и множестве других [3].

Дыхательные практики в целительстве

Использование различных техник дыхания в лечебных целях можно обнаружить еще на заре человеческой цивилизации. Так Аристотель утверждал, что состояние нашего физического и душевного здоровья полностью зависит от правильности дыхания. Дыхательные практики зародились много тысяч лет назад на Востоке: в Индии — пранаяма, интенсивные дыхательные методики бастриха («дыхание кузнечных мехов») и капалабхати (активный, резкий выдох и пассивный вдох), в Китае — цигун, в Средней Азии — суфийские дыхательные практики, в Тибете — дыхательные практики буддизма ваджраяны. Все разнообразие дыхательных практик, наработанных и используемых человечеством в целительстве

являются неотъемлемой частью духовных традиций. [3, 4].

Дыхательные психотехнологии и психоанализ

Колоссальный опыт наработанный человечеством в использовании дыхательных практик в целительстве и оздоровлении, в духовном и личностном росте стал основой применения их в психотерапии.

Понимание механизма терапевтического действия современных дыхательных технологий было заложено основателем психоанализа З. Фрейдом. Так классический психоанализ исходит из того, что травматические переживания, связанные с внутренним конфликтом не исчезают бесследно из психики, а подвергаются вытеснению в бессознательное, где продолжают активно воздействовать на психическую деятельность, проявляясь в зашифрованной, замаскированной, символической форме в виде невротических симптомов. Невроз рассматривался Фрейдом как своеобразный компромисс между неудовлетворенными внутренними иррациональными влечениями, желаниями и противостоящей им внутренней цензурой сознательного «Я». Психоанализ был изначально задуман как метод, позволяющий внести эти подавленные переживания в сознательную часть психики, при этом суть лечебного эффекта заключалась в активном эмоциональном отреагировании этого вытесненного, подавленного, сдерживаемого аффекта. Метод первоначально лежащий в основе терапии психоанализом назывался катарсическим. Именно этот терапевтический механизм, в основе которого лежит возможность высвобождения связанных, подавленных эмоций и их периферическая разрядка, послужил основой современных дыхательных психотехнологий в психотерапии. Сам же Фрейд со временем отказался от катарсического механизма психотерапии в пользу переноса.

Дыхательные психотехнологии в телесно-ориентированной психотерапии

Вильгельм Райх — один из учеников З.Фрейда, и основоположник психосоматики и телесно-ориентированного подхода в психотерапии, в своей терапевтической деятельности придавал особое значение работе с физическими проявлениями характера индивида. Именно В. Райху принадлежит приоритет в разработке принципов телесно-ориентированной психотерапии и в частности в понимании телесных блоков — хронических мускульных напряжений, которые он называл «телесным панцирем». По мнению В. Райха внутриспсихический

конфликт, как основа невроза по З.Фрейду не просто вытесняется в бессознательное, а «упаковывается» в тело, проявляясь хроническим его напряжением. При этом подавленные, сдерживаемые аффекты, фиксируемые в теле в виде зон хронического напряжения формируют паттерн сдерживания дыхания, который в свою очередь противодействует превращению бессознательных процессов в сознательные. Таким образом, именно неполноценное, не свободное дыхание, поддерживая физическое напряжение в теле, способствует блокировке подавленных чувств. В связи с этим Райх подчеркивал важность расслабления мышечных зажимов, достигаемое за счет восстановления полноты и свободы дыхания. Технологически в терапевтической процедуре это реализуется в техниках глубокого, полного дыхания. Психоанализ изучал последствия вытеснения, а Райх обратил внимание на сам процесс.

Александр Лоуэн — ученик В. Райха и основоположник биоэнергетического подхода в психотерапии, расширил и модифицировал технологию телесных и дыхательных упражнений, способствующих высвобождению сдерживаемого аффекта. Одним из нововведений, которое разработал Лоуэн, стало использование «дыхательного табурета». Идея «дыхательного табурета» возникла из общей тенденции людей перегибаться назад через спинку стула, когда после сидения за письменным столом некоторое время им нужно потянуться и подышать. Важным механизмом терапевтического эффекта Лоуэн видел не только в стимуляции глубокого и полного дыхания у пациента, но и в восстановлении паттерна спонтанного и свободного дыхания. Цель психотерапии, по выражению Лоуэна состоит в том, чтобы облегчить самовыражение и способствовать возвращению человека к его первичной природе [7].

Психотерапевтическая работа с дыханием в практике гештальт-терапии

Одним из главных теоретических концептов в гештальт-терапии является понятие «незавершенного гештальта» или незавершенного переживания, которое условно можно разделить на два вида — нереализованные потребности и эмоционально незавершенные ситуации. Техники работы с дыханием («горячий стул»), включающие в себя полное, ровное дыхание, и дыхание с акцентом на интенсивный выдох, позволяют достичь максимальной свободы и раскрепощенности в выражении и проявлении сдерживаемых аффектов, позволяя человеку реагировать «здесь и сейчас» и организовывать свою деятельность по удовлетворению и осознанию своих актуальных

потребностей. Основатель гештальт-терапии Фриц Перлз говорил, что тревога — это переживание трудности дыхания во время заблокированного возбуждения, а страх — это наше внутреннее возбуждение «без дыхания».

Дыхательные психотехнологии в гуманистической и трансперсональной психотерапии

Родоначальником трансперсональной психологии по праву считается Отто Ранк, один из ранних последователей Фрейда, который построил теорию, согласно которой все неврозы возникают из-за травмы рождения. По его мнению, самое главное в психотерапии, чтобы невротик прожил свою первичную травму — травму рождения. Хотя сама проблема была обозначена еще Фрейдом, но ее значение для психотерапии впервые установил и раскрыл именно Отто Ранк в работе «Травма рождения».

В середине XX-ого столетия идеи холизма доминируют в психологии и способствуют формированию холистического подхода в психотерапии. С этого момента можно говорить о победоносном шествии дыхательных технологий и их попытках интеграции с официально признанными школами и направлениями в психотерапии. Первым был Леонард Опп, открывший в 1972 году ребефинг (от англ. «rebirthing» — повторное рождение) — дыхательный метод, позволяющий пережить свое рождение и снять с себя тяжелый гнет родовой травмы и многих других травматических переживаний, возможно ассоциированных с ней. В основе дыхательной техники ребефинга лежит связанное, осознанное дыхание без пауз, с большей, чем обычно интенсивностью дыхания. Спустя 2 года в 1974 году на свет появилась новая техника модифицированного ребефинга — интегративный ребефинг или вайвейшн (от лат. vivation, vivi — жить, vividus — полный жизни, обнаруживающий жизнь, живой, сильный), авторами которой стали Джим Ленард и Фил Лаут. В отличие от ребефинга, в дыхательной технике вайвейшна акцент смещается с переживаний перинатального опыта к любым, спонтанно проявляющимся чувствам [10]. Дыхательные техники полного, глубоко связанного дыхания, реализуемые в ребефинге и вайвейшне позволяют не только осуществить процесс высвобождения связанных, подавленных аффектов и травматических воспоминаний, но и создают основу для проявления необычных состояний сознания, получению нового опыта, который привносит в жизнь человека новый смысл и новое понимание. В свою очередь концепцию необычных или измененных состояний сознания развил американский психиатр чешского происхождения Станислав

Гроф, который располагая данными более 10-летних исследований влияния психоделиков (в частности ЛСД — 25 или диэтиламида лизергиновой кислоты) на психику и сознание человека, создал расширенную картографию сознания. В этой новой модели психики, впервые после Фрейда и Юнга были определены новые территории сознания — трансперсональные переживания. После запрещения исследований с ЛСД и другими психоделическими средствами, в 1975 году С. Гроф создал дыхательную технику холотропного дыхания. Холотропное дыхание — это система технологий, основанная на глубоком интенсивном дыхании в сочетании со специально подобранной музыкой и целенаправленной работе с телом. Слово «холотропный» буквально означает «стремящийся к целостности» (от греч. *holos* — целый, *tropein* — ведущий) [5, 6, 9, 10, 11].

Методики работы с дыханием в клинической психотерапии

Несмотря на достаточную очевидность психофизиологических оснований лечебного эффекта дыхательных технологий, они до настоящего момента так и не оформились как направление в психотерапии, не заняв в ней своего статусного самодостаточного места и положения. Можно ли вообще говорить о том, что дыхательные психотехнологии являются психотерапией? Удовлетворяют ли они критериям психотерапевтического метода? Так в немецкой энциклопедии психотерапии есть определение психотерапии, данное профессором Строек, который является лидирующим австрийским психотерапевтом и психоаналитиком. Он указывает на пять критериев, которые могут быть применимы и к дыхательным психотехнологиям. Психотерапия, согласно этим критериям, есть сознательный и запланированный процесс взаимодействия:

- для влияния на расстройства в эмоциях и поведении;
- для осуществления коммуникации, в основном вербальной, но и невербальной тоже;
- в направлении определенной цели (минимизации симптомов и/или изменения структуры психики);
- посредством техник, которым можно обучить;
- основанный на теории нормального и патологического поведения [3].

В большинстве стран Западной Европы и Америки дыхательные техники до сих пор пока не признаны самостоятельным методом психотерапии. Однако, они как и другие методы психологического воздействия, такие как Арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, биоэнергетическая терапия, транзактный

анализ, нейро-лингвистическое программирование, психосинтез достаточно активно и широко включаются в систему психотерапевтических интервенций специалистами самых разных психологических школ и традиций. Это процесс интеграции — соединении различных школ, направлений, методов и методик отражает главную тенденцию в историческом развитии современной психотерапии. Дыхательные психотехнологии на сегодняшний момент активно развиваются: усовершенствуются приемы и методики дыхательных процессов, модифицируя и адаптируя их к различным моделям психотерапии (психологическая, медицинская и социальные модели), развивается методология и доказательная база их психотерапевтической эффективности.

Сотрудниками кафедры психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика под руководством профессора Кузнецова В.Н. вот уже более 15 лет, начиная с 1995 года ведется научная и практическая клиническая работа по апробации и внедрению в клиническую практику дыхательных психотерапевтических технологий. Придерживаясь традиции преемственности в своей научной, клинической и учебно-методической деятельности кафедра разрабатывает и внедряет в клиническую практику идею целостного подхода в понимании причин, патогенетических механизмов психических болезней и их лечению, сторонником которой был еще профессор И.А. Полищук.

В основу разработанной на кафедре лечебной программы, имеющей название «Интегральная терапия», положен принцип интеграции (лат. *integratio* — восстановление, восполнение, цельный, единый). Интегральная терапия — это технология, которая включает лечебные методы, направленные на восстановление физического и психического здоровья, способствующие личностному росту и установлению оптимальных межличностных отношений [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21]. Интегративный подход в терапии психических и поведенческих расстройств, реализуемый в технологии «интегральной терапии», основывается на двух основополагающих положениях:

Во-первых; интегративный подход подразумевает не простое сочетание приемов и методов психотерапии, а предполагает концептуальный синтез различных теоретических систем психотерапии.

Во-вторых; интегративный подход предусматривает рассмотрение человеческого организма как многоуровневую систему, включающую: (1) биологический уровень; (2) психологический уровень; (3) социальный уровень и (4) духовный уровень. Особенностью этой

многоуровневой системы является то, что все ее уровни связаны между собой прямыми и обратными связями и она в процессе жизнедеятельности саморазвивается, саморегулируется и самовосстанавливается. С точки зрения интегративного подхода здоровье человека определяется как внутриуровневая и межуровневая интеграция, а болезнь — как внутриуровневая и межуровневая дезинтеграция [17].

В рамках лечебной программы «Интегральная терапия» сотрудниками кафедры разработан и внедрен в клиническую

практику способ лечения широкого круга невротических расстройств с применением методики ресурсного дыхания и пневмокатарсиса. Метод ресурсного дыхания и пневмокатарсиса — это синтез дыхательных технологий, позволяющий получить доступ к вытесненным областям психики, способствующий актуализации глубинных внутриличностных конфликтов и психотравмирующих переживаний и открывающий возможность более полного переживания этих состояний через принятие, осознание и интеграцию.

Литература

1. Рамачарака. Оккультное лечение. Наука о дыхании индийских йогов. М.: Амрита-Русь, 2003.
2. Красулин И.А. Жесткий цигун: управление жизненной энергией в практике боевых искусств. М.: Энергоатомиздат, 1992.
3. Гинзбург Т. Дыхательные психотехники. Методология интеграции. М.: «Психотерапия», 2010. — 138 с.
4. Козлов В.В. Интенсивные интегративные психотехнологии. Теория, практика, эксперимент. М., 1998 — 427 с.
5. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М.: ТПИ, 1994. — 504 с.
6. Гроф С. Путешествие в поисках себя. Измерение сознания. Новые перспективы в психотерапии и исследовании внутреннего мира. М.: Институт Трансперсональной Психологии, 2001.
7. Лоуэн А. Язык тела. СПб.: Академический проект, 1997. — 383 с.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком., 1998. — 752 с.
9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. — 304 с.
10. Леонард Д., Лаут Ф. Ребефинг или как познать и использовать всю полноту жизни. СПб., 1993. — 192 с.
11. Майков В., Козлов В. Трансперсональная психология. Истоки, история, современное состояние. М.: Изд-во Института трансперсональной психологии, 2004. — 599 с.
12. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия. Х.: ОКО, 2002. — 767 с.
13. Позитивне рішення про видачу патенту на винахід по заявці № 98074182; МПК 6 М 21/00. Спосіб лікування психогенних депресій / Чучук О.Б. (Белов О.Б.), Кузнецов В.М., Коротоножкін В.Г., Полієнко Ю.М. (Україна); Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. — від 26.05.99. — 7 с.
14. Позитивне рішення про видачу патенту на винахід по заявці № 97105309; МПК 6 А 61 М 21/00. Спосіб лікування психогенних депресій / Чучук О.Б. (Белов О.Б.), Кузнецов В.М., Коротоножкін В.Г., Полієнко Ю.М. (Україна); Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. — від 26.05.99. — 7 с.
15. Кузнецов В.Н., Коротоножкін В.Г., Олейник А.В., Насинник О.А., Уралова Л.Т., Чучук О. Б.(Белов О.Б.), Полиенко Ю.Н., Зильберблат Г.М., Стороженко В.П. Совершенствование психотерапевтических подходов в комплексной терапии затяжных неврозов // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 5, № 2 (17).
16. Коротоножкін В.Г. Интегральный подход к лечению психических расстройств / Психічне здоров'я. — 2004. — вип.2(3). — С. 52–54.
17. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Некоторые практические аспекты применения холотропного дыхания в терапии неврозов // Медицинские вести. — 1998. — С. 23–25.
18. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Эмоционально-стрессовая методика «динамической активизации холистического отреагирования» в терапии депрессивных невротических расстройств // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — №1(5). — С. 95-99.
19. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Роль «незавершенных фізіологічних процесів», «травм народження» і «досвід фізичного болю» у формуванні та розвитку тривалих невротичних розладів (за даними клініко-катамнестичного аналізу та результатів лікування) // Практична медицина. — 1999. — №3-4. — С. 37–41.
20. Чучук О.Б. (Белов О.Б.). Интегративный подход в терапии депрессивных невротических расстройств: Дис... канд. мед. наук: 14.01.16. — Киев, 1999. — 222 с.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію



Маркова М. В.



Горшкова К. А.

Маркова М. В., Горшкова К. А.Харківська медична академія післядипломної освіти
Одеський обласний психоневрологічний диспансер

Резюме. В роботі, на основі аналізу даних світової та вітчизняної наукової літератури, розглянуті питання психотерапії хворих на параноїдну шизофренію. Зазначено, що основою психотерапевтичних втручань має бути сімейна психоосвітя психотерапія, поєднана з поведінковими техніками. Зроблено висновок щодо необхідності розробки засад та алгоритмів застосування сімейної психотерапії, кінцевою метою якої була б розробка системи психотерапевтичних заходів, спрямованих на відновлення функціонування хворого в родині та підвищення якості життя хворого і членів його родини, що в подальшому планується здійснити авторами.

Ключові слова: сімейна психотерапія, параноїдна шизофренія.

Family psychotherapy as basic psychotherapeutic resource in complex treatment of paranoid schizophrenia

Markova M. V., Gorshkova K. A.

Resume. In this paper, based on analysis of world and national scientific literature, questions of psychotherapy of patients with paranoid schizophrenia, were analyzed. Noted that the basis of psychotherapeutic interventions should be family psychoeducation psychotherapy, combined with behavioral techniques. This highlights the need to develop principles and algorithms for application of family therapy, the ultimate goal of which would be the development of psychotherapeutic measures aimed at restoring the functioning of the patient in the family and quality of life of the patient and his family, who later planned by the authors.

Key words: family psychotherapy, paranoid schizophrenia.

Ситуацію з реформуванням системи охорони психічного здоров'я та виконанням Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я (Гельсінкі, 2005), яка склалася в Україні, на жаль, не можна вважати такою, що відповідає міжнародним стандартам [1]. Традиційно пріоритетними є стаціонарні форми допомоги та біологічні методи лікування у збутку диференційованим психосоціальним терапевтичним підходам. Нерозвинутість амбулаторної ланки психіатричної служби сприяє істотній недостатності форм допомоги, спрямованих на збереження соціального функціонування (СФ) і якості життя (ЯЖ) осіб з психічними розладами [2]. В цілому, вітчизняна психіатрична допомога не орієнтована на

біопсихосоціальну модель психічних розладів, задоволення потреб пацієнта та підвищення його соціальної компетентності. Це породжує такі негативні явища, як дискримінація та стигматизація, соціальна ізоляція і госпіталізм, відсутність терапевтичного комплайенсу та низьку ЯЖ пацієнтів [3]. Прояв їх життєвої активності нерідко зводиться до вкрай обмеженого набору вчинків, серед яких домінують участь в лікуванні та взаємодія з офіційною системою психіатричної установи. У більшості випадків це не тільки обумовлено якою-небудь необхідністю, але в корінні протирічить головній меті — досягненню пацієнтом найбільш повноцінної участі в житті суспільства в якості його продуктивного члена.

Враховуючи вищенаведене, сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм допомоги, основу яких складають психосоціальні втручання [1, 2, 4–6]. Змістовно це означає розвиток та удосконалення форм і методів психосоціальної реабілітації хворих на розлади психіки і поведінки. В загальному сенсі метою психосоціального підходу є забезпечення рівноваги між психічним життям пацієнта та соціальними відносинами, які впливають на його життєдіяльність. Такий підхід віддзеркалює біопсихосоціальну модель психічного захворювання, яка, окрім біологічної терапії, передбачає використання спеціальних методів, спрямованих на збереження та відновлення СФ пацієнта, нівелювання негативних емоційних проблем в родині, удосконалення навиків адекватної поведінки, і, в кінцевому сенсі, поліпшення ЯЖ психічнохворого.

Реалізація вищезазначеної стратегії неможлива без розвитку психотерапевтичної ланки психосоціального підходу, проте, на сьогоднішній день в науковій літературі та реальній психіатричній практиці існують лише поодинокі дослідження, спрямовані на розв'язання проблеми застосування психотерапії у хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) [7–9].

Якщо ще в середині ХХ століття сама наявність психотичних симптомів розглядалась більшістю психіатрів і психотерапевтів як один з основних протипоказань до застосування психотерапевтичного лікування, то з накопиченням практичного досвіду та його теоретичним осмисленням стало очевидним, що психотерапія «психотично-організованих» (за О. Кернбергом) людей не лише можлива, а й необхідна. Слід також зазначити, що з появою великого спектру сучасних антипсихотичних засобів, впевненість психотерапевтів у можливостях такої терапії значно зросла.

З іншого боку, більшість біологічно орієнтованих психіатрів поступово дійшли висновку, що для стійкого поліпшення стану пацієнта лише психофармакотерапії недостатньо. Зазначимо також, що для ефективної роботи з хворими на шизофренію, психотерапевтам довелося розробити окремий підхід, відомий під назвою «підтримуючої психотерапії».

З теорії сімейної динаміки шизофренії також відомо, що «психотично-організовані» люди (за О. Кернбергом) вирости в сім'ях, де, з одного боку, їх почуття неправильно розумілися і вербалізувалися дорослими, а з іншого — самі дорослі часто використовували «подвійне послання» як спосіб комунікації.

Саме тому при розробці засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні шизофренії, увага дослідника, в першу чергу,

повинна бути спрямована на поглиблене вивчення родини пацієнта, для визначення потенціалу сім'ї із точки зору ефективності психотерапевтичного впливу [10–13].

Дійсно, в останні роки психіатри, психотерапевти та клінічні психологи все більше уваги приділяють розгляданню ролі сім'ї в якості провідного чинника як у справі підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення у нього різних захворювань, так і в їх лікуванні («системний сімейний підхід»). Визнається, що рішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби пацієнта і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, поряд з самим пацієнтом і лікарем / психологом, розглядається як один з активних учасників терапевтичного процесу [10–14].

Починаючи з 70-х років минулого століття, базою розвитку сімейної психотерапії шизофренії стають не спостереження і аналіз сімейних взаємин, а дані експериментальної психології [15]. Крім того, сімейні відносини зі статусу причини захворювання переходять в статус одного з численних факторів, що впливають на перебіг хвороби. Через десятиліття після проведення дослідження про впливу емоційного клімату в сім'ї на перебіг захворювання, виконаного G. W. Brown [16], починається своєрідний бум цієї проблематики [17–23].

Домінуючою концепцією в області сімейних інтеракцій в 70-80-ті роки стає ЕЕ-концепція (expressed-emotion-model — модель емоційної експресивності), згідно з якою найважливішим фактором перебігу захворювання (частоти нападів, тривалості ремісій) є емоційно-експресивний стиль сімейного спілкування. Розробниками ЕЕ-моделі є представники Британської школи соціальної психіатрії [16], якими було встановлено, що підвищений рівень емоційної експресивності у родичів (особливо надмірна кількість зауважень, гучність голосу, тривожність і прояви відкритої ворожості) негативно позначаються на перебігу захворювання. Механізм негативного впливу такої поведінки родичів був розкритий в більш пізніх психофізіологічних експериментах, що виявили різке підвищення загального рівня збудження у хворих з несприятливим сімейним кліматом під час спілкування з родичами [24, 25].

Таким чином, метою сімейної психотерапії є: створення «альянсу» з родичами або особами, які доглядають за пацієнтом; зменшення «негативного» впливу сімейної атмосфери шляхом редукції стресів і конфліктів з родичами; збільшення можливості родичів у запобіганні та вирішенні проблем; зменшення вираження

ворожості і провини сім'єю; підтримання надій пацієнта; досягнення бажаних змін у поведінці родичів [26].

Психотерапевтична робота з сім'єю психічнохворого розглядається як одна зі складових комплексу лікувально-відновлювальних заходів [6, 9, 15, 18, 27]. З точки зору Е. Г. Ейдемільера [18, 27], вона не є методом лікування, заснованим тільки на одному будь-якому принципі, а являє собою комплексний підхід, що впливає на біологічний, психологічний та соціальний аспекти психічних розладів.

У зв'язку з цим, основними цілями сімейної психотерапії є:

- 1) нормалізація реакції сім'ї на психічне захворювання родича;
- 2) посилення сімейного опору хворобі;
- 3) зниження сімейного навантаження [28, 29].

Ці широкі цілі сімейного втручання можуть бути сформульовані у вигляді вузьких і обумовлених завдань:

- 1) зниження стресу у членів сім'ї, викликаного фактом і проявами психічного захворювання у родича;
- 2) формування у членів сім'ї правильного уявлення про захворювання і адекватного ставлення до тривалої лікарської терапії;
- 3) поліпшення комунікацій, навчання навичкам проблемно-вирішального поведінки;
- 4) відновлення та посилення соціальних зв'язків сім'ї;
- 5) мінімізація довгостроково існуючих розбіжностей, що викликають емоційну напругу в сім'ї [30, 31].

В основі даного підходу лежить уявлення, що навчання членів сім'ї технікам подолання симптомів захворювання знижує емоційний тиск з боку родичів на пацієнта і зводить до мінімуму можливість його гіперстимуляції через афективно заряджені комунікації, що характеризуються критицизмом чи надмірної залученістю членів сім'ї в проблеми пацієнта.

Процес психотерапії будується як групова робота з родичами, спрямована на:

- а) зниження рівня вираження емоцій, особливо критичного характеру;
- б) розвиток контролю за своїми емоціями та відпрацювання нових, більш адекватних форм поведінки;
- в) роз'яснення зв'язку між їх поведінкою та станом хворого.

Названі форми зазвичай є лише частиною більш широкої програми роботи з родичами. Так, на думку деяких фахівців в області сімейної психотерапії, ефективною є лише така психотерапія, при якій не тільки засвоюються нові способи поведінки, а й розвивається здатність до навчання, зміні і розвитку сім'ї як цілого [27].

На думку Т. Sensky, D. Turkington, D. Kingdon (2000), сімейна психотерапія повинна включати в себе:

- А) психоосвіту;
- Б) тренінг вирішення проблем;
- В) комунікативний тренінг;
- Г) когнітивну переоцінку.

При цьому ініціальний етапом сімейної психотерапії є визначення емоційного «клімату» у сім'ї [32].

Роль сім'ї значно підвищується на етапі ресоціалізації пацієнта з шизофренією. Так, за думкою А. Mortimer (1997), активне втручання сім'ї в процес лікування знижує ризик виникнення рецидивів при ідентичній біологічній профілактичній терапії хворих на шизофренію в 4–5 разів. З 7-ми досліджень, в яких вивчався вплив зниження фрустрації при вирішенні міжособистісних проблем між членами сім'ї на розвиток рецидиву захворювання у пацієнта, в 5-ти він виявився статистично достовірним. Середній показник кількості рецидивів шизофренії у хворих, що перебували у колі осіб, які проявляли фруструючі емоційні реакції, становив 40% (в порівнянні з 21% — при низькій інтенсивності негативних емоцій фруструючого напрямку у оточуючих) [33].

Проблеми, з якими стикаються сім'ї, можна розглядати з точки зору психіатричної реабілітації, яка розрізняє членів сім'ї за ступенем і обсягом володіння необхідними навичками і знаннями для надання допомоги своїм хворим і контролю над їхнім впливом на сімейне життя. Це передбачає, що члени родини можуть проходити спеціальне навчання [34, 35].

Підходи до сімей, які практикуються у психіатричній реабілітації, наступні: забезпечити сім'ї інформацією та підвищити їх здатність адекватно вирішувати виникаючі проблеми. Цей вид сімейних втручань узгоджується з підходом до сімей, які використовуються в справі фізичної реабілітації. Психіатрична реабілітація намагається виразити людські проблеми через вимірні елементи, які можуть піддаватися змінам. Реабілітаційний підхід не зосереджується на дитячих переживаннях, що впливають на сьогоденне ставлення до життя, і не вдається до призначення медикаментів хворому або його родичу, а дає зрозуміти, яким чином член сім'ї може надбати знання або уміння, які допомагають ефективно вирішувати стресову ситуацію.

Допомога та підтримка, що надаються членам сім'ї, пов'язані з необхідністю навчання осіб, які надають послуги, до того, як принести сім'ї найбільшу користь. За свідцтвом дослідників, члени сімей хворих на шизофренію відзначають, що персонал не завжди надає реальну допомогу і часто опирається

участі сімей у процесі обслуговування хворого [36–38]. Фахівці зобов'язані запропонувати сім'ям послуги підтримки, щоб допомогти родичам оптимально функціонувати після повернення хворого. Такі послуги можуть включати знайомство з основами вчення про психічні розлади, навчання практичної стратегії регулювання поведінки та надання інформації про ресурси оточення.

На думку L. Spaniol зі співат. [39, 40], питома вага сімей психічнохворих не вважають, що психотерапія дає їм те, що необхідно. Те, чого від лікування очікують сім'ї, відрізняється від того, що при лікуванні можуть дати професіонали. Сім'ї хочуть практичних порад та інформації, в той час як професіоналам подобається аналізувати сімейну динаміку і емоційні прояви. Члени сімей також розуміють, що позиція і припущення фахівців схиляються до того, щоб звинувачувати сім'ю в хворобі її члена і наслідках цієї хвороби. У зв'язку з високим ступенем незадоволеності роботою професіоналів, у сімей відзначається тенденція оцінювати лікування як фактор з низькою значущістю, що підтверджують дані багатьох досліджень. Проте, хоча сім'ї розчаровані рівнем послуг, що надаються, вони шукають підтримки і практичної допомоги у фахівців.

Нові підходи до роботи з сім'ями, що неофіційно названі «сімейним менеджментом» або психоосвітнім підходом, набули значної популярності та розповсюдженості в 1980-ті роки [41–44]. Деякі з цих нових підходів беруть за основу проведених втручань ідею, що сім'ї з високим рівнем ЕЕ-індексу особливо потребують таких втручань. Дослідження виявили, що високий ступінь ЕЕ-індексу може викликати рецидив у психічно хворого члена родини [25].

A. M. Zipple, L. Spaniol (1987) при дослідженні сімейних втручань, що використовуються при роботі з сім'ями пацієнтів з шизофренією, та виділили з них, на їх думку, чотири найважливіших:

- А) навчальні втручання, покликані головним чином надавати інформацію;
- Б) втручання з тренінгів навичок, призначені, в основному, для розвитку вмінь;
- В) втручання, розроблені переважно для посилення в сім'ї здібностей справлятися зі стресом;
- Г) всебічні втручання, що об'єднують інформування, тренінг навичок і підтримку [39].

Таким чином, на теперішній час фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я визнано, що психоосвітній напрямок психотерапії (psychoeducation) є тим інтегруючим механізмом, що поєднує в собі сімейні та когнітивно-поведінкові впливи, необхідні в комплексному

лікуванні пацієнтів з шизофренією. Психоосвіта займає особливе місце в структурі реабілітаційних заходів та являє собою поетапно здійснювану систему психотерапевтичних впливів, спрямованих на інформування пацієнта та його родичів про психічних розладах та навчання їх методам подолання зі специфічними проблемами, зумовленими проявами захворювання [8, 45–48].

Психоосвіта, як інтегративний напрямок психотерапії пацієнтів з шизофренією, має на увазі для хворих і родичів необхідність:

- а) значної включеності в процес групового заняття (у той час як освіта має відтінок пасивного сприйняття інформації, свого роду споглядальності, а значить відстороненості сприйняття);
- б) емоційних переживань та зворотного зв'язку з медичними працівниками.

В основі психоосвітніх заходів має місце поділ відповідальності в лікувальному процесі між лікарем, родичами і пацієнтом, які укладають угоду про цілі терапії та способи їх досягнення. Пацієнти спонукаються до активної участі в психотерапевтичних заходах (ПЗ) — в ході занять їх просять ставити запитання, висловлювати свої почуття, ділитися досвідом хвороби. В результаті психоосвітніх ПЗ хворі і родичі виступають у ролі активних учасників психотерапевтичного процесу, а не пасивних «реципієнтів» психопросвітницьких бесід [49–57].

Така психотерапевтична робота з хворими на шизофренію та їх родичами є абсолютно новим для вітчизняної психіатричної практики видом лікувально-реабілітаційного втручання [2, 5–9]. Тим часом, психоосвітня сімейна психотерапія хворих та їх родичів розглядається в зарубіжній літературі поряд з фармакотерапією та соціотерапією, як невід'ємна частина комплексу лікувально-відновлювальних заходів [58–60]. На думку ряду авторів, психоосвітні сімейні та індивідуальні ПЗ вважаються чи не найбільш значущим видом психосоціального втручання у багатогранній системі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію та їх родичів [23, 28, 61]. Ефективність такої роботи доведена на різних популяціях психічно хворих, але особлива увага в останні роки приділяється психоосвітнім сімейним ПЗ у хворих на шизофренію на різних етапах захворювання [6, 36, 62–64].

Таким чином, більшістю авторів у цілому підкреслюється, що психоосвітня сімейна психотерапія — це одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальній гуманістичній спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги.

Таким чином, у світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається

питання психотерапії хворих на ПШ. В цілому зазначається, що підходи до застосування ПЗ повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на ПШ, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань. Проте, підкреслюється, що на теперішній час в Україні не розроблені засади та алгоритми застосування вищезазначених психотерапевтичних

впливів в комплексне лікування хворих на ПШ, що унеможливорює реальне відновлення незалежного та якісного життя пацієнтів.

Враховуючи вищенаведене, нами здійснюється робота з дослідження типології родинних моделей психосоціального функціонування з ідентифікацією внутрішніх взаємозв'язків між хворим на ПШ та членами його сім'ї, кінцевою метою якої є розробка системи ПЗ, спрямованих на відновлення функціонування хворого в родині та підвищення ЯЖ хворого і членів його родини.

Література:

1. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т 18, вип. 3 (64). — С. 10–14.
2. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.
3. Путятін Г. Г. Клініко-психопатологічні та патофизиологічні особливості формування госпіталізму у хворих на шизофренію та його соціо- і психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. Г. Путятін. — Харків, 2010. — 19 с.
4. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом : метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. — Харьков, 2010. — 95 с.
5. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, Т. В. Панько [та ін.]. — Харків, 2010. — 31 с.
6. Ряполова Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. н.: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т. Л. Ряполова. — Харків, 2010. — 32 с.
7. Чабан О. С. Психотерапия пациентов с шизофренией / О. С. Чабан // Тавр. журн. психиатрии. — 2006. — № 2. — С. 64–120.
8. Психоосвітня робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію. Методичні рекомендації / В. А. Абрамов, Є. М. Денісов, Т. Л. Ряполова [і ін.]. — Київ, 2007. — 18 с.
9. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / В. О. Діхтяр. — Київ, 2010. — 24 с.
10. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // Архив психиатрии. — 2008. — № 4. — С. 15–21.
11. Діхтяр В. О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт — родина» як основа для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтяр, М. В. Маркова // Медична психологія. — 2009. — Т. 4, № 2 — 3. — С. 141–147.
12. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 13, вип. 3 (64). — С. 133–134.
13. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / О. Ю. Плевачук. — Харків, 2011. — 18 с.
14. Данилов Д. С. Влияние клинических, терапевтических и микросоциальных факторов на терапевтическое сотрудничество при лечении больных шизофренией (клинико-статистическое исследование) / Д. С. Данилов // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 2. — С. 66–74.
15. Скороходова Т. Ф. Психотерапия в базовой психиатрической помощи / Т. Ф. Скороходова, Е. М. Райзман, С. А. Рожков // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). — Томск, 1998. — С. 174–175.
16. Brown G. W. Influence of family life on the course of schizophrenic illness: a replication / G. W. Brown, J. L. T. Birley, J. K. Wing // Brit. J. Psychiat. — 1972. — Vol. 121. — P. 241–258.
17. Beels C. C. Family and social management of schizophrenia / C. C. Beels // Schizophrenia Bull. — 1975. — Vol. 1, № 13. — P. 97–118.
18. Эйдемиллер Э. Г. Роль внутрисемейных отношений в развитии шизофрении подросткового возраста / Э. Г. Эйдемиллер // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями. — Л., 1978. — С. 78–82.
19. Hinrichsen G. A. Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia / G. A. Hinrichsen, J. A. Lieberman // Acta Psychiatr. Scand. — 1999. — Vol. 100. — P. 359–366.
20. Johnson D. L. The family experience of living with mental illness / D. L. Johnson // H. Lefley, D. L. Johnson (Eds.). Mental health professionals and families of the mentally ill. Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1990 — P. 31–63.

21. Lam D. H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies / D. H. Lam // *Psychol. Med.* — 1991. — Vol. 21. — P. 423–441.
22. Zarit S. H. Family caregiving: research and clinical intervention / S. H. Zarit, A. B. Edwards. — In *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care* (ed. R. T. Woods). — Chichester: John Wiley & Sons, 1999 — P. 153–193.
23. Barbato A. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials / A. Barbato, B. D'Avanzo // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2000. — Vol. 102. — P. 81–97.
24. Алфимов М. В. Психологические механизмы нарушения общения у больных шизофренией и их родственников / М. В. Алфимов, В. В. Бондарь, Л. И. Абрамова // *Журнал неврологии и психиатрии.* — 2003. — Т. 103, № 5. — С. 34–39.
25. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities / D. S. Hutchinson, C. Gagne, A. Bowers [et al] // *Psychiatr. Rehabil. J.* — 2006. — Vol. 29, N 4. — P. 241–250.
26. Табачников А. Е. Клиническая психология: учебное пособие (курс лекций) / А. Е. Табачников, Ц. Б. Абдрахимова. — К., 2006. — С. 81–88.
27. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — СПб: «Питер», 2000. — 652 с.
28. Bernheim K. Working with Families of Mentally Ill / K. F. Bernheim, A. F. Lehman. — New York : W.W. Norton & Company, Inc., 1985.
29. Dixon L. Family interventions for schizophrenia / L. Dixon, A. F. Lehman // *Schizophr. Bull.* — 1995. — Vol. 21, № 4. — P. 631–643.
30. Doane J. A. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics / J. A. Doane, M. J. Goldstein, D. J. Miclowitz // *Brit. J. Psychiat.* — 1986. — V. 148. — № 3. — P. 279–287.
31. Dixon L. Update on family psychoeducation for schizophrenia / L. Dixon, C. Adams, A. Lucksted // *Schizophr. Bull.* — 2000. — Vol. 26, № 1. — P. 5–20.
32. Sensky T. A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication / T. Sensky, D. Turkington, D. Kingdon // *Archives of General Psychiatry.* — 2000. — Vol. 57. — P. 165–172.
33. Mortimer A. Effect of system family therapy of patients with schizophrenia / A. Mortimer // *Advances in Psychiatric Treatment.* — 1997. — V. 3. — P. 339–346.
34. Fadden G. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family / G. Fadden, P. Bebbington, L. Kuipers // *Brit. J. Psychiatry.* — 1987. — Vol 150. — P. 292–385.
35. Spaniol L. Role of the Family in Psychiatric Rehabilitation / Spaniol, A. Zipple, D. March. — Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000. — 189 p.
36. Thornicroft G. Deinstitutionalization — from hospital closure to service development / G. Thornicroft, G. Bebbington // *Br. J. of Psychiatry.* — 1989. — Vol. 155. — P. 739–753.
37. Brown S. People with schizophrenia and their families / S. Brown, J. Wistle // *Br J Psychiat.* — 1998. — v. 173. — P. 139–144.
38. Лимакин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / О.В. Лимакин. — М., 2007. — 24 с.
39. Zipple A. M. Families that include a person with a mental illness: What they need and how to provide it Trainers manual. / A. M. Zipple, L. Spaniol. — Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 1987. — 283 p.
40. Nemec P. B. Psychiatric Rehabilitation Education / Nemec P. B., Spaniol L., Dell Orto A. E. // *Rehabilitation Education.* — 2001. — Vol. 15(2). — P. 115–118.
41. Falloon I. R. Family management in the prevention and exacerbation of schizophrenia: A controlled study / I. R. Falloon, J. Boyd, Ch. W. McGill // *New Eng. J. Med.* — 1982. — Vol. 306. — P. 1437–1440.
42. Falloon I. R. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study / I. R. Falloon, J. Boyd, Ch. W. McGill // *Arch. gen. Psychiat.* — 1985. — V. 42. — № 9. — P. 887–896.
43. Falloon I. R. Family management training in the community care of schizophrenia / I. R. Falloon, J. Boyd, Ch. W. McGill // *New developments in intervention with families of schizophrenics* / M.J. Goldstein (Ed.). — San Francisco: Jossey-Bass. — 1991. — P. 79–94.
44. Miller T. Psychoeducation and Managed Care: Clinical Issues for the 1990s / T. Miller, T. Shurling, Ch. Carter // *Journal of Contemporary Psychotherapy.* — 1994. — Vol. 24, № 4. — P. 259–270.
45. Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in treatment of schizophrenia / Hogarty G. E., Anderson C. M., Reiss D.J. [et al] // *Arch. Gen. Psychiat.* — 1986. — V. 43. — P. 633–642.
46. Solomon P. Increased contact with community mental health resources as potential benefit of family education / P. Solomon, J. Draine, E. Mannion, M. Meisel // *Psychiatric Services.* — 1999. — Vol. 49. — P. 333–339.
47. Кожина А. М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова // *Укр. вісн. психоневрології.* — 2010. — Вип. 3. — С. 129.
48. Кожина А. М. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоианова // *Український вісник психоневрології.* — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70). — С. 44.

49. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. — Харьков, 2011. — 25 с.
50. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Том 17, N 4. — С. 78-85.
51. Anderson C. M. The psychoeducational family treatment of schizophrenia / C. M. Anderson, G. Hogarty, D. Reiss // New developments in interventions with families of schizophrenics / M.J.Goldstein (Ed.). — San Francisco: Jossey-Bass, 1981. — P. 79–94.
52. Abramowitz I. R. Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives / I. R. Abramowitz, R. D. Coursey // J. Consult. Clin. Psychol. — 1989. — Vol. 57, N 2. — P. 232–236.
53. O'Shea M. D. Brief multifamily psychoeducational programs for schizophrenia: Strategies for implementation and management / M. D. O'Shea, L. Bicknell, D. Wheatley // Am. J. Family Therapy. — 1991. — Vol. 19. — P. 33–44.
54. Buchkremer G. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2-year follow-up / G. Buchkremer, S. Klinberg, R. Holle // Acta Psychiatr. Scand. — 1997. — Vol. 96. — P. 483–491.
55. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J.M.Atkinson, D.A. Coia, W.H. [et al.] // Br. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 168. — P. 199–204.
56. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих, щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова // Архів психіатрії. — 2008. — № 1. — С. 60–63.
57. Шестопалова Л. Ф. Особливості сприйняття медичними спеціалістами терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, О. А. Кожевникова, А. В. Андренко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 2 (19). — С. 37–42.
58. Miller T. A model for training schizophrenics and families to communicate more effectively / T. Miller // Hospital Community Psychiatry. — 1981. — Vol. 32, N 12. — P. 870–871.
59. Fenn H. H. Didactic group psychotherapy with chronic schizophrenics / H. H. Fenn, D. Dinaburg // International Journal of Group Psychotherapy. — 1982. — Vol. 31, N 4. — P. 443–452.
60. Miller T. Group sociotherapy: A psychoeducational model for schizophrenic patients and their families / T. Miller // Perspectives in Psychiatric Care. — 1989. — Vol. XXV, N 1. — P. 5–12.
61. Bustillo J. R. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / J. R. Bustillo, J. Lauriello, W.P. Horan // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158, № 2. — P. 163–175.
62. Goldstein M. J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder / M. J. Goldstein // Psychopharmacol. Bull. — 1992. — Vol. 28, N 3. — P. 237–240.
63. Seltzer A. Effect of patient education on medical compliance / A. Seltzer, I. Roncari, P. Garfinkel // The Canadian Journal of Psychiatry. — 1980. — Vol. 25. — P. 638–645.
64. Goodman C.R. Effect of a patient education program in the treatment of schizophrenia / C.R. Goodman, F.L. Quinn // Hospital and Community Psychiatry. — 1988. — Vol. 39. — P. 282–286.

УДК 61:577.8]:616-07(091)

О дисциплинарной идентификации сексологии



Чугунов В. В.



Заседа Ю. И.

Чугунов В. В., Заседа Ю. И.

Харківська медична академія післядипломної освіти кафедра психотерапії

Резюме. Стаття відтворює становлення медичної сексології, у різноманітті варіантів її ідентифікації (уросексологія, психосексологія, нейросексологія, гормоно-сексологія, сексологія-венерологія) та форм аутоідентифікації. Показано, що сексологія розвивалася в «протодисциплінарних групах» XIX століття, монодисциплінарних підходах першої третини XX століття, клінічних технологіях «патосексології» 50–60-х років XX століття, системно-медичних «традиціях» більш пізньої «сексопатології» і, нарешті, вдосконалюваних системних підходах XIX–XX століть. Нова модель (парадигма) сексології включає теорію клініки (клініка розладів нормальної сексуальності), теорію денотату (теорія нормальної сексуальності) і теорію дисципліни (інтрадисциплінарна, або метасистемна, концепція сексології).

Ключевые слова: сексологія, дисциплінарна ідентифікація, аутоідентифікація, історія.

Of the disciplinary identification sexology

Chugunov V. V., Zaseda Y. I.

Kharkov medical academy of postgraduate education department of psychotherapy

Resume. The article reconstructs the formation of medical sexology in the variety of types of its identification (urosexology, psychosexology, neurosexology, gormono-sexology, sexology-venerology) and formes of autoidentification. It is shown that sexology developed in «protodisciplinary groups» of the XIX-th century, monodisciplinary approaches of the first third of the XX-th century, clinical technologies of «pathosexology» of the 50–60-th of the XX-th century, systematic-medical «traditions» of the later «sexopathology» and, at last, progressing systematic approaches of the XIX–XX-th centuries. The new model (paradigm) of sexology comprises the theory of clinic (clinic of disorders of normal sexuality), the theory of denotat (the theory of normal sexuality) and the theory of the discipline (intradisciplinary or metasystem concept of sexology).

Key words: sexology, disciplinary identification, autoidentification, history.

Изучение историко-теоретических аспектов медицинских дисциплин необходимо как для развития теории, так и для совершенствования практики медицины; в частности, для выявления тенденций эволюции клиники дисциплины, понимаемой как сфера её пато-нозологической компетенции.

В медицине сохраняются позитивистские требования выработки единой парадигмы для отраслевых дисциплин; монопарадигмальность является критерием, определяющим право дисциплины на самостоятельность (это считается характерной чертой «нормальной науки»). Сексология, обнаруживая, в истории и современности, тенденции к различным формам междисциплинарности (понижаемой как вариант интеграции), до последнего времени оставалась мультипарадигмальной.

Пробы формирования единой парадигмы, предпринятые Г. С. Васильченко, И. С. Коном, В. В. Кристалём, в качестве ключевого понятия методологий акцентировали эту междисциплинарность, отождествляя её с системностью [1–3].

Наряду с успешной научно-практической и терапевтической реализацией вариантов системной клинко-дисциплинарной концепции сексологии, продолжают функционировать авторские [клинические] сексологии: прошлых лет — Н. В. Иванова, В. Д. Кочеткова, И. М. Порудоминского, Л. Я. Мильмана, И. М. Аптера и более современные — И. Ф. Юнды и его андро-сексо(пато)логической школы (И. И. Горпинченко). Эта ситуация была обозначена как проблема различий в методологических ориентациях врачей-сексологов [4–11].

Каждая концепция формирует своеобразные клинику и теорию сексологии: как самостоятельной медицинской (медико-психологической) дисциплины, или как раздела иной дисциплины, первичной по отношению к сексологии. Соответственно задаются терминология и даже проблемы, попадающие в сферу дисциплинарной компетенции сексологии. Следовательно, сексология формирует различные варианты дисциплинарной идентификации — тяготеющие или же прямо отождествляемые со «смежными» дисциплинами: психиатрией, неврологией, урологией, эндокринологией.

Из числа медицинских модификаций сексологии можно назвать, в порядке убывания выраженности этой идентификации и уровня ассоциированности, «уросексологию», «психосексологию», «гормоно-сексологию» и «нейросексологию», а также «сексологию-венерологию» [12].

Генеалогия этих монодисциплинарных сексологий (ряд «протодисциплинарная группа» XIX в. — монодисциплинарный подход первой трети XX в. — клиническая технология «патосексологии» 50–60-х гг. XX в.) понятна: для «уросексологии» это «половые болезни» (хотя отчасти — также «частная патология и терапия»), урологический и структурный (терапевтический) подходы; для «психосексологии» — «душевные болезни», психиатрический и функционалистский (психотерапевтический) подходы; для «нейросексологии» — те же «душевные болезни», неврологический подход и частью структурный (сомато-неврологический), частью структурно-функционалистский (нейрофизиологический) подходы. Только «гормоно-сексология» выпадает из строя этих последовательных воплощений: эндокринологический подход возникает сенсационно, а после спада исследовательского бума и прекращения практики опотерапии «гормоно-сексология» оказывается органично слитой с другими дисциплинарными вариациями сексологии, в т. ч. системными — за исключением функционалистского (психотерапевтического) подхода, и то лишь на первых порах [13].

Однако одновременно существуют формы дисциплинарной аутоидентификации сексологии, оформившиеся в последней трети XX в. Совпадая с названными пробами формирования единой парадигмы, они до последнего времени заполняли область теоретико-концептуальных построений сексологии, замыкаясь на представления о системности.

Основные тенденции развития сексологии в последние десятилетия, обусловившие появление форм её аутодисциплинарной идентификации, таковы:

- ускорение темпов и совершенствование форм институционализации сексологии;
- увеличение числа научно-практических конференций сексопатологов;

- возрастание количества диссертаций, выполненных по сексологической тематике;
- появление первых фундаментальных руководств по сексологии, справочников и учебных изданий, в т. ч. переводов;
- формирование специфически-сексологических методов диагностики;
- появление и совершенствование системно-сексологических классификаций; возрастание степени идентичности диагностических номенклатур мужских и женских сексуальных расстройств;
- сексо(пато)логическое нозотворчество (открытие «новых» форм сексуальной патологии и расширение сексопатологической синдромологии; придание общей нозологической завершённости ряду «нормальных» феноменов сексуальной сферы; интенсификация сексуально-нормативной информации);
- появление идей эпидемиологии сексуальных расстройств.

Первая из форм аутодисциплинарной идентификации сексологии, междисциплинарная (интегральная) концепция сексопатологии, формирующаяся в 70–80-х гг. XX в., наследует одну из клинических технологий «патосексологии» 50–60-х гг., а именно структурно-функционалистский подход, в т. ч. методы. Продолжая системно-медицинские традиции сексологии, интегральная концепция сексопатологии ассимилирует, помимо основных положений структурно-функционалистского подхода, выполненные в первой трети XX в. разработки пре-системных подходов (медицинского энциклопедизма, феноменного подхода, конституционалистских исследований) [12].

Клиника интегральной концепции составлена из студий пограничных («смежных») дисциплин: психиатрии, уро(гинеко)логии, эндокринологии, неврологии.

На первый же план выдвигаются непосредственно проблемы аутодисциплинарной идентификации, процесс формирования и оформления научной самостоятельности [сексологии]. Основными шагами в направлении достижения специфичности являются следующие:

- впервые со времён энциклопедизма даётся дефиниция сексологии, с определением предмета и задач дисциплины;
- разработка и внедрение в сексологическую практику методов квантификации как объективно-сексологических и математических методов обследования;
- создание и апробация специфически-сексологического метода структурного анализа половых расстройств;
- формирование и введение специфически-сексологических формулировок диагноза, и специальная фиксация на его методике;
- постепенное оформление тезауруса, приближающегося к представлениям о норме.

Следовательно, историческая роль интегральной концепции сексопатологии состоит в формировании научной специфики сексопатологии и, несмотря на разноплановость теоретических заимствований, её выраженной самостоятельности и независимости. Её тексты, что является наиважнейшим критерием аутодисциплинарной идентификации, адресованы, прежде всего, врачам-сексопатологам, а затем уже врачам «смежных» специальностей, занимающимся вопросами сексуальной патологии.

Предложенная И. С. Коном концепция теоретической сексологии, поданная как системная модель сексологии, сыграла определённую роль в дисциплинарном становлении сексологии, т. к. сексология была заявлена как дисциплина. Однако эта концепция не получила развития, оставшись проблемно-полемиическим экскурсом, и не имеет значения для клиники сексологии.

Проведённый анализ показывает, что специфическими плоскостями следующей, «четырёхфакторной» (системной) концепции медицинской сексологии являются следующие: «эпидемиология — проблематика (как своеобразный набросок концепции) — клиника — собственно теория».

Фактически, как и в предшествующих системных модификациях сексологии, аутодисциплинарно-идентификационные концепты как таковые не проговорены и сводятся к дефиниции [предмета] дисциплины; основное текстуальное пространство отведено концепции сексуального здоровья и клинике его нарушения.

Впервые в отечественных сексологических текстах оформляется эпидемиология [сексуальных дисфункций и девиаций], что, по нашему мнению, подтверждает тенденции системно-медицинских практик к экспансии [14].

Принципиальным является деление системной сексологии на нормальную, клиническую и судебную, что позволяет определить соответствующие области нормально-, клинико- и судебно-сексологической проблематики [15].

Клиника нарушения сексуального здоровья сформировалась в результате имплантации «четырёхфакторной» концепции сексологии в медико-психологическое пространство. Эта имплантация привела к отстранению сексологии от медицинских дисциплин и приблизила её к медицинской психологии. Для «четырёхфакторной» концепции сексологии это направление экспансии было единственно возможным, т. к. область сексуально-медицинского патронажа была охвачена активной деятельностью интегральной концепцией сексопатологии. «Четырёхфакторная» концепция поглотила интегральную, заняв её место, не подлежавшее дальнейшему расширению, и затем уже внедрилась в пространство психологии, а после — и в область психологии социальной; сегодня

она постепенно входит в сферу распространённых моделей социологии. В качестве специфического истока концепции сексуального здоровья выступают представления о сексуальной гармонии супружеской пары.

Основными проблемами теории «четырёхфакторной» концепции сексологии являются поиск идентичности и доказательства самостоятельности, или специфичности, своего предмета, а также трудности дисциплинарной гомогенизации [12].

Историко-теоретическая реконструкция дисциплинарной эволюции сексологии позволила объяснить дефекты существующих актуальных концепций сексологии, показать разноплановость возникавших в процессе становления сексологии клиник и вариантов дисциплинарной идентификации и форм клинико-дисциплинарной аутоидентификации. Нами была проведена принципиально новая разработка парадигмы сексологии как медицинской дисциплины, которая включает теорию клиники, теорию денотата и теорию дисциплины [12, 13].

Теория клиники — это клиника расстройств нормальной сексуальности, в качестве теории денотата выступила теория нормальной сексуальности. Наконец, предложенная аутодисциплинарно-идентификационная концепция сексологии, учитывая специфику её аутоидентификации, и возвращаясь к привычному понятийно-терминологическому ряду моно-, мульти- и междисциплинарных форм [сексологии], была названа **интрадисциплинарной**, или **метасистемной**.

Клинико-теоретическое исследование представлено в табл. 1.

На основании проведённых исследований были сформированы представления о предметно-объектной сфере и задачах сексологии, которые говорят, что *сексология — медико-ориентированная дисциплина*, в сферу компетенции которой входит разработка и отправление теории и практики сексологической клиники [расстройств нормальной сексуальности], теории [денотата] [патологической] сексуальности и аутодисциплинарно-идентификационной теории.

Таблица 1

Структурно-логические блоки клинико-теоретического исследования

№	Название структурно-логического блока
1.	Структура сексологической обращаемости.
2.	Понятие нормальной сексуальности и клиника её расстройств — теоретико-методологические и стилистические особенности (дискурсивный стиль).
3.	Закономерности и варианты расстройств нормальной сексуальности и основные модели
4.	Общая терапевтическая схема (модель)

Таблиця 2

Структурные разделы сексологии как медико-ориентированной дисциплины

Разделы сексологии	Предмет дисциплинарного исследования	Основные дисциплинарные задачи
Практическая сексология	разработка и отправление теории и практики сексологической клиники [расстройств нормальной сексуальности]	<ul style="list-style-type: none"> создание диагностического аппарата для унифицированного анализа моделей расстройств нормальной сексуальности; разработка протокольного языка [внутридисциплинарного дискурса]; описание клиники [моделей] расстройств нормальной сексуальности; разработка, апробация и внедрение новых технологий реадaptации и реституции расстройств нормальной сексуальности и их превенция
Теоретическая сексология	разработка теории [денотата] [патологической] сексуальности	разработка теоретические модели в исследованиях сексуальности в сравнении её нормологии и патологии
Историческая сексология	исследует историю сексуальности так каковой	посвящена историко-теоретическому исследованию дисциплинарной эволюции сексологии (и знаний о сексуальности), а также разработке и обоснованию аутодисциплинарно-идентификационной теории сексологии.
Социология сексуальности	исследует социально- и медико-ориентированный дискурс о сексуальности, куда попадает и анализ методолого-стилистических основ и повседневности сексологической клиники;	изучает исторические и повседневные формы, способы и механизмы существования практик социального пространства (экологии) сексуальности.

В качестве структурных частей, или разделов, сексологии, т. о., выступают практическая сексология, теоретическая сексология и

историческая сексология, а также социология сексуальности (табл. 2).

Литература:

1. Общая сексopatология : Руководство для врачей / Г. Васильченко, И. Ботнева, А. Нохуров и др.; Под ред. Г. С. Васильченко. — М. : Медицина, 1977. — 488 с.
2. Кон И. С. О теоретической сексологии (постановка проблемы) / И. С. Кон // Семья и личность (психолого-педагогические, социологические и медико-психологические проблемы) : Тез. докл. — М. : Изд-е АПН СССР, 1981. — С. 29—37.
3. Кришталь В. В. Сексология в 4 ч. / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. — Х. : Академия сексологических исследований, 1999. — 1152 с.
4. Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств / Н. В. Иванов. — М. : Медицина, 1966. — 152 с.
5. Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции / В. Д. Кочетков. — М. : Медицина, 1968. — 280 с.
6. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин (Этиология, клиника и лечение). — 3-е изд., перераб. и доп. / И. М. Порудоминский. — М. : Медицина, 1968. — 455 с.
7. Мильман Л. Я. Импотенция. (Этиопатогенез, профилактика, клиника, лечение половых расстройств мужчин и женщин). — 3-е изд., перераб. и доп. / Л. Я. Мильман. — Л. : Медицина. Ленинградск. отд., 1972. — 262 с.
8. Статеві розлади / Й. М. Аптер, В. Я. Масюк, Б. А. Вартапетов та ін. ; За ред. Й. М. Аптера. — 2-е вид., вип. — К. : Здоров'я, 1974 (1975). — 376 с.
9. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов / Предисл. В. С. Карпенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — К. : Здоров'я, 1989. — 272 с.
10. Сексология и андрология / Н. И. Бойко, Ю. А. Борисенко, А. А. Быстров ; Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. — К. : Абрис, 1997. — 880 с.
11. Васильченко Г. С. О методологических ориентациях в современной сексopatологии различных стран / Г. С. Васильченко // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи : Тез. докл. III обл. научн.-практ. конф. сексopatологов. — Х., 1987. — С. 4 — 7.
12. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии / В. В. Чугунов. — К. : Здоров'я ; Х. : Око, 2000. — 600 с.
13. Чугунов В. В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1 : Отечественная сексология в XIX — XX веках (Историко-теоретическое исследование) / В. В. Чугунов. — Х. : Основа, 1995. — 346 с.
14. Кришталь В. В. Сексология. Том 2. Клиническая сексология. Ч. 1. Общая сексopatология / В. В. Кришталь, Б. Л. Гульман. — Х. : ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 272 с.
15. Кришталь В. В. Сексология. Том I. Нормальная сексология / В. В. Кришталь, Б. Л. Гульман. — Х. : ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 352 с.

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

Генетичні критерії ефективності карбамазепіну у хворих на епілепсією



Орос М. М.

Орос М. М.

Ужгородський національний університет

Резюме. Стаття посвящена оцінці ефективності дії карбамазепіну для лікування епілепсії, на основі виявлення генетичних критеріїв. Установлено генетичний маркер резистентності епілепсії до карбамазепіну.

Ключевые слова: епілепсія, карбамазепін, генетичний маркер.

The genetic criteria effectiveness of carbamazepine to treat epilepsy

Oros M. M.

Resume. The article is devoted to assessing the effectiveness of carbamazepine to treat epilepsy, but the genetic basis of the identification criteria. Established genetic marker of resistance to carbamazepine epilepsy.

Key words: epilepsy, carbamazepine, a genetic marker.

Проблеми епілепсії є актуальною медичною і соціальною. Велика частина хворих на епілепсію стає обмежена у своєму фізичному і соціальному функціонуванні. Значна кількість і тих, для яких епілепсія є причиною смерті (наприклад внаслідок падіння). Опираючись на дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я можна з впевненістю стверджувати, що це є проблема світового масштабу. Близько 50 мільйонів людей у всьому світі страждає на епілепсію [3].

За останні два десятиріччя з'явився цілий ряд нових протиепілептичних препаратів, що суттєво покращили ефективність лікування хворих із епілепсією, та за даними цілого ряду науковців від 19% до 36% хворих із епілепсією не піддаються медикаментозній терапії, тобто відносяться до групи фармакорезистентних хворих [1,5]. Згідно теорії епілептогенезу, відомо, що часто до розвитку фармакорезистентних і проградієнтних форм епілепсії призводить неадекватна терапія в дебюті захворювання [2, 4]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я майже 75% хворих на епілепсію не отримують адекватного лікування. Часто на пошук ефективного антиконвульсанта витрачаються місяці і роки, протягом яких прогресує захворювання. За останнє десятиліття в світі активно розвивається фармакогенетика, завдяки якій часто вдається визначити генетичні предиктори ефективності дії того чи іншого мед. препарату при різних захворюваннях.

Метою нашого дослідження є встановити генетичні критерії ефективності дії карбамазепіну у хворих на епілепсією.

Нами було обстежено 123 хворих із діагнозом епілепсія, що мали стаж захворювання не менше п'яти років. Серед пацієнтів було — 59 жінок та 64 чоловіки. Вік обстежуваних був від 12 до 56 років. Всі хворі страждали на епілепсію, що було підтверджено багаторазовими клінічними та параклінічними обстеженнями. Нами було опрацьовані дані медичної документації, проведено клінічний огляд, проаналізовано дані електроенцефалографії та КТ або МРТ головного мозку кожного хворого. Також визначався стан хворого згідно шкал CGI та MMSE. Було проаналізовано ефективність медикаментозного лікування та, згідно рекомендації Європейської протиепілептичної Ліги, встановлено групу фармакорезистентних пацієнтів. Всі 123 пацієнти приймали карбамазепін в дозі від 800 до 1600 мг/добу не менше 40 тижнів, в деяких із них були комбінації карбамазепіну із іншими протиепілептичними препаратами.

Основним механізмом дії карбамазепіну є блокада вольтаж-залежних натрієвих каналів і затримка відновлення їх активності, а також підсилення ГАМК-ергічного гальмування. Вченими Західної Європи, зокрема Лошерром, було встановлено наявність поліморфізму рецепторів натрієвих каналів SCN1A (rs3812718) та SCN3A, який може впливати на ефективність дії карбамазепіну. На даний час встановлено три комбінації алелей рецептора SCN1A (rs3812718) та рецептора SCN3A — ТТ, СТ, СС, що характеризується розміщенням амінокислот на кінцевій ланці даних рецепторів. Всім 123 хворим було проведено дослідження поліморфізму рецепторів SCN1A та SCN3A ланцюгових полімеразних реакцій.

За результатами дослідження було встановлено, що із 123 обстежуваних хворих на епілепсію, епіпади не коригуються медикаментозною терапією у 36 пацієнтів, співвідношення наведено на діаграмі 1.

Було проведено аналіз частоти наявності всіх трьох типів поліморфізмів рецепторів SCN1A та SCN3A в обстежуваній групі хворих. Дані щодо розподілу хворих по кількості проявів того чи іншого поліморфізму відповідно по рецепторах SCN1A та SCN3A наведено на діаграмах 2 і 3.

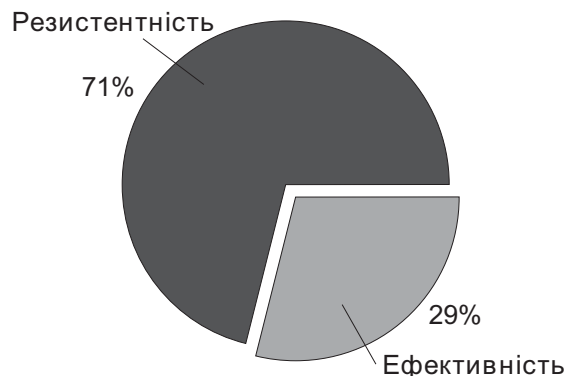
За результатами діаграм 2 і 3 можна стверджувати, що розподіл частоти поліморфізмів рецепторів натрієвих каналів SCN1A та SCN3A в обстежуваній групі хворих відповідає середньостатистичному розподілу наявності поліморфізму в загальній популяції.

Нами було вивчено частоту наявності того чи іншого поліморфізму рецепторів SCN1A та SCN3A у хворих із фармакорезистентною епілепсією. Враховуючи, що всі пацієнти із фармакорезистентною епілепсією мали в схемі лікування карбамазепін у адекватних дозах та тривалий час, ми провели порівняння та встановили кореляцію між певними алелями рецепторів SCN1A та SCN3A та ефективність дії карбамазепіну в цієї групи хворих. Дані про частоту поліморфізмів в групі хворих резистентних до лікування наведені на діаграмі 4.

Згідно вище наведених даних найчастіше у групі із неефективністю медикаментозної терапії (зокрема карбамазепіном) зустрічався поліморфізм рецепторів SCN1A та SCN3A по типу ТТ. Частота наявності поліморфізму ТТ SCN1A та ТТ SCN3A у цієї групи хворих склала 94,4% та 52,7% відповідно. Тому тільки поліморфізм ТТ SCN1A рецептора достовірно ($p < 0,01$) корелює із резистентністю епілепсії до дії карбамазепіну.

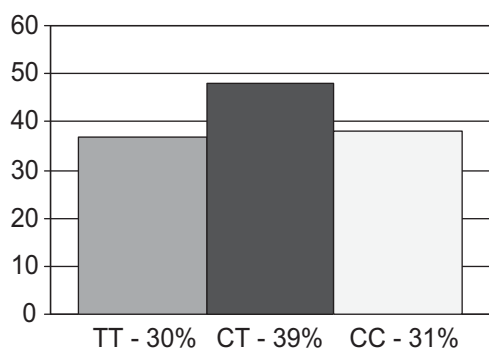
Висновок: таким чином, згідно отриманих результатів майже кожен третій хворий на епілепсію має резистентність до дії медикаментів, зокрема карбамазепіну. Найчастіше резистентність до дії медикаментів встановлюється не раніше ніж за 40 тижнів медикаментозного лікування, а часто на це витрачається декілька років. Довготривале неадекватне лікування епілепсії сприяє епілептогенезу і проградієнтному перебігу захворювання в конкретного хворого. Отже, в подальшому це зменшує ефективність лікування (в т.ч. хірургічного) даних пацієнтів. Тому питання раннього визначення фармакорезистентності пацієнта є дуже важливим для сприятливого прогнозу перебігу захворювання.

Нами встановлено генетичний маркер резистентності епілепсії до дії карбамазепіну. Доведено, що цим маркером є ТТ поліморфізм



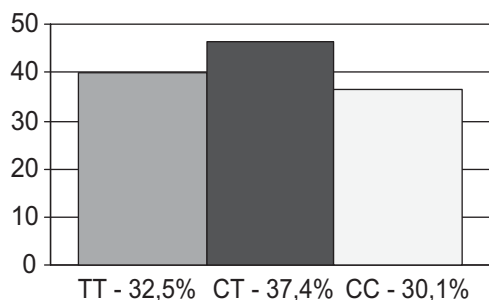
Діаграма 1.

Кількість фармакорезистентних пацієнтів у обстежуваній групі хворих із епілепсією



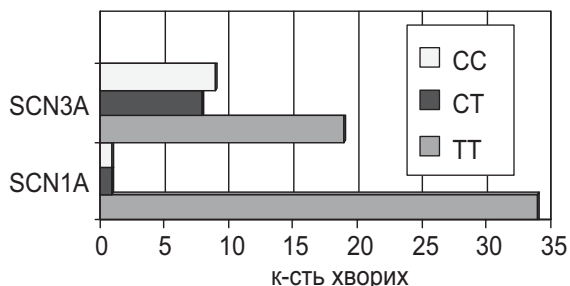
Діаграма 2.

Частота проявів поліморфізму SCN1A рецептора в обстежуваній групі хворих



Діаграма 3.

Частота проявів поліморфізму SCN3A рецептора в обстежуваній групі хворих



Діаграма 4.

Частота поліморфізмів SCN1A та SCN3A рецепторів у групі хворих резистентних до дії карбамазепіну

рецептора SCN1A натрієвих каналів, який зустрічається у 94.4% випадків резистентності до дії карбамазепіну. Тому, ще в дебюті захворювання дослідження поліморфізму рецептора SCN1A є обов'язковим для оптимального

вибору методу лікування пацієнтів із епілепсією. В пацієнтів із наявністю ТТ поліморфізму SCN1A рецептора карбамазепін повинен бути замінений ще на початку лікування на медикament із іншим механізмом дії.

Література:

1. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р. Эпилепсия. Киев.-2001. С.130
2. Brodie M.J., French J.A., Management of epilepsy in adolescent and adults. Lancet, 2000, V.356, p. 323-329
3. World Health Organization: Epilepsy // Fact sheet N°999. — 2009. 1. Гнездицкий В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. Издательство Таганрогского радиотехнического университета. 2000.
4. Гусев Е.И. Эпилепсия: социальные аспекты, консервативное и хирургическое лечение. 2005.
5. Кузнецов В. М. Психіатрія: Навчальний посібник / В. М. Кузнецов, В. М. Чернявський. — Київ : Здоров'я, 1993. — С. 306 — 308.

УДК 616.89(089) (470-651.2) (024)

Психиатрия при нацизме: последствия дегуманизации психиатрической практики на временно оккупированных территориях СССР. Сообщение 7



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

¹ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

² Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача)

Резюме. Висвітлюються питання расової гігієни, нелюдське відношення до душевнохворих і психіатричних установ з боку фашистів у військові роки на тимчасово окупованих територіях СРСР, яке виразилося перш за все в масовому знищенні пацієнтів з різними формами психічних розладів, разом з якими знищувалися лікарі, медичний персонал та інші радянські громадяни, а також мужня робота лікарів і медперсоналу, направлена на порятунок від окупантів душевнохворих.

Ключові слова: німецько-фашистська окупація, психіатричні установи, душевнохворі, знищення.

Psychiatry at Nazism: consequences of dehumanization of psychiatric practice on the temporally occupied territories of USSR. Report 7

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

¹ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

² Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha)

Resume. The questions of racial hygiene are lighted, superhuman attitude toward mentally ill and psychiatric establishments from the side of fascists in the years of soldieries on the temporally occupied territories of USSR, which was expressed foremost in mass elimination of patients with the different forms of psychical disorders, which doctors, medical personnel and other soviet citizens, and also brave work of doctors and medical staff, directed on a rescue from the invaders of mentally ill, were destroyed together with.

Key words: fascist occupation, psychiatric establishments, mentally ill, elimination.

*Призываемый или нет,
Бог присутствует всегда.
Эразм Роттердамский*

Ограничение жизненных прав физических инвалидов и психически больных широко практиковалось в фашистской Германии. Медицину того времени в значительной мере превратили в средство реализации, не поддающейся научному обоснованию расовой биологической идеологии. Подобные представления, например, в форме социал-дарвинизма,

приобрели влияние в официальной идеологии многих капиталистических стран еще на рубеже XIX и XX веков. Тесное отношение к характерной для немецкого фашизма политике уничтожения психически больных имели такие предпосылки, как «евгеника» — учение о биологическом управлении развитием населения, требование о допуске активной эвтаназии и одностороннее представление о наследственной обусловленности, неизлечимости и социальной опасности психических заболеваний.

Идеи «евгеники», развивавшиеся в Англии во второй половине XIX столетия Фрэнсисом Гальтоном, заключались в попытке обоснования путей, якобы, улучшавших так называемые естественные свойства расы. В Германии к началу XX века изучавшие «расовую биологию и биологию общества» занимались модернизацией евгеники с позиции превосходства определенных рас. Следует подчеркнуть, что распространению этого движения способствовали основанный в 1904 году профильный журнал, образованное вскоре специальное общество и проведенная в 1911 году в Дрездене конференция, посвященная расовой гигиене. В 1921 году появилось «Международное объединение по расовой гигиене», в 1928 году была основана в Мюнхене кафедра этого профиля, а в 1927 году в Берлине — Институт антропологии, наследственности человека и евгеники [1, 2].

Необходимо отметить, что не все ученые, близкие евгеническим идеям, являлись расистами, однако их позиции о естественном социальном неравенстве соответствовали политическим интересам империалистических сил и использовались для обоснования фашистской концепции о предназначении «арийцев» для мирового господства. Непосредственное значение для психиатрии такие идеи имели потому, что многие психические заболевания и все формы психической неполноценности считались наследственно обусловленными. Психические больные и инвалиды назывались «неполноценными». Еще в 1932 году Прусский санитарный совет и комиссия «Немецкого союза врачей» требовали закона о стерилизации по причинам расовой гигиены. Этим создавалась определенная база для изданного нацистами в 1938 году «Закона о предохранении от появления потомства с наследственными болезнями», предусматривавшего принудительную стерилизацию.

В 1929 году в Нюрнберге был основан «Национал-социалистический союз немецких врачей», выступавший за политический план А. Гитлера и защищавший расово-биологические идеи. Его представители после захвата власти нацистами в 1933 году стали осуществлять руководящие функции в государственном здравоохранении, социальных и научных организациях медицинского профиля. Все врачи, выступавшие за прогрессивные идеи, и особенно врачи-коммунисты, были брошены в тюрьмы, а многие известные специалисты эмигрировали. Существовали различия в позициях психиатров того времени, часть из которых, отвергая принудительную стерилизацию, пытались, изменяя диагноз, спасти от нее больных. Занявшие после 1933 года ответственные

посты официально обесценивали страдающих психическими заболеваниями, что позволило осуществить требования «эвтаназии».

В итоге за период 1939-1945 годов фашистские заправилы и их приспешники из числа врачей с поразительной жестокостью умертвили в Германии, Польше и на обширной оккупированной территории СССР более 100 тысяч душевнобольных и умственно отсталых, а большое количество больных и инвалидов подвергли принудительной стерилизации [1, 3].

Война и оккупация фашистскими захватчиками территории Украины нанесли огромный ущерб всему народному хозяйству республики. Известно также, что фашистские захватчики в Украине, Белоруссии, Латвии и ряде областей РСФСР, находившихся во временной немецкой оккупации, уничтожили душевнобольных, разрушили стройную систему советского здравоохранения, в том числе и психиатрические больницы. Здесь уместно вспомнить о тысячах душевнобольных, которые немецкие варвары расстреливали, отравляли в душегубках, уничтожали химическими веществами, применяя новые методы на ни в чем не повинных людях. Всего немецко-фашистскими захватчиками на оккупированных территориях СССР уничтожено около 20 000 душевнобольных. При этом полностью были уничтожены такие психиатрические больницы, как Игреньская, Полтавская, Ставропольская, Ростовская. Разрушено значительное количество корпусов в больницах Харькова, Киева, Симферополя, Смоленска, Могилева, Минска, Елгавы, Даугавпилса и других городов. Больные, содержащиеся в психиатрических больницах, были уничтожены, имущество и оборудование разграблено [4-6].

Небезынтересно, что Украина до Второй мировой войны имела 14 301 психоневрологическую койку, а к 1949 году — 8 353 койки, т.е. только 58,4% коечного фонда от довоенного уровня. Общая стоимость ущерба, нанесенного психоневрологическим учреждениям Украины в годы войны и оккупации, исчислялись в сумме около 117 млн. рублей [4, 5].

Перелистывая уже пожелтевшие от времени страницы архивных дел, статей, научных работ, книг, нам приходилось с огромным волнением вчитываться в страшные обличительные документы и цифры, которые в них содержались. Временами в сознании не умещалось то чудовищное в своей мерзости и изощренности изобретательство в средствах вызывания мучительной смерти у душевнобольных. С целью их уничтожения применялись самые бесчеловечные приемы умерщвления: и голодом, и холодом, и удушением, и отравлением, и расстрелом, и повешением. Представляет

глубокий интерес, что у ряда тяжелых и длительно болеющих душевнобольных, казалось бы, потерявших свой человеческий облик, в страшные, роковые минуты надвигающейся на них мучительной смерти внезапно прояснялось сознание, и тогда они встречали смерть бесстрашно, с полным чувством человеческого достоинства.

Также нельзя не указать здесь на мужественную борьбу за сохранение жизни больных в ряде случаев врачей-психиатров и медицинского персонала, борьбу, закончившуюся для многих из них трагической гибелью. Например, в числе таких героически ведших себя врачей следует упомянуть профессора Н.С. Балабана, главного врача психиатрической больницы им. П.П. Кащенко в Ленинграде М.И. Дуброву, ее заместителя С.С. Волочковича, врача Е.А. Орлову и многих других [7].

Нацистская доктрина не оставляла места в общине не только евреям и цыганам, но и душевнобольным. С первых дней вторжения в Латвию немецкими захватчиками проводилось массовое уничтожение душевнобольных. Так, 22 августа 1941 года фашистами было расстреляно около 700 взрослых и 60 детей из Даугавпилсской психиатрической больницы. Среди расстрелянных детей было 20 психически здоровых, размещенных временно в помещениях больницы из детского дома [8].

По показаниям врачей-психиатров 1-й Рижской психиатрической больницы В. Дричитис и Елгавской психиатрической больницы Х. Салтупса, данных в ходе следствия к Нюрнбергскому процессу, более 300 пациентов этой больницы (ныне Рижская республиканская психоневрологическая больница) и более 350 психически больных из 2-й Рижской психиатрической больницы (бывшая психиатрическая больница «Сарканкална», с 1942 года занятая под военный госпиталь) в 1942 году были расстреляны гитлеровцами.

По материалам личного архива врача-психиатра А. Лаксберга, 8 января 1942 года были расстреляны 425 душевнобольных из Елгавской психиатрической больницы («Гинтермуйжа»).

В Центральном государственном архиве Октябрьской революции России (ЦГАОР) имеются документальные указания о том, что 29 января 1942 года были расстреляны 368 душевнобольных из 2-й Рижской психиатрической больницы, а 14 апреля и 22 октября 1942 года — из 1-й Рижской психиатрической больницы, соответственно по 243 и 98 больных. Расстрел проводился силами полиции и солдат войск «СС» на окраине города Риги в Бикерниекском лесу. Установление личности уничтожаемых перед расстрелом не проводилось [6, 7, 9].

Таким образом, всего было умерщвлено около 2 000 душевнобольных из психиатрических стационаров Латвийской ССР [6].

Исследователь А.Г. Ройтельман сообщает, что 9 июля 1941 года г. Житомир был захвачен врагом. В условиях оккупации психиатрическая больница продолжала действовать. Как явствует из алфавитных книг, туда поступали больные. Из этих же документов следует, что более интенсивно шла выписка их. Так, в июле этого года было выписано 114 человек, в августе удалось выписать лишь 18 больных. Из воспоминаний сотрудников больницы известно, что в больнице к этому времени кончились запасы продовольствия и наступил голод. Поэтому тех больных, которые могли удержаться во внебольничных условиях, отправляли по домам или брали в свои семьи сотрудники. Часть из них удалось разместить среди окружающего населения. К августу 1941 года в больнице оставались лишь агрессивные и ослабленные душевнобольные. Сопоставление числа поступивших с числом выписанных позволяет утверждать, что в это время там находилось немногим более 90 человек. Пациентов обслуживали только три сотрудника, содержавшие их на собственные средства.

В сентябре 1941 года оставшиеся психически больные Житомирской областной психиатрической больницы были расстреляны фашистами. Существует версия о том, что накануне отправки на расстрел персонал открыл двери отделения и предложил душевнобольным уходить. Документально подтверждается только часть таких фактов, о чем имеется запись в алфавитных книгах больницы [10].

При отступлении немецких войск 30 декабря 1943 года здание больницы было ими сожжено. В период оккупации области прекратил свою деятельность и невропсихиатрический диспансер, который был открыт в 1926 году [11] и входил в число первых психоневрологических диспансеров Украины.

Во время немецкой оккупации г. Киева Киевской психиатрической больнице пришлось пережить трагические дни, закончившиеся полным разгромом и уничтожением больницы. Произошло небывалое в истории насилие над несчастными душевнобольными, перед которыми бледнеет весь ужас средневековья. В течение 1941-1942 годов в этой больнице было уничтожено 800 больных.

Явившись в Киевскую психиатрическую больницу, оккупанты были поражены ее благоустроенностью и начали открытый беззастенчивый грабеж. Взяв значительное количество продуктов, они обрекли больных на голодную смерть. Но и это им показалось недостаточным,

14 октября 1941 года они произвели первое массовое убийство больных. В больницу прибыл гарнизонный врач Риновский и дал приказание администрации выделить 300 больных для эвакуации в Винницу в трудовую колонию. Затем приехал гестапо и несчастных полурасдетых больных под проливным дождем угнали в отдаленное здание, где продержали без пищи и питья несколько дней, а затем расстреляли в овраге Кирилловской рощи. Врачи больницы по собственной инициативе с риском для себя начали поспешно выписывать больных. Тогда из больницы выписали около 400 больных. В дальнейшем последовало распоряжение гестапо прекратить выписку. Душевнобольные, лишенные питания, умирали массами.

То, что произошло зимой 1942 года, совершенно не поддается описанию. 7 января 1942 года в больницу прибыло гестапо. Везде на территории больницы были расставлены часовые, вход и выход из больницы был запрещен. Представитель гестапо потребовал отобрать хронических больных для отправки в Житомир. Произвели точный учет больных, заявив администрации, что всякое исчезновение больных будет строго наказано, а количество недостающих больных будет пополнено персоналом. Что ожидало больных? Это тщательно скрывалось от персонала. Затем в больницу пришли особые автомашины. В эти машины начали вталкивать больных приблизительно по 60-70 человек в каждую. Неопишное зверство происходило на глазах под окнами отделений.

Больных погружали в машины, умерщвляли, трупы выбрасывали здесь же. Это зверство продолжалось двое суток, в течение которых было уничтожено 365 душевнобольных. Сознательные больные вскоре узнали истину. Наблюдались душераздирающие картины. Весь персонал был предупрежден, что какая-либо критика и выражение недовольства совершенно неуместны и будут рассматриваться как саботаж. Характерная подробность — это беспримерное по гнусности убийство происходило в день Рождества, когда немецкими солдатами раздавались елки и на пряжках поясов исполнителей красовалась надпись «С нами бог».

В дальнейшем гестапо запретило выписку больных как самостоятельно, так и на попечение родственников. Выписка разрешалась только в исключительных случаях после комиссии. Бывали случаи, когда немцы не верили врачам, утверждавшим выздоровление больных, и требовали приводить больных в здравотдел для личного осмотра.

Позже было произведено еще два массовых убийства больных: 29 марта 1942 года — 90

человек и 17 октября 1942 года — 30 человек. Проходило это под тем же подлым предлогом эвакуации в Житомир и Полтаву.

Когда же пытались выяснить, что побуждает немцев на подобные злодеяния над беззащитными больными, получался невразумительный ответ об «очистке расы». Фактически же после каждого уничтожения больных производилось очередное изъятие имущества.

Наряду с физическим уничтожением больных, как уже отмечалось, немцы производили полный разгром и грабеж больницы. Забрали все имущество, весь инвентарь, уничтожили аптеку, лаборатории, физиотерапевтический и рентгеновский кабинеты, мастерские для трудотерапии. Сожгли ценнейший в научном отношении архив больницы, уничтожили прекрасную больничную библиотеку в 20 000 томов, ограбили культурный заповедник, ценнейший памятник XI столетия — знаменитый Ниримальский собор, расположенный на территории больницы [7, 12].

В период немецкой оккупации в поселке Игрень Днепропетровского Пригородного района, немецкими властями произведено массовое истребление больных в количестве 1300 человек, находившихся на излечении в Игреньской психиатрической больнице.

В начале октября 1941 года в Игреньскую психиатрическую больницу прибыли 4 офицера гестапо, которые дали указание умертвить всех находящихся на излечении больных. В середине октября 1941 года фашисты приступили к методическому уничтожению больных путем ввода в кожу смертельных доз наркотических средств. В связи с недостатком морфия для умерщвления больных применялось также вливание под кожу в смертельных дозах нашатырного спирта, стрихнина, инсулина и других ядов, которые вызывали мучительную смерть. Трупы отравленных душевнобольных закапывались в заранее приготовленные ямы.

В декабре 1941 года гестапо предложило собрать оставшихся больных для расстрела, 200 больных мужчин и женщин были собраны в одном из неотопливаемых помещений больницы. Раздетые донага, они замерли в ожидании прибытия команды гестаповцев. Больные пробыли в помещении ночь и к утру из этой группы замерзло 40 человек. Так как команда гестаповцев, назначенная для расстрела этих больных, не явилась, то по указанию того же гестапо г. Днепропетровска оставшихся больных держали взаперти до тех пор, пока все они не погибли от холода.

Летом 1943 года на территории больницы гестаповцами были расстреляны последние 80 больных.

Таким образом, за период оккупации все 1300 больных были преднамеренно уничтожены физически. Кроме этого, на территории этой больницы было расстреляно много советских граждан [7, 13].

Через несколько дней после оккупации, в октябре 1941 года, приехали два немецких офицера в Преславскую психиатрическую колонию Приморского района Запорожской области для осмотра хозяйства этого учреждения. По их указанию были составлены списки на всех детей с указанием возраста и национальности.

30 октября 1941 года в колонию на автомашинах приехали вновь два немецких офицера с группой солдат. Последовал приказ: собрать всех детей в столовую. Когда привели ребят, по списку начали называть детей еврейской национальности. Немецкие солдаты выводили их группами по 10 человек за столовую колонию и там же, возле ям для закладки овощей на зиму, расстреливали их. Всего было уничтожено 47 детей. После этого один офицер через переводчика потребовал от фельдшера указать больных и нетрудоспособных детей. Фельдшер указала на изолятор, в котором находилось 25 детей с признаками явного идиотизма, которых немцы также расстреляли. В этот день всего было убито 78 детей.

15 марта 1942 года из г. Бердянска приехал гебитс-комиссар Вел вместе с двумя офицерами, осматривавшими ранее колонию. Они распорядились выслать к берегу моря взрослых детей для рытья четырех ям размером 2 метра глубины и такой же ширины. Вслед за этим последовало распоряжение снять с детей всю хорошую одежду.

16 марта 1942 года в колонию опять приехал Вел и с ним офицер и семь солдат, они погрузили ребят в автомашины и вывезли их в сторону моря, возле выкопанных детьми ям их расстреляли. В тот день было уничтожено 66 человек, в том числе один девятимесячный ребенок. После этого расстрела в колонии осталось всего 14 детей, которые были увезены немцами 29 апреля 1943 года в неизвестном направлении.

Всего фашисты расстреляли в Преславской психиатрической колонии 158 детей [7].

В момент оккупации г. Винницы в психоневрологической больнице находилось свыше 1800 больных. Они были размещены в прекрасно оборудованных корпусах больницы, которая в свое время была построена как Окружная психиатрическая больница, имевшей большое подсобное хозяйство с пахотной землей, огородами, молочной фермой и свинофермой. При больнице имелись также большие запасы продуктов, которые могли бы обеспечить больных питанием не менее как на 6 месяцев.

В начале августа 1941 года фельдкомендант Мельтинг и заведующий врачебной частью фельд-комендатуры Сепп собрали совещание врачей по поводу содержания больных в психиатрической больнице. После этого совещания в больнице был установлен чрезвычайно жесткий режим и резко снижены нормы питания; мяса и жиров больные не получали вовсе. Их суточное продовольствие сводилось к выдаче 100 г недоброкачественного хлеба. Все запасы продуктов и подсобное хозяйство немцы отняли.

Врач г. Винницы профессор Ган рассказал, что он обратился к гебитс-комиссару Маргенфельду с просьбой об увеличении норм довольствия больным, так как установленные нормы питания влекли за собой резкое истощение и голодную смерть. На это гебитс-комиссар Маргенфельд ответил: «Психически больным много даже 70 г хлеба». Умерщвление больных голодом показалось немецким палачам чересчур длительной процедурой и осенью 1941 года они расстреляли свыше 800 больных. Кроме того, немцы отравили путем внутреннего введения ядов 700 человек, остальные умерли от истощения на почве голода.

Здания Винницкой психоневрологической больницы были использованы немецкими оккупантами под санаторий и казино «Вальдгюф» для офицеров ставки А. Гитлера, прибывшей в то время в г. Винницу [5, 14].

К моменту оккупации г. Симферополя в психиатрической больнице было свыше 900 больных. Руководством больницы были приняты меры к выписке и передаче родственникам максимального количества больных. Таким образом, было выписано свыше 100 человек, а остальные 800 человек остались в больнице.

С начала оккупации, начавшейся в ноябре 1941 года, все душевнобольные были немцами сняты со снабжения продуктами. В результате этого больные начали погибать от голода и к началу марта 1942 года умерло около 400 человек.

7 марта 1942 года немцы отдали приказ собрать всех больных в отделения. Когда это было выполнено, то всех наличных больных в количестве 425 человек они вывезли и уничтожили в душегубках. Случайно уцелело 12 больных, которые в это время были на работах вне территории больницы. Одновременно с 425 душевнобольными были вывезены и уничтожены профессор Н.С. Балабан, врачи Гусин и Гришина, а также фельдшер Втускович. Помимо этого, в психиатрической колонии «Александровка», близ г. Белогорска, также было уничтожено около 60 имевшихся там душевнобольных. Таким образом, немецкие оккупанты уничтожили в Симферопольской

психиатрической больнице 485 душевнобольных и 4 человека медицинского персонала.

После уничтожения больных все помещения больницы были превращены в склады и больница практически перестала существовать. Перед своим уходом немцы уничтожили почти все помещения больницы, твердый и мягкий инвентарь, оборудование и библиотеку.

Материальный ущерб, причиненный больнице за период оккупации, составил сумму свыше 6,5 млн. руб. в старых деньгах [7].

Нелегкой была судьба душевнобольных Одесской областной психиатрической больницы № 1 в период 1941-1945 годов. 16 октября 1941 года советские войска отошли из Одессы. С первых дней оккупации начались зверские издевательства над мирными гражданами. На многих улицах были установлены виселицы. В приказе командующего 6-й немецкой армией Вальтера фон Рейхенау от 13 ноября 1941 года «О поведении немецких войск на востоке» было указано, что «снабжение местных жителей и военнопленных питанием есть никому не нужная гуманность», а в циркулярном письме Кейтеля тогда указывалось, что человеческая жизнь в восточных странах абсолютно ничего не стоит.

25 тысяч одесситов было заживо сожжено в разных районах города. Ужасы войны сказались и на деятельности больницы. Войдя туда, оккупанты везде поставили часовых и стали грабить продовольственные и вещевые склады. Вывезли легковые машины, киноаппаратуру, 2 рентгеновские установки, мягкую мебель, ковры и другие ценные вещи. Как вспоминает врач Л.А. Харчева, «они разрушили отопление и телефонную связь и вскоре вырубili на топливо старинную тополиную аллею. В переходах между павильонами была поставлена вооруженная охрана. Чтобы пройти в павильон, нужно было миновать часового, который мог оскорбить или ударить. Однако идти было нужно, ведь в павильонах находились больные».

Транспорта в городе не было, трамваи и автобусы не работали, однако персонал ежедневно приходил пешком в больницу из разных, даже самых отдаленных уголков города. Им нужно было идти в больницу, так как здесь их ждали беспомощные пациенты. В холодных, нетопленных отделениях без света находились больные, которых врачи и персонал посильно поддерживали добрым словом и всеми возможными средствами. Персоналу никто не платил за работу, но все аккуратно выходили в свои часы по графику, который был составлен еще в мирное советское время.

Врач М.П. Андуря рассказывала, что ни о каком лечении «не могло быть и речи». Главное было — не дать больным умереть с голоду.

Санитарки брали больничное белье и ездили в деревню менять его на продукты. Когда этот источник исчерпался, они стали менять на продукты собственные вещи. Часто приносили с собой то кусочек хлеба, то картофелину, отрывая их от своей семьи. При свете коптилок латали оставшиеся рубашки и халаты. В каждой палате стояла железная «буржуйка» с трубой в окно. Около этих печурок мыли больных. Как могли, боролись со вшами, стригли больных волосы, брили их. Чтобы добыть хоть какие-то витамины, развели за больницей огород.

В эти самые трудные дни больницей руководил профессор Е.А. Шевалев, большой гуманист, до конца своих дней любивший больных и стремившийся всегда помочь им в беде. Он прилагал все усилия, чтобы еще теснее сплотить коллектив, прокормить больных, сохранить им жизнь, поддержать элементарные санитарно-гигиенические условия, чтобы не допустить возникновения инфекций. Ведь в каждой палате содержалось около 100 человек. На полу лежали матрацы, на которых и укладывали больных спать. В одном из углов содержали неопрятных. Освещалась эта палата одной маленькой коптилкой. Позднее для питания больных варили крапиву, потом раздобыли чечевицу. При такой еде по темным коридорам больницы как тени бродили пациенты. Часть их не могла подняться и умирала от алиментарной дистрофии. За убылью больных 4 павильона пришлось наглухо заколотить.

Врачи и персонал находились в непрерывном напряжении и страхе, ибо на территории больницы в здании санаторного отделения для выздоравливающих женщин расположилась румынская тайная полиция — «Сигуранца», которая постоянно делала обыски по отделениям и облавы на территории больницы. Служащие мужественно прятали в отделениях военнопленных и лиц еврейской национальности, выдавая их за больных.

Заподозрив сотрудников больницы в связи с партизанами, полицейские вывели часть из них на расстрел. Тут были врач Л.Я. Великанова, медсестра М.В. Пестель, работники хозчасти Фотаки и Кудерко. Спасла их боязнь фашистов прихода партизан [15].

В конце августа 1941 года всестороннее развитие Ленинградской психиатрической больницы им. П.П. Кащенко (с. Никольское Гатчинского района Ленинградской области) было прервано нашествием немецких оккупантов. Врачам, персоналу и больным выпала горькая судьба быть непосредственными участниками событий, обернувшихся для них коллективной трагедией.

По воспоминаниям бывших сотрудников больницы известно, что 20 августа 1941 года немецкий десант перерезал Киевское шоссе и в 14 часов занял территорию больницы, где на лечении находилось 1320 человек. Внезапное появление фашистских войск не позволило произвести эвакуацию душевнобольных и персонала, который оставался на рабочих местах. Больница была оцеплена автоматчиками, а в ее административном здании разместилась немецкая комендатура. Распоряжением коменданта всем предписывалось быть на месте, а коммунистам, комсомольцам и евреям приказывалось явиться «для регистрации». Из 6 одноэтажных лечебных зданий больные в нижнем белье насильно переводились во 2-й и 3-й этажи павильона «Е», где уже находилось около 300 пациентов, а на I-м этаже были размещены раненые военнопленные красноармейцы и часть семей персонала. Остальные семьи загнали в подвалы лечебных корпусов.

Постельное белье больным выдавать не разрешали. Спали они на полу в несколько рядов или сидя. Питание и лечение не назначались. Оккупанты разрешили использовать один варочный котел для приготовления еды больным и раненым. От тяжелых условий содержания и голода в течение 20-30 дней погибло около 300 пациентов. На оставшихся больных было приказано составить списки, якобы для эвакуации. Сознательные больные с беспокойством спрашивали у медперсонала, куда их повезут. Велено было отвечать: «в хорошее место». Затем 120 работоспособных и упорядоченных больных без врачей отправили на «Киреевскую дачу» в прибольничную колонию для выполнения сельскохозяйственных работ [16].

20 ноября 1941 года комендатура объявила, что перед эвакуацией остальных больных необходимо помыться в бане, что, несмотря на истощение, было встречено ими с радостью. Слабых больных сажали в повозки, а те, что покрепче, шли сами в инфекционный изолятор, где проводилось их умерщвление путем введения в вену воздуха. Тем, у кого были плохие вены, вводили под кожу какой-то яд. Трупы выносили через «черный» ход и отвозили в противотанковый ров у деревни Ручьи. Не погибших больных пристреливали там фашисты. После того, как «из бани» не вернулась I-я группа, у сознательных больных возникло беспокойство, и последующие партии отправляли туда силой. Пытавшихся бежать — расстреляли. Так в течение 3-4 дней фашисты умертвили 900 больных. Помешать этому злодейству не могли, ибо территория больницы тщательно охранялась, а жителям больничного поселка в эти дни запрещалось под угрозой расстрела выходить из

домов. Более того, многие врачи, все активисты и коммунисты были казнены еще в августе-сентябре. Вначале фашисты схватили М.И. Дуброву, главного врача больницы, которую персонал прятал в подвале. Ее арестовали под угрозой расстрела «каждого 5-го человека» и вскоре казнили через повешение в г. Гатчине.

Незадолго до наступления советских войск в октябре 1943 года фашисты пригнали около 20 пленных красноармейцев и заставили разрыть противотанковый ров, наполненный жертвами своих преступлений, облить их какой-то горючей жидкостью и сжигать. Под усиленной охраной немецких солдат пленные красноармейцы недели две жгли трупы умерших. Однажды утром после сжигания трупов немцы привезли группу красноармейцев и заперли в сарае. Они зажгли сарай с находившимися там пленными красноармейцами. Горящий сарай немцы охраняли до полного окончания пожара, а потом сожгли деревню Ручьи, возле которой совершали свои злодеяния. Перед самым отступлением в начале 1944 года гитлеровцами была окончательно разграблена и разрушена больница [7, 16].

Пенсионерка М.Е. Кауп, работавшая к началу войны медсестрой 4-го отделения, сообщила, что ее и 120 больных под конвоем немецких солдат и полицаяев отправили для работы в «Киреевскую дачу», где она должна была наблюдать за их поведением и докладывать старшему полицая о тех, кто плохо себя ведет или подвергнется инфекционному заболеванию. Больные были полураздеты и плохо обуты. Отсутствовали кровати, постельное белье, дрова и пища. Едва держась на ногах от усталости и голода, эта медсестра пыталась помочь своим беззащитным и беспомощным подопечным, добыв немного топлива. В ответ на просьбы о еде конвоиры стреляли в больных, убивая их также за любой пустяк и ради забавы, соревнуясь в точности попаданий. Весной 1942 года оставшихся в живых, изможденных больных оккупанты впрягли в плуги и бороны, стегали ременными кнутами, а тех, кто падал, — пристреливали. Лишь 12 человек осталось в живых к 1943 году, но только 6 удалось спасти, спрятавшись в лесу перед наступлением войск Красной Армии.

В ЦГАОР выявлен документ, подтверждающий массовое уничтожение немецкими оккупантами советских граждан, находившихся на излечении в Ленинградской психиатрической больнице им. П.П. Кащенко Никольского сельсовета. Всего было «умерщвлено в этой больнице 1300 советских граждан... из бывших больных, а бывший больной Т. Полярчук — повешен за связь с партизанами» [17].

10 декабря 1944 года об этих злодеяниях Специальной чрезвычайной комиссией Гатчинского района под председательством С.М. Беляева был составлен акт, где указывались непосредственные виновники и в их числе командующий 18-й германской армией генерал-полковник Г. Линдеман, военный врач Гоппе, комендант села Никольское хауптман Хегер и комиссар гестапо Райхе [16].

После занятия немецкими войсками той части Воронежской области, на территории которой находились две психиатрические больницы — «Орловка» на 1200 мест и «Никольское», фашистские врачи и администрация требовали от оставшихся с больными этих лечебниц нескольких русских врачей писать заключения в историях болезни, из которых бы следовало, что в данном конкретном случае лечение пациента является бесперспективным. Подобные заключения нужны были для возможности последующего уничтожения душевнобольных, на чьих историях болезни имелось это заключение, подписанное советскими врачами. Однако врачи вышеупомянутых больниц от такого рода записей отказывались, и делал их лишь один врач, видимо, психиатр, прибывший из Германии вместе с фашистскими войсками, приходившийся сыном помещика, земли которого находились вокруг психиатрической больницы «Орловка». За отказ от дачи требуемых заключений несколько советских врачей были расстреляны фашистами. На месте их гибели, около левого угла административного корпуса сейчас установлена мраморная мемориальная доска с именами расстрелянных психиатров больницы «Орловка». Главного врача больницы, в последующем работавшего в г. Борисоглебске Воронежской области, немецкие оккупанты, принуждая делать подобные записи, ставили к стене трижды и трижды стреляли в него.

Сотрудники больницы, оставшиеся после оккупации живыми, и лица, проживавшие рядом с больницами, рассказывали, что несколько раз в месяц вооруженные оккупанты выгоняли из отделений больницы «Орловка» десятки пациентов и в сопровождении собак гнали их к вырытым неподалеку рвам и там автоматным огнем уничтожали душевнобольных, которые падали в эти неглубокие канавы. Затем еще в течение многих часов небрежно засыпанные тела больных шевелились под тонким слоем земли.

В ЦГАОР имеется материал, документально подтверждающий злодеяния, совершенные на территории психиатрической лечебницы «Орловка» Петинского сельсовета Гремяченского района Воронежской области, составленный в августе 1943 года.

«Немецко-фашистские оккупанты в период с 4 июля 1942 года по январь 1943 года расстреляли на территории психолечебницы 720 советских граждан, в том числе 700 душевнобольных, находившихся на излечении в больнице — мужчин, женщин и детей; двух лечащих врачей Грузь Софью Ефимовну и Резникову Елизавету Львовну с полуторамесячным ребенком, 13 раненых советских военнослужащих, взятых в плен, и пять мирных жителей, угнанных из г. Воронежа.

Среди уцелевших в больничном архиве документов найдены 104 листка с «историей болезни», на которой имеются пометки о смерти. На 91 листке в конце написано: «умер 14 июля 1942 года». На остальных листках помечено: «умер 15 июля 1942 года». Эти пометки были сделаны накануне расстрела душевнобольных. Далее идет список расстрелянных душевнобольных» [7, 18].

Чудовищное злодеяние совершили гитлеровцы над больными в Бурашевской психиатрической больнице им. М.П. Литвинова (с. Бурашево Калининского района Тверской области). 530 душевнобольных по приказу немецких офицеров были зверски умерщвлены. Заняв больницу, гитлеровцы сначала разграбили ее продовольственные запасы и этим обрекли больных на голодную смерть, затем, приказав очистить несколько больничных корпусов, ворвались в них, сбрасывая с коек больных, которые не в состоянии сами были двигаться, многих больных закололи штыками и расстреляли тут же в палатах, а 80 больных, которых удалось вывезти в деревню Бреднево, расстреляли там на следующий день. Остальных больных фашисты в течение нескольких дней отравили и умертвили смертельными дозами наркотических средств (морфий, скополамин, веронал, амитал-натрий). Массовое истребление людей фашистские людоеды производили по определенному плану. Если у больного процесс отравления шел медленно, фашистские вандалы ускоряли его, насыпая своим жертвам в рот золу [7, 19].

С момента захвата немцами Черняковиченской психиатрической больницы Псковской области больные были лишены продуктов питания, а имевшееся больничное хозяйство, обеспечивавшее больных, было разграблено оккупантами. В силу искусственно созданных немцами условий больные были обречены на голодную смерть и некоторые из них погибли. Однако усилиями местных советских граждан, без ведома немецко-фашистских захватчиков, существование больных поддерживалось.

Немецкое командование, начиная с октября 1941 года, стало применять способ отравления

больных под видом «экспериментального лечения», назначая больным питье, имеющее вид кофе. Указанное питье давалось в количестве 50 см³ на прием внутрь. Больные, получившие назначенное «лечение», через 2-3 дня погибали. Несмотря на то, что средство давалось под видом «лечебного», больные догадывались о том, что их отравляют, и выражали протест. Это «экспериментальное лечение» продолжалось до февраля 1942 года, причем немцы этот способ умерщвления больных неоднократно проверяли, справляясь у исполнителей отравления о смертельных исходах.

Найдя это средство отравления малоэффективным, немцы перешли к другому, более активному способу умерщвления — к отравлению больных скополамином, вводя его под кожу в плечо. Больные, получившие укол, погибали через 8-12 часов.

Во главе процесса умерщвления психически больных в этой больнице стоял немецкий врач Кольде. Погибшие больные выносились в морг, откуда отвозились и сбрасывались в ямы по 20-40 трупов в каждую. Одежда с трупов снималась и их сбрасывали в ямы без одежды и белья. 8 мая 1942 года Черняковиченская психиатрическая больница как лечебное учреждение была ликвидирована [7, 20].

С первых же дней временной оккупации немецко-фашистскими захватчиками Московской областной психиатрической больницы (с. Микулино Лотошинского района Московской области), в течение всего октября и начала ноября 1941 года немецкие военные власти и их сообщники организовали массовое умерщвление больных, находившихся на излечении в этой больнице.

Массовое умерщвление больных началось с их отравления окисью углерода, для чего больные были насильственно собраны в одном из корпусов больницы и подвергнуты действию газа в специальных герметически закупоренных помещениях здания корпуса, от чего в страшных мучениях погибли десятки больных.

Так как такой способ умерщвления показался организаторам слишком медленным и мало действенным, то они решили использовать все возможные способы для полного уничтожения больных. Они травили их различными ядами. Затем слабых больных запирали в корпусах больницы и, оставаясь по нескольку дней закрытыми, они умирали от голода и жажды. Другая группа больных разгонялась по территории больницы и не допускалась в помещения, в результате чего тут же около больницы они замерзали. На тех же больных, которые уцелели и еще бродили по парку, немецкие офицеры и солдаты верхом на конях организовали охоту,

подстреливая их из-за кустов и доставляя себе таким образом «достойное» развлечение. Эта жуткая, средневековая расправа завершилась, наконец, массовым организованным расстрелом 264 оставшихся больных. Завербованные для этой цели пособники обманным путем, якобы для перевозки в другую больницу, а также с помощью насилий и угроз рассаживали больных в повозки, отвозили в овраг и там под командой немецких офицеров и солдат расстреливали их, сваливая в кучу и закапывая, что продолжались несколько дней. Следует отметить, что каждому из сообщников, отвозивших больных к месту расстрела, немцы выдавали ровно по одному патрону на больного. Оставшихся в живых, раненых и слабых больных, заживо погребали под землю. Совершенно случайно от этого расстрела уцелело 5 больных.

Таким образом, в общей сложности всеми вышеописанными способами — голодом, холодом, отравлением и расстрелом — было уничтожено около 700 душевнобольных Лотошинской психиатрической больницы» [7, 21].

Сразу после освобождения г. Курска от немецко-фашистских оккупантов стало известно о злодейском массовом умерщвлении больных Сапоговской областной психиатрической больницы, организованном немецкими властями. Через несколько дней после оккупации г. Курска, а именно 8 ноября 1941 года, немецкий комендант города Флях и немецкий старший гарнизонный врач Керн вызвали к себе врачей этой больницы и предложили немедленно приступить к умерщвлению больных, находившихся на излечении в больнице. Керн заявил, что он разрешает оставить в больнице не более 200-250 человек, и то наиболее выносливых и трудоспособных, обосновывая это тем, что по существующим в Германии законам все неизлечимые душевные больные подлежат физическому уничтожению, а остальные душевные больные — стерилизации. Эти законы полностью распространяются и на оккупированные немцами территории. Аналогичное распоряжение передал от имени немецких властей посредник, переводчик немецкой комендатуры Вегеман.

Керн сказал, что больных этой «больницы следует умертвить, а мертвые в продуктах не нуждаются». Тогда была прекращена выдача пищи больным и в больнице началась смертность на почве голода. Директор больницы привел больницу к упадку и разложению. Несмотря на наличие топлива, в сильные холода больница не отапливалась, больные замерзали, в палатах появился лед. Больничные вещи и вещи, принадлежащие больным массово расхищали.

Душевнобольные, запертые в палатах и лишённые пищи, начали пухнуть от голода и умирать. Керн ежедневно интересовался, сколько умерло больных, и если в этот день умерло мало, то он обвинял врачей в том, что они «плохо помогают больным умирать», и требовал, чтобы «фиксирувалась смертность». От голода умерло до 400 человек.

В результате 18 декабря 1941 года на почве голода умерло 350 больных, однако это не удовлетворило немецких властей и 18 декабря 1941 года был отдан категорический приказ немедленно приступить к массовому умерщвлению больных. В этот же день было начато умерщвление душевнобольных, которое производилось путем введения в пищу яда — усиленной дозы опия и дачи под видом лекарства хлоралгидрата в 70% концентрации, который в такой концентрации в течение максимум суток с момента его приема приводил к смертельному исходу. Если же смерть у больного не наступала, ему вторично давали порцию хлоралгидрата.

Таким образом в течение трех суток было умерщвлено 650 человек. Трупы отравленных были зарыты на территории больницы в щелях бомбоубежища, куда они сваливались вместе с трупами больных, умерших от голода, что доказано Комиссией Прокуратуры СССР, производившей раскопку этих щелей и обнаружившей похороненные в большом количестве человеческие останки. Больница фактически была ликвидирована, а оставшиеся 57 человек были перевезены в местечко Свобода [7, 22, 23].

4 августа 1942 года в Ставропольскую психиатрическую больницу явились два немецких военных врача в сопровождении заведующего медотделом городской управы д-ра Шульца и переводчика и приказали подготовить всех душевнобольных для отправки в села Донское и Пролетарское, так как по существующим немецким законам душевнобольные в городе и возле города находиться не могут. Больные должны отправляться только в одной больничной одежде без каких-либо вещей и без работников психиатрической больницы, так как в больницах сел Донское и Пролетарское есть все необходимое оборудование и немецкий медицинский персонал.

5 августа 1942 года в психиатрическую больницу приехали немецкие солдаты команды СС во главе с обер-фельдфебелем Терингом на больших крытых автомашинах. Автомашины герметически закрывались, внутри были обиты оцинкованной жстью, без окон и без сидений. Немцы сажали в автомашины по 70-75 больных, не проверяя по спискам и не требуя никаких других документов. После посадки больных двери автомашины немедленно закрывались и

запирались на замок, крики посаженных в автомашины больных прекращались вскоре после пуска мотора автомашины. Через час-два автомашины возвращались за следующими партиями больных. Таким путем 5, 7 и 10 августа 1942 года из городского отделения, октябрьского отделения психиатрической больницы, из городского патронажа и из патронажа на хуторе Молочном было вывезено 632 душевнобольных, в том числе и дети, а все имущество больницы — мягкий, твердый инвентарь и продукты — было расхищено.

22 августа 1942 года по распоряжению немецкого гестапо фельдфебелем Шмитцем были таким же путем вывезены 12 человек душевнобольных, поступивших в психиатрическую больницу после 10 августа 1942 года.

20 октября 1942 года из психиатрической больницы была вывезена еще одна, последняя; партия вновь поступивших душевнобольных в количестве 16 человек тем же фельдфебелем Шмитцем.

Всего из Ставропольской психиатрической больницы было изъято и вывезено 660 человек; психиатрическая больница была закрыта. Душевнобольные, вывезенные из Ставропольской психиатрической больницы, в села Донское и Пролетарское не попали, а были умерщвлены. Умерщвление душевнобольных было произведено путем отравления окисью углерода из выхлопной трубы в отверстии пола герметически закрытых автомашин.

Установлено, что непосредственными участниками уничтожения 660 душевнобольных Ставропольской психиатрической больницы являлись оберфельдфебель Герин и фельдфебель Шмитц.

При отступлении немцев 21 января 1943 г. из г. Ставрополя Ставропольская психиатрическая больница, построенная ещё в 1907 году, немецко-фашистскими захватчиками, к сожалению, была полностью уничтожена [7, 24].

Врач Минской психиатрической больницы Н.Н. Акимов по делу уничтожения больных в трудовой психиатрической колонии Новинки свидетельствует следующее.

Больные были уничтожены в Новинках в 2 приема. Первый раз уничтожение происходило путем отравления газом, второй раз были уничтожены остальные больные путем расстрела. Началось уничтожение больных после посещения в августе месяце колонии Новинки шефом ее полиции Г. Гиммлером. Он осмотрел хронические и рабочее отделения колонии Новинки и уехал. В начале сентября колонию посетил генеральный комиссар Кубе в сопровождении врача генерального

комиссариата Вебера. 17 сентября в час ночи меня вызвал шеф местной полицейской бригады Вернер Воленбах, находившийся в колонии, и предложил сделать обход отделений колонии. В то время колония насчитывала около 300 человек больных.

Больные были размещены в 2 рабочих отделениях — мужском и женском. Метод лечения к ним применялся — трудовой процесс. Они обрабатывали землю, которая принадлежала колонии. Остальные 2 отделения состояли из хроников, тоже мужчин и женщин. В. Воленбах был в нетрезвом состоянии. Когда мы пришли с ним в хроническое женское отделение и стали ходить по палатам, в коридор вышла одна больная и попросила у него закурить. Я стала успокаивать больную, просила ее возвратиться в палату, но она меня не послушала. Тогда В. Воленбах вынул пистолет и на моих глазах больную застрелил. Он приказал ночью захоронить убитую, смыть кровь. Я была сильно потрясена случившимся и на рассвете поехала во Вторую больницу посоветоваться с главным врачом больницы, как же в дальнейшем бороться с такими поступками немцев. Но главный врач — доктор Афонский ответил, что на немцев нам теперь жаловаться совершенно некуда.

Возвратившись в колонию 18 сентября, я заметила на её территории необычайную обстановку. На дворе, обычно оживленном, абсолютно никого не было, а возле конторы и на территории колонии стояло несколько грузовых и легковых машин. Я пошла по пустынной территории и недалеко от маленького хронического отделения встретила второго врача колонии — доктора Китаевича. Он был страшно взволнован и рассказал мне, что приблизительно за полчаса до моего возвращения на территорию колонии приехал офицер СС полиции в сопровождении химика и приказал доктору Китаевичу подготовить человек 20 больных на предмет испытания действия какого-то газа. Больных было приказано привести в помещение бани, находящейся тут же на территории колонии, а всех жителей с территории колонии убрать в свои дома.

Я пошла вместе с доктором Китаевичем к бане, возле которой стояли грузовые и легковые машины. Около машин возился немец, назвавший себя химиком. От машины отходил шланг к дверям бани. Из окна бани шла другая труба к генератору другой машины. Баня была герметически закрыта, в ней было помещено несколько человек больных.

Через полчаса немцы открыли двери бани и стали бросать на машины трупы. Машины с трупами ушли с территории колонии.

Когда я возвращалась в отделение, мне встретился тот офицер, который руководил отравлением больных. Он говорил по-русски и возмущенно накинулся на меня, спрашивая, на каком основании я шатаюсь на территории, в то время как отдан приказ, чтобы никого не было. Я ему ответила, что хожу по колонии потому, что являюсь главным врачом и желаю знать, что тут происходит с моими больными. Он мне ответил, что это меня не касается, и предложил мне сейчас же убраться.

Я пошла все-таки в тяжелое хроническое отделение для того, чтобы отобрать более сознательных больных, перевести их в рабочее отделение и этим спасти. Я уже наметила нескольких больных, но в это время тот самый офицер в сопровождении шефа местной полиции стал барабанить в окно, предлагая мне немедленно уйти, и при этом заявил: «Если вы немедленно не уйдете, вас убьют». Я ему стала объяснять, что я здесь являюсь врачом и желаю лечить больных. Он мне сказал, что ему все равно и что если я не послушаюсь его, то он меня отправит вместе с больными. Я вынуждена была уйти.

В этот день они уничтожили хронических больных в количестве 120 человек, а на следующее утро вывозили на машине евреев, находившихся в рабочем отделении. Тех больных, которые не были уничтожены путем отравления газом, немцы расстреливали.

Таким образом, первый раз было уничтожено около 200 больных. Остались больные рабочего отделения.

В конце октября на территорию колонии была послана бригада жандармерии, шефом ее являлся Шмидт, а его заместителем — Митман. Жандармы неоднократно заходили в рабочее отделение и избивали больных нагайками.

Больных, которые имели родных и могли кое-как самостоятельно работать, я совместно с доктором Китаевичем вывезла из больницы. Остальные больные, которые никого не имели, оставались у нас и их надо было кормить. 4 ноября я поехала в городскую управу для того, чтобы выписать продукты на больных. В управе мне заявили, что продуктов они выдавать не будут, так как больница закрыта. Я попросила начальника отдела здоровья при городской управе пройти со мной в генеральный комиссариат к Веберу для того, чтобы выяснить этот вопрос. Начальник и его сотрудники отказались со мной идти в генеральный комиссариат, и я пошла к Веберу одна. В то время его не было, и меня принял его заместитель. Он мне разрешил продлить кредит до 15 ноября и выписал питание. Но ввиду того, что рабочий день кончался, я с этой бумажкой

поехала домой. Когда я приехала в колонию, то увидела, что больные очень встревожены. Они заявили мне о том, что их заставляли рыть какие-то ямы недалеко от больницы, приблизительно на расстоянии 1 км. Им объяснили, что эти ямы роют для установления каких-то пушек. Я, уже наученная горьким опытом предыдущего уничтожения, тоже очень расстроилась и взволновалась. Я спросила немца В. Воленбаха, что здесь происходит. Он меня успокоил и заявил, что ямы вырыты для установления орудий. Я успокоилась, успокоила больных и ушла домой.

На рассвете следующего дня, т.е. 5 ноября 1941 года, ко мне пришел хозяйственник и заявил о том, чтобы я в колонию не ходила, потому что туда приехала большая полицейская группа, которая окружила колонию и будет расстреливать больных. Я вышла из дому часов в 6 утра, но в колонию не входила, я находилась около ларька, недалеко от больницы. Я заметила следующую картину: возле рабочего отделения, где размещались мужчины, стояла большая охрана из полицейских.

Как я уже показала, в рабочем отделении находились сознательные больные. Видя угрожающую им опасность, больные пытались выскочить через окна второго этажа, но и тех, кто выскакивал, сейчас же схватывали, бросали в машину и отвозили к тому месту, где была вырыта яма.

То же самое происходило и с женщинами. Никакие мольбы и просьбы не помогали. Все, в том числе и Митман, выводили больных из комнат, бросали их в машину, отвозили и расстреливали. Бесперывно с места расположения ямы были слышны выстрелы. В этот день было покончено с больными и с больницей [7, 25, с. 133-136].

О.И. Ольшевский, главный врач Минской областной психиатрической больницы, свидетельствует об уничтожении фашистскими захватчиками душевнобольных граждан, находившихся на излечении в г. Минске, во 2-м клиническом городке, в ноябре-декабре 1941 года, следующее.

...События, о которых я расскажу, относятся к ноябрю и декабрю 1941 года. Произошли они в г. Минске, во 2-м клиническом городке, где и работал врачом. Осенью 1941 года в психиатрическом отделении 2-й клинической больницы было около 400 больных, которых по состоянию здоровья нельзя было отпустить домой. Приблизительно в ноябре месяце военными немецкими властями было предписано подготовить к отправке в г. Могилев и в трудовую колонию Новинки больных, страдающих хроническими заболеваниями.

Спустя несколько дней отделение, в котором находились больные, было окружено отрядами полиции и началась погрузка больных на подошедшие крытые машины. Погрузка больных производилась в грубой, жестокой форме, сопровождавшейся угрозами применения оружия, резиновых палок как в отношении персонала, так и в отношении больных. Всего было вывезено около 300 человек, причем в это число, независимо от состояния здоровья, вошли все больные евреи.

Вечером этого же дня от людей, сопровождавших машины, хотя им было запрещено под угрозой смерти что-либо рассказывать, мне стало известно, что все больные были уничтожены на ст. Колодищи путем применения взрывчатых веществ.

В первых числах декабря того же 1941 года отделение снова было неожиданно окружено отрядом полиции и началось изъятие больных. Больных было взято около 100 человек. О дальнейшей судьбе этих больных я не знаю, так как попытки вступить в объяснение были не допущены под угрозой расстрела на месте. Но, судя по тому, что в декабре месяце больные выводились из отделения в одном белье и усаживались в не утепленные машины, было ясно, что больные вывозились на уничтожение.

Следовательно, в ноябре и декабре 1941 года из 2-го клинического городка было вывезено и уничтожено около 400 ни в чем не повинных, беспомощных, тяжело больных людей... [7, 25, с. 193-194].

Следует отметить, что в десятках других психиатрических больниц, не отмеченных в данной статье, были уничтожены все пациенты, здания и сооружения разрушены, а имущество разграблено.

Таким образом, вышеприведенные материалы об уничтожении душевнобольных во многих психиатрических больницах на обширных временно оккупированных территориях СССР, свидетельствуют о том, что немецкие оккупанты продолжали осуществление человеконенавистнической программы умерщвления «Т-4» несмотря на её официальное закрытие вплоть до падения гитлеровского режима. До настоящего времени остается неосвещенным вопрос о героическом поведении многих врачей, среднего и младшего медицинского персонала, часть которых стала жертвой фашистского террора.

Несомненно, отмеченные в данной работе вопросы уничтожения душевнобольных, как на территории Германии, так и на всей временно оккупированной территории немецкими захватчиками во время Второй мировой войны, в том числе и Украины, нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература

1. Том А. Идеологические и социальные источники дегуманизации психиатрической практики в фашистской Германии / А. Том, Н. Деккер // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 121-123.
2. Саркисянц М. Английские корни немецкого фашизма: От британской к австро-баварской «расе господ»: Курс лекций, прочитанный в Гейдельбергском университете / Пер. с нем. М.Ю. Некрасова / М. Саркисянц. — СПб.: Академический проект, 2003. — 398 с.
3. Ни давности, ни забвения...: По материалам Нюрнбергского процесса / Предисл. Л.Н. Смирнова; послесл. М.Ю. Рагинского. — М.: Юридическая литература, 1983. — 400 с.
4. Шабанов А.Н. Состояние психоневрологической помощи и мероприятия по ее улучшению / А.Н. Шабанов // Неврология и психиатрия. — 1949. — Т. XVIII. — № 1. — С. 5-15.
5. Коваленко П.И. Достижения и задачи в области организации психоневрологической помощи в УССР / П.И. Коваленко // Проблемы организации психоневрологической помощи: Тр. Украинского НИ психоневрологического института. — Т. 77. — Х.: Изд-во Укр. НИПНИ, 1958. — С. 7-21.
6. Сочнева З.Г. Психиатрическая помощь в Латвии в годы Великой Отечественной войны / З.Г. Сочнева // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 119-121.
7. Федотов Д.Д. О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны / Д.Д. Федотов // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — 1965. — Т. 12. — С. 443-459.
8. Дриkitис В.И. Нюрнбергский процесс / В.И. Дриkitис, Х. Салтупс. — Т. IV. — М., 1959. — С. 896.
9. Центральный государственный архив Октябрьской революции (ЦГАОР) СССР, фонд 7021, оп. 93, лист-дело 7-9.
10. Ройтельман А.Г. Из истории психиатрического дела на Житомирщине (1941-1945 гг.) / А.Г. Ройтельман // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 118-119.
11. Житомирский областной государственный архив (ЖОГА), фонд 351, опись 1, единица хранения 101, листы 18 об., 20.
12. ЦГАОР, фонд 7445, оп. 1, д. 1633.
13. ЦГАОР, оп. 57, д. 13.
14. ЦГАОР, ф.7021, оп. 54, д. 1341.
15. Пасечниченко А.М. Одесская областная психиатрическая больница № 1 в 1941-1945 гг. / А.М. Пасечниченко // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов под общ. ред. М.М. Кабанова и проф. В.В. Ковалева. — Л.: Изд-во Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — С. 115-117.
16. Зайцев А.П. Ленинградская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко в военные годы / Зайцев А.П. // Там же. — С. 111-114.
17. ЦГАОР, ф. 7021, оп. 30, д. 242.
18. ЦГАОР, ф.7021, оп. 22, д. 496, с. 97-101.
19. ЦГАОР, ф. 7021, оп. 26, д. 511.
20. ЦГАОР, ф. 7021, д. 334, с. 15-16.
21. ЦГАОР, ф.7021. оп. 31, д.-1066.
22. ЦГАОР, ф.7021, д. 22. 17 мая 1943 г.
23. Соколов Б.В. Оккупация. Правда и мифы: Меж двух диктатур / Б.В. Соколов [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://allk.ru/book/251/2499.html>.
24. ЦГАОР, ф.7021, оп. 116, д. 368, л. 52-53.
25. Судебный процесс по делу о злодеяниях, совершенных немецко-фашистскими захватчиками в Белорусской ССР (15-29 января 1946 г.). — Мн.: Госиздат БССР, 1947. — С. 133-136, 193-194.

УДК 616.89 (092)

Памяти профессора И.А. Полищука (К 105-летию со дня рождения)

Кузнецов В. Н.¹, Петрюк П. Т.²

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

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

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведено нові біографічні дані та спогади сучасників про творчий та життєвий шлях професора Й.А. Поліщука — видатного вітчизняного вченого, психіатра, педагога та філософа, талановитого представника української психіатричної школи, який упродовж всього свого життя прагнув створити науковий біохімічний фундамент патофізіологічного напрямку вітчизняної психіатрії. Приводиться аналіз творчої еволюції його поглядів та основних наукових досягнень. Підкреслюється значення наукового доробку ювіляра для вітчизняної і світової науки.

Ключові слова: професор Й.А. Поліщук, творчий та життєвий шлях, науковий доробок.

To memory of professor J.A. Poliscuk (To 105-th anniversary)

Kusnetsov V. M.¹, Petryuk P. T.²

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

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

Resume. On the basis of sources of the special literature new biographic information and flashbacks of contemporaries is resulted about the creative and vital way of professor J.A. Poliscuk — prominent domestic scientist, psychiatrist, teacher and philosopher, talented representative of Ukrainian psychiatric school, which during all life aimed to create scientific biochemical foundation of pathophysiological direction of domestic psychiatry. An analysis over of creative evolution of his looks and basic scientific achievements is brought. The value of scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined for domestic and world science.

Key words: professor J.A. Poliscuk, creative and vital way, scientific reserve.

*Действия людей — лучшие
переводчики их мыслей.
Д. Локк*



Полищук И. А.

Иосиф Адамович Полищук (1907-1978) — крупнейший отечественный ученый, психиатр, педагог и философ, ученик академика АН УССР В.П. Протопопова, талантливый представитель украинской психиатрической школы, о наличии которой свидетельствуют, в частности, как мы уже отмечали ранее, издание профессором хирургии и душевных болезней Харьковского университета П.А. Бутковским (первый профессор «науки о душевных болезнях» и первый ее официальный преподаватель) первого фундаментального учебника по психиатрии на русском языке «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии, в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» (1834), в котором автор впервые ввел в русскоязычном издании термин «психиатрия», что явилось толчком для развития психиатрии, как на Сабуровой даче, так и в России в целом; издание, благодаря энергии харьковского профессора П.И. Ковалевского, первого отечественного специального журнала «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (1883) и первого отечественного руководства по психиатрии; а также организация на базе Сабуровой дачи (ныне Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3) первой в мире психоневрологической академии — Украинской (Всеукраинской) психоневрологической академии (УПНА) (1932), в состав которой входило 5 специализированных

институты клинической психоневрологии, экспериментальной психоневрологии, детской психоневрологии, социальной психоневрологии, институт психоневрологических кадров, а также психологический сектор. Последний упомянутый институт был первым в мире институтом по подготовке психоневрологических кадров: психиатров, невропатологов, нейрохирургов, судебных психиатров, детских психиатров и невропатологов. УПНА была также первым и единственным учреждением в мире такого рода, где проводилось комплексное изучение нейронаук. Несмотря на политические противоречия того времени, деятельность УПНА получила высокую оценку известного Журнала американской медицинской ассоциации. Следует также отметить, что учеными и врачами Сабуровой дачи были заложены основы психиатрической, неврологической и нейрохирургической школ Украины [1-8].

Научные работы И.А. Полищука посвящены, главным образом, актуальным проблемным вопросам классификации, этиологии, патогенеза, генетики, клиники и лечения психических заболеваний, в первую очередь шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (МДП). Основное его направление — это биохимия эндогенных психозов [9-11].

Иосиф Адамович родился 18 ноября 1907 года в селе Коростова Волочиского района Хмельницкой области в многодетной семье крестьянина-кузнеца. После окончания Волочиской семилетней трудовой школы учился в Проскуровской, а затем в Каменец-Подольской медпрофшколе (медицинское училище), по окончании которой в 1925 году был направлен в качестве лекпома в село Поссай Балтийского района МАССР, где заведовал фельдшерско-акушерским пунктом.

В 1926 году И.А. Полищук поступил на охматдетский факультет Киевского медицинского института, который успешно закончил в 1931 году. Во время учебы в институте Иосиф Адамович принимал активное участие в работе студенческого кружка на кафедре психиатрии, возглавляемой профессором В.М. Гаккебушем, а также активно участвовал в общественной жизни института: был секретарем комсомольской организации, председателем студенческого товарищества. После окончания медицинского института И.А. Полищук был направлен на работу в пгт. Теофиполь Хмельницкой области, где в течение 1,5 лет работал в должности заведующего райздравотделом, совмещая эту работу с деятельностью практического врача.

С 1932 по 1934 годы Иосиф Адамович обучался в аспирантуре по психиатрии в Украинском психоневрологическом институте

(УПНИ), в клинике, руководимой профессором Г.Е. Сухаревой. Учёбу в аспирантуре он совмещал с работой в биохимической лаборатории данного института, руководимой профессором М.А. Чалисовым. С 1934 по 1941 годы — Иосиф Адамович ассистент кафедры психиатрии психоневрологического института и кафедры психиатрии 1-го Харьковского медицинского института, возглавляемой в то время профессором В.П. Протопоповым. В этот период И.А. Полищук совмещал педагогическую работу с научной в должности старшего научного сотрудника УПНИ и с административной — заведовал психиатрическим отделением. Принимал активное участие в общественной жизни института — был членом и председателем местного комитета, депутатом Червонозаводского районного совета г. Харькова [12-14].

В 1941 году, в связи с началом Второй мировой войны, И.А. Полищук в звании военного врача III ранга был призван в ряды Красной Армии и назначен на должность старшего врача полка. Принимал участие в военных действиях. При прорыве из окружения в районе Барышевки попал в плен и находился в Дарницком лагере для военнопленных. Вырвавшись из лагеря военнопленных, Иосиф Адамович работал вначале врачом-инфекционистом Волочиской районной больницы, а затем в призывной комиссии Волочиского райвоенкомата.

В августе 1944 года И.А. Полищук был зачислен на должность доцента кафедры психиатрии Киевского института усовершенствования врачей. Наряду с этим совмещал педагогическую работу на психоневрологическом факультете 2-го Киевского медицинского института с научной работой в должности старшего научного сотрудника отдела психиатрии Института клинической физиологии АН УССР (1944-1950). С 1954 года и до последнего дня своей жизни Иосиф Адамович заведовал кафедрой психиатрии Киевского института усовершенствования врачей (ныне Национальная медицинская академия последиplomного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика), где в период с 1959 по 1961 годы был вначале деканом, а с 1961 по 1966 годы — проректором по научной работе [9, 12].

В становлении профессора И.А. Полищука как учёного, педагога, психиатра и философа большое значение имела его совместная работа с профессорами В.М. Гаккебушем и Г.Е. Сухаревой. Будучи учеником и многолетним сотрудником академика АН УССР В.П. Протопопова, Иосиф Адамович внёс крупный вклад в развитие исследований по проблеме этиологии и патогенеза эндогенных психозов, в частности, шизофрении и МДП, тем самым, доказав, что он стоит на твёрдых

патофизиологических позициях. Его перу принадлежит более 110 научных работ, в том числе 4 монографии и 2 научно-популярных издания: «Вредное влияние алкоголя на потомство» (1962), «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), «Атлас для экспериментального исследования психической деятельности человека» (1968, 1980), «Психическое здоровье» (1975), «Шизофрения» (1976), «Клиническая генетика в психиатрии» (1981). Следует отметить, что по инициативе кафедры психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика к 100-летию со дня рождения выдающегося психиатра И.А. Полищука были изданы его «Избранные труды» (2007).

Напомним, что в кандидатской диссертации «О токсическом факторе при шизофрении» (1938) Иосиф Адамович описал ароматурию и ароматемию как проявление нарушений белкового метаболизма у больных шизофренией. Установил, что явления токсикоза обнаруживаются в случаях процессуальных периодов заболевания шизофренией, характеризующихся, в противоположность дефектным и ремиссионным формам, динамичностью и обратимостью психопатологической и биохимической семиотики. На основании полученных данных (ароматемия и ароматурия), а также увеличения в моче количества парных соединений и уменьшения родана следует думать, как утверждал Иосиф Адамович, что в организме больных шизофренией накапливается много токсических продуктов обмена ароматических аминокислот. Помимо непосредственного токсического действия, они мобилизируют для своего обезвреживания запасы серы, вызывая ее дефицит, тяжело отражающийся на других функциях организма, в частности, понижая синтез роданистых соединений. Следовательно, было доказано, что токсикоз при шизофрении обусловлен неправильным внутриклеточным обменом ароматических аминокислот [14]. И.А. Полищук одновременно изучает защитные механизмы против интоксикации и предлагает дезинтоксикационную терапию в виде гипосульфита (тиосульфата) натрия, а затем и других сернистых соединений, содержащих сульфгидрильные группы — унитиол, D-пеницилламин и другие.

Таким образом, Иосиф Адамович внес большой вклад в разработку дезинтоксикационной терапии психозов, которая успешно и широко применяется в психиатрической практике до настоящего времени.

Цикл работ И.А. Полищука по изучению этиопатогенеза эндогенных психозов, получивший широкое признание не только в нашей стране, но и за рубежом, обобщен им в докторской диссертации «Значение особенностей организма

и следовых факторов в патогенезе шизофрении и маниакально-депрессивного психоза» (1956). Изучая энергетический обмен у больных шизофренией и МДП, Иосиф Адамович установил принципиально важные понятия о гипознергизме и гиперэнергизме у данного контингента больных. Изучая совместно с академиком В.П. Протопоповым соматовегетативные расстройства у эндогенных больных, И.А. Полищук описывает **синдром витальной астении**. Признавая, что психоз — это заболевание не только мозга, но и всего организма, Иосиф Адамович, используя данные своих биохимических и соматовегетативных исследований, старался объяснить особенности психопатологической картины заболевания.

Большой оригинальностью отличается монография Иосифа Адамовича «Биохимические синдромы в психиатрии», в которой обобщены результаты исследований биохимических нарушений при психических заболеваниях, обосновывается роль биохимических нарушений в клинике психозов и место биохимии в психиатрических исследованиях. Развивается положение о том, что для понимания патофизиологии психозов могут иметь значение не отдельные биохимические показатели, а комплекс биохимических изменений в динамике. Рассматриваются такие часто встречающиеся при психозах метаболические нарушения, как алиментарные, аутоинтоксикационные, гипоксемические. Доказывается возможность биохимического исследования наследственной патологии. Уделяется внимание анализу расстройств энергетического обмена, а также биохимическому аспекту иммунологических и эндокринно-вегетативных нарушений в психиатрической клинике. Автор подверг клиническому анализу описанные биохимические синдромы и предложил вытекающие из них рациональные терапевтические мероприятия [15].

И.А. Полищук — один из наиболее талантливых учеников академика В.П. Протопопова и продолжатель оригинального патофизиологического направления в психиатрии, сблизившего его с общей медициной, открывшего новые пути в познании сущности психических заболеваний и в изыскании рациональных методов лечения и профилактики. В частности, Иосиф Адамович в последних своих работах **развивал гипотезу о мультифакториальном генезе шизофрении, принципы «обезьяживания» (детоксикации) в процессе лечения**. Его учение о структуре психозов — это учение о тех принципах, на основе которых врач отходит от схем, приближается к конкретному больному и ставит ему индивидуальный диагноз из мультифакториальности болезни [5].

Иосиф Адамович всегда уделял большое внимание эндокринным нарушениям при психических расстройствах. Его известная работа «Эндокринные вопросы психиатрии» может быть оцененной специалистами, как классическая [16]. Эндокринологические вопросы психиатрии профессор И.А. Полищук всегда группировал вокруг трех проблем:

- 1) психопатология эндокринопатий;
- 2) эндокринные нарушения при психозах, в особенности при эндогенных;
- 3) гормонотерапии нервно-психических заболеваний.

Все эти три проблемы, разумеется, тесно связаны между собой, хотя каждая из них имеет свой собственный круг вопросов. Суммируя опыт использования гормонов и средств, изменяющих функции эндокринных желез, в психиатрии, следует сказать, что эти препараты, как подчеркивал Иосиф Адамович, являются мощными лечебными факторами патогенетического действия, однако для своего применения требуют от врача не только знания их физиологии и фармакодинамических свойств, но и некоторых возможностей постановки специальных исследований для выявления показаний к их применению и контролю за ходом лечения.

И.А. Полищук подчеркивал, что эндокринологические наблюдения и исследования в психиатрии показывают, что психоз не может быть сведен единственно к патологии мозга, а является заболеванием всего организма и что нарушения деятельности головного мозга чаще всего, и в своей основе, зависят от глубоких расстройств основных жизненных процессов в теле. Эндокринологические исследования в психиатрии, наряду с биохимическими, приближают нас к истинному познанию сущности психозов на клеточном и молекулярном уровнях [16].

Иосиф Адамович подчеркивал, что в клинической сфере существует множество систем классификации как для психических расстройств в целом, так и для частных групп расстройств. Однако, из-за множества аспектов оценки нельзя ответить на вопрос, какая система классификации наилучшая вообще, так как системы различаются между собой своей приемлемостью в отношении отдельных критериев оценивания (формальная точность, польза, логическая последовательность и т. д.). Все существующие классификации психопатологических синдромов и аффективных психозов, по мнению профессора И.А. Полищука, носят описательный характер и не отражают патогенез и сущность упомянутых психических расстройств.

В этой связи, все психопатологические синдромы профессор И.А. Полищук делил на следующие группы:

- I. Органические психопатологические синдромы.**
- II. Экзогенные психопатологические синдромы.**
- III. Эндогенные психопатологические синдромы.**
- IV. Конституционально обусловленные синдромы и возрастные состояния.**
- V. Психогенные психопатологические состояния и синдромы.**
- VI. Защитные психопатологические синдромы.**

Сущность и этиологические моменты указанных групп психических расстройств освещены нами в предыдущих работах [5, 17].

Не менее интересными представляются взгляды И.А. Полищука на аффективные психозы и МДП [15]. Понятие «аффективные психозы», как справедливо подчеркивает Иосиф Адамович, возникло в связи с установлением генетической гетерогенности МДП. Периодические (монополярные) витальные депрессии чаще встречаются в семьях, отягощенных только периодическими депрессиями. Больные с такими депрессиями отличаются от больных МДП и преморбидно: это преимущественно лица со слабым типом нервной системы, сензитивные, легко ранимые, астенические. Предполагают, что в наследственности депрессивных психозов, а не МДП, играет большую роль X-хромосомный фактор.

Работами К. Клейста и К. Леонгарда [19] установлено существование клинически и генетически отличных от МДП монополярных и биполярных психозов, в психопатологической картине которых, помимо аффективных нарушений, наблюдаются как шизофреноподобные нарушения, так и экзогенные включения (расстройства сознания). Такие психозы часто называются «шизоаффективными». Консервативно настроенные авторы предпочитают говорить либо об атипичных формах шизофрении и МДП, либо смешанных психозах (смешении шизофренической и МДП наследственности). Генетическими исследованиями, однако, эта концепция не подтверждается, поскольку потомство от таких смешанных браков заболевает «чистыми» психозами (МДП или шизофренией). И, наконец, некоторые советские психиатры, отрицающие концепцию Клейста-Леонгарда о третьем эндогенном психозе, противопоставляли ему «периодический» психоз на резидуально-органической основе с локализацией в диэнцефальной области (Р.Я. Голанд, Г.Е. Сухарева, П.Ф. Малкин) [19].

Профессор И.А. Полищук утверждал, что четкое клиническое и генетическое сходство дает возможность уже в настоящее время говорить о следующих нозологических формах или группах аффективных психозов:

1. МДП — классические биполярные формы.
2. МДП — атипичные, смешанные состояния.
3. ДП — депрессивный психоз (периодическая витальная депрессия).
4. Циклоидный психоз с монополярной (фазофренией) и биполярной формами.
5. Периодические психозы, возникающие под влиянием экзогенных факторов на основе резидуально-органических поражений мозга дизэнцефальной локализации.

Характерно, что больные каждой из этих форм составляют надежную репрезентативную группу для углубленного патогенетического изучения. На основании собственных исследований профессор И.А. Полищук полагал, что заболевания 1-й группы представляют собой самостоятельную конституциональную болезнь (болезнь предрасположения) с поражением всей соматовегетативной сферы и нарушением метаболизма в направлении изменения энергетического (углеводно-фосфорного) обмена; заболевания 2-й группы — то же, что и первой, но модифицированные личностью и интенсивностью течения; 3-я — особая генетическая форма, быть может, связанная с мутацией генов, локализованных в коротком плече X-хромосомы, и характеризующаяся выраженным нарушением метаболизма по астеническому типу; 4-я — особая группа благоприятно протекающих эндогенных психозов без значительных изменений соматической сферы, но с выраженной церебральной неполноценностью; 5-я группа — экзогенно-органические заболевания с лабильностью структур межучасточного мозга и нарушением ликворопродукции и ликвородинамики [18].

Таким образом, приведенные классификации психопатологических синдромов и аффективных психозов, разработанные профессором И.А. Полищуком, позволяют учитывать отмеченные особенности патогенеза и сущность упомянутых расстройств, что, по нашему мнению, необходимо в свою очередь учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у указанного континента психически больных. Хочется надеяться, что результаты, разработанных классификаций И.А. Полищука, будут учтены при разработке очередного пересмотра Международной классификации болезней (МКБ), над созданием которого в настоящее время работает специальная группа специалистов ВОЗ.

Иосиф Адамович Полищук всегда был против огульной, интенсивной, активной ресоциализации, равно как и огульной, чрезмерной

поддерживающей терапии нейролептиками. Иосиф Адамович подчеркивал, что необходимы индивидуальные и комплексные мероприятия. Только конкретный анализ психопатологических и патофизиологических особенностей каждого больного позволяют наметить правильную схему медицинских и социально-психотерапевтических мероприятий по возвращению многих из них к трудовой жизни.

И.А. Полищук всегда был активным реформатором организации психиатрической помощи. Он выступал за введение системы нестеснения, за соблюдение деонтологических принципов в психиатрии. Интересны его взгляды на психотерапевтов. «Психотерапия, — говорил он, — предполагает готовить не специально психотерапевтов, а ориентированных на проведение психотерапии психиатров». Врачи, занимающиеся только социо- и психотерапией, фактически перестают быть врачами.

Круг научных интересов профессора И.А. Полищука был необычайно широк. Он изучал эндогенные психозы и пограничные состояния, вопросы геронто- и соматопсихиатрии, разрабатывал вопросы классификации психических расстройств, методологические и философские проблемы медицины, научной организации и управления охраной здоровья, занимался популяризацией медицинских знаний. Во все эти разделы Иосиф Адамович внес существенный вклад. Он очень вежливо и охотно откликался на все новое, прогрессивное, передовое в медицине. И.А. Полищук не переносил косности и консерватизма в мышлении некоторых психиатров, которые не могут расстаться с устаревшими представлениями о психозах, как заболеваниях особого класса, касающихся только психики, или в лучшем случае — мозга.

Иосиф Адамович был человеком энциклопедических знаний, владел несколькими иностранными языками, обладал огромной эрудицией в физиологии, патофизиологии, медицинской генетике, эндокринологии, иммунологии и других смежных дисциплин.

Большим успехом пользовались проводимые врачебные конференции в больнице имени И.П. Павлова, на которых сопредседателями нередко были профессор И.А. Полищук и Я.П. Фрумкин. Иосифа Адамовича очень любили пациенты и сотрудники. Для последних и коллег-профессоров он всегда был «генератором» новых научных идей. И.А. Полищук всегда с большой любовью и уважением цитировал научные работы своего учителя академика В.П. Протопопова. При этом любил подчеркивать, что он является как бы научным сыном академика, а мы, младшие, должны быть его научными внуками.

У Иосифа Адамовича был особенный стиль руководства кафедрой. Он предоставлял своим научным сотрудникам максимум научной инициативы, никогда не подавлял сотрудников личным авторитетом, а лишь направлял исследования в нужное русло. Несомненно, благодаря коллективному творчеству рождались интересные работы. И.А. Полищук всегда умел свои научные интересы и интересы своих сотрудников совместить, объединить с запросами клиники и практической психиатрии. На клинических разборах Иосиф Адамович любил умышленно уводить курсантов в сторону от постановки правильного диагноза, при этом подробно рассуждая о дифференциальной диагностике и обосновании диагноза, тем самым, способствуя повышению их профессионального мастерства.

И.А. Полищук много времени уделял подготовке молодых учёных и практических врачей. Под его руководством подготовлено и защищено 9 докторских и 19 кандидатских диссертаций. Свыше 3000 врачей-психиатров прошли специализацию, усовершенствование, обучение в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре психиатрии. Среди его учеников следует отметить таких как Л.А. Булахова, А.В. Олейник, В.С. Шапошников, Н.М. Попович, В.Н. Кузнецов, К.М. Михайлова, А.Е. Видренко, И.А. Ванштейн, Е.С. Лищук, П.Т. Петрюк и многие другие.

Как ученый и педагог профессор И.А. Полищук много энергии и знаний отдал развитию лучших традиций и достижений украинской психиатрической школы. Как врач и ученый, как крупнейший представитель украинской психиатрической школы, Иосиф Адамович большое внимание уделял развитию гуманистических принципов психиатрии, а также ее деонтологических основ.

Поражает его активность, профессиональная эрудиция, увлеченность, удивительная способность видеть новое и правильно интерпретировать и сопоставлять полученные результаты исследований, неутомимость, глубина и широта теоретической мысли, способность сплачивать дружный и работоспособный коллектив. Иосиф Адамович был замечательным врачом. Сострадание и сочувствие к больному, сколь бы тяжелым и безнадежным не являлось его состояние, всегда были ведущими принципами его общения с больными. И это всегда чувствовали больные и их родственники. Этому качеству постоянно учились у него окружающие его врачи и студенты. В служении душевнобольным он видел главный смысл своей жизни. **Он остается вдохновляющим примером для коллег и учеников.** Весь трудовой путь И.А. Полищука от фельдшера до ведущего ученого страны является примером сочетания большого таланта,

огромного трудолюбия, бескорыстного и самоотверженного служения душевнобольным.

Примечательно, что, выступая на научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора И.А. Полищука (г. Киев, 19 ноября 1997 года), профессор В.М. Блейхер справедливо отмечал, **что Иосиф Адамович входил в десятку лучших профессоров Советского Союза**, без него и Я.П. Фрумкина нельзя было бы представить себе конференции в больнице имени И.П. Павлова. В последующем, профессор А.П. Чуприков верно подметит, что **профессора И.А. Полищука следует считать классиком украинской психиатрической школы** [20].

Иосиф Адамович с уважением относился к молодым специалистам, даря им книги, как мы уже отмечали ранее, делал надпись «Для критики и размышления». Нельзя не отметить, с какой теплотой и уважением к профессору И.А. Полищуку прошла вышеупомянутая научно-практическая конференция и последующая юбилейная конференция, посвященная 100-летию со дня рождения Иосифа Адамовича (г. Киев, 23 ноября 2007 года). Безусловно, мы должны помнить об этом человеке, враче-психиатре и известном ученом.

В своей работе «Воспоминания об отце» сын И.А. Полищука профессор Ю.И. Полищук, который продолжает славные научные традиции своего отца, будучи руководителем отдела геронтопсихиатрии Московского НИИ психиатрии Росздрава, пишет, что одним из его главных человеческих качеств на протяжении всей жизни было большое трудолюбие и высокая работоспособность в достижении тех целей и задач в профессиональной деятельности, которые он перед собой ставил. Он выполнял такой объем умственной работы, который под силу обычно трем-четырем разным специалистам вместе взятым. Его отличала необыкновенная широта научных интересов, которые выходили далеко за рамки клинической психиатрии. Будучи преданным идеям своего учителя академика В.П. Протопопова, он стремился в своей научной деятельности к раскрытию патофизиологических основ и механизмов психических расстройств. В центре его научных интересов и исследований были биохимические и нейрхимические изменения при психических заболеваниях. Основным итогом работ в этой области явилась монография «Биохимические синдромы в психиатрии». Особый интерес в последние годы жизни у него вызывала генетика психических заболеваний.

Научные интересы Иосифа Адамовича не ограничивались проблемами биологической психиатрии. Он активно интересовался,

вникал и изучал многие вопросы не только биологической, клинической, но и социальной психиатрии. Его, в частности, интересовали вопросы социальной реабилитации психически больных, первичной и вторичной профилактики психических заболеваний с учетом влияния социальных и социально-психологических факторов на развитие, течение и исходы психических расстройств. По сути дела профессор И.А. Полищук уже тогда развивал и отстаивал концепцию биопсихосоциальной модели психических расстройств, о которой сейчас много говорится со ссылкой на зарубежных авторов.

Будучи высоконравственным, честным человеком, Иосиф Адамович отличался большой требовательностью к себе, своим ученикам, своим детям. Ему была присуща принципиальность и бескомпромиссность в поисках научной истины и жизненной правды. **Он не терпел лести и подхалимства, не любил ленивых и лживых людей.** Его никогда не устраивала полуправда и всяческие натяжки, попытки выдать желаемое за действительное. Это был настоящий рыцарь науки, готовый к сражению со своими оппонентами в открытой полемике и дискуссиях.

Говоря о его нравственном облике, нужно в наше время вспомнить о том, как он категорически возражал против разного рода подарков и подношений со стороны больных и их родственников в знак благодарности за успешное лечение. Он открыто их отвергал, и в этом проявлялась его моральная щепетильность, бескорыстие, скромность человека, рожденного и воспитанного в детстве и отрочестве в крестьянской семье. Его всегда отличала бытовая неприхотливость, индифферентное отношение к предметам роскоши, деликатесам, шикарной одежде. Он был удивительно прост и доступен в общении с разными людьми и прежде всего с пациентами. Его отзывчивость и готовность оказать помощь советом или делом по многим вопросам не только профессиональным, но и житейским известна многим, кто с ним общался и знал его.

В своем письме профессору Д.Д. Федотову, написанному за 2,5 года до своей преждевременной смерти, Иосиф Адамович излагает основные принципы и задачи преподавания психиатрии, которые вырабатывались им на протяжении многих лет преподавательской деятельности на кафедре психиатрии Киевского государственного института усовершенствования врачей. И.А. Полищук, в частности, пишет, что врачи, окончившие медицинские институты и приезжающие на специализацию по психиатрии очень плохо подготовлены по данной специальности, им приходится «вдалбливать» самые элементарные знания, необходимые для работы в психиатрических учреждениях.

Приходится также убеждаться в плохой их подготовке и по смежным теоретическим дисциплинам, так необходимым для деятельности психиатра, а именно: эндокринологии, иммунологии, генетике, биохимии и другим. Для ликвидации упомянутых дефектов Иосиф Адамович рекомендует:

- 1) восстановить преподавание ВНД и современной нейропсихологии, может быть в курсе современной медицинской психологии или патопсихологии;
- 2) при изложении нозологических форм необходимо больше давать сведений о сущности психических форм заболеваний, то есть патофизиологии их как болезней всего организма, используя достижения современной клинической и теоретической медицины (надо найти время и не бояться повторов, чтобы изложить хотя бы вкратце такие проблемы в соответствующих разделах, как молекулярная генетика, иммунология, вирусология, теоретическая и клиническая эндокринология, биохимия и других в современном аспекте и в связи с психической патологией);
- 3) должна быть не только вводная лекция по истории мировой и отечественной психиатрии, но и в историческом аспекте при изложении всех тех программ, памятуя высказывание академика Д.И. Щербакова о том, что разумное существо человек обязательно связывает в своем мышлении по времени — *прошрое, настоящее и будущее, ибо нельзя понять настоящее без прошлого и нелепо мечтать о будущем, не освоив настоящего*;
- 4) указанное в пункте 3 должно обязательно сочетаться с методологическим (философским) аспектом психиатрических проблем, в центре которых должна стоять проблема взаимосвязи биологического и социального (и психологического), неправильное решение которой как в прошлом, так и в настоящем, порождало идеологические споры.

И.А. Полищук подчеркивает, что все сказанное, естественно, относится и к учебникам по психиатрии, которые страдают этими же дефектами, что и преподавание. Надо писать новые учебники, а для врачей и руководства [21].

Профессор И.А. Полищук оставил после себя живой образ самого гуманного, доброго, порядочного, честного, интеллигентного и высокоинтеллектуального человека, высочайшей степени профессионала-психиатра, талантливейшего, всесторонне образованного ученого с глубоким научным мышлением, прекрасного лектора и педагога, привлекавшего огромное количество слушателей на свои непревзойденные

по содержанию и форме лекции. Свою научную, лечебную и педагогическую деятельность Иосиф Адамович совмещал с большой общественно-организаторской работой: был членом президиума Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, заместителем председателя правления Республиканского общества невропатологов и психиатров, председателем Республиканской проблемной комиссии «Психиатрия» Министерства здравоохранения УССР, главным психиатром Министерства здравоохранения УССР на протяжении 17 лет, членом редколлегии журнала «Врачебное дело», руководителем методологического семинара для профессоров Киевского института усовершенствования врачей «Философские проблемы биологии и медицины», активным организатором и участником психиатрических съездов и конференций, председателем секции по распространению медицинских знаний республиканского общества «Знание», претворяя в жизнь свои научные разработки и идеи своего учителя.

Боевая, трудовая и научная деятельность профессора И.А. Полищука отмечена рядом правительственных наград: орденом Трудового Красного Знамени, медалями «За оборону Киева», «За трудовую доблесть», «За доблестный труд», Почётной грамотой Президиума

Верховного Совета УССР. Примечательно, что Иосиф Адамович похоронен на Байковом кладбище г. Киева рядом с могилой своего любимого учителя академика В.П. Протопопова.

Мы живем в сложное время, полное перипетий для науки Украины вообще, и для психиатрии в частности. Появляются тенденции к девальвированию отечественной психиатрии. Поэтому и сейчас особенно важно не забывать тех, кто составлял её честь, гордость и славу. Отмечая 105-летие со дня рождения профессора И.А. Полищука, мы бережно храним о нем память, как о крупном ученом, прекрасном враче и педагоге, общественном деятеле, светлом и мудром человеке, достойном сыне украинского народа, ярком представителе творческой интеллигенции Украины. Бесспорно, благодаря таким честным и принципиальным психиатрам, как Иосиф Адамович, украинская психиатрия не стала служанкой тоталитарной системы.

Выражение признательности

Авторы выражают искреннюю признательность сотрудникам кафедры психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика за полезные советы и предложения при работе над более ранней версией данной статьи.

Литература

1. Кузнецов В.М. Психіатрія / В.М. Кузнецов, В.М. Чернявський. — К.: Здоров'я, 1993. — 344 с.
2. Петрюк П.Т. Дореволюционный этап деятельности Сабуровой дачи / П.Т. Петрюк // История украинской психиатрии: Сборник научных работ. — Т. 1. — Х.: Б.и., 1994. — С. 112-115.
3. Петрюк П.Т. Профессор Павел Иванович Ковалевский — выдающийся отечественный учёный, психиатр, психолог, публицист и бывший сабурянин (К 160-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2009. — № 3 (24). — С. 77-87.
4. Петрюк П.Т. Сабурова дача: хронология лидерства в украинской психиатрии / П.Т. Петрюк, И.К. Сосин, И.И. Кутько, А.П. Петрюк // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2011. — № 1 (19). — С. 73-77.
5. Поліщук Й.А. Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра. — К.: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, 2007. — 608 с.
6. Петрюк П.Т. Профессор П.А. Бутковский — основоположник научной и практической психиатрии в Украине (К 210-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2010. — № 2 (27). — С. 79-86.
7. Булахова Л.А. Памяти моих учителей психиатрии / Л.А. Булахова // Психічне здоров'я. — 2010. — № 1 (26). — С. 79-82.
8. Яновский С.С. Вопросы судебной психиатрии в первом руководстве по психиатрии «душевные болезни» (1834) П.А. Бутковского / С.С. Яновский // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. — Т. 1. — Киев-Харьков-Днепропетровск: Б.и., 1994. — С. 3-4.
9. Иосиф Адамович Полищук: Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1979. — Т. 79. — № 6. — С. 814.
10. Кузнецов В.Н. Патофизиологическая школа академика В.П. Протопопова в украинской психиатрии / В.Н. Кузнецов // История украинской психиатрии: Сборник научных работ. — Т. 1. — Х.: Б.и., 1994. — С. 82-85.
11. Кузнецов В.Н. Выдающийся отечественный психиатр профессор Иосиф Адамович Полищук (К 95-летию со дня рождения) / В.Н. Кузнецов, П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2003. — № 1 (1). — С. 89-92.
12. Напреев О.К. Історія психіатрії / О.К. Напреев, А.О. Двірський // Психіатрія / Напреев О.К., Влох І.Й., Голубков О.З. із співавтор.; За ред. проф. О.К. Напреева. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 12-29.
13. 25 лет Украинского психоневрологического института: Труды УПНИ. — Х.: Издание УПНИ, 1945. — Т. 15. — 220 с.

14. Диссертации (тезисы) и отчёт о научной работе Центрального психоневрологического института. — Х.: Издание УПНИ, 1940. — 184 с.
15. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии / И.А. Полищук. — К.: Здоров'я, 1967. — 136 с.
16. Полищук И.А. Эндокринологические вопросы психиатрии / И.А. Полищук // Труды Государственного научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. — Т. XXIX. — Л., 1963. — С. 157-169.
17. Петрюк П.Т. Вопросы классификации психических расстройств в научных работах профессора И.А. Полищука (К 100-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15. — Вип. 3 (52). — С. 110-112.
18. Полищук И.А. Маниакально-депрессивный психоз и аффективные психозы / И.А. Полищук // VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тезисы докладов. — Х.: Б.и., 1978. — С. 339-340.
19. Leonhard K. Атипичные психозы и учение Клейста об эндогенных психозах / K. Leonhard // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 119-142.
20. Чуприков А.П. XIV съезд психиатров России: Отчет о зарубежной командировке проф., д-ра мед. наук А.П. Чуприкова / А.П. Чуприков. — К.: ООО «Институт нейropsychиатрии А. Чуприкова», 2005. — 32 с.
21. Письмо профессора И.А. Полищука профессору Д.Д. Федотову от 22.02.1976 г. — 3 с. // Из личного архива профессора Ю.И. Полищука.

Памяти Михаила Ивановича Буянова



Буянов Михаил Иванович

22 апреля 2012 г. на 73 году жизни скоропостижно скончался Буянов Михаил Иванович.

Ушел из жизни известный российский врач, писатель, путешественник (из последнего путешествия он не вернулся).

Михаил Буянов — президент Московской психотерапевтической академии, заведующий первой в истории России кафедры психотерапии детей и подростков.

Михаил Буянов — президент Российского общества друзей Александра Дюма (РОДАД), председатель Российского общества медиков-литераторов и директор издательства РОМЛ.

Михаил Буянов — действительный член Московской психотерапевтической академии, почетный член французского Общества друзей Александра Дюма (проехав и прошагав по маршруту поездки Дюма на Кавказ, он написал интереснейшую книгу, связавшую вчерашний и сегодняшний день этого региона) и ряда других обществ, с 1989 года член Союза журналистов СССР.

Михаил Буянов является высококвалифицированным специалистом мирового уровня в области психологии, психотерапии и психиатрии, он также известен как историк, литературовед и публицист. В его публикациях кроме медицинских были также общественно-политические и научно-мировоззренческие темы. Многие из написанного им в 20 веке стало providческим. Особо ценными для многих стали книги, обобщающие его огромный врачебный опыт, объясняющие процессы и явления при различных психических заболеваниях детей, дающие научные и практические рекомендации

медикам и, особенно, родителям таких детей. Одним из первых в стране он начал заниматься проблемой аутизма детей.

Миллионы наших сограждан знали его по страстным выступлениям на радио и телевидению в советское время и в современной России: против подавления свободы, против мракобесия в науке и религии и т.п. Тысячи родителей вылеченных им на разных континентах детей с благодарностью помнят его. Многогранный, интересный человек, неутомимый путешественник и исследователь — он всё своё свободное время посвящал изучению жизни в самых экзотических точках планеты: многочисленные поездки в страны Азии, Африки, Америки нашли отражение в написанных им книгах.

Известный российский врач и писатель Михаил Иванович Буянов родился 22.10.1939 года в Москве. В 1962 году окончил Второй Московский медицинский институт им Н.И. Пирогова, затем аспирантуру по психиатрии в этом же институте и в 1968 году защитил кандидатскую диссертацию «Формирование вариантов тормозимой психопатии (клинико-катамнестическое исследование)».

В 1962–64 годах доктор Буянов работал главным детским психиатром Алтайского края, в 1968–88 годах преподавал детскую психиатрию и психотерапию в Центральном институте усовершенствования врачей, в 1970–80 годах был ученым секретарем Всесоюзного, Всероссийского и Московского научных обществ невропатологов и психиатров, в 1975–80-х годах — генеральным секретарем Объединения детских психиатров социалистических стран. Был руководителем подготовки всех мероприятий по детской невропатологии и психиатрии, проводившихся в СССР в 1968–80 годах, эпизодически — и позже.

Ни в каких политических партиях никогда не состоял. Доктор Буянов — первый советский психиатр, который на страницах официальной советской прессы («Неделя», май 1987) выступил против расширительного толкования психических нарушений и использования психиатрии в карательных целях. До него выступали ярче, резче и громче, но за пределами СССР, а в СССР он был первым. Поэтому на него обрушился репрессивный аппарат тоталитарного государства и зараженных фанатизмом коллег, но доктор Буянов все это выдержал, продолжая свою врачебную и просветительскую деятельность. В 1992 году его избрали президентом вновь организованной Московской психотерапевтической академии, он стал также заведующим

первой в истории России кафедры психотерапии детей и подростков (в указанной академии). Михаил Буянов — действительный член Московской психотерапевтической академии, почетный член французского Общества друзей Александра Дюма и ряда других обществ, с 1989 года член Союза журналистов СССР.

В 1995–2001 годах М.И. Буянов — консультант Государственной Думы Российской Федерации. В условиях ельцинско-путинского режима М.И. Буянов неизменно сторонится интриг, суеты, презентаций и прочего естественного для буржуазного общества времяпровождения; он остается независимым, объективным, решительным критиком общественных недостатков, невзирая на преходящие идеологические догмы. Кроме того, что Михаил Буянов является высококвалифицированным специалистом мирового уровня в области психологии, психотерапии и психиатрии, он также известен как историк, литературовед и публицист.

В 1989–91 годах каждую субботу выступал на Radio Liberty, в 1991–99 годах каждые 15–20 дней вел передачи по радио России и на иных радиостанциях (особенно на «Маяке»). С 1999 года М. Буянов постоянный автор радио «Эхо планеты» (Чикаго). М. Буяновым опубликовано более 300 статей на политические, медицинские, литературоведческие и иные темы.

При тоталитаризме книги Михаила Буянова практически не выпускались, кроме «Ребенку нужна родительская любовь» (1984) и монографии «Недержание мочи и кала» (1985). С началом гласности стали выходить его книги и очень большими тиражами. Первая из них — «Беседы о детской психиатрии» (1986) — была переиздана на русском языке в 1992 году и переведена на 12 языков, в том числе на английский, арабский, греческий и португальский.

М. Буянов выпустил книги «Дюма, гипноз и спиритизм» (М., 1991), «Форстер: жизнь диссидента» (М., 1992), «Дюма в Дагестане» (М., 1992), «Дюма в Закавказье», «По следам Дюма», «Маркиз против империи, или Путешествия Кюстина, Бальзака и Дюма в Россию» (М., 1993); «Александр Дюма в России» (М., 1996) — первый в истории дюмаведческий сборник — вышел под редакцией и с участием М.И. Буянова, это же относится и к сборнику «Александр Дюма и современность», М., 2002.

Жизнь и творчество Александра Дюма освещаются и во многих других книгах Михаила

Буянова: «Смятение душ, или Книга для мам и пап, бабушек и дедушек, из которой они узнают о психоневрологических расстройствах у детей и подростков» (М., 1994), «Лики великих, или Знаменитые безумцы» (М., 1995), «Религия и психотерапия» (М., 1998) и в других. С 1992 года Михаил Буянов президент впервые созданного в России Общества друзей Александра Дюма.

Доктор Буянов выпустил книги «Ребенок из неблагополучной семьи» (М., 1988), «Заикание у подростков» (М., 1989), «Размышления о наркомании» (М., 1990), «В кабинете детского психиатра» и «Основы психотерапии детей и подростков» (Киев, 1990), «Тайны детской психотерапии» (М., 1990), «Под ударами судьбы», «Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (руководство для врачей и логопедов)» (М., 1995), «Революция и психопатология», «Психиатры и политика» (М., 1996), «Холокост и психика», «Обретение воли, или Как взрослеют люди и народы», «От одиночества к общению, или Контактология» (М., 1998), «Бродяги», «Кризис» (М., 1999), «Иные» (М., 2001).

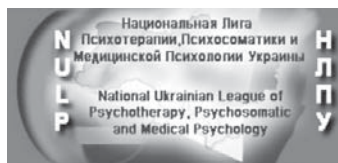
Книги этого автора — «Преждевременный человек» (М., 1989), «Профессия — психиатр» (М., 1991), «Президиум, или Кто управляет советской психиатрией» (М., 1992), «Дело Бейлиса» (М., 1993), «Скажи все, как есть» (М., 1994), «Схватки в свинарнике» (М., 1995) и некоторые другие — рассказывают об истории психиатрии, в первую очередь отечественной. М.И. Буянов — автор трилогий «Безумие», «Тоска», «Распад» (М., 2001), «Уродства любви», «Блуд», «Я — психиатр» (М., 2002) и «Страх», «Один», «Злоба» (М., 2002).

В общей сложности Михаил Буянов выпустил более 80 книг, выходявших приблизительно на 20 языках, более 20 учебных лекций, методических пособий и инструкций, а также более 600 статей. С 1992 года Михаил Буянов председатель впервые созданного Российского общества медиков-литераторов.

Он ушел от нас внезапно, не закончив начатые книги и дела. И нам будет очень недоставать в нашей жизни Михаила Ивановича Буянова.

Помним, скорбим...

<http://www.m-buyanov.ru/>



Национальная Лига
Психотерапии, Психосоматики
и Медицинской Психологии Украины



Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій на 2012 рік» **10-12 жовтня 2012 року** в межах конференції «Проблеми організації, управління, економіки і маркетингу санаторно-курортних послуг» на базі клінічного санаторію «Березівські мінеральні води», відбудеться науково-практична конференція

«Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження», присвячена 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО

Запрошуємо Вас взяти участь в роботі конференції. В програмі конференції планується розглянути такі аспекти психічних і соматичних розладів: клінічні, психологічні, біологічні, соціальні. Планується проведення майстер-класів, круглих столів. Запрошення учасникам заходу від імені оргкомітету є підставою для відрядження.

Адреса оргкомітету: кафедра психотерапії ХМАПО, ЦКЛ «Укрзалізниця», 61103, м.Харків, пров. Балакірева, 5

Довідки з організаційних питань можна одержати за наступними телефонами:

(057) 343-41-44, (057) 349-44-23

E-mail: PsychotherapyKharkiv@rambler.ru

Заявки до участі в конференції відсилайте за адресою: <http://nulp.com.ua>

Будуть опубліковані матеріали конференції.

ВИМОГИ ДО ПУБЛІКАЦІЇ:

- відповідність тематиці конференції;
- обсяг — 1 сторінка;
- шрифт Times New Roman, 14 кегль, друком через 1 інтервал;
- поля: зліва — 3см, справа — 1,5 см, зверху і знизу — 2 см.

До розгляду будуть прийматися роботи, які не публікувалися та не подавалися до друку раніше. Викладання робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ, матеріали та методи дослідження, отримані результати. Назви тез повинні передувати індекс УДК, далі автори тез (ім'я, по батькові, прізвище, місце роботи).

Тези та номер квітанції про оплату необхідно надсилати до **15 квітня 2012 року** електронною поштою: E-mail: PsychotherapyKharkiv@rambler.ru

Вартість публікації 40 грн за сторінку.

Оплату здійснювати поштовим переказом за адресою: Селюковій Тетяні Василівні, 61089, м. Харків, проспект Фрунзе, д.39, кв.57

Пропозиції щодо доповідей, проведення майстер-класів на коференції просимо надсилати до **15 квітня 2012 року** на електронну пошту: E-mail: PsychotherapyKharkiv@rambler.ru

Координати санаторію «Березівські мінеральні води»:

З питань проживання та харчування – Оксана Вікторівна : моб. (067) 54-25-459

Адреса санаторію «Березівські мінеральні води»: 62363 с. Березівське, Дергачівський район, Харківська обл., тел. (057) 700-33-16 тел./факс (057)712-20-27

Оргкомітет

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»*

Деякі питання нормативно-правового врегулювання роботи в галузі медичної психології в медичній мережі

Останнім часом в галузі охорони здоров'я виникають питання що до порядку діяльності фахівців з медичної психології. Відповідно до наказу МОЗ України від 12.03.2008 року №122 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 23.02.2000 року №33» посада «медичний психолог» має визначатися (замінена у всіх додатках Наказу), як «лікар-психолог» або «практичний психолог» відповідно до профілю закладу охорони здоров'я та його функцій.

Це визначає, що зарахування на відповідну посаду фахівця з базовою медичною або психологічною освітою здійснюється керівництвом закладу охорони здоров'я відповідно до чинного законодавства виходячи з виробничої необхідності.

Виробнича необхідність має визначатися відповідно до професійно змістовної діяльності практичних психологів, лікарів психологів і інших фахівців, яка регламентується Наказом МОЗ України від 3.04.2008р. №199 «Про порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» де визначається, що поряд з психодіагностичним методом, вони застосовують методи психологічного і психотерапевтичного впливу.

«6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний».

Листом МОЗ України від 26.08.2008 №10.03.67/1373 уточнюється, що «Працівників, які працюють на посадах психологів та мають повну вищу педагогічну освіту відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст) та пройшли спеціалізацію з практичної психології, мають бути переведені на посади практичних психологів. На посади лікарів-психологів призначаються фахівці, які мають повну вищу освіту за напрямком підготовки «Медицина» та спеціалізацію за фахом «Медична психологія»».

Крім того, листом МОЗ України від 19.06.2008 №10.03.67/971 визначається порядок підвищення та доплат практичним психологам.

Тобто перехід для зарахування на відповідні посади фахівців як з медичною, так і психологічною освітою не існує.

**Головний позаштатний спеціаліст
МОЗ України зі спеціальностей
«медична психологія» і «психотерапія»,
Зав. кафедри психотерапії,
д.м.н., проф. Б.В. Михайлов**

Модель функціонування медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги за реформою галузі охорони здоров'я

19-20 квітня 2012р. в м.Донецьку відбулася конференція «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» в межах якої відбулися наради головних спеціалістів МОЗ АР Крим, обласних та м.Київа і м.Севастополя управлінь охорони здоров'я.

Були обговорені змістовні і організаційні питання надання психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги в умовах реформування галузі за досвідом пілотних регіонів, в т.ч. і Донецької області, де функціонує заклад «Обласна клінічна психоневрологічна лікарня — медико-психологічний центр».

На нараді відпрацьована і схвалена модель організації медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги, яка пропонується для узгодження в подальших нормативних документах МОЗ.

Реформа галузі охорони здоров'я проводиться відповідно до наказів МОЗ України:

- від 05.10.2011 № 646 «Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах»;
- від 04.12.2011р. №755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»;
- від 31.10.2011р. №732 «Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів» відносно упорядкування медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (ПМСД) надають Центри ПМСД. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- до компетенції лікарів загальної практики — сімейних лікарів має бути віднесена координація з медико-психологічною і психотерапевтичною мережею здійснення заходів по охороні психічного здоров'я населення;
- має бути створений кабінет лікаря — психолога/практичного психолога.

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (ВМД) надають заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- лікарня інтенсивного лікування — має бути створений кабінет лікаря — психолога/практичного психолога;
- лікарня планового лікування — має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога;
- лікарня відновного лікування — мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога;
- багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування — має бути кабінет лікаря-психолога/практичного-психолога;
- консультативно-діагностичний центр — мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (ТМД) надають високоспеціалізовані багато-профільні або однопрофільні закладами охорони здоров'я. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- обласна лікарня (обласна дитячих лікарня) — мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення;
- центри високоспеціалізованої медичної допомоги — мають бути створені медико-психологічні Центри;
- клініки науково-дослідних інститутів — мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Спеціалізована психіатрична мережа. У стаціонарі мають бути створені мультидисциплінарні бригади у складі:

- Лікаря-психіатра;
- Лікаря-психотерапевта;
- Лікаря-психолога/практичного психолога;
- Трудотерапевта;
- Соціального працівника.

В амбулаторній мережі мають бути створені кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Така структура медико-психологічної допомоги дозволить максимально покращити лікування хворих на гострі психічні розлади, суттєво поліпшити психосоціальну реабілітацію цих хворих, значно оптимізувати допомогу хворим на невротичні та психосоматичні розлади.

**Головний позаштатний спеціаліст
МОЗ України зі спеціальностей
«медична психологія» і «психотерапія»,
Зав. кафедри психотерапії ХМАПО,
д.м.н., проф. Б.В. Михайлов**



Перша Національна Соціальна Програма
“З турботою про співвітчизника”

КАРБАМАЗЕПІН-ФС

КАРБАМАЗЕПІН



ГАБАНТИН 300

ГАБАПЕНТИН



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія

Ми робимо якісне лікування доступним!



ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бул. Лепсе, 8

Тел.: (+38-044) 404-85-05 • www.phs.com.ua

10 лет успешного опыта применения
в психиатрической практике

Зипрекса®
Оланзапин
ПОМОГАЕТ ЖИТЬ

Оптимальное решение на всех этапах терапии шизофрении и биполярного расстройства

Мое будущее было
ограничено
больничными стенами



Разнообразные формы выпуска препарата Зипрекса®:

- Помогают подобрать лечение
согласно индивидуальным
потребностям каждого пациента^{1,2,4}
- Обеспечивают преемственность
этапов терапии^{3,5}

	Комплаентность	
Ажитация	Низкая	Высокая
Высокая		
Низкая		



Теперь я хочу большего

ЗИПРЕКСА® (ZYPREXA®), Регистрационный номер П N014208/01, Международное непатентованное название (МНН): оланзапин, Антипсихотическое средство (нейролептик). **Показания к применению.** Шизофрения у взрослых: лечение обострений, поддерживающая и длительная противорецидивная терапия больных шизофренией и другими 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 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 Neuropsychopharmac 2003;6:97-102. 5. Adapted from Haro J et al.: Antipsychotic treatment discontinuation in the out-patient treatment for schizophrenia, 24-months results from the pan-european SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study, Poster presented at XX. International Congress on Schizophrenia Research, Program No. 117778. Savannah, GA USA, April 2-6, 2005

UBM-CNS-AD-01-010610

Эли Лилли Восток С.А.

01004, Украина, Киев, ул. Красноармейская, 9/2, офис 15

Тел.: (044) 490 25 85 /86 /87, факс: (044) 490 25 88

Lilly