

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

3-4 (40-41) 2013

MENTAL HEALTH

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Любов БАРАНОВСЬКА

к.мед.н., заступник головного редактора, завідувач міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги (КМКПНЛ №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

Ярослав РАДИШ

доктор наук державного управління, професор кафедри Управління охорони суспільного здоров'я Національної Академії державного управління при президентові України

Григорій ЛИСЕНКО

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

Сергій МАЛЯРОВ

к.мед.н., лікар-консультант Центру психосоматики і депресії універсальної клініки «Оберіг»

Валентина МЕЛЬНИК

директор Центру медицина в права «Справедливість», юридичної консалтингової компанії «Дефенс»

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, заслужений лікар України

Олег НАСІННИК

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

Валерій СВІНАРЬОВ

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

Іван СОСІН

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

Анатолій ЧУПРИКОВ

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

Юрій ЮДІН

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

Відповідальний секретар:

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, Кричун Ю.Я.

Секретаріат:

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

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика к.мед.н. Гончар Т.О.

Клінічний ординатор кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика Галушка Т.С.

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

За зміст рекламних матеріалів відповідає рекламодавець.

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 № 8 від 16.10.2013 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел.: (044) 468-36-13.

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

Тел.: (044) 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 19/11/2013 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 0086.

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Онищенко І.В.</i> Особистісні характеристики пацієнтів, що страждають на псоріаз	5
<i>Царенко О.М.</i> Комплексний аналіз ефективності інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування	10
<i>Підлубний В.Л.</i> Особливості невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств	18
<i>Василенко А.О., Хоменко О.П.</i> Стан надання медичної допомоги хворим, що страждають на психічні розлади, в умовах Міської консультативно-діагностичної поліклініки КМКПЛ № 1	24
<i>Глушко С.Ф.</i> Особенности взаимосвязи церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга у больных с постинсультной депрессией	35
<i>Шахова Л.Н.</i> Особенности психоэмоциональных нарушений у студентов-инвалидов, обучающихся в высших учебных заведениях	40
<i>Дзеружинська Н.О., Дзюба О.М., Здорик І.Ф.</i> Оцінка когнітивних функцій у хворих на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою	43
Аддиктивні розлади	
<i>Рыткис И.С.</i> Психогигиена и психопрофилактика табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста	48
Дитяча та підліткова психіатрія	
<i>Аймедов К.В., Горищак С.П., Кривоногова О.В.</i> Психические и поведенческие расстройства у детей оперированных по поводу частичного нейрорахизиса	52
Медична психологія та психотерапія	
<i>Піонтковська О.В.</i> Базові засади та обґрунтування медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології	58
<i>Зинченко Е.Н.</i> Психологические особенности больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности	65
Психофармакотерапія	
<i>Кутько И.И., Терёшина И.Ф.</i> Влияние иммуномодулирующей терапии на продукцию провоспалительных цитокинов (ФНО-α, IL-1β) в культурах мононуклеаров периферической крови больных с рекуррентным депрессивным расстройством	71
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Карлова А.Л.</i> Подготовка к внедрению в Украине оценки медицинских технологий	77
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П., Кузнецов В.Н.</i> Профессор Карл Теодор Ясперс: штрихи к жизненному и творческому пути известного немецкого психиатра, психолога и философа-экзистенциалиста (К 130-летию со дня рождения)	85
<i>Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Бессмертный А.В.</i> Исторические вехи организации и становления кафедры психотерапии ХМАПО от первых изысканий до современности	94
<i>Кутько И.И., Панченко О.А.</i> Рецензия на трехтомное издание книги Ю.А.Александровского «ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ», Москва, издательская группа «ГЭОТАР - Медиа», 2013. Украины	99

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
І. Ф. Аршава (Україна)
К. Л. Барановський (Україна)
А. М. Бачеріков (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)
І. Я. Пінчук (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)
Л. Т. Уралова (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>Onyschenko I.V.</i> Personality descriptions in patients suffering by psoriasis	5
<i>Tsarenko H. M.</i> Comprehensive analysis of efficiency integrative set of measures of psychosocial correction of maladjustment hospital patients with paranoid schizophrenia in conditions of compulsory treatment	10
<i>Podlubniy V. L.</i> Features neurotic stress-related and somatoform disorders in the organized population of industrial workers.	18
<i>Vasilenko A.O., Khomenko O.P.</i> State of grant of medicare to the patients that suffer on psychonosemas, in the conditions of the Municipal consultative-diagnostic policlinic of KMKPL № 1.	24
<i>Glushko S.F.</i> The characteristic of cerebral hemodynamics and bioelectric brain activity in patients with post-stroke depression.	35
<i>Shahova L.N.</i> Especially psycho-emotional disorders in students with disabilities enrolled in higher education institutions	40
<i>Dzeruzhinskaya N.A., Dziuba A.N., Zdoryk I.F.</i> Assessment of cognitive function in patients with depressive disorders comorbid with hypertension	43
Addictive disorders	
<i>Ritkis I.S.</i> Psychohygiene and psychoprophylaxis smoking and tobacco in young age.	48
Children's psychiatry	
<i>Aymedov K.V., Gorischak S.P., Krivonogova O.V.</i> Psychical and behavior disorders for children operated on occasion of partial neurorakhishizis . .	52
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Piontkovska O.V.</i> Basic principles and rationale medical and psychological assistance in the field of pediatric oncology	58
<i>Zinchenko O.M.</i> Psychological characteristics of patients with organic non-psychotic disorders living in rural areas	65
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Kutko I.I., Teryshina I.F.</i> Influence of immunomodulatory therapy on production of pro-inflammatory cytokines (TNF- α , IL-1 β) in the cultures of peripheral blood mononuclear patients with recurrent depressive disorders.	71
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Karlova A.L.</i> Preparing for implementation in Ukraine of medical technology assessment	77
<i>Petryuk P.T., Petryuk A.P., Kusnetsov V. M.</i> Professor Karl Theodor Yaspers: strokes to the vital and creative way of the known German psychiatrist, psychologist and philosopher-existentialist (To 130-th anniversary)	85
<i>Mykhaylov B. V., Chugunov V. V., Bessmertniy A. V.</i> Historic landmarks of organization and formation department of psychotherapy khmape from the first survey to the present	94
<i>Kutko I.I., Panchenko O.A.</i> Review of the three-volume publication of the book Yu.A.Aleksandrovskogo «HISTORY domestic psychiatry», Moscow, Publishing Group «GEOTAR - Media», 2013. Ukraine	99

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика 95 років

Історія розвитку Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика розпочалася з 1918 року, коли було створено клінічний інститут вдосконалення лікарів. Першим головою правління навчального закладу став професор М.А. Левитський (1918-1922).

В 1931 році було прийнято новий статут інституту. Завершенням докорінної реорганізації вищої медичної школи України ознаменувалися 1930-ті роки. До початку Великої Вітчизняної війни інститут нараховував 24 кафедри.

Вдруге інститут «народився» 18 листопада 1943 р. — через два тижні після звільнення Києва від фашистських загарбників.

Перші директори інституту повоєнного часу (Я.А. Охріменко, 1943–1944; В.П. Комісаренко, 1944; І.І. Кальченко, 1945-1957) винесли на своїх плечах всі труднощі періоду розбудови.

Наприкінці 1950-х років директором (ректором) інституту було призначено професора М.Н. Умовіста, який обіймав цю посаду протягом 25 років (1959-1984). Цей період позначився важливими подіями в житті інституту. Він став одним із найбільших у колишньому СРСР і найпотужнішим серед подібних навчальних закладів України.

З 1985 до 2002 рр. інститут, який сьогодні називається НМАПО імені П.Л. Шупика, очолював заслужений діяч науки і техніки України, професор В.М. Гирін. За цей час значно розширено та поліпшено матеріально-технічну базу інституту, побудовано новий теоретичний корпус, гуртожиток, відкрито нові кафедри, обладнані новою сучасною апаратурою та приладами. В 1965-1991 рр. інститут був підпорядкований МОЗ СРСР.

Новий період у діяльності інституту розпочався у жовтні 1991 року після його повернення до системи МОЗ незалежної України, що спричинило якісні зміни його статусу. За нових умов, які співпали з початком проведення реформи медичної освіти в Україні, інститут посів пріоритетне місце в галузі післядипломної підготовки і перетворився на навчально-медичний центр МОЗ України.

Якісних змін інститут набув у п'яту річницю незалежності нашої держави після видання Кабінетом Міністрів України постанови «Про створення Київської медичної академії післядипломної освіти» від 13 травня 1996 р., згідно з якою на його базі створено навчальний заклад нового типу і вищого (IV) рівня акредитації.

1998 рік для академії ознаменувався присвоєнням їй згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 20 квітня 1998 р. імені П.Л. Шупика, який двічі обіймав посаду міністра охорони здоров'я України (1952-1954, 1956-1969) і зробив вагомий внесок у розвиток матеріальної, навчальної та наукової бази академії, протягом 14 років (1965-1979) завідував кафедрою соціальної медицини й організації охорони здоров'я (тепер — кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика).

Указом Президента України В.А. Ющенка від 27 березня 2006 р. за №236/2006 Київській медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика надано статус Національної. Надалі заклад іменується Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

За короткий термін перебування в новому статусі, що покладає на академію нові обов'язки, проводиться значна робота з удосконалення структур і напрямів діяльності кафедр, господарчої та наукової роботи академії.

Гордістю академії завжди були її визначні вчені, лікарі й викладачі. У довоєнні роки фундаторами української наукової школи були академіки В.Ф. Василенко, М.Д. Стражеско, В.П. Протопопов, професори Б.М. Маньковський, А.А. Чайка, А.Н. Зюков, М.С. Коломійченко, С.О. Ставракі; в повоєнні роки: академіки Л.І. Медвідь, Д.М. Калужний, Д.Ф. Чеботарьов, професори О.З. Лазарев, Є.Л. Скловський, Г.Ф. Писемський, Ф.Г. Яновський, А.Б. Беренштейн, О.І. Арутюн, Д.І. Панченко, О.Р. Киричинський, О.Г. Єлєцький, О.С. Коломійченко, Є.Л. Мачерет, Л.В. Тимошенко, А.І. Трещинський.

В останні роки засновниками наукових шкіл в академії були: академіки НАМН України Г.В. Книшов, Ю.В. Вороненко, Ю.І. Фещенко, М.Д. Тронько, Л.А. Пиріг, В.М. Коваленко; чл.-кор. НАМН України, професори М.М. Сергієнко, М.Є. Поліщук, В.О. Бобров, Н.Г. Гореєнко, Ю.П.Вдовиченко.

З 2002 року академію очолив відомий організатор охорони здоров'я, вчений, педагог — академік НАМН України, професор Ю.В. Вороненко, який зробив вагомий внесок у розвиток НМАПО імені П.Л. Шупика — провідного закладу післядипломної освіти сучасного наукового та лікувального центру, а також у реорганізацію післядипломної освіти відповідно до міжнародних стандартів.

Учені НМАПО імені П.Л. Шупика на всіх етапах становлення і розвитку закладу були на передових рубежах української і світової науки. Наукові розробки вчених академії відомі не лише в Україні, країнах СНД, але і в далекому зарубіжжі. НМАПО імені П.Л. Шупика — провідний в Україні центр навчально-методичної



Вороненко Ю.В.

роботи в галузі післядипломної освіти лікарів і провізорів, якому МОЗ України доручає розробку більшості типових навчальних планів і програм ПАЦ, спеціалізації, інтернатури і комп'ютерних атестаційних програм, які використовуються усіма медичними установами та факультетами післядипломної освіти.

Щорічно в академії розробляється і оновлюється понад 100 навчальних планів і програм циклів тематичного удосконалення, видається більше 60 найменувань навчально-методичної літератури (підручники, навчальні та навчально-методичні посібники, довідники) для використання в навчальному процесі. Щороку в Академії проводиться близько 1500 циклів, навчається 2500 інтернів і близько 25 тисяч лікарів і провізорів.

Спільна робота з органами та закладами практичної охорони здоров'я — давня традиція академії. Досить вказати, що її співробітники в базових та позабазових лікувальних закладах; щорічно надають консультативну допомогу близько 200 тисячам хворим, виконують понад 20 тисяч складних операцій. Понад 40 провідних вчених — головні спеціалісти МОЗ України, які працюють над удосконаленням якості медичної допомоги населенню. Клінічна база становить майже 11 тисяч ліжок у сучасних лікувальних заклад, науково-дослідних інститутах міста Києва.

Сьогодні в академії працюють: 2 Героя України, 1 академік НАН України та 6 академіків НАМН України, 5 академіків АН Вищої освіти України, 15 членів-кореспондентів НАМН України та 3 члена-кореспондента НАН України, 33 заслужених діяча науки і техніки України, 32 лауреати Державної премії України в галузі науки і техніки, 66 заслужених лікарів України, 5 заслужених працівників освіти України, 3 заслужені раціоналізатори та винахідники України, 5 заслужених працівників охорони здоров'я України, 2 заслужені працівники фармації України, 1 заслужений юрист України.

Одна з найважливіших турбот академії — це підготовка наукової зміни. В академії функціонує 11 спеціалізованих вчених рад, з яких 9 — докторських і 2 — кандидатські, за 13 спеціальностями. В них за 5 років захищено 76 докторських і 420 кандидатських дисертацій. Співробітниками академії захищено за цей період 47 докторських і 218 кандидатських дисертацій. Підготовлено 184 аспіранти, 379 клінічних ординаторів, 60 магістрів. Результати науково-дослідницьких робіт викладачів академії за останні п'ять років відображено в 183 монографіях, 38 підручниках, 218 навчальних посібниках, 76 довідниках, 76 методичних рекомендаціях та інформаційних листах, 476 патентах, доповідалися на 298 наукових форумах.

За останні 5 років вченими академії отримано більше 360 авторських свідоцтв на винаходи, окремі з яких запатентовані в США, Італії та інших країнах.

НМАПО імені П.Л. Шупика є засновником 19 професійних періодичних медичних видань.

В умовах суверенітету України в нову стадію вступило міжнародне співробітництво академії, що здійснюється відділом міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами, створеним у березні 1993 році на основі позабюджетного структурного підрозділу. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика успішно співпрацює із зарубіжними партнерами.

Щороку понад 70 вчених академії відвідують зарубіжні країни з метою стажування у провідних світових клініках для обміну досвідом та виконання сумісних наукових досліджень, ведення переговорів, участі в конгресах, симпозіумах, виставках.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за роки існування стала найбільшим і провідним в Україні закладом післядипломної медичної освіти, потужним науковим центром, який нараховує 226 докторів наук та 166 професорів, 496 кандидатів наук, 257 доцентів. НМАПО імені П.Л. Шупика має у своєму розпорядженні 3 інститути (Інститут стоматології, Український державний інститут репродуктології, Інститут сімейної медицини), 5 факультетів (хірургічний, терапевтичний, педіатричний, медико-профілактичний і фармацевтичний, факультет підвищення кваліфікації викладачів), 79 кафедр; Центральну науково-дослідну лабораторію, 5 центрів (науковий навчально-методичний центр дистанційної освіти, науково-дослідний центр, Державний навчально-методичний геріатричний центр, Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини, стоматологічний практично-навчальний центр).

Колектив академії на всіх етапах її існування робив і робить вагомий внесок до скарбниці української медицини, сприяючи проведенню реформи системи охорони здоров'я і вищої медичної школи в Україні.

Редакційна колегія журналу «Психічне здоров'я» щиро вітає всіх працівників НМАПО з 95-ти річчям академії.

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

УДК: 616.517:616.89-008

Особистісні характеристики пацієнтів, що страждають на псоріаз



Онищенко І. В.

Онищенко І. В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Резюме. У статті наведене дослідження особливостей особистісної сфери хворих на псоріаз. Описано типи відношення до хвороби, особливості самооцінки, типи акцентуації та рівень алекситимії даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: псоріаз, особистісна сфера, тип відношення до хвороби, тип акцентуації, самооцінка, алекситимія.

Personality descriptions in patients suffering by psoriasis

Onyschenko I. V.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Resume. Research of personality features in patients with psoriasis is resulted in the article. The types of attitude toward illness are described, features of self-appraisal, types of accentuation and level of alexitimyia this category of patients.

Key words: psoriasis, personality sphere type of attitude toward illness, type of accentuation, self-appraisal, alexitimyia.

Постановка проблеми. В останні роки вивчення псоріазу в основному було направлено на пошуки ефективних методів терапії та корекції. Торпідний перебіг, часті, затяжні рецидиви, соматична обтяженість, труднощі терапії визначають актуальність вивчення особливостей дезадаптації хворих на псоріаз та особливостей психокорекційної роботи з даною категорією пацієнтів [2; 5].

Системний аналіз дозволяє продуктивно розглядати психологію хворого не тільки виключно як суб'єкта хвороби, але і як суб'єкта лікувального процесу, який приймає участь в даному процесі, переживає його і впливає на його ефективність [1; 3; 4]. Основою вивчення внутрішнього світу хворого, психологічної картини захворювання і терапевтичного процесу повинна бути система вивчення індивідуально-психологічних та особистісних характеристик хворого, а саме самооцінки, ставлення до інших, до хвороби, до лікування.

Матеріали та методи дослідження.

Дослідження було проведене в групі, яку склали 114 осіб, що мали діагноз псоріаз, у віці від 18 до 55 років (ОГ). Також було сформовано групу порівняння зі здорових досліджених відповідного віку та статі у кількості 62 осіб (КГ).

В дослідженні використовували психодіагностичний метод. Особистісні особливості досліджених були виявлені за методикою діагностики акцентуацій К. Леонгарда — Г. Шмішека. Методика «Тип відношення до хвороби» (ТОБОЛ) була призначена для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби. Методика ОД (особистісного диференціалу)

використано для вивчення певних властивостей особистості, її самосвідомості, міжособистісних відносин. Для визначення рівня алекситимії як зниженої здатності до вербалізації емоційних станів використовували Торонтську алекситимічну шкалу.

Результати дослідження та їх обговорення.

Серед особистісних характеристик хворих на псоріаз вивчали типи відношення до хвороби, особливості самооцінки, типи акцентуації характеру, алекситимію.

Тип відношення до хвороби вивчали за допомогою опитувальника ТОБОЛ.

Таблиця 1

Розподіл хворих на псоріаз за типами відношення до хвороби

Типи відношення до хвороби	ОГ, n = 114	
	n	%±m
Гармонійний тип	-	-
Ергопатичний тип	3	2,63±1,50
Анозогнозичний тип	2	1,75±1,23
Тривожний тип	22	19,30±3,70
Іпохондричний тип	13	11,40±2,98
Неврастенічний тип	21	18,42±3,63
Меланхолічний тип	11	9,65±2,77
Апатичний тип	17	14,91±3,34
Сенситивний тип	18	15,79±3,42
Егоцентричний тип	2	1,75±1,23
Паранояльний тип	1	0,88±0,87
Дисфоричний тип	4	3,51±1,72

В більшості випадків серед хворих ОГ зустрічався тривожний тип відношення до хвороби (Т) (19,3%). Для хворих з тривожним типом відношення до хвороби характерними були безперервне занепокоєння і недовірливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування, пошук нових способів терапії, пошук додаткової інформації про хворобу, виражений інтерес до об'єктивних даних про захворювання. В таких хворих переважав тривожний настрій. Часто з метою захисту від тривоги пацієнти використовували різноманітні прикмети та ритуали.

Неврастенічний (Н) тип відношення до хвороби був властивий для 18,42% хворих на псоріаз. В таких осіб спостерігалась поведінка за типом «дратівливої слабкості», спалахи роздратування, особливо при наявності неприємних відчуттів, при невдачах лікування. Хворі з даним типом відношення до хвороби схильні були переносити власне роздратування на інших осіб, переносити на них провину за негативні наслідки, пов'язані з хворобою.

Сенситивний (С) тип відношення до хвороби спостерігався у 15,79% хворих. Він проявлявся в надмірній заклопотаності можливістю несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу; побоювання, що оточуючі стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати несприятливі чутки про причину і природу захворювання.

Достатньо часто серед пацієнтів з псоріазом зустрічався апатичний (А) тип відношення до хвороби (14,91%). При цьому мала місце повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедур і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересу до життя, до всього, що раніше хвилювало.

Іпохондричний (І) тип зустрічався у 11,4% досліджених ОГ та проявлявся в зосередженні на суб'єктивних та інших неприємних відчуттях, прагненні постійно розповідати про них оточуючим. Для таких хворих притаманним було перебільшення дійсних і висловлювання неіснуючих хвороб і страждань, поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, вимоги ретельного обстеження, в той же час тривоги з приводу шкоди і неприємності процедур.

Меланхолійний (М) тип відношення до хвороби характеризував 9,65% хворих на псоріаз. В цьому випадку спостерігались пригніченість

хворобою, невіра в одужання, в можливе покращення і ефект лікування. В таких пацієнтів наявними були депресивні висловлювання (в деяких випадках навіть суїцидальні думки), песимістичний погляд на все навколо, невіра в успіх лікування, навіть при сприятливих об'єктивних даних.

В поодиноких випадках в ОГ зустрічались наступні типи відношення до хвороби: дисфоричний (3,51%), ергопатичний (2,63%), анозогнозичний (1,75%), егоцентричний (1,75%), та паранояльний (0,88%).

При дисфоричному (Д) типі відношення до хвороби в пацієнтів домінував похмуро-озлоблений настрій, заздрість і ненависть до здорових, спалахи крайньої розлюченості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимога особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, деспотичне ставлення до близьких з вимаганням у всьому догоджати хворому.

Ергопатичний (Р) тип, або відхід від хвороби в роботу, характеризувався відповідальним, одержимим ставленням до роботи, вибіркоким ставленням до обстеження та лікування, обумовленим прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Анозогнозичний (З) тип відношення до хвороби супроводжувався активним відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки. Спостерігались приписування проявів хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування, бажання обійтися «своїми засобами», зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

При егоцентричному (Я) типі відмічався так званий «відхід у хворобу», а саме виставлення напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою; вимога виключної турботи про себе, постійне бажання показати іншим своє особливе положення, винятковість своєї хвороби.

Для хворих з паранояльним (П) типом відношення до хвороби характерною була впевненість, що хвороба — це результат чийогось наміру. Також спостерігалась крайня підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимогання покарання у зв'язку з цим.

Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

Особливості самооцінки хворих на псоріаз вивчали за допомогою методики «Особистісний диференціал» (табл. 2–4).

Таблиця 2

Визначення фактору «Оцінка» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n = 114		КГ, n = 62	
	n	%±m	n	%±m
Високий	-	-	7	11,29±4,02
Середній	3	2,63±1,50	53	85,48±4,47*
Низький	111	97,37±1,50	2	3,23±2,24*

Примітки: * — різниця достовірна ($p < 0,05$).

Як свідчить таблиця, для переважної більшості досліджених ОГ характерним був низький рівень оцінки себе (97,37%), на відміну від КГ, де низький рівень оцінки себе зустрічався в 3,23% випадків. Показник оцінки характеризує такі аспекти досліджуваного, як рівень самоповаги, прийняття себе як особистості, визнання у себе соціально схвалюваних якостей, критичне ставлення до себе, задоволеність собою.

Про низький самооцінці, як правило, свідчать близькі до нуля і негативні показники. Низькі значення Фактору О вказують на критичне ставлення людини до самої себе, її незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, на недостатній рівень прийняття самої себе. Особливо низькі значення цього чинника в самооцінці свідчать про можливі невротичні або інші проблеми, пов'язані з відчуттям малої цінності своєї особистості.

Середній рівень самооцінки характеризував більшість досліджених КГ (85,48%), в ОГ лише 2,63% досліджених мали даний рівень самооцінки. Високий рівень самооцінки в ОГ взагалі не зустрічався, в КГ 11,29% осіб мали високий

рівень самооцінки. Високі значення цього чинника говорять про те, що досліджуваний приймає себе як особистість, схильний усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, в певному сенсі задоволений собою, має критичне ставлення до себе.

Показник сили характеризує впевненість досліджуваного в собі, схильність покладатися на свої сили у важких ситуаціях. Високі показники за фактором «Сила» зустрічались лише в групі здорових досліджених (14,52%). Фактор Сили (С) в самооцінці свідчить про розвиток вольових сторін особистості, як вони усвідомлюються самим досліджуваним. Його високі значення говорять про впевненість в собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Більшість осіб ОГ мали низькі показники за даним фактором (92,98%). Такі досліджені сприймали себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, нездатних домогатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати на своєму. Також низькі значення за фактором «Сила» свідчать про недостатній самоконтроль, нездатність триматися прийнятої лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок. Особливо низькі оцінки свідчать і вказують на астенизацію і тривожність.

Показник активності характеризує самосприйняття досліджуваного як людину товариську, активну, енергійну, що емоційно відгукується на ситуацію — або замкнуту, спокійну, стриману (йдеться лише про те, яким вважає себе досліджуваний, а не про те, який він насправді). Однозначного зв'язку з самооцінкою у цього фактора немає.

В даній виборці в більшості хворих на псоріаз (ОГ) відмічались низькі показники за фактором «Активність» (92,11%). Цей факт свідчить про інтровертованість, певну пасивність, спокійні емоційні реакції, які притаманні таким особистостям.

В КГ спостерігались зворотні тенденції, тобто тільки незначна кількість досліджених відрізнялись низькими показниками за фактором «Активність» (6,45%), інші особи мали середній (83,87%) та високий (9,68%) рівні. Позитивні значення за фактором «Активність» вказують на екстравертованість, товариськість, імпульсивність.

Найчастіше низька самооцінка — це якась сукупність думок і поведінки, яка заважає встановленню або підтримці задовільних соціальних взаємин. Люди з низькою самооцінкою більш схильні відносити невдачі у спілкуванні за рахунок внутрішніх, самообвинувачених факторів. Люди, невисоко себе оцінюють, очікують, що інші теж вважають їх неpotрібними. Такі люди більш гостро реагують

Таблиця 3

Визначення фактору «Сила» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n = 114		КГ, n = 62	
	n	%±m	n	%±m
Високий	-	-	9	14,52±4,47
Середній	8	7,02±2,39	49	79,03±5,17*
Низький	106	92,98±2,39	4	6,45±3,12*

Примітки: * — різниця достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Визначення фактору «Активність» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n =		КГ, n =	
	n	%±m	n	%±m
Високий	-	-	6	9,68±3,75
Середній	9	7,89±2,53	52	83,87±4,67*
Низький	105	92,11±2,53	4	6,45±3,12*

Примітки: * — різниця достовірна ($p < 0,05$).

на заклик до спілкування і відмову в ньому. У цілому низька самооцінка часто втілюється у взаємопов'язаної сукупності свідомості і поведінки, яка спотворює соціальну компетентність, піддаючи людей ризику самотності.

Дані щодо вивчення акцентуацій досліджених обох груп наведено в табл. 5.

Як свідчать дані табл. 5, «застрагаючий» тип акцентуації зустрічався серед досліджених ОГ частіше за інші (14,04%). Такі особистості мають схильність до «застрагання афекту», до маячних реакцій. Люди педантичні, злопам'ятні, довго пам'ятають образи, сердяться, ображаються. Нерідко на цьому ґрунті можуть з'явитися нав'язливі ідеї. В емоційному відношенні ригідні. Іноді можуть давати афективні спалахи, можуть проявляти агресію. Кількість «застрагаючих» типів акцентуації в КГ є достовірно більш низькою у порівнянні з ОГ і складає лише 4,84% досліджених (різниця між групами є достовірною, $p < 0,05$).

Щодо гіпертимної акцентуації, цей тип був достовірно більше розповсюдженим в КГ (12,9%), у порівнянні з ОГ (3,51%). Такі особи є схильними до підвищеного настрою, оптимісти, швидко перемикаються з однієї справи на іншу, не доводять початого до кінця, недисципліновані, легко потрапляють під вплив неблагополучних компаній. Не терплять влади над собою, не люблять, коли їх опікають.

Емотивний тип акцентуації зустрічався в 13,16% осіб ОГ. Такі особи характеризуються надмірною емоційною чутливістю, різкими змінами настрою в зв'язку з незначними приводами. Емотивні акцентуанти здатні глибоко відчувати і переживати. Схильні до добрих відносин з оточуючими, в любові ранимі, вкрай болісно сприймають грубість, хамство, приходять у відчай, депресію, якщо відбувається

розрив або погіршення відносин з близькими людьми. В КГ даний тип був представлений в 11,29% випадків.

Збудливий тип також достатньо часто зустрічався в ОГ (14,04%). Такі досліджені були схильними до підвищеної імпульсивної реактивності у сфері потягу. В КГ даний тип зустрічався у 8,06% досліджених.

Тривожно-боязким типом акцентуації характеризувались досліджені ОГ в кількості 11,4%. Ці особи мали високий рівень тривожності, були невпевненими в собі. Вони схильні недооцінювати, применшувати свої здібності. Лякаються відповідальності, побоюються всіляких неприємностей для себе і своїх рідних, не можуть вгамувати свої страхи і тривогу, «притягаючи» до себе і близьких реалізацію своїх страхів і побоювань. В КГ даний тип зустрічався у 12,9% осіб.

Педантичний тип зустрічався у 9,65% досліджених ОГ, а також у 9,68% досліджених КГ. В осіб даного типу переважають риси ригідності і педантизму. Ідея порядку й акуратності є головним сенсом їх життя.

Циклотимічним типом акцентуації характеризувались 13,16% хворих на псоріаз та 12,9% здорових досліджених. Для таких особистостей характерними були різкі перепади настрою, з переважанням поганого.

Демонстративність як акцентуована риса була притаманною 7,02% досліджених ОГ, а також 11,29% КГ. Це люди, у яких сильно виражений егоцентризм, прагнення бути постійно в центрі уваги. В даного типу акцентуації часто спостерігається патологічна брехливість.

Дистимічний тип зустрічався примірно в рівній пропорції в ОГ та КГ, відповідно 11,4% та 8,06% досліджених. Для осіб даного типу притаманна схильність до розладів настрою,

Таблиця 5

Визначення типів акцентуації в досліджених групах

Типи акцентуації	ОГ, n =114		КГ, n =62	
	n	%±m	n	%±m
Гіпертимічний тип	4	3,51±1,72	8	12,90±4,26*
Тривожно-боязкий тип	13	11,40±2,98	8	12,90±4,26
Дистимічний тип	13	11,40±2,98	5	8,06±3,46
Педантичний тип	11	9,65±2,77	6	9,68±3,75
Збудливий тип	16	14,04±3,25	5	8,06±3,46
Емотивний тип	15	13,16±3,17	7	11,29±4,02
«Застрагаючий» тип	16	14,04±3,25	3	4,84±2,73*
Демонстративний тип	8	7,02±2,39	7	11,29±4,02
Циклотимічний тип	15	13,16±3,17	8	12,90±4,26
Афективно-екзальтований тип	3	2,63±1,50	5	8,06±3,46

Примітки: * — різниця достовірна ($p < 0,05$).

настрій зазвичай знижений, песимістичні погляди на майбутнє, стомлюваність. Люди цього типу швидко виснажуються в контактах і прагнуть самотності.

Афективно-екзальтований тип спостерігався в невеликій кількості осіб в обох групах: в 2,63% випадків в ОГ та в 8,06% — в КГ.

Наступною особистісною характеристикою, що вивчалась, був рівень алекситимії в досліджених (табл. 6).

В результаті дослідження визначено, що для переважної більшості досліджених ОГ (85,96%) характерним був «алекситимічний» тип особистості. Такі особи мали ускладнення у визначенні та описі (вербалізації) власних емоцій і емоцій інших людей; ускладнення в розрізненні емоцій і тілесних відчуттів; зниження здатності до символізації, зокрема до фантазії; фокусування переважно на зовнішніх подіях, на шкоду внутрішнім переживанням; схильність до конкретного, утилітарного, логічного мислення при дефіциті емоційних реакцій. Люди з алекситимією більше за інших схильні до появи і розвитку психосоматичних захворювань, до депресії. В особистісній сфері алекситимія проявляється в нездатності до рефлексії своїх внутрішніх психічних актів і станів, переживань,

емоцій і почуттів, що, у свою чергу, призводить до спрощення життєвої спрямованості, збіднення взаємозв'язків з навколишнім світом. В сфері мислення алекситимічна особа переважно користується наочно-дієвим мисленням, а не абстрактно-логічним, не використовує можливості своєї уяви, про що свідчить відсутність схильності до мрій і фантазій. Вона також мало використовує процеси категоризації і символізації мислення.

Алекситимія не була характерною для осіб КГ і зустрічалась лише в 3,23% осіб цієї групи.

Висновки

1. Для досліджених хворих на псоріаз характерним було зниження самооцінки за факторами «Оцінка», «Сила», «Активність».
2. В пацієнтів з псоріазом наявними були типи акцентуацій, переважно збудливого, емотивного, «застраючого», циклотимічного типу.
3. В хворих основної групи переважали негармонійні типи відношення до хвороби, а саме тривожний, неврастенічний, сенситивний, апатичний.
4. В осіб ОГ наявною була тенденція до алекситимії, яка мала місце у 97,37% хворих.

Література

1. Аковбян В. А. Некоторые индивидуальные особенности организма больных псориазом и характера клинического течения заболевания Текст. / В. А. Аковбян, С. С. Арипов // Вестн. дерматол. 1992. — №2. — С. 23–25.
2. Гребенников В. А. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса [Текст] / В. А. Гребенников, М. Дакиева // Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. — СПб, 2003. — Т.1. — С. 33–34.
3. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных [Текст] / И. Н. Иванова // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2007.
4. Комарцева В. В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом / В. В. Комарцева // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009. — № 5. — С. 20–23.
5. Ginsburg I. H. Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis / Ginsburg I.H., Prystowsky J.H., Kornfeld D.S., Wolland H. // Int. J. Dermatol 1993 — Vol. 32, № 9 — P. 656–660.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

Комплексний аналіз ефективності інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування



Царенко О. М.

Царенко О. М.

Вінницька обласна психіатрична лікарня №2 (м. Вінниця)

Резюме. Приведені дані ефективності розробленого інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції госпітальної дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування. Зроблено висновок про результативність запропонованих заходів, спрямованих на підвищення рівню соціального функціонування, міжособистісної взаємодії пацієнтів та гармонізації впливу терапевтичного середовища, порівняно зі стандартною терапією.

Ключові слова: госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію, психосоціальна корекція

Comprehensive analysis of efficiency integrative set of measures of psychosocial correction of maladjustment hospital patients with paranoid schizophrenia in conditions of compulsory treatment

Tsarenko H. M.

Resume. The data efficiency of the developed integrative set of measures of psychosocial adjustment of hospital exclusion of patients with paranoid schizophrenia in compulsory treatment. The conclusion about the effectiveness of the proposed measures aimed at improving social functioning, interpersonal interaction between patient and harmonizing influence therapeutic environment, compared with standard therapy.

Key words: hospital exclusion in compulsory treatment, patients with paranoid schizophrenia, psychosocial adjustment.

Однією з важливих проблем в лікуванні психічнохворих при реалізації примусових заходів медичного характеру, є дезадаптація пацієнтів, що розвивається як реакція на тривалу ізоляцію. Сам факт примусового лікування, що призводить до багаторічної ізоляції та значним обмеженням пересування та спілкування, відіграє негативну роль у цій дезадаптації як джерело стресу і конфліктів. До того, у більшості випадків спостерігається відмова родичів від спілкування з хворим, що трапляється на тлі вираженої стигматизації [1, 2].

Факт наявності зазначеної дезадаптації підтверджується даними нашої роботи, що здійснювалась протягом 2010–2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих з посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні №2, та складалась з комплексного обстеження 118 пацієнтів з діагнозом параноїдної шизофренії, що перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10. Клініко-психопатологічне

дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ–10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS) [3]. Соціальне функціонування досліджувалось за допомогою блока 3 Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка оцінює внутрішньолікарняне функціонування пацієнта [4]. Оцінка клінічних форм госпіталізму чинилася з допомогою однойменної стандартизованої клінічної шкали, розробленої під керівництвом проф. В. А. Абрамова [5], міжособистісних стосунків хворих — за однойменним опитувальником (розробка В. Шутца в адаптації А. А. Рукавішнікова) [6]. Визначення типу терапевтичного середовища здійснювалось за допомогою методики, розробленої проф. Л. Ф. Шестопаловой і В. А. Кожевниковою [7].

Отже, за результатами наших досліджень встановлено, що одним зі специфічних феноменів, що виникає в умовах примусового лікування хворих на шизофренію та впливає на поведінку хворого, прогноз захворювання і терапії,

є госпітальна дезадаптація, яка формується за патогенної дії клініко-психопатологічних (вираженість позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів), особистісних (рівень поведінкової дисфункції, вираженість синдрому госпіталізму), міжособистісних (взаємодія пацієнтів між собою і персоналом лікарні) та середовищних (вплив терапевтичного середовища, потенціал стаціонару) чинників.

Таким чином, на попередніх етапах роботи, на основі вивчення проявів госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування (ГДПЛ) у хворих на параноїдну шизофренію, визначення чинників її формування та ідентифікації взаємозв'язків між ними, нами був створений і впроваджений в клінічну практику інтегративний комплекс заходів психосоціальної корекції ГДПЛ у даного контингенту. Метою даної роботи був аналіз ефективності впровадження зазначених заходів.

Основою для побудови та застосування інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію було усвідомлення головної спрямованості впливів не на профілактику СНД, що, на нашу думку, повинно здійснюватися на амбулаторному етапі надання спеціалізованої медичної допомоги даному контингенту пацієнтів (контроль агресії, динаміка клініко-психопатологічних проявів та ін.), а на профілактику виникнення у них ГДПЛ і підтримки навичок незалежного існування. Тобто, ми виходили з того твердження, що впровадження розробленої психокорекційної системи заходів повинне, в першу чергу, забезпечити відновлення навичок соціального функціонування пацієнтів (хоча б в мінімальному об'ємі для незалежного існування в подальшому) та покращення якості їх життя, тому ми свідомо відмовились від диференціації пацієнтів в залежності від скоєних ними СНД та їх профілактики як кінцевої мети психокорекції. За нашими спостереженнями, зниження рівню соціального функціонування з руйнуванням навичок незалежного існування в суспільстві у хворих на параноїдну шизофренію відбувається за загальними механізмами, незалежно від факту скоєння ними СНД, тому і психокорекційна система заходів їх підтримки також не може бути зовсім іншою, проте, безперечно, повинна враховувати наявні особливості функціонування пацієнтів в умовах примусового лікування, які є обтяжуючими факторами та чинниками виникнення ГДПЛ, порівняно з хворими, які лікуються в умовах звичайної стаціонарної та амбулаторної психіатричної допомоги.

Динаміка стану пацієнтів оцінювалася після проведення заходів психосоціальної корекції. Контроль ефективності заходів здійснювався

за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв. Ефективність розроблених та впроваджених заходів психосоціальної корекції ГДПЛ в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію оцінено за допомогою:

- а) шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка оцінює внутрішньо-лікарняне функціонування пацієнта [4];
- б) стандартизованої клінічної шкали оцінки госпіталізму [5];
- в) опитувальника міжособистісних стосунків [6];
- г) методики оцінки типу терапевтичного середовища [7].

Дані, отримані у процесі оцінки заходів психосоціальної корекції, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик на ГДПЛ, а саме за рівнем (середнім балом та індексом) успішності пацієнтів у основних сферах соціального функціонування — міжособистісної, відношення з персоналом, організації життєдіяльності в побуті та ін.

Із усіх досліджених хворих на параноїдну шизофренію (n=118), групу втручання (ГВ), учасники якої приймали участь у запропонованих заходах, розроблених за результатами власних досліджень, склали 80 осіб. У групу контролю (КГ) увійшли 38 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. Періодом оцінювання було вибрано 6 місяців від початку психокорекційної роботи, що було зроблено виходячи з того, що через цей часовий проміжок можливо оцінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи «звикання» та часткову втрату первинного «ефекту».

Першим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало оцінювання якості життя хворих за шкалою психіатричної інвалідності ВООЗ. Дані розподілу пацієнтів ГВ та КГ відображені у табл. 1, з якої видно, що середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював у пацієнтів ГВ — 1,5 бала, у пацієнтів КГ — 2,5 бала; думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнту, відповідно: у пацієнтів ГВ — 2,0 бала, у пацієнтів КГ — 3,0 бала; заняття пацієнтів у лікарні: у пацієнтів ГВ — 2,5 бала, у пацієнтів КГ — 3,5 бала; контакти із зовнішнім світом: у пацієнтів ГВ — 2,0 бала, у пацієнтів КГ — 3,0 бала. В цілому середній бал дисфункції функціонування пацієнта у лікарні склав у пацієнтів ГВ — 2,0 бала, у пацієнтів КГ — 3,0 бала. Даний розподіл вказує на те, що в усіх сферах функціонування дисфункція у пацієнтів ГВ досягає очевидного рівня, у пацієнтів КГ — серйозного рівня. У свою чергу, відсоток кожного показника у загальної структури дисфункції по сферам також у ГВ нижче ніж у КГ, що свідчить про дієвість психосоціальних заходів корекції.

Таблиця 1

Розподіл середнього індексу дисфункції хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в групі втручання та контрольній групі

Функціонування пацієнта у лікарні	ГВ		КГ		Загальний Сер. бал,	
	Сер. бал	%	Сер. бал	%	ГВ	КГ
Поведінка у палаті						
Повільність рухів	1	1,8	2	2,3	1,5	2,5
Гипоактивність	1	1,8	2	2,3		
Підвищена активність	2	3,5	3	3,5		
Бесіда	2	3,5	3	3,5		
Замкнутість, відгородженість	1	1,8	2	2,3		
Інтереси дозвілля	2	3,5	3	3,5		
Незрозуміла мова	2	3,5	3	3,5		
Поза й манери	1	1,8	2	2,3		
Погроза або агресивне поведження	2	3,5	3	3,5		
Довге знаходження в постелі	2	3,5	3	3,5		
Зовнішній вигляд	1	1,8	2	2,3		
Поводження під час прийому їжі	1	1,8	2	2,3		
Думка медсестер або родичів						
Корисна робота в лікарні	2	3,5	3	3,5	2,0	3,0
Можна дозволити мати сірники	2	3,5	3	3,5		
Відвідування родичів або друзів у вихідні	2	3,5	3	3,5		
Спілкування з пацієнтами протилежної статі	3	5,3	4	4,7		
Користування ножицями	2	3,5	3	3,5		
Користування грішми	2	3,5	3	3,5		
Робота поза лікарнею	2	3,5	3	3,5		
Виписки якщо робота знайдена і є житло	1	1,8	2	2,3		
Може перебуває у відкритій палаті або кімнаті	2	3,5	3	3,5		
Заняття пацієнта						
Прибирання у палаті або приміщенні	2	3,5	3	3,5	2,5	3,5
Трудотерапія поза палатою	3	5,3	4	4,7		
Професійні й індустріальні терапії	3	5,3	4	4,7		
Інша соціальна терапія	2	3,5	3	3,5		
Контакт з зовнішнім світом						
Відвідуємо протягом минулих трьох місяців	2	3,5	3	3,5	2,0	3,0
Відвідує домашню оселю протягом минулих трьох місяців	3	5,3	4	4,7		
Потреба в спостереженні	3	5,3	4	4,7		
Має потребу в інтенсивному спостереженні	3	5,3	4	4,7		
Підсумковий бал,%, середній бал дисфункції	57,0	100,0	86,0	100,0	2,0	3,0

Примітка: Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$

Результати розподілу структури дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у ГВ та КГ (табл. 2) показали, що без дисфункції спостерігалось — 36,9% пацієнтів ГВ та 6,6% пацієнтів КГ; з мінімальною дисфункцією відповідно — 39,7% та 15,1%, з очевидною дисфункцією відповідно — 5,0% та 30,9%, з серйозною дисфункцією,

відповідно, — 11,6% та 31,6%, з дуже серйозною дисфункцією, відповідно, — 6,9% та 15,8%. Даний розподіл також свідчив про значне зниження переважання у пацієнтів ГВ, у порівнянні з пацієнтами КГ, тяжких видів дисфункції при функціонуванні у лікарні. Показник достовірності між рівнями дисфункції дорівнював $p < 0,05$.

Таблиця 2

Структура дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у групі втручання та контрольній групі

Показники*	Група втручання (n=80)														
	Дисфункція														
	Немає			Мінімальна			Очевидна			Серйозна			Дуже серйозна		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
1	28	35,0	4,8	33	41,3	4,9	3	3,8	1,9	11	13,8	3,4	5	6,3	2,4
2	29	36,3	4,8	33	41,3	4,9	4	5,0	2,2	10	12,5	3,3	4	5,0	2,2
3	30	37,5	4,8	32	40,0	4,9	5	6,3	2,4	7	8,8	2,8	6	7,5	2,6
4	31	38,8	4,9	29	36,3	4,8	4	5,0	2,2	9	11,3	3,2	7	8,8	2,8
5	36,9			39,7			5,0			11,6			6,9		
Показники*	Контрольна група (n=38)														
	Дисфункція														
	Немає			Мінімальна			Очевидна			Серйозна			Дуже серйозна		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
1	2	5,3	2,2	6	15,8	3,6	11	28,9	4,5	12	31,6	4,6	7	18,4	3,9
2	2	5,3	2,2	6	15,8	3,6	12	31,6	4,6	13	34,2	4,7	5	13,2	3,4
3	3	7,9	2,7	5	13,2	3,4	12	31,6	4,6	12	31,6	4,6	6	15,8	3,6
4	3	7,9	2,7	6	15,8	3,6	12	31,6	4,6	11	28,9	4,5	6	15,8	3,6
5	6,6			15,1			30,9			31,6			15,8		

Примітка: *Показники: 1. Поведінка у палаті; 2. Думка медсестер або родичів; 3. Заняття пацієнтів; 4. Контакт з зовнішнім світом; 5. Частка загальної сукупності у%. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$.

Результати розподілу вираженості синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у ГВ та КГ, які представлено у табл. 3, свідчили, що серед обстежених пацієнтів ГВ фазу окремих симптомів виявлено у 61 особи (76,3±4,3%), середній бал 9,0; у пацієнтів КГ, відповідно, у 10 осіб (26,3±4,4%), середній бал 13,0. Фазу синдрому, що формується, серед пацієнтів ГВ виявлено у 15 осіб (18,8±3,9%), середній бал 30,0; у пацієнтів КГ,

відповідно, у 19 осіб (50,0±5,0%), середній бал 34,0. Фазу сформованого синдрому виявлено у 4 (5,0±2,2%) пацієнтів ГВ, середній бал 45,0; у пацієнтів КГ, відповідно, у 9 осіб (23,7±4,3%), середній бал 49,0. Показник достовірності між фазами госпіталізму дорівнював $p < 0,05$.

Результати дослідження особливостей міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у групі втручання та контрольній групі представлено у табл. 4.

Таблиця 3

Розподіл вираженості синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у групі втручання та контрольній групі

Вираженість синдрому госпіталізму	Група втручання (n=80)			
	Сер. бал	Абс.ч	%	±m
Фаза окремих симптомів (9–23 балів)	9	61	76,3	4,3
Фаза синдрому, що формується (24–47 балів)	30	15	18,8	3,9
Сформований синдром (48–62 бали)	45	4	5,0	2,2
Всього		80	100,0	
Вираженість синдрому госпіталізму	Контрольна група (n=38)			
	Сер. бал	Абс.ч	%	±m
Фаза окремих симптомів (9–23 балів)	13	10	26,3	4,4
Фаза синдрому, що формується (24–47 балів)	34	19	50,0	5,0
Сформований синдром (48–62 бали)	49	9	23,7	4,3
Всього		38	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$.

Таблиця 4

Особливості міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у групі втручання та контрольній групі

Група втручання (n=80)				
Якості	Шкали	Сер. бал	Індекс обсягу інтераkції (e + w)	Індекс поведінки (e – w)
Залученість	Ie — поведінка особи	3,6±0,2	7,0 бала	0,2 бала
	Iw — поведінка, очікувана від особи	3,4±0,1		
Контроль	Se— поведінка особи	3,8±0,4	6,7 балів	0,7 бала
	Cw— поведінка, очікувана від особи	2,9±0,4		
Афект	Ae— поведінка особи	3,8±0,2	6,6 бала	1,0 бал
	Aw— поведінка, очікувана від особи	2,8±0,2		
Контрольна група (n=38)				
Якості	Шкали	Сер. бал	Індекс обсягу інтераkції (e + w)	Індекс поведінки (e – w)
Залученість	Ie — поведінка особи	2,0±0,2	3,8 бала	0,2 бала
	Iw — поведінка, очікувана від особи	1,8±0,1		
Контроль	Se— поведінка особи	1,5±0,4	2,5 балів	0,5 бала
	Cw— поведінка, очікувана від особи	1,0±0,3		
Афект	Ae— поведінка особи	2,0±0,2	3,5 бала	0,5 бала
	Aw— поведінка, очікувана від особи	1,5±0,2		

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$.

Представлені у табл. 4 дані свідчили, що за показником «Залученість» пацієнти ГВ, в цілому, мали високі оцінки за шкалою власної поведінки (Ie) та характеризувалися як ті, що відчують себе комфортно серед людей, вони демонстрували схильність до спілкування ($p < 0,05$). У свою чергу, за шкалою (Iw) — пацієнти демонстрували тенденцію спілкуватися з великою кількістю людей ($p < 0,05$). «Залученість» пацієнтів КГ в цілому не змінилася, вони мали низькі оцінки за шкалою власної поведінки (Ie) та характеризувалися як ті, що відчують себе некомфортно серед людей, демонстрували схильність їх уникати ($p < 0,05$). За шкалою (Iw) — пацієнти спілкувалися з невеликою кількістю людей ($p < 0,05$).

За показником «Контроль» пацієнти ГВ мали високі оцінки за шкалою (Се), що характеризувало їх як тих, що не уникають приймати рішення і брати на себе відповідальність ($p < 0,05$). У свою чергу, високі оцінки за шкалою (Cw) — свідчили що пацієнти мають контроль над собою ($p < 0,05$). Пацієнти КГ, в цілому, мали низькі оцінки за шкалою (Се) й характеризувалися як такі, що уникають приймати рішення і брати на себе відповідальність ($p < 0,05$). У свою чергу, низькі оцінки за шкалою (Cw) — свідчили, що пацієнти КГ не приймають контроль над собою ($p < 0,05$).

За показником «Афект» пацієнти ГВ мали високі оцінки за шкалою (Ae) — що свідчило,

що пацієнти не уникають встановлення близьких відносин з людьми ($p < 0,05$). Високі оцінки за шкалою (Aw) — характеризували пацієнтів, як тих що встановлюють глибокі емоційні відносини ($p < 0,05$). Пацієнти КГ, в цілому, мали низькі оцінки за шкалою (Ae) — що свідчило, що пацієнти уникають встановлення близьких відносин з людьми ($p < 0,05$). Низькі оцінки за шкалою (Aw) — характеризували пацієнтів, як тих, що не встановлюють глибокі емоційні відносини ($p < 0,05$).

Пацієнти ГВ із високим середнім балом не мали схильності до компульсивної поведінки ($p < 0,05$). Пацієнти не відчували себе вимушеним здійснювати ірраціональні дії, щоб зменшити напругу ($p < 0,05$). У свою чергу, пацієнти КГ, із низьким середнім балом мали схильність до компульсивної поведінки ($p < 0,05$), їм було властиво повторювання, цілеспрямована і навмисна поведінка, що виникає як реакція на навіязливість з метою нейтралізувати або запобігти психологічний дискомфорт ($p < 0,05$). Пацієнти КГ відчували себе вимушеним здійснювати ірраціональні дії, щоб зменшити напругу ($p < 0,05$). Свідомий контроль компульсивної поведінки у пацієнтів КГ залишався утрудненим ($p < 0,05$).

Результати дослідження оцінки терапевтичного середовища хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування у ГВ та КГ представлені у табл. 5.

Таблиця 5

Дослідження терапевтичного середовища хворих на параноїдну шизофренію у лікарні у групі втручання та контрольній групі

Параметри оцінки	Оцінка хворими групи втручання (N=80)				Оцінка хворими контрольної групи (N=38)			
	Так		Ні		Так		Ні	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Нейтральне	49	61,3	31	38,8	8	21,1	30	78,9
Пригнічуюче	31	38,8	49	61,3	13	34,2	25	65,8
Травмуюче	29	36,3	51	63,8	26	68,4	12	31,6
Що виліковує	47	58,8	33	41,3	14	36,8	24	63,2
Комфортне	48	60,0	32	40,0	14	36,8	24	63,2

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$.

Дані табл. 5 свідчили, в цілому оцінка терапевтичного середовища після заходів психосоціальної корекції змінилися в обох групах, проте, вона значно відрізнялась між пацієнтами ГВ та КГ. Так, як нейтральне, терапевтичне середовище визначили 61,3% пацієнтів ГВ та 21,1% КГ; пригнічуючим, відповідно, — 38,8% та 34,2%; травмуючим, відповідно, — 36,3% та 68,4%; таким, що має лікувальну дію, відповідно — 58,8% та 36,8%; комфортним, відповідно, — 60,0% та 36,8%. Таким чином, можна стверджувати, що пацієнти КГ в цілому залишилися скоріше незадоволені терапевтичним середовищем, тоді як пацієнти ГВ після психокорекційних заходів мали схильність надавати терапевтичному середовищу більше значення у контексті оздоровчого впливу.

Результати порівняльної оцінки терапевтичного середовища у лікарні з точки зору медичного персоналу в началі та кінці дослідження представлено у табл. 6, з якої випливає, що в цілому, оцінка терапевтичного середовища медичним персоналом до та після психоосвітньої роботи з розбору та нівелювання помилкових підходів — позицій медичного персоналу при вирішенні проблем й наданні допомоги хворим, значно відрізнялась. Так, як нейтральну, дію терапевтичного середовища на початку дослідження визначили

31,9% медичних працівників у кінці дослідження — 57,4% медичного персоналу. Як пригнічуюче у кінці дослідження терапевтичне середовище розглядали — 8,5% (у початку дослідження медичні працівники її такою не розглядали); як травмуюче, відповідно — 6,4% та 10,6%; таке, що сприяє лікуванню, відповідно, — 100,0% та 74,5%; комфортне, відповідно, — 100,0% та 70,2%. Таким чином, можна стверджувати, що медичний персонал у процесі дослідження змінив власну думку щодо безальтернативного оздоровчого впливу терапевтичного середовища у стаціонарі на пацієнта.

В цілому ефективність інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції ГДПЛ визначалась як: «з позитивним ефектом» та «без позитивного ефекту». Так, у пацієнтів ГВ після проведення заходів психосоціальної корекції «позитивний ефект» відмічено у 68,0% пацієнтів, а у пацієнтів КГ лише у 21,0% хворих ($p < 0,05$). В свою чергу, низький «позитивний ефект» спостерігався у 32,0% обстежених ГВ та 79,0% пацієнтів КГ ($p < 0,01$).

Узагальнюючи результати аналізу ефективності розробленого інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію, можна стверджувати, що, в цілому, у пацієнтів ГВ спостерігалася зміна

Таблиця 6

Порівняна оцінка терапевтичного середовища у лікарні (думка медичного персоналу)

Параметри оцінки	Оцінка медичним персоналом (N=47)							
	На початку дослідження				У кінці дослідження			
	Так		Ні		Так		Ні	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Нейтральне	15	31,9	32	68,1	27	57,4	20	42,6
Пригнічуюче	0	0,0	47	100,0	4	8,5	43	91,5
Травмуюче	3	6,4	44	93,6	5	10,6	42	89,4
Що виліковує	47	100,0	0	0,0	35	74,5	12	25,5
Комфортне	47	100,0	0	0,0	33	70,2	14	29,8

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,05$.

структури спілкування ($p < 0,05$), встановлювання нових зв'язків, зокрема з іншими пацієнтами, які входили у групу, розширення міжособистісного спілкування ($p < 0,05$), розвиток здатності до цілеспрямованої діяльності ($p < 0,05$), підвищення соціальної компетентності та адекватності ($p < 0,05$), нівелювання дефіцитарних соціальних навичок ($p < 0,05$). Слід зазначити, що у пацієнтів ГВ відмічено зменшення рецидивів ($p < 0,05$). У КГ такі зміни були нестійкими, тимчасовими та швидко руйнувалися ($p < 0,05$).

В цілому «коефіцієнт» ефективності запропонованих заходів у порівнянні із стандартними за суб'єктивним показником якості функціонування хворих склав через 3 місяця — 47%, через 6 місяців — 22%.

Окремим етапом було дослідження вмотивованості пацієнтів до участі у корекційних і профілактичних заходах. Встановлено, що один й той самий показник на у пацієнтів із високою умовленістю може не мати значущості за впливом, а при низькій умовленістю його значення за впливом зростає ($p < 0,01$). Дану ситуацію можна пояснити тим, що, хоча усі пацієнти мали стійкий психічний дефект, проте, ступень вираженості цього дефекту був різним (переважання тої або іншої негативної симптоматики) та, як наслідок, спричиняв різний вплив на формування психосоціального — госпітального «дефекту» функціонування.

За результатами досліджень, в цілому, до загальних (властивих, з одного боку пацієнту, з іншого — умовам стаціонару) психосоціальних предикторів, які знижують умовленість до участі у психосоціальних заходах, віднесено:

- когнітивні розлади у пацієнта;
- «стигматизація» хворих медичним персоналом;
- неадекватна програма психосоціальної корекції;
- побічні ефекти медикаментозної терапії;
- відсутність віри в успіх лікування;
- відсутність у пацієнта розуміння характеру хвороби, її етапів розвитку та ускладнень;
- «слабкий» зв'язок між пацієнтом та медичним персоналом;
- наявність перепон із боку інфраструктури стаціонару щодо отримання медичної допомоги;
- порушення терапевтичної схеми.

У дослідженні виявлено чинники, які відіграють провідну роль у формуванні низької умовленості пацієнтів (є перепонами) до участі у заходах психосоціальної корекції, а саме:

- низький контакт (рапорт) із особою, що реалізує заходи психосоціальної корекції і профілактики;

- низьке розуміння сутті захворювання та користі заходів психосоціальної корекції;
- недостатнє розуміння кінцевої мети заходів психосоціальної корекції;
- складні схеми заходів психосоціальної корекції без врахування умов стаціонару;
- порушення режиму (схеми) заходів психосоціальної корекції.

На підставі вищевикладеного, запропоновано основні стратегії оптимізації здатності пацієнта в умовах примусового лікування підтримувати високу умовленість до участі у заходах психосоціальної корекції:

- ідентифікація низької умовленості до заходів психосоціальної корекції;
- пошук маркерів низької умовленості: аналіз відмови від сеансу, відсутність відгуку на терапію;
- спрощення впливу заходів психосоціальної корекції до доступної форми;
- підкреслення позитивних змін від заходів психосоціальної корекції;
- впровадження заходів заохочення як на рівні пацієнта, так й на рівні медичного персоналу відділення;
- врахування фармакологічного впливу медикаментозної терапії.

За результатами досліджень можна узагальнити, що за умов нівелювання чинників низької умовленості пацієнтів до участі в заходах психосоціальної корекції шляхом використання запропонованих стратегій оптимізації здатності пацієнта та медичного персоналу підтримувати високий рівень умовленості, встановлено достовірні позитивні зміни в усіх сферах стаціонарного функціонування пацієнтів й їх міжособистісної поведінки, а саме:

1. покращилося дотримання пацієнтами режиму підтримуючої терапії. Кількість пацієнтів у ГВ, що дотримували прийом лікарської терапії, був вірогідно вище ніж у КГ ($p < 0,01$);
2. знизилася загальна напруга пацієнтів. У процесі реалізації заходів психосоціальної корекції використання деструктивних форм психологічного захисту (почуття провини, дратівливості, збуджено-емоційних та афективно окреслених переживань, агресії та ін.) та використання пацієнтами неконструктивних видів копінг-стратегій) зменшилося на 60% у порівнянні із етапом включення у програму та на 77% у порівнянні із станом пацієнтів КГ;
3. виявлено достовірний вплив запропонованих заходів психосоціальної корекції на вибір застосування хворими адаптивних типів пристосування у стаціонарі із використанням критичних уявлень та аналізу

- самооцінки над деструктивними за змістом та хаотичними за виникнення (без критичної оцінки та аналізу самооцінки) ($p < 0,01$);
4. за думкою медичного персоналу, госпітальне функціонування змінилося на концентрування допомоги хворому з врахуванням позитивних впливів потенціалу стаціонару, а саме: доброзичливого оточення, зниженням ситуацій стресів, порозумінні між

медичним персоналом та хворим. Тип взаємодії у стаціонарі більшістю медичними працівниками характеризувався як конструктивний (гармонічний). В цілому по відношенню до хворого у медичного персоналу зменшилася тривога, невдоволеність, протидія його соціалізації. Контакт із хворими став більш продуктивним, а очікування від нього більш реальними.

Література.

1. Стяжкин В. Д. Влияние арипипразола на качество ремиссии у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2010. — № 2. — Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/19670>. — Название с экрана.
2. Стяжкин В. Д. Сероквель в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 5. — Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/11022>. — Название с экрана.
3. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. — М., 2001. — С. 96 — 144.
4. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva : WHO, 1988. — 96 p.
5. Путятин Г. Г. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г. Г. Путятин / В кн.: Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. — Донецк: Каштан, 2009. — С. 65–110.
6. Психологическая диагностика / Под ред. М. К. Акимовой и К. М. Гуревича, 3-е изд., перераб. и дополн. — СПб.: Питер, 2003. — С. 333–335.
7. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих, щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Архів психіатрії. — 2008. — № 1. — С. 60–63.

УДК 616.89-008-072.7:338.45-051

Особливості невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств



Підлубний В. Л.

Підлубний В. Л.

Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології, наркології та сексології

Резюме. Представлено результати психопрофілактичних оглядів 338 випадків встановлених непсихотичних психічних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств, проведені з використанням розробленого алгоритму на основі діагностичних осей багатовимірних психіатричних систематик. Встановлено, що більшість порушень — 178 осіб, склали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Серед них невротичні розлади діагностовано у 33,9%, соматоформні — у 26,8%, страху різного змісту — у 14,6%, конверсійні — у 8,3% та тривожні — у 7,3%. Найменш поширено представлені obsesивно-компульсивні розлади у 2,6%.

Ключові слова: клініко-феноменологічні особливості, працівники промислових підприємств, невротичні пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, психічне здоров'я.

Features neurotic stress-related and somatoform disorders in the organized population of industrial workers

Podlubnyi V. L.

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

Resume. The results of the inspections psychoprophylactic 338 cases of established non-psychotic mental disorders in a population of organized industrial workers, carried out with the use of the algorithm based on multi-dimensional axes of the psychiatric diagnostic taxonomies. Found that most of the violations — 178 people were neurotic, stress-related and somatoform disorders. Among them neurotic disorders were diagnosed in 33,9%, somatoform — 26,8%, fear of different content — 14,6%, conversion — 8,3% and disturbing — 7,3%. Least common are obsessive-compulsive disorder — 2,6%.

Key words: clinical and phenomenological features, the employees of industrial enterprises, neurotic stress-related and somatoform disorders, mental health.

При розгляді проблеми охорони психічного здоров'я в організованій популяції робітників промислових підприємств особливу значущість набувають питання профілактики та раннього виявлення найбільш поширених форм психічної патології — невротичних розладів. Це обумовлено високою поширеністю і відносно низькою частотою діагностування даних захворювань у осіб, що працюють у сфері промисловості, соціально-трудова дезадаптацією хворих з невротичними розладами, зниженням продуктивності праці, погіршенням його якісних показників, порушеннями мікросоціального клімату, тривалістю тимчасової непрацездатності та дезадаптацією, яка сприяє збільшенню плинності кадрів [1–3].

Складність і багатофакторність природи невротичних розладів, недостатня окресленість їх меж, широка поширеність не тільки в психіатричній практиці, але і в практиці інтерністів, виразний соціогенний патоморфоз знайшли відображення в емкій, але підчас песимістичній тезі В.Д. Менделевича про те, що кожному часу і місцю притаманний свій невроз.

Це підкреслює перманентну актуальність і потенційну невичерпність даної проблеми, пов'язаної, в першу чергу, з труднощами в діагностиці та диференціації розладів цієї групи. Відомо також, що поширеність невротичних станів досягає 60–80%, і щороку відзначається збільшення кількості хворих з цими порушеннями серед населення, що належать до різних стратифікаційних класів і верст, етнічних груп, вікових і особливо, підліткової субпопуляції. При цьому, лише близько 40% хворих отримують медичну допомогу, незважаючи на наявність у них високого суїцидального ризику і значний відсоток інвалідизації [4, 5].

В силу особливостей праці на виробництві, фізичних і психічних перевантажень, несприятливих екологічних факторів працівники промисловості є групою підвищеного ризику розвитку різних захворювань, в тому числі невротичних розладів [6, 7]. Стан психічного здоров'я працівників, в свою чергу, впливає на економічні показники діяльності підприємств, тому його можна розглядати як важливу складову частину продуктивної сили суспільства [8, 9].

Незаперечні успіхи у створенні науково обґрунтованої цілісної системи спеціалізованої психіатричної допомоги працівникам різних галузевих виробництв, як і сформована промислова психіатрія наприкінці минулого століття, в даний час не можуть дати очікуваного практичного результату, в силу неможливості їх реалізації в умовах радикальних змін, що відбулися на початку 90-х років минулого сторіччя. Проведені в промисловості реформи, що супроводжувались значними труднощами, надають значущий стресовий вплив на трудове населення країни. Крім того, в умовах фінансового неблагополуччя багато підприємств змушені закривати свої відомчі медичні служби, що вимагає пошуку нових форм медико-психологічної та психіатричної допомоги на виробництві [10].

Подальше дослідження перерахованих вище аспектів психічних розладів, оптимізація роботи органів та закладів охорони здоров'я в області психіатрії та медичної психології, виявлення психічної патології на ранніх етапах її формування, скорочення поширеності невротичних захворювань серед працівників різних галузей промисловості та втрати трудових ресурсів, за рахунок осіб з такими розладами.

Мета дослідження — виявити клініко-феноменологічні невротичні пов'язані зі стресом та соматоформні розлади у робітників промислових підприємств, та їх структуровані особливості.

Дизайн та методи

Для досягнення поставленої мети нами за умови інформованої згоди респондентів було проведено обстеження психічного стану 982 працівників промислових підприємств відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України №1465 від 27.12.2000 року у віці від 20 до 60 років (середній вік — $38,7 \pm 7,68$ років). Обстеження проводилося на базі диспансерно-поліклінічного відділення Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні протягом 2008 — 2011 років.

У 178 обстежених ($18,1 \pm 1,23\%$, на 100 обстежених) при проведенні психопрофілактичного огляду було виявлено ознаки невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40–F48, згідно шифрам МКХ-10). За гендерним розподілом переважна більшість обстежених склали жінки — 123 (69,1%) та 55 (30,9%) — чоловіки.

В якості основного інструменту використовувалася модифікована для цілей нашого дослідження клініко-епідеміологічна карта, що включає в себе соціально-демографічні відомості, дані анамнезу, клінічну частину з

характеристикою симптомів і синдромів. У відповідності зі специфікою досліджуваного матеріалу базисна карта була доповнена відомостями про різні форми перенесених шкідливостей, пов'язаних з особливостями на виробництві, стажем роботи, даними про наявність соматичних захворювань. Також нами використовувався, створений на основі глосарію до «Інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів» опитувальник. На підставі відповідей на питання даної карти заповнювалася «Реєстраційна картка». Всі зібрані формалізовані відомості заносились в єдину комп'ютерну базу даних і піддані статистико-математичного аналізу.

Методологія дослідження базувалась на системному підході, принципах доказовості та біоетики медичних досліджень. Основними методами є: клініко-феноменологічний — з метою оцінки психічного стану відповідно до сучасної міжнародної класифікації хвороб; психоекспериментальний — з метою визначення рівня виразності психічних порушень — базувалася на застосуванні «Шкали узагальненої оцінки функціонування» (Global Assessment of Functioning Scale, GAF), визначення індивідуальних особливостей, що відображають здатність хворого до цілеспрямованої діяльності та використання психодіагностичної методики — «Опитувальник невротичних розладів-симптоматичний» (ОНР-СІ), статистичний — з метою кількісної оцінки результатів.

Результати та їх обговорення

Використання зазначених інструментів дозволило виявити серед працівників промислових підприємств з невротичними пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами наступні клініко-феноменологічні та соціально-психологічні особливості. Зазначені розлади склали половину (178 осіб — 52,66%) всіх випадків встановлених неспсихотичних психічних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств (338 осіб). Серед загальної кількості обстежених жінки склали 127 осіб (71,34%), причому інтенсивний показник їх хворобливості в 2,5 рази перевищував аналогічний показник у чоловіків.

Мінімальні показники хворобливості і захворюваності працівників підприємства невротичними розладами виявлені у віковій групі до 30 років, потім вони збільшуються пропорційно віку працюючих, досягаючи максимальної величини в групі 41–50 років.

Серед факторів ризику, що сприяють виникненню невротичних розладів у працівників підприємств, переважають психічні травми, сімейно-побутового характеру — 43,8%. У 26%

хворих психічні травми виникали в сфері виробничих міжособистісних відносин, і у 30,2% психогенії носили змішаний характер. У працюючих на підприємстві чоловіків більшу частину вагу (46,3%) становили психогенії виробничого характеру, у жінок переважали (45,8%) психотравмуючі ситуації у сімейно-побутовій сфері.

Більш ніж у половини хворих (50,7%) невротизми передували соматичні фактори, серед яких переважали хронічні і гострі інфекційні захворювання. Виявлено також виразний зв'язок розвитку захворювань невротичного кола з дисгармонійною структурою особистості.

Клінічна характеристика невротичних розладів відрізнялася широким діапазоном проявів. Загальна для них риса — безпосередній зв'язок виникнення з психологічними причинами. Під останніми маються на увазі різного роду стресові ситуації у виробничій та особистій сфері життя.

Виявлена клініко-феноменологічна структура невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів представлена наступним чином (рис. 1).

Як видно з наведених на рис. 1 даних неврастенію діагностовано у 33,9% клінічних спостережень. Гіперстенічна стадія неврастенії складала (21,4%) випадків. Гіпостенічна стадія неврастенії виявлялася у (12,5%) особистостей. Клінічно неврастенії мали виражену тенденцію до хронічного перебігу. В міру наростання стажу роботи в умовах небезпечного виробництва послідовно відбувалося «нівелювання» особливостей різних стадій захворювання, зниження суб'єктивної значущості для індивіда психотравмуючих ситуацій.

Для хворих з соматоформними розладами (26,8%) були характерні психоемоційні та

вегето-соматичні порушення. При цьому зв'язок між конкретними психотравмуючими обставинами та погіршенням стану як правило встановити було складно. Однак виробнича адаптація таких осіб, в цілому, була задовільною. Страхи різного змісту (14,6%) характеризувалися наполегливими і часто повторюваними різкими і необґрунтованими побоюваннями перед будь-якою особливою діяльністю (активністю) або будь-якими специфічними ситуаціями, в результаті чого хворі починали уникати, під різними приводами, ситуацій, що породжують страхи. При цьому в «чистому» вигляді фобії як самостійні оформлені нозологічні одиниці виявлені не були.

Конверсійні (8,3%) і тривожні (7,3%) розлади виявлені переважно у осіб зі стажем роботи не менше 5 років, під впливом конкретних психотравмуючих обставин — внутрішньосімейного та побутового характеру — 24,3%; менш значущими для розвитку даного виду невротизму з'явилися виробничі фактори — 18,6%. Порушення адаптації (6,5%) виникали гостро, після впливу психотравмуючих ситуацій різного походження, частіше пов'язаних з соматичним станом. Обсесивно-компульсивні розлади виявлені у 2,6% пацієнтів. Провідне значення у виникненні даного виду невротизму належить впливові виробничого характеру.

Клініка невротичних розладів у обстежених практично не відрізнялася від такої у загальній популяції, проте прояви захворювань впливають на соціально-професійну адаптацію хворих в умовах виробництва та є одним із важливих критеріїв, що визначають тактику психопрофілактичних заходів на виробництві.

В залежності від сфери прояву нами умовно виділено два види виробничої дезадаптації: професійна та соціально-психологічна. У свою чергу всередині кожного з цих видів можна виділити помірно і різко виражену дезадаптацію.

Виробнича адаптація зазнає змін у 85,6% працівників підприємства, які страждають захворюваннями невротичного кола, в тому числі у 63,8% зниження адаптаційних можливостей було виражено в помірній, а у 21,8% — різкого ступеня.

Рівень виробничої адаптації залежить від трьох основних чинників: характеру клінічної симптоматики, стадії розвитку захворювання, специфіки виробничої діяльності.

У осіб з астенічними і обсесивно-компульсивними розладами професійна адаптація порушується більшою мірою, що проявляється зниженням якісних і кількісних показників праці.



Рис. 1

Клініко-психопатологічна характеристика невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів

У хворих з істеричною симптоматикою порушені переважно соціально-психологічні механізми пристосування на виробництві, що в ряді випадків сприяє дестабілізації психологічного мікроклімату в колективі. У мінімальному ступені порушується трудова адаптація у працівників з ініціальними невротичними розладами, в максимальній — у осіб з невротичним розвитком особистості.

Також нами було використано опитувальник невротичних розладів — симптоматичний (ОНР-СІ) призначений для визначення ступеня враженості невротичних розладів і змістовного опису скарг. За його допомогою встановлені показники «загального рівню невротичності», провідних невротичних синдромів, ступеня виразності окремих симптомів шляхом кількісного визначення ступеня виразності невротичних розладів та змістовного опису скарг (табл. 1).

З даних табл. 1 випливає, що в структурі невротичних розладів істотних відмінностей у гендерному плані не виявлено. А найбільш вираженими серед обстежених осіб були наступні розлади або ознаки: тривожно-фобічні та сомато-вегетативні розлади (1-е рангове місце — $21,3 \pm 1,5$ і $21,15 \pm 1,1$ бала, відповідно), афективна напруженість та астеничні розлади (2-е рангове місце — $18,9 \pm 18,4$ та $17 \pm 1,8$ бала, відповідно), афективна лабільність та ананкастні розлади (3-е рангове місце — $16,3 \pm 2,2$ та $14,09 \pm 1,6$ бала, відповідно) депресивні розлади та іпохондричні (4-й рангове місце — $13,5 \pm 2,1$ та $12,9 \pm 1,5$, відповідно).

Звертає на себе увагу вразливість афективної сфери хворих — афективна симптоматика: перевищення балів бодай за однією шкалою афективного комплексу (шкалами тривожно-фобічних та депресивних проявів; афективної

напруженості та афективної лабільності) відзначається у 35% пацієнтів, а у 25% зареєстровані підвищені показники відразу за декількома «афективними» шкалами.

Скарги на часті коливання настрою представлені за показником афективної лабільності — схильності до поведінкових проявів, наприклад, сльозам. При цьому неприємні події протікають дуже емоційно, хворі при цьому не в силах стримати свої емоції, незважаючи на можливі несприятливі для них наслідки, зокрема при комунікативних ситуаціях. Афективна лабільність може бути пов'язана з соматичними змінами, коливань настрою, погіршенням загального фізичного і психологічного стану і, отже, викликаного цим дискомфорту на роботі, конфліктів у сім'ї. Разом з тим, слід зазначити, що вищевказані особливості характерні на особистісному і поведінковому рівнях реагування, обумовленому очевидно тривожним очікуванням чергового дискомфорту.

На другому місці за враженістю емоційно-афективної симптоматики виступають скарги «неврастенічного» характеру. Для досліджених хворих є характерною швидка стомлюваність при виконанні різної діяльності, що вимагає докладання зусиль. При цьому нерідко виникала дратівлива слабкість і зниження психічної активності. Характерні постійне відчуття втоми, зниження спонукань до діяльності, підвищена сенситивність, погіршення пам'яті і активної уваги. Присутність в клінічній картині астеничних симптомів, мабуть, зумовлено загальною дисгармонією вегетативної — системи.

У загальній структурі емоційно-афективних порушень у хворих інтенсивність скарг, пов'язаних з депресивним афектом, займає третє рангове місце. Змістовний сенс обраних

Таблиця 1

Частота домінування розладів у структурі невротичної симптоматики (за методикою ОНР-СІ, в балах)

№	Шкали методики ОНР-СІ	Чоловіки М ± m	Жінки М ± m	Загальна сума М ± m
1.	Тривожно-фобічні розлади	10,8±1,5	10,1±1,5	21,3±1,5
2.	Депресивні розлади	6,9±2,5	6,9±1,7	13,5±2,1
3.	Афективна напруженість	9,6±1,8	9,4±1,5	18,9±1,7
4.	Розлад сну	5,2±2,0	5,1±1,8	10,4±1,9
5.	Афективна лабільність	8,3±2,3	8,1±2,1	16,3±2,2
6.	Астеничні розлади	9,4±2,3	9,2±1,6	18,4±1,8
7.	Сексуальні розлади	5,8±1,7	6,1±1,5	11,4±1,6
8.	Деперсоналізаційні розлади	5,4±1,7	5,7±1,1	10,6±1,5
9.	Обсесивні розлади	5,9±1,5	6,4±1,2	11,8±1,3
10.	Порушення соціальних контактів	4,9±2,0	5,1±1,4	9,7±1,7
11.	Іпохондричні розлади	6,5±1,6	6,3±1,3	12,9±1,5
12.	Ананкастні розлади	7,1±1,9	7,1±1,0	14,09±1,6
13.	Сомато-вегетативні розлади	10,9±1,2	10,3±0,8	21,15±1,1

піддослідними тверджень опитувальника свідчить, що депресивні переживання характеризуються пригніченістю протягом більшої частини дня, апатичним ставленням до подій, песимістичною оцінкою перспектив, тривожних очікувань негативних змін, відчуттям своєї малоцінності, зокрема, у відносинах з протилежною статтю і в сімейних відносинах. Слід зауважити, що критика до свого стану повністю збережена на тлі високої вмотивованості жінок до лікування.

Шкала неспокою і напруженості має четверте рангове місце в структурі емоційно-афективних порушень. Однак нерідко такий стан проходить також раптово як і виникає, хворі відзначають, що за очевидно суб'єктивно вираженому хвилюванню їх дії починають носити «розсіяний» хаотичний характер, не приносить реального результату. Іноді відзначають підвищену агресивність по відношенню до членів сім'ї і колегам по роботі, природу якої вони не завжди здатні пояснити.

У структурі невротоподібної симптоматики домінують розлади астенічного кола. Найбільш характерні для хворих порушення сну, які проявляються в труднощах засинання (тривалий період засинання), складнощах засинання після пробудження серед ночі, ранні прокидання не є характерні для хворих. Астенізація проявляється в підвищеній слабкості, дратівливості, зниженні звичного соціального функціонування. Також має місце підвищення за шкалами розлади сну, афективна напруженість, афективна лабільність, астенічні та іпохондричні розлади. Проявляють себе депресивні розлади, що проявляються в почутті печалі, пригніченості настрою, песимізмі, передчуття невдач, почутті провини, самозвинувачення, у втраті віри в свої сили.

Підвищений і високий рівень невротичної астенії, який є у 50% хворих. Невротична втома характеризується своєю інертністю, нездатністю зникати після відпочинку. Крім того, власне астенія проявляється в погіршенні пам'яті та

уваги, у свою чергу зниження здатності до концентрації уваги призводить до неувважності і вдруге до утруднень запам'ятовування. Зазначені порушення супроводжуються, як правило, підвищеною збудливістю, дратівливістю, зокрема, підвищеною чутливістю до зовнішніх і внутрішніх подразників.

Для таких хворих характерні емоційна нестійкість, емоційні реакції, неадекватні за силою викликаних їх причин, нетерплячість. При астенії також спостерігається лабільність настрою, який неадекватно підвищується при незначній удачі і погіршується при найменшій невдачі.

Характерні для астенічного синдрому розлади сну у вигляді порушення засинання, частих пробуджень і легких проявів дісомнії супроводжуються почуттям розбитості, відсутністю відчуття бадьорості. Хворі часто скаржаться, що «не відпочили за ніч» і тривожно очікують настання наступної ночі. Суб'єктивна оцінка нічного сну як неповноцінного часто є для хворих підставою вважати його причиною зниження працездатності. У той же час вираженої сонливості вдень у переважної більшості хворих не спостерігається.

Також, на підставі багаторівневої діагностики, яка здійснювалася за допомогою «Шкали узагальненої оцінки функціонування» (GAF) нами був проаналізований рівень (виразності, тяжкості) невротичних розладів (табл. 2).

Як видно з табл. 2 більше ніж у половини обстежених (54,5%) спостерігалась незначно виражена симптоматика (наприклад, знижений настрій або легке безсоння) або певні труднощі в роботі, міжособистісних взаєминах, однак, в цілому, функціонування було достатнє, збережені значущі міжособистісні зв'язки, а більшість неспеціалістів не ставитимуться до такої людини, як до хворого.

У значної частини обстежених (34,8%) була присутня помірно виражена невротична симптоматика або виразні труднощі в соціальному функціонуванні (обмежене коло друзів, часті конфлікти на роботі то що). Невелика кількість осіб з невротичними розладами (7,9%) мали плинні симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, не більше, ніж легке порушення функціонування в міжособистісній та професійній сферах. У зовсім незначної кількості хворих (2,8%) була встановлена чітко виражена симптоматика або порушення функціонування, які, безумовно вимагали уваги або лікування (наприклад, виражені обсесії і нав'язливі дії, часті напади тривоги, компульсивне пияцтво, груба антисоціальна поведінка).

Таблиця 2

Розподіл хворих за виразністю психічних розладів за шкалою GAF

Діапазони виразності психічних розладів за шкалою GAF (бали)	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 31	0	0	0	0	0	0
31–40	0	0	0	0	0	0
41–50	1	1,8	4	3,3	5	2,8
51–60	16	29,1	46	37,4	62	34,8
61–70	33	60	64	52	97	54,5
71–80	5	9,1	9	7,3	14	7,9*
> 80	0	0	0	0	0	0
Всього:	55	100	123	100	178	100

Висновки

1. У ході проведеного нами клініко-феноменологічного та психодіагностичного дослідження виявлено клінічні та соціально-психологічні прояви невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у робітників промислових підприємств, та їх структурні особливості.
2. Встановлено, що більшість порушень серед обстежених склали неврастенічні розлади — у 33,9% випадків клінічних спостережень, при цьому гіперстенічна стадія неврастенії складала — 21,4% випадків, гіпостенічна — 12,5%. Соматоформні розлади склали 26,8%, та представлені були характерними психоемоційними і вегетосоматичними порушеннями. Страхі різного змісту склали 14,6%. Конверсійні (8,3%) і тривожні (7,3%) розлади виявлено в незначної кількості осіб. Найменш поширені обсесивно-компульсивні розлади які було виявлено у 2,6% пацієнтів.
3. За результатами досліджень значущими серед обстежених осіб, були наступні синдроми: тривожно-фобічні і сомато-вегетативні (1-е рангове місце), афективна напруженість та астеничні розлади (2-е рангове місце), афективна лабільність та ананкастні розлади (3-е рангове місце) депресивні та іпохондричні розлади (4-е рангове місце).
4. Серед обстеженого контингенту осіб більше ніж у половини (54,5%) спостерігалась легко виражена симптоматика невротичних розладів, у частини обстежених (34,8%) була присутня помірно виражена невротична симптоматика або труднощі в соціальному функціонуванні. Невелика кількість осіб з невротичними розладами (7,9%) мали мінущі симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, а у незначної кількості хворих (2,8%) було встановлено чітко виражену симптоматику, що потребувала спеціалізованого лікувального втручання.
5. Сукупність даних клініко-феноменологічного та психодіагностичного дослідження невротичних розладів дозволила визначити роль і значення структурних компонентів невротичних порушень у обстежених осіб та уточнити (у диференційно-діагностичному плані) ступінь виразності порушень та психо-патогенетичні фактори, що сприяють їх виникненню.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати в поглибленому вивченні причин виникнення невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів і розробкою, на цій основі, науково обґрунтованої системи комплексних профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів щодо охорони і зміцнення психічного здоров'я даного контингенту.

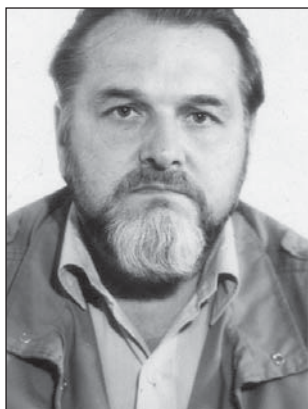
Література:

1. Акерман Е. А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия (эпидемиология, клиника, профилактика) / Е. А. Акерман // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний. — Томск, 1987. — С. 7–8.
2. Александровский Ю. А. Эпидемиология, профилактика и терапия так называемых промышленных неврозов / Ю. А. Александровский, Б. Д. Петраков // Современные формы и методы организации профилактической и психогигиенической работы. — Л, 1985. — С. 100–107.
3. Антухов А. В. Невротические и соматоформные расстройства у работников атомной промышленности / А. В. Антухов, П. П. Балашов // XV съезд психиатров России : Материалы съезда (9 — 12 ноября 2010 года). — М. : ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. — С. 92.
4. Kessler R. C. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, K. A. McGonagle, S. Zhao // Arch. Gen. Psychiatry. — 1994. — Vol. 51, № 1. — P. 8–19.
5. Дмитриева Т. Б. Психическое здоровье человека: актуальность проблемы и новые возможности терапии / Т. Б. Дмитриева // Труды Российского национального конгресса «Человек и лекарство» : В 2-х т. — 2009. — Т.1. — С. 45–55.
6. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. — М., 2002. — 608 с.
7. Корнилов А. А. Пограничные психические расстройства у рабочих предприятий химической промышленности / А. А. Корнилов, З. С. Вишневская, В. М. Булаев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Т. 87. — С. 1694–1697.
8. Новиков В. Э. Качество жизни и психическое здоровье работников гледобывающей промышленности / Под науч. ред. проф. И. Е. Куприяновой / В. Э. Новиков. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. — 280 с.
9. Положий Б. С. Клинико-эпидемиологическая характеристика неврозов в возрастном аспекте (на материале крупного промышленного предприятия) // Вопросы клинической психиатрии : Тез. докл. науч.-практ. конф. — Кемерово, 1985. — С. 35–38.
10. Семке В. Я. Характеристика психического здоровья работников лесной промышленности / В. Я. Семке, М. М. Аксенов // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. — 1996. — № 1. — С. 60–63.

Стан надання медичної допомоги хворим, що страждають на психічні розлади, в умовах Міської консультативно-діагностичної поліклініки КМКПЛ № 1



Василенко А. О.



Хоменко О. П.

Василенко А. О., Хоменко О. П.

Резюме. Проведено аналіз надання медичної допомоги хворим, що страждають на психічні розлади, спеціалістами Міської консультативно-діагностичної поліклініки, яка функціонує в структурі Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1. Проаналізовано показники діяльності на протязі 2010-2012 років. Запропоновані шляхи удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Ключові слова: амбулаторно-поліклінічна медична допомога, стаціонарна допомога, якість надання медичної допомоги, динаміка діяльності, основні показники діяльності, структура захворювань, виявлені патології.

State of grant of medicare to the patients that suffer on psychonosemas, in the conditions of the Municipal consultative-diagnostic polyclinic of KMKPL № 1

Vasilenko A. O., Khomenko O. P.

Resume. The analysis of grant of medicare to the patients, is conducted that suffer on psychonosemas, by the specialists of the Municipal consultative-diagnostic polyclinic that functions in the structure of the Kyiv municipal clinical neuropsychiatric hospital № 1. Performance indicators are analysed on the draught of 2010-2012. Offered ways of improvement of ambulatory-polyclinic help.

Key words: ambulatory-polyclinic medicare, stationary help, quality of grant of medicare, loud speaker of activity, basic performance indicators, structure of diseases, educed pathologies.

З кожним роком підвищуються вимоги до обсягів та якості надання медичної допомоги як в стаціонарі, так і в амбулаторно-поліклінічних умовах. Створення міської консультативно-діагностичної поліклініки Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1 дозволило підвищити рівень надання медичної допомоги психічно хворим і забезпечити їх комплексною соматичною допомогою шляхом об'єднання ресурсів лікарів соматичного профілю. Основним завданням поліклініки є амбулаторне надання комплексної соматичної висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальною допомоги психічно хворих громадян, пацієнтам, які перебувають на лікуванні у лікарні, а також співробітникам лікарні.

Згідно положення про міську консультативно-діагностичну поліклініку була затверджена структура поліклініки, до складу якої ввійшли:

- реєстратура;
- лікувально-діагностичний відділ, який включає наступні кабінети: фізіотерапевтичний, хірургічний, стоматологічний, оториноларингологічний, офтальмологічний, гінекологічний, рентгенологічний, ультразвукової діагностики, електрокардіографічний, електроенцефалографічний, а також спеціалістів: терапевтів, кардіолога, невропатолога, фтизіатра, дерматовенеролога, ендокринолога.

З позицій системно-структурного аспекту були визначені типи субординації в підрозділах поліклініки та схеми взаємодії.

Для забезпечення вирішення системно-інтегративного аспекту системного підходу після затвердження положення про поліклініку, її структури та штатного розпису відповідним наказом Департаменту охорони здоров'я м. Києва з метою упорядкування роботи поліклініки був розроблений графік роботи спеціалістів та порядок направлення хворих до поліклініки іншими медичними закладами.

З метою подальшої реалізації системно-компонентного аспекту проведена відповідна робота по розробці посадових інструкцій співробітників поліклініки, упорядкована структура поліклініки. Налагоджена взаємодія з організаційно-методичним відділом та іншими підрозділами лікарні. З використанням системного підходу було вивчено стан консультативної роботи в лікарні. Динаміка проведеної роботи

спеціалістами поліклініки за 2010-2012 роки представлена в табл. 1.

У порівнянні з 2011 роком кількість відвідувань до лікарів-спеціалістів у 2012р. зменшилась на 11%.

Одним із важливих підрозділів поліклініки є **клініко-діагностична лабораторія (КДЛ)**, яка з кожним роком удосконалює свою діяльність. Лабораторія акредитована в 2010 році. Великий різновид клініко-діагностичних досліджень проводить клініко-діагностична лабораторія поліклініки. Взагалі по лікарні кількість досліджень за 2011-2012 роки, що проведені клініко-діагностичною лабораторією, представлена в табл. 2.

Кількість досліджень за 2012рік збільшилась у порівнянні з 2011роком приблизно на 23000, за рахунок збільшення кількості

Таблиця 1

Динаміка проведеної роботи спеціалістами поліклініки за 2010-2012 роки

Спеціалісти	Амбулаторних відвідувань всього, в т.ч. профогляди				У тому числі з приводу захворювань					
					Дорослих і підлітків			Дітей у віці до 17 років включно		
	2010	2011	2012	%	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Невропатолог	4274	4911	4829	-1.6	3818	4039	4018	710	872	711
Дерматолог	1682	1638	1755	4,7	970	991	1151	31	13	12
Терапевти	8345	8656	8439	-2,5	3640	3859	3719	1	19	12
Фтизіатр	1569	1246	1113	-11	1267	1246	1113	12	14	12
Хірург	2000	1945	1560	-24	1790	1682	1321	5	-	-
Стоматологи	5401	5066	3669	-28	4265	4416	3023	13	6	30
ЛОР	3245	2893	2338	-23	905	685	513	249	245	193
Гінеколог	4519	4616	3450	-33	1900	1762	1802	-	-	3
Окуліст	1856	785	1193	+35	569	357	591	21	77	85
Фізіотерапевт	3309	3278	3243	-0,9	2857	3278	2992	452	344	244
Рентгенолог	9103	9570	6512	-63	1504	1632	357	17	-	-
ЕЕГ та РЄГ	3082	3409	2364	-31	2085	1067	706	997	280	336
ЕКГ	4902	5052	4915	+0,3	1600	1452	1957	62	58	35
УЗД	1369	1368	1295	-5,6	1301	1328	1200	64	40	25
Ендокринолог	639	514	445	-15,5	568	416	430	-	-	-
Кардіолог	54	338	2048	+163	54	336	2001	-	2	18
Усього	55343	55285	49168		29093	28545	26912	2634	2970	1716

Таблиця 2

Кількість досліджень, проведених клініко-діагностичною лабораторією, взагалі по лікарні за 2011-2012 роки

Вид дослідження	2012		2011	
	Абс. значення	Питома вага (%)	Абс. значення	Питома вага (%)
Загальноклінічні (без гематологічних)	135361	35.9%	136426	38.5%
Гематологічні	204296	54.2%	184101	52%
Біохімічні	29105	7.7%	23498	6.6%
Імунологічні	8475	2.2%	10307	2.9%
Всього	377237	100%	354332	100%

гематологічних та біохімічних досліджень, що пояснюється забезпеченням реактивами для гематологічного аналізатору та придбанням біохімічного аналізатору.

Загальна кількість досліджень амбулаторних хворих теж збільшилась на 33%, але зменшилась кількість загально клінічних та імунологічних досліджень на 20% та 45% відповідно.

З метою удосконалення організації та технології медичної допомоги психічно хворим, зокрема діагностичного процесу із застосуванням променевих методів дослідження, на базі поліклініки в 2012 році створено рентгенодіагностичне відділення, в структуру якого входять рентгенологічний кабінет, кабінети рентгенівської комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії.

Діяльність **рентгенологічного кабінету** за 2010-2012 роки представлена в табл. 3.

В порівнянні з 2011 та 2012р. зросла кількість рентгенологічних досліджень кістково-судової системи на 35%. Значно зросла кількість інших досліджень за рахунок комп'ютерної томографії головного мозку-33%. Кількість обстежень грудної порожнини знаходиться на одному рівні на протязі 3-х років.

В 2012 р. усього проведено комп'ютерних томографій — 348, з них:

- КТ головного мозку — 286,
- КТ органів грудної порожнини — 26,
- КТ органів травлення — 21,
- КТ кістково-суглобової системи — 14,
- КТ органів малого тазу — 1.

Усього проведено магнітно — резонансних томографій — 373, з них:

- МРТ головного мозку — 266,
- МРТ органів черевної порожнини — 3,

- МРТ кістково-суглобової системи — 102,
- МРТ органів малого тазу — 2.

Діяльність **кабінету ультразвукової діагностики** (УЗД), зокрема показники проведених обстежень, за 2011–2012 роки представлена в табл. 4.

З аналізу показників діяльності кабінету за 2012р. в зрівнянні з показниками за 2011 р. навантаження на кабінет в незначній мірі знизилось.

Кількість амбулаторних звернень за звітний період залишилась практично на тому ж рівні. Кількість співробітників, що були обстежені УЗД, зменшилась. Дітей віком до 14 за звітний період було обстежено менше чим за попередній рік. Це пояснюється зменшенням направлень на ультразвукове дослідження педіатрами.

Аналіз структури захворювань, що були виявлені під час проведення УЗД — дослідженнях представлений в табл. 5.

Таблиця 4

Діяльність кабінету УЗД за 2011-2012 роки

	2011	2012	Зміни (%)
В поліклініці прийнято і оглянуто всього:	1368	1295	-5%
З них сільських жителів:	57	57	0%
Прийнято з приводу захворювань:	1318	1260	-4%
З них сільських жителів	57	57	0%
З них дітей віком 0-14 років:	40	25	-37%
Прийнято амбулаторно:	15	13	13%
Прийнято співробітників:	287	233	-19%

Таблиця 3

Кількість проведених рентгенологічних досліджень за 2010-2012 роки

Найменування	Усього			У тому числі:											
				Органів грудної клітки			Органів травлення			Кістково суглобової системи			Інші		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Рентгенологічні дослідження	2912	2622	3279	1719	1613	1708	4	-	-	390	382	588	799	627	983
З них зроблено просвічувань	1072	91	833	1068	91	833	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Рентгенограм	2084	2438	1583	592	830	372	12	-	-	614	864	576	866	744	635
Діагностичних флюорограм	562	818	503	562	818	503	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Профілактичних флюорограм	5281	6948	2730	5281	6948	2730	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Спеціальних досліджень методик	90	21	360	-	12	-	-	-	-	35	9	12	-	-	348

Таблиця 5

Структура захворювань, виявлених при УЗД-дослідженнях

Вид дослідження	2012	Питома вага(%)
Серцево-судинної системи	32	2.4%
Органів черевної порожнини	821	63.0%
Жіночих статевих органів	220	17.0%
Молочної залози	12	1.0%
Щитовидної залози	91	6.7%
Нирок	135	9.8%
Загалом	1368	100%

Найбільшу питому вагу серед всіх проведених обстежень займають захворювання органів черевної порожнини та жіночих статевих органів.

Найбільшу розповсюдженість серед патологічних станів, виявлених методом УЗД, залишаються захворювання печінки та жовчного міхура, а також підшлункової залози. На першому місці стоїть хронічний холецистит (18.9%), холелітіаз (11.9%), жировий гепатоз (10%), хронічний панкреатит (7.6%). Також великий процент виявлених захворювань сечовидної системи, серед них камені нирки та сечовода (12.9%). Достатньо великий процент посідають захворювання жіночих статевих органів: фіброма матки (5.8%)

Заходи, що впроваджені з метою профілактики найбільш розповсюджених захворювань, наступні:

- ретельне обстеження усіх хворих, спрямованих на УЗД, на предмет виявлення найбільш розповсюджених захворювань та гострих патологічних станів
- з метою найбільш достовірної діагностики контроль за правильною підготовкою хворого до обстеження, своєчасним проведенням призначеного УЗД.
- обов'язкове надання рекомендацій після проведення УЗД для подальшого обстеження і консультації хворого іншими фахівцями;
- призначення повного обстеження УЗД в динамічному спостереженні при сумнівному чи невизначеному діагнозі

Електрокардіографічний кабінет.

Значна увага приділяється електрокардіографічним обстеженням. Діяльність електрокардіографічного кабінету за 2011-2012 роки представлена в табл. 6.

В 2012 році було виконано ЕКГ — досліджень більше, ніж у 2011 році на 2.79%. за рахунок зменшення кількості повторних обстежень. Кількість обстежених осіб за 2012 рік збільшилась на 1.32% у порівнянні з 2011 роком. Кількість обстежень амбулаторних хворих

та співробітників збільшилась на 25.38% за рахунок збільшення звернень співробітників. Кількість обстежень сільських жителів збільшилась на 2.32%, а дітей зменшилась на 16.41%. Кількість ЕКГ з патологічними змінами збільшилась на 24.2%.

Кабінет діагностики функцій вищої нервової діяльності. Аналізуючи показники діяльності лабораторії за 2012 рік кількість обстежених хворих — 2364.

Кабінет лікаря — офтальмолога. Структура захворювань представлена в табл. 7.

Переважну більшість в структурі захворювань складають аномалії рефракції різних видів ця патологія збільшилась за абсолютними значеннями, у відсоткових значеннях залишилось майже на рівні 2011 р. Зросла кількість судинних

Таблиця 6

Діяльність кабінету ЕКГ за 2011-2012 роки

	2011	2012	Зміна у %
Всього виконано ЕКГ досліджень	5052	4915	-2.79
Кількість обстежених осіб	3821	3872	+1.32
Виконано ЕКГ амбулаторним хворим в тому числі	291	291	+25.38
Сільським жителям	464	464	+2.32
Дітям до 17 років	383	329	-16.41
З приводу захворювань	1510	1992	+24.2

Таблиця 7

Структури офтальмологічних захворювань

Найменування захворювань	Абсолютне число захворювань	% до прийнятих
катаракта	101	8.47%
глаукома	6	0.51%
міопія	203	17.02%
ВМД	22	1.84%
ячмінь, холязіон	6	0.50%
пресбіопія	52	4.36%
інші захворювань сітківки	225	18.86%
кон'юнктивит, синдром сухого ока	50	4.19%
інші захворювання повік	7	0.59%
косоокість	29	2.43%
патологія здорового нерва	21	1.76%
вроджені вади органу зору	19	1.59%
гіперметропія	145	12.15%
інші	60	5.03%

захворювань у порівнянні з 2011р. Відмічається зріст захворюваності слизової оболонки та вроджених вад органу зору.

Кабінет лікаря — дерматолога.

Діяльність за 2011-2012 роки, зокрема кількість хворих, що оглянуті лікарем — дерматологом, представлена в табл. 8.

За даними показниками можна зробити висновок, що суттєвих змін у обслуговуванні хворих не сталося. Тільки кількість первинних хворих зросла на 3.5%. Структура патологій, що виявлені лікарем — дерматологом на протязі 2011-2012 років, представлена в табл. 9.

За даними показниками можна зробити висновок що структура захворювань суттєво не змінилась. Кількість алергодерматозів зменшилась на 2.1%, зато кількість хворих збільшилась на 1.6%. Це підтверджує своєчасне втручання і кваліфіковане лікування.

Стоматологічний кабінет як підрозділ міської консультативної діагностичної поліклініки КМКПЛ№1 на протязі 2012 року забезпечував спеціалізовану лікувально-діагностичну допомогу пацієнтам, співробітникам лікарні, які звертались за наданням стоматологічної допомоги, продовжуючи виконання міської міжгалузевої

програми «Здоров'я киян» на 2003-2011 роки, програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань, відповідних наказів по лікарні. Діяльність лікарів — стоматологів стоматологічного кабінету представлена в табл. 10, терапевтична стоматологія — в табл. 11, хірургічна стоматологія — в табл. 12.

Загальні показники зменшено на третину, що пов'язано з загальним зменшенням кількості пацієнтів лікарні. Трагічно обірвалося життя лікаря-стоматолога Новака В.В. Найбільший відсоток стоматологічних захворювань складає карієс та його ускладнення. Захворювання слизової оболонки значно зменшилось. Показники по хірургічній стоматології фактично на рівні минулого року. Проводилось надання невідкладної стоматологічної, терапевтичної та хірургічної допомоги в стоматологічному кабінеті поліклініки та при потребі у відділеннях лікарні. Надавалась необхідна консультативно — діагностична допомога лікарям-спеціалістам іншого профілю, та проводилось необхідне консультування у лікарів поліклініки. Приймалась активна участь в роботі Асоціації стоматологів України, відвідування стоматологічних виставок та конференцій.

Таблиця 8

Кількість хворих, оглянутих лікарем — дерматологом за 2011-2012 роки

	2011		2012		Різниця
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
Оглянуто всього	1638	100	1755	100	
Хворих стаціонару	991	60.5	1054	60.5	>0.45
Дітей	13	0.79	12	0.68	>0.11
Амбулаторних хворих	649	39.6	701	39.9	<0.3
Первинних хворих	1277	77.9	1429	81.4	<3.5

Таблиця 9

Структура патологій, що виявлені лікарем — дерматологом протягом 2011-2012 років

Діагнози	2011		2012		різниця
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
Алергічні дерматози	256	25.8	250	23.7	>2.1
Вульгарні вугрі	29	2.9	28	2.65	>0.25
Псоріаз	34	3.4	36	3.4	=
Стрептодермії	69	6.96	77	7.3	<0.4
Різнобарвний лишай	29	2.9	21	2.0	>0.9
Оперезуючий лишай	12	1.2	10	0.9	>0.3
Екзема	32	3.2	29	2.75	>0.5
Бишиха (рожа)	8	0.8	15	1.4	<0.6
Короста	23	2.3	22	2.08	>0.22
Сифіліс	12	1.2	30	2.8	>1.6
Мікози та оніхомікози	77	7.7	85	8.06	<0.36
Інші	371	37.4	419	39.7	<2.3
Себорея та себороїди	37	3.7	32	3.03	>0.67

Таблиця 10

Діяльність лікарів — стоматологів на протязі 2011-2012 років

Категорії хворих	2011	2012	Зміни %
Всього відвідувань	5066	3669	-27.6
Первинних	2074	1426	-31
Амбулаторні та співробітники	1637	1197	-26
Потребувало санації	1692	1131	від 1-х -2.2
Сановано	1288	685	від потреб -2.3

Таблиця 11

Терапевтична стоматологія

Найменування	2011		2012		Зміни %
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
Карієс	1055	22.6	1080	45.5	+22.9
Ускладнення карієс	2001	43	953	40.2	-2.8
Не каріозні ураження	141	3	119	5	+2
Захворювання пародонту	1307	28	171	7.2	-20.8
Ураження слизової	161	3.4	19	1	-2.4
Всього	4665	100	2732	100	

Таблиця 12

Хірургічна стоматологія

Найменування	2011		2012		Зміна
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
Абсцеси	37	7.5	35	8.5	+1.0
Видалення зубів	444	89.3	36.3	88.3	-1.0
Вилучено інородних тіл	16	3.2	13	3.2	=
Всього	497	100	411	100	

Фізіотерапевтичний кабінет (ФТК).

Проходили лікування в основному хворі стаціонарних відділень, як з психосоматичними, так і з супутніми захворюваннями, а також незначна кількість амбулаторних хворих та співробітників лікарні. За період 2012р. всього пролікувалось 3243 хворих, (із яких 251 амбулаторних, це співробітники лікарні та хворі м Києва. Як завжди, за 3-4 тижні до виписки хворі направляються на лікування до ФТК та на ЛФК. Протягом звітного періоду в ФТК пролікувалось близько 40% від загальної кількості виписаних та померлих.

Протягом 2012р. в роботу ФТВ впроваджено лікування хірургічних захворювань на апаратах «Алімп-1»- запального характеру, післяопераційні стани, опікові стани, фантомні болі.

Завідувачем ФТК Ореховою Г.І. по місцевому радіо на курсах підвищення кваліфікації середнього медперсоналу постійно зачитуються лекції з фізіотерапії та водолікування, а також з профілактики різноманітних захворювань. З завідувачами та старшими медсестрами відділень та служб проводяться семінарські заняття

з профілактики застуд та СНІДу, а також інших захворювань.

Крім того, завідувачем ФТК та лікарем — фізіотерапевтом проводяться бесіди з хворими про шкоду, яку наносить надмірне вживання алкоголю та тютюнових виробів, а особливо, пристрасть до наркотиків. Показники діяльності ФТК протягом 2011-2012 років представлені в табл. 13.

Направлення пацієнтів на фізіотерапевтичні процедури здійснюється лікарями-спеціалістами поліклініки та лікарями-психіатрами.

Лікар-фтизіатр. Проконсультовано у відділеннях лікарні 1113 хворих. В рентгенологічному кабінеті оглянуто 520 рентгенограм, 3000 флюорограм і 20 комп'ютерних томограм. Загалом у 2012 році виконано 3540 клініко-рентгенологічних оглядів хворих. Профілактичними флюорографічними обстеженнями у 2012 році охоплено 100% хворих, що надійшли до лікарні. У поліклініки прийнято 35 співробітників. Структура захворюваності психічно хворих з легеневою патологією протягом 2011-2012 років представлена в табл. 14.

Таблиця 13

Показники діяльності ФТВ за 2011-2012 роки

Найменування	2012	2011	Ріст / зниж в %
Прийнято усього хворих	3243	3278	-1
Прийнято амбулаторних хворих	251	292	-4
Охоплення хворих фіз методами	37%	40%	-3
Кількість відпущених процедур	81075	81950	-1
Кількість напрацьованих процедурних одиниць	202688	204875	-1
Число процедур на 1 особу, що проходила лікування	25	25	0
Кількість процедурних одиниць на одну медсестру	33781	29268	-1
Кількість ставок на які медсестрами напрацьовані процедури одиниці	9	9	0

Таблиця 14

Структура захворюваності психічно хворих з легеневою патологією протягом 2011-2012 років

Діагноз	2011		2012	
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %
Активний туберкульоз легенів з розпадом та без нього	14	3.77	7	1.91
Не активний туберкульоз легенів, залишкові зміни після перенесеного туберкульозу	132	35.58	129	35.25
Пневмонія	78	21.02	75	20.49
Гострий бронхіт	32	8.63	40	10.93
Хронічні обструктивні захворювання легенів	108	29.11	110	30.06
Доброякісні пухлини	1	0.27	1	0.27
Рак легенів	5	1.35	3	0.82
Кіста легенів	1	0.26	-	-
Саркоїдоз	-	-	-	-
Ексудативний плеврит	1	0.27	1	0.27
Спонтанний пневмоторакс	-	-	-	-
Разом	371	100.00	366	100.00

Загальна кількість хворих з легеневою патологією у порівнянні з минулим роком суттєво не змінилась, при цьому кількість хворих на активний туберкульоз збільшилась, а кількість хворих на пневмонію не змінилась. Випадків не своєчасного виявлення хворих на активний туберкульоз легенів не було, всі хворі переведенні до туберкульозне відділення Київської міської психоневрологічної лікарні №3 (смт.Глеваха).

Робота по своєчасному виявленню туберкульозу серед хворих і співробітників лікарні проводилась у відповідності за наказом головного лікаря лікарні № 388 від 1.12.2011 р. «Про додаткові заходи щодо запобігання спалаху туберкульозу у лікарні», а також у відповідності з наказом по лікарні № 388 від 13.12.2010 р. «Про проведення інфекційного контролю за туберкульозом у лікарні» виданий згідно наказу МОЗ України від 18.08.2010р. №684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах».

Лікування хворих на пневмонію проводилось у відповідності з «Протоколом про надання допомоги хворим на пневмонію», затвердженим наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007. При лікуванні хворих на пневмонію були застосовані нові пеніцилінозахищені антибіотики/ аугментін, амоксіклав/, а також антибіотики цефалоспоринового ряду, респіраторні фторхінолони і марколіди.

При лікуванні гострих бронхітів і хронічних обструктивних захворювань легенів був застосований новий протизапальний препарат ереспал, який пройшов клінічні випробування у ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» з позитивним результатом.

Пропозиції щодо поліпшення роботи у 2013р:

1. Продовжувати здійснювати постійний контроль а щорічним флюорографічним обстеженням хворих і співробітників лікарні

з метою своєчасного виявлення туберкульозу і раку легень.

2. Запровадити у клінічну практику лікування хворих на пневмонію з важким перебігом новий антибіотик флемоклав салютаб.
3. Запровадити у клінічну практику лікування хворих на пневмонію призначення сучасних антибіотиків ступінчатим методом.
4. У зв'язку з постійним зростанням захворюваності на госпітальну пневмонію зобов'язати санітарно-епідеміологічну службу лікарні та завідувачів відділеннями посилити контроль за режимом провітрювання і квартування палат, вологим прибиранням та миттям посуду з обов'язковим застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів.

Кабінет лікаря акушер — гінеколога.

Гінекологічний кабінет в міській консультативно-діагностичній поліклініці Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 м. Києва є лікувально-діагностичним для надання допомоги жінкам з акушерсько-гінекологічними захворюваннями. Кабінет пристосований для амбулаторного прийому хворих, а також для обслуговування хворих у відділеннях згідно з плановим порядком і за терміновими викликами.

Враховуючи те, що переважна кількість жінок — це психічно хворі, які знаходяться на стаціонарному лікуванні КМКПЛ №1, на кожну жінку витрачається різна кількість часу. Тому кількісний прийом хворих різниться кожен день, тиждень, місяць. Лікарня налічує 30 відділень, більшість з яких жіночі. Планові виклики здійснюються кожен день, термінові виклики здійснюються позачергово та при виявленні гострої патології пацієнтка направляється бригадою невідкладної допомоги у спеціалізований медичний заклад. Раз на півроку проводяться гінекологічні огляди декретованих співробітниць. Кількість обстежених жінок за 2011-2012 роки представлено в табл. 15.

Загальна кількість пацієнток знизилась у зв'язку зі зниженням кількості поступаючих до Лікарні пацієнток. Об'єм огляду співробітниць завжди залишається стабільним і досягає до 70%. Про задовільну лікувальну роботу кабінету говорить достатня кількість хворих, які повторно звертаються. Цей показник залишається стабільним, виявляється зниження з 38% до 30% протягом 2011-12 років також за рахунок зниження захворюваності на 11.6% за даний період, про що свідчать дані табл. 16.

Таблиця 15

Кількість обстежених жінок

Рік	Оглянуто всього	з них амбулаторно	Співробітники	I	II	З приводу захворювань	Оглянуто сільських жителів
2012	3450	18	414	2483	967	1802	84
2011	4616	25	500	2861	1755	1762	75

Таблиця 16

Структура виявленої гінекологічної патології за 2011-2012 роки

	2012		2011		Зміни (%)
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
Бактеріальні вагініти	491	30%	564	32%	-2%
Трихомонадні кольпити	34	2.1%	28	5%	-3%
Ерозії шийки матки	249	15%	85	15%	-
Полипи шийки матки	29	2%	35	2%	-
Фіброміоми	206	12%	194	11%	+1%
Порушення менс циклу	143	9.0%	128	7.3%	+2%
Пролапс статевих органів	74	4.6%	88	5%	-
Кистоми яєчників	34	2.1%	79	4.5%	-2.4%
мастопатії	179	11%	158	9%	+2%
Рак молочної залози	1	0.001%	3	0.17%	-0.17
Підозра на рак статевих органів	8	0.008%	4	1%	-4%
Рак шийки матки	2	0.002%	-	0%	+0.002%
вагітність	8	0.008%	17	1%	-1%
Післяпологові стани	19	0.01%	21	1.2%	-2%
інші	177	10%	204	11.6%	-2%
Всього	1654	100%	1762	100%	-11.57%

Найбільш поширеними серед цієї групи захворювань залишаються наступні: Бактеріальні вагіни, ерозії шийки матки, фіброміоми, порушення менструального циклу. Кількість захворювань за період 2011-2012 роки знизилось на 11.6%. З приводу онкологічної патології виявлено 1 випадок раннє діагностованого раку лівої молочної залози, пацієнтка знаходиться під наглядом онкомамолога. Усі випадки з підозрою на злоякісні новоутворення статевих органів одразу направлені до Київського онкологічного диспансеру. Усі виявлені мастопатії в обов'язковому порядку направлені до Київського Діагностичного Центру.

Коливання кількості різниць процедур залежать від нозологічної структури виявлених захворювань у жінок: на першому місці залишаються процедури, пов'язані з переважною кількістю захворювань шийки матки та пихви, розширюються огляд жінок з виконанням кольпоскопії, що говорить про покращення діагностичної та лікувальної роботи гінекологічного кабінету.

Отоларингологічний кабінет (ЛОР-кабінет). Діяльність кабінету за 2011-2012 роки представлено в табл. 17.

Виходячи з таблиці в 2012р. прийнято хворих на 12% менше, ніж в 2011р. що пояснюється відсутністю лікаря протягом місяця на курсах удосконалення кваліфікації.

Заходи з удосконалення лікувально-діагностичного процесу : лікар прийняла участь у 5 засіданнях науково — медичного товариства отоларингологів м. Києва та Київської області. Знаходження нових лікарських препаратів у ЛОР-практиці: Ісла — пігулки для лікування гострих та хронічних запалених процесів, Повісси — крем для зовнішнього застосування.

Хірургічний кабінет. Діяльність кабінету протягом 2011-2012 років представлена в табл. 19.

Зменшення кількості прийнятих хворих на 20% зв'язана з меншою кількістю хворих, що лікувалися в 2012 році в стаціонарі (8 тис проти 10 тис) пропорційно. Більшість хворих звертається за допомогою в зв'язку з травмами, ранами верхніх та нижніх кінцівок (35%); травмами та ранами голови та тулуба (до 5%); з гнійними ураженнями шкіри, підшкірної клітковини (до 35%), доброякісними пухлинами м'яких тканин (до 5%); хірургічними захворюваннями черевної порожнини (10%); іншої патологією (до 10%). Проводяться оперативні втручання — 73 за 2012р, з них : 50 на шкірі та підшкірній клітковині, 23 — на кістково-м'язовій системі.

Проводиться планове постійне підвищення професійного рівня співробітників хірургічного кабінету та пройдено курси тематичного

Таблиця 17

Діяльність ЛОР-кабінету за 2011-2012 роки

	2012	2011
Оглянуто всього	2338	2893
З приводу захворювань	513	930
Амбулаторних та співробітників	1069	1197
Сільських жителів	82	102
Дітей до 14 років	193	245
Виявлено патології : Всього	716	930

Таблиця 18

Кількість оглянутих хворих за нозологічними одиницями за 2011-2012 роки

	2012	2011
Хр. декомпенсований тонзиліт	53	57
Хр. компенсований тонзиліт	10	5
Гіпертрофія мигдалинів	18	21
Аденоїдні вегетації	32	36
Гострий середній отит	23	23
Хронічний отит	20	24
Гострий риніт	3	5
Хронічний риніт	15	17
Гострий гайморит	18	22
Хронічний гайморит	14	14
Гострий фарингіт	9	7
Хронічний фарингіт	57	61
Зовнішній отит	6	5
Гострий ларингіт	5	9
Хронічний ларингіт	6	4
Ангіни	5	8
Викривлення носової перегородки	245	258
Сірчані пробки	75	73
Неврит слухового нерву	32	36
Злом носу	3	8
Носійство стафілококу	9	7
Глухонемота	8	9
Інші	62	

Таблиця 19

Показники діяльності хірургічного кабінету за 2011-2012 роки

	2011	2012	Зміни (%)
Оглянуто всього	1945	1560	-20
з приводу захворювань	1681	1321	-22
Профілактичні огляди	264	239	-10
Первинні огляди	1424	1145	-20
Повторні огляди	521	415	-21

удосконалення: «Сучасні методи лікування у флебології» і «Ендокринна хірургія».

Кабінет лікаря — терапевта. Структура терапевтичної патології представлена в табл. 20.

Таблиця 20

Структура терапевтичної патології протягом 2011-2012 років

Діагнози	2012		2011		Зміни (%)
	Абсолютне число	Питома вага, %	Абсолютне число	Питома вага, %	
ІХС та атеросклеротичний постінфарктний атеросклероз	1168	+9.5%	1179	15.9%	-2.9
Гіпертонічна хвороба	990	-1.4%	1004	13.5%	-1.0
Вегето-судинна дистонія	206	-21.7	488	6.5%	-2.2
Порушення ритму	358	+18	294	3.9%	+3.3
Хр. бронхіти, гострі бронхіти	350	-7.1	375	5.0%	+1.7
Бронхіальна астма	228	+73	20	0.2%	-0.4
Виразкова хвороба шлунку та 12 палої кишки	86	-5.8	91	1.2%	
Цукровий діабет	109	+23	85	1.1%	-0.5
Ожиріння	114	+28	81	1.0%	-0.8
Пієлонефрит	137	-10.9	152	2.0%	-0.2
Хронічні гастрити, гастро дуоденіти	239	18	196	2.6%	-0.3
хр. холецистити	619	-24	475	6.4%	-1.6
Гострий цистит	130	+84	11	0.1%	-0.1
Гострі і хр. гепатити	327	+8	301	4.0%	-2.0
копростаз	79	-31	104	1.4%	-0.9
Анемії	292	-41	414	5.5%	+2.5
пневмонії	97	-15	83	1.1%	-0.6
Хвороби щитовидної залози	31	-26.4	115	1.5%	-1.0
Інші захворювання	300	-24	726	9.7%	-10.3
Всього:	5760	-28.6	7413		

За звітний період з приводу захворювань прийнято 2645 осіб, що склало 87.6% (за 2011 — 2486 осіб — 85.1%). З метою профілактичного огляду прийнято 375 осіб, що склало 12.4% (в 2011 році — 435 осіб — 14.9%). Перше місце посідають хвороби серцево-судинної системи (ІХС,ГХ), на 2 місці — хвороби органів травлення (хронічний холецистит, хронічний панкреатит, хронічний гастродуоденіт, токсичний гепатит), 3-місце посідають хвороби органів дихання (ХОЛ та гострі респіраторні захворювання: ГРВІ, трахеобронхіт).

Кабінет лікаря — невропатолога. Аналіз структури захворювань, що були виявлені лікарем-невропатологом протягом 2011-2012 років (табл. 21).

Серед заходів, які були запроваджені з метою профілактики, своєчасного виявлення та лікування найбільш поширених захворювань, слід зазначити такі:

- реонцефалографія судин головного мозку, яка дозволяє виявити, та прослідкувати ефективність поширених препаратів лікування судинних захворювань;
- електроенцефалографія, яка дозволяє виявити, та обґрунтувати лікування хворим з епілепсією

- роз'яснення хворим з цереброваскулярною патологією шкідливості вжити їжі з високим змістом тригліцеридних жирів;
- постійний контроль артеріального тиску у пацієнтів з схильністю до артеріальної гіпертонії.

Ендокринологічний кабінет. Аналіз структури ендокринних захворювань складають цукровий діабет в т.ч. й ІЗ, відмічається позитивна динаміка збільшення кількості хворих із вперше виявленим цукровим діабетом 2 типу, в порівнянні з 2011 р. На стаціонарному лікуванні більше перебувало хворих з важкою формою. Значну кількість хворих з вперше виявленим цукровим діабетом було віднесено до середньої ступені важкості. Це пояснюється низьким рівнем свідомості пацієнтів щодо перших симптомів цього захворювання та його ускладнень, а також небажанням і браком часу, щоб прийти на прийом до лікаря та провести обстеження. Характер ускладнень мав пряму залежність від тривалості цукрового діабету. Так, серед хворих до 10 років перебігу, що становили, в основному середню ступінь важкості, були одинокі моноускладнення:

Діабетична мікроангіопатія (-57%), нейропатія (-45%), ретинопатія (-28%), гепатоз

Таблиці 21

Структура неврологічних захворювань протягом 2011-2012 років

Нозологічна форма захворювання	Кількість пацієнтів		% співвідношення	
	2011	2012	2011	2012
Атеросклеротична дисциркуляторна енцефалопатія	650	766	13.2	16.2
Гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія	853	796	17.3	-7.1
Хронічна цереброваскулярна недостатність	1156	1125	23.5	-2.7
Гострі порушення мозкового кровообігу	152	44	3.1	-28
Струсок головного мозку	62	41	1.3	-26
Віддалені наслідки черепно-мозкових травм	646	620	13.2	-4.1
Епілепсія	441	474	8.9	7
Віддаленні наслідки пошкоджень спинного мозку	9	-	2.0	-
Травма верхньої кінцівки	26	76	0.5	- 34
Новоутворення головного мозку	22	20	0.4	-1.1
Менінгіти, менінгоенцефаліти, арахноїдіти	114	76	2.3	-34
Вегето-судинна дистонія	390	490	7.9	20
Розсіяний склероз	-	-	-	-
Хвороба Паркінсона	18	41	0.4	-43
Спадковенно — сімейні та дегенеративні за захворювання	5	-	0.1	-
Дитячий церебральний параліч	42	67	0.8	38
Віддалені наслідки поліомеліта	-	-	-	-
Полінейропатії	100	134	2.0	26
Профогляди	152	90	3.1	-41
Інші	73	75	1.5	2.7
Всього	4911	4864	100	100

(-40%), нефропатія (-23%) У хворих з тривалістю хвороби від 10 до 20 років 84.7% мали універсальний характер ускладнень. Особливо це простежується після 15 років хвороби. Щодо тиреоїдитів (кількість випадків) — пов'язано з самим характером перебігу захворювання (часті рецидиви). За звітний період зберігається тенденція до зростання показника розповсюдженості вузлового зоба. Вірогідніше за все. Це пояснюється з одного боку, віковим складом населення — більше 60% — люди пенсійного віку, а загально відомо, що вузловий зоб — це віко залежна патологія. Значно зменшилась кількість хворих на після процедурний гіпотиреоз, а також на тиреотоксикоз. Ці хворі лікуються переважно в хірургічних відділеннях та відділеннях реабілітації інших лікарень, збільшилась кількість хворих з вперше виявленим гіпотиреозом в поєднанні з автоімунним тиреоїдитом (в психіатрії часто проявляється ознаками депресії). З метою покращення консультативного прийому необхідно удосконалити систему моніторингу глюкози в крові по

всьому стаціонару, глюкозурії в сечі, а саме — проведення контролю за якістю лабораторних реактивів, розширити можливість проведення забору глікемічного профілю 3-4 рази на добу (8-00, 10-30, 14-00, 17-30), оснащення соматичних відділень глюкометрами з тест полосками для полегшення роботи лабораторії лікарні й для швидкості призначення лікування.

Пропозиції:

1. Для зниження ризику ускладнень та підвищення % вияву соматичної патології являється обстеження всіх пацієнтів старше 40 років, якщо в анамнезі є соматична патологія або зареєстрований високий АТ або ЧСС.
2. Проведення фармакологічних проб (нітрогліцеринова, калієва, с В-блокатором, холодова проба) після затвердження кабінетом функціональної діагностики діагнозу.
3. Для ранньої діагностики ІХС порушень серцевого ритму та блокад необхідний холтер — ЕКГ.

УДК: 616.89-008.454-005:612.824

Особенности взаимосвязи церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга у больных с постинсультной депрессией



Глушко С. Ф.

Глушко С. Ф.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

Резюме. У 145 хворих похилого віку, які перенесли ішемічний інсульт з депресією (100 чол.) і без депресії (45 чол.) проведено аналіз взаємозв'язку між станом мозкового кровотоку (ЛССК) і структурою біоелектричної активності головного мозку з урахуванням півкульної локалізації вогнища. Для хворих з депресією при локалізації інсульту як у правій так і в лівій півкулі в порівнянні з хворими, які перенесли інсульт без депресії, характерні більш жорсткі кореляційні зв'язки між показниками ЛССК в окремих судинах каротидного і вертебро-базиллярного басейнів з інтенсивністю в діапазоні повільних ритмів (дельта-, тета-ритму), що певною мірою свідчить про підвищену активізацію у хворих з депресією підкіркових структур мозку, що генерують повільні ритми. У хворих, які перенесли ішемічний інсульт без депресії, переважно взаємопов'язані показники мозкового кровообігу (ЛССК) з інтенсивністю в діапазоні альфа-ритму, що вказує на функціональну активність таламо-кортикальних структур, що визначають рівень інтенсивності в діапазоні альфа-ритму. У хворих, які перенесли ішемічний інсульт з депресією, встановлені півкульні особливості кореляційних взаємозв'язків. У хворих з депресією при локалізації інсульту в лівій півкулі в порівнянні з хворими з правопівкульним інсультом більша кількість кореляційних зв'язків між ЛССК в судинах каротидного басейну і інтенсивністю в діапазоні повільних ритмів, частотою альфа-ритму, що ймовірно є проявом півкульних особливостей відновлення функціонального стану мозку у хворих на інсульт з депресією.

Ключові слова: ішемічний інсульт, депресія, церебральна гемодинаміка, біоелектрична активність головного мозку.

The characteristic of cerebral hemodynamics and bioelectric brain activity in patients with post-stroke depression

Glushko S. F.

D.F. Chebotarev State Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences (NAMS) of Ukraine, Kiev

Resume. The analysis of interaction between the condition of cerebral blood flow (CBF) and the structure of bioelectrical brain activity with regard to hemispheric locus location was carried out among 145 patients of elderly age who suffered from ischemic stroke with depression (100 people) and without depression (45 people). Patients with post-stroke depression with the localization of stroke both in the right and the left hemisphere in contrast with patients who suffered from stroke without depression are characterized with harder correlation between the indices of CBF in the separate vessels of carotid and vertebra-basilar basin with the intensity in the range of slow rhythms (delta, theta-rhythm) that to some extent indicates an increased activation of subcortical brain structures that generate the slow rhythms in patients with post-stroke depression. The indicators of cerebral blood flow (CBF) of patients who suffered from ischemic stroke without depression are mostly interrelated with intensity in the range of the alpha rhythm, which points to the functional activity of the thalamo-cortical structures that determine the level of intensity in the range of alpha-rhythm. Patients with ischemic stroke with depression are identified with hemispheric features of correlation relationships. Patients with post-stroke depression with the location of blood stroke in the left hemisphere have more correlations between CBF in the carotid vessels and the intensity in the range of slow rhythms, and frequency of alpha rhythm compare to patients with right hemispheric stroke, which is probably a manifestation of hemispheric features of the restoration of a functional state of the brain of patients with post-stroke depression.

Key words: Ischemic stroke, post-stroke depression, cerebral hemodynamics, bioelectrical brain activity.

Депрессии часто сопутствуют инсульту. В последние годы интерес к постинсультной депрессии обусловлен ростом заболеваемости инсультом и повышенным риском летального исхода при наличии депрессии [3, 8].

Распространенность постинсультной депрессии, по данным различных авторов, колеблется в пределах 26-60 % [9, 14], что связано с различными выборками пациентов, критериями диагностики, периодом наблюдения,

психіатричної грамотністю лікарів і т.д. Крім того, більше 50 % пацієнтів, перенеслих інсульт, страждають поєднаними тривожно-депресивними розладами [17]. Згідно з результатами лонгитудинальних спостережень за хворими, перенеслими інсульт, показано, що депресивні розлади через 6 міс. після інсульту мають місце у 43 % хворих, через 12 міс. — у 36 %, через 24 міс. — у 24 %, через 36 міс. — у 18 %. [7, 20]. Тем не менше, було показано, що нерідко симптоми депресії спостерігаються навіть через 7 років після інсульту [13]. Оскільки сьогодні немає точних даних про ранні предиктори хронізації постінсультної депресії, всі хворі, перенесли інсульт, повинні спостерігатися по меншій мірі декількох років на предмет розвитку депресії [10].

Одним з найбільш складних є питання про патогенез постінсультної депресії. Зазвичай в даному контексті розглядаються органічні, ендогенні та психогенні причини [4]. Першою з них є ураження певних відділів мозку, пов'язаних з регуляцією емоційної сфери та психічної діяльністю. При другій допускається вплив соматичного захворювання як пускового фактора ендогенної депресії. Третьою причиною є неспецифічна реакція хворих на важке захворювання, викликає значні функціональні розлади, порушення працездатності та образу життя (психосоціальний фактор) [4, 21].

Якщо на більш ранньому етапі дослідження проблеми вважалося, що постінсультна депресія обумовлена в основному функціональними та соціальними наслідками інвалідизації, а не самим ураженням нервової тканини при інсульті [16], то в останнє час все більше значення надають морфологічним, нейрохімічним, гемодинамічним та біоелектричним корелятам ураження мозку при інсульті [11, 15, 19].

Проведений раніше аналіз стану біоелектричної активності головного мозку та мозкового кровоотоку у хворих, перенеслих ішемічний інсульт, з урахуванням наявності або відсутності депресії переконливо показав вплив депресії на структуру електрогенезу мозку та церебральну гемодинаміку [2, 6, 18]. Виходячи з цих даних і беручи до уваги взаємозв'язок біоелектричних процесів в ЦНС з рівнем мозкового кровоотоку, представлялося цілком природним для комплексної оцінки впливу депресії на функціональний стан мозку провести аналіз взаємозв'язків між інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ та швидкісними показателями мозкового кровоотоку в групі хворих, перенеслих інсульт, з урахуванням наявності та відсутності депресії.

Матеріали та методи дослідження

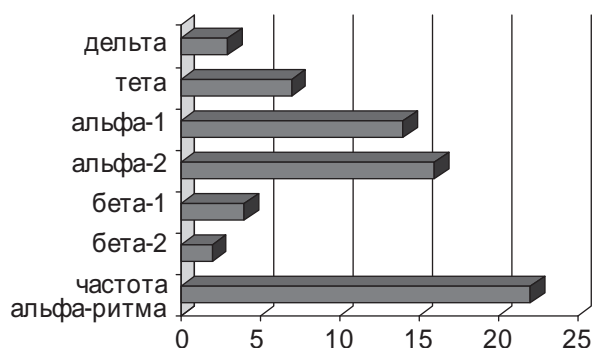
Обстежено 145 хворих похилого віку (від 60 до 75 років), перенеслих ішемічний інсульт в каротидному басейні (до 1 року після гострого періоду). Пацієнти були розділені на підгрупи в залежності від наявності або відсутності депресії за даними тестування за Геріатричної шкалою депресії та в залежності від півкульової локалізації осередку ураження: локалізація інсульту в правому півкульовому басейні 69 хворих (з депресією — 46 осіб, без депресії — 23 осіб), в лівому півкульовому басейні — 76 хворих (54 і 22 відповідно). Аналіз ЕЕГ проводився на комп'ютерному електроенцефалографі «Neurofax EEG — 1100K» («Nihon Kohden», Японія) [5], стан церебральної гемодинаміки досліджувалося методом ультразвукової доплерографії на приладі EnVisor (PHILIPS) [12]. Для обробки отриманих даних було використано пакет прикладних програм для статистичної обробки даних «Statistica® for Windows 6,0». Наявність кореляційних зв'язків між показателями церебральної гемодинаміки та інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ встановлювали шляхом визначення коефіцієнта кореляції, при цьому враховували статистично достовірні кореляційні зв'язки [1].

Результати

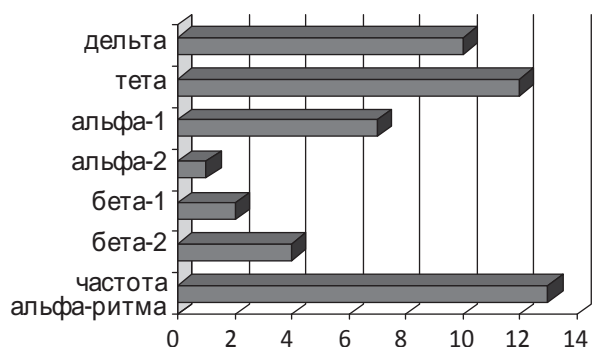
В результаті аналізу структури кореляційних зв'язків між показателями церебральної гемодинаміки та інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ у хворих, перенеслих ішемічний інсульт, з депресією та без депресії встановлено, що у хворих з правопівкульовим інсульту без депресії максимальна кількість зв'язків ЛССК з показателями інтенсивності основних ритмів ЕЕГ та частотою альфа-ритму характерно для інтенсивності альфа-1-ритму (14 кореляцій), альфа-2-ритму (16 кореляцій) та частоти альфа-ритму (22 кореляції) (рис. 1).

У хворих з правопівкульовим інсульту з депресією значно менше кореляційних зв'язків між ЛССК в судинах мозку та інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ. Так, встановлено 7 кореляційних зв'язків ЛССК в судинах каротидного та вертебро-базиллярного басейну з інтенсивністю в діапазоні альфа 1-ритму та тільки 1 кореляція ЛССК з інтенсивністю альфа-2-ритму (рис. 2).

Для хворих, перенеслих інсульт в лівому півкульовому басейні, з депресією максимальна кількість кореляційних зв'язків характерно між ЛССК та інтенсивністю медленних ритмів. Так, з інтенсивністю в діапазоні дельта-ритму відмічено 10 кореляційних зв'язків,

**Рис. 1**

Частота кореляцій між ЛССК в сосудах головного мозка з інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ і частотою α-ритма у больних, перенесших інсульт в правому півкуль без депресії

**Рис. 2**

Частота кореляцій між ЛССК в сосудах головного мозка з інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ і частотою α-ритма у больних, перенесших інсульт в правому півкуль з депресією

тогда как у больных без депресии — 3 корреляции. У больных с правополушарным инсультом с депрессией установлено 12 корреляций ЛССК с интенсивностью в диапазоне тета-ритма, у больных без депресии — 7 (рис. 1-2).

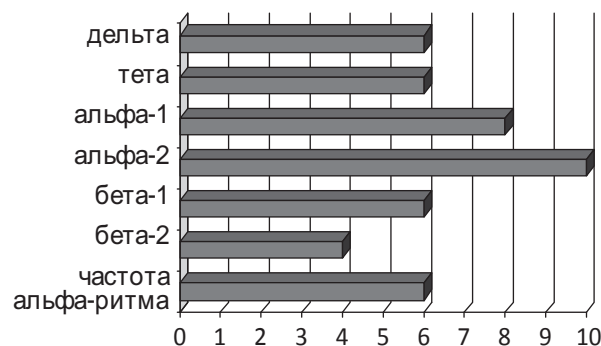
У больных постинсультной депрессией с локализацией ишемического очага в правом полушарии отмечено 13 статистически достоверных корреляционных связей частоты альфа-ритма с ЛССК.

Количественные различия корреляционных связей ЛССК с интенсивностью бета-1-ритма у больных правополушарным инсультом с депрессией и без депрессии менее выражены. У больных с правополушарным инсультом без депрессии отмечено 6 корреляций с интенсивностью бета-1- и бета-2-ритмов, у больных с депрессией — 2 корреляции с интенсивностью бета-1-ритма и 4 корреляционных связи с интенсивностью в диапазоне бета-2-ритма (рис. 1-2).

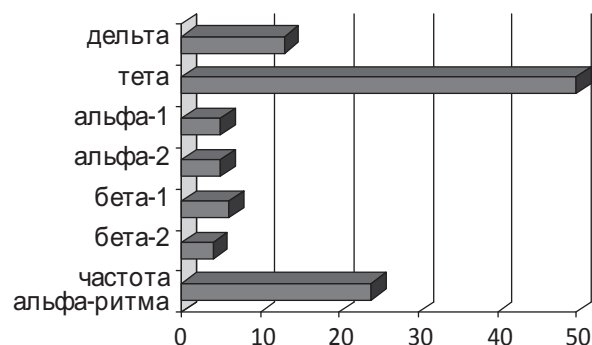
У больных, перенесших ишемический инсульт в левом полушарии, без депрессии

структура взаимосвязей между ЛССК в отдельных сосудах головного мозга и интенсивностью основных ритмов ЭЕГ характеризуется следующим образом. У больных, перенесших ишемический инсульт в левом полушарии без депрессии, наибольшее количество корреляционных связей отмечено между ЛССК и интенсивностью альфа-2-ритма (10 связей) (рис. 3). У левополушарных больных с постинсультной депрессией по сравнению с больными без депрессии количество корреляционных связей в 2 раза меньше (5 корреляций).

У больных с левополушарным инсультом и депрессией установлены многочисленные отрицательные корреляционные связи ЛССК с интенсивностью в диапазоне дельта-ритма (13 связей) и особенно с интенсивностью в диапазоне тета-ритма (50 корреляций). У больных с левополушарным инсультом без депрессии 8 и 6 корреляционных связей между ЛССК и интенсивностью в диапазоне дельта- и тета-ритмов соответственно (рис. 4).

**Рис. 3**

Частота кореляцій між ЛССК в сосудах головного мозка з інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ і частотою α-ритма у больних, перенесших інсульт в лівому півкуль без депресії

**Рис. 4**

Частота кореляцій між ЛССК в сосудах головного мозка з інтенсивністю основних ритмів ЕЕГ і частотою α-ритма у больних, перенесших інсульт в лівому півкуль з депресією

У больных с левополушарным инсультом без депрессии количество корреляций ЛССК в СМА с быстрыми ритмами (бета-1 и бета-2) такое же как и у больных с депрессией — 6 и 4 соответственно. У больных с депрессией более жесткие связи между ЛССК в сосудах головного мозга и частотой альфа-ритма (24 связи), чем у больных без депрессии (6 связей).

Проводя анализ взаимосвязи скоростных показателей церебральной гемодинамики показателей биоэлектрической активности головного мозга у больных, перенесших инсульт, без депрессии и с депрессией, следует акцентировать внимание на полушарных особенностях этих взаимосвязей. Так, у больных без депрессии с правополушарным инсультом более тесные, чем у левополушарных больных взаимосвязи ЛССК с интенсивностью в диапазоне альфа-ритма. У больных с правополушарным инсультом без депрессии 14 корреляционных связей ЛССК с интенсивностью альфа-1-ритма, 16 связей с интенсивностью альфа-2-ритма и 22 связи с частотой альфа-ритма. У больных с левополушарным инсультом без депрессии 10 корреляционных связей с интенсивностью альфа-2-ритма и 8 — с интенсивностью альфа-1-ритма и 6 корреляций с частотой альфа-ритма.

У больных с правополушарным инсультом и депрессией максимальное количество корреляционных связей ЛССК с интенсивностью в диапазоне дельта-ритма (10 связей), тета-ритма (10 связей) и частотой альфа-ритма (13 связей). У больных с левополушарным инсультом и депрессией — также с интенсивностью в диапазоне медленных ритмов, особенно в диапазоне тета-ритма (50 связей), дельта-ритма (13 связей) и частотой альфа-ритма (24 связи).

Таким образом, у больных, перенесших ишемический инсульт без депрессии, наиболее жесткие корреляционные связи показателей мозгового кровотока (ЛССК) с интенсивностью в диапазоне альфа-ритма.

У больных с постинсультной депрессией в структуре корреляционных взаимосвязей церебральной гемодинамики и показателей биоэлектрической активности головного мозга преобладают корреляционные связи ЛССК с интенсивностью в диапазоне медленных ритмов. У больных с постинсультной депрессией при локализации инсульта в левом полушарии по сравнению с больными с правополушарным инсультом более широкий диапазон

взаимосвязи ЛССК с интенсивностью в диапазоне тета-ритма и частотой альфа-ритма.

Анализ структуры корреляционных связей показателей ЛССК и интенсивности основных ритмов ЭЭГ у больных с постинсультной депрессией и без депрессии с учетом полушарной локализации инсульта свидетельствует о полушарных особенностях этих взаимосвязей. У больных без депрессии с локализацией инсульта в правом полушарии по сравнению с больными с левополушарным инсультом более тесные взаимосвязи между церебральной гемодинамикой и функциональным состоянием структур головного мозга, генерирующих альфа-ритм, что, возможно, и обуславливает более активное восстановление у этой категории больных. У больных с постинсультной депрессией при локализации инсульта в правом и левом полушарии по сравнению с больными без депрессии большее количество корреляционных связей ЛССК с интенсивностью в диапазоне медленных ритмов, что, вероятно, является проявлением активизации подкорковых структур, генерирующих медленные ритмы у больных с постинсультной депрессией.

Выводы:

1. У больных, перенесших ишемический инсульт без депрессии максимальное количество корреляционных связей между скоростными показателями мозгового кровотока (ЛССК) и интенсивностью основных ритмов ЭЭГ формируется с интенсивностью в диапазоне альфа-ритма.
2. У больных с постинсультной депрессией по сравнению с больными, перенесшими ишемический инсульт без депрессии более жесткие связи ЛССК в сосудах каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов с интенсивностью в диапазоне медленных ритмов.
3. Структура корреляционных связей между скоростными показателями мозгового кровотока и интенсивностью основных ритмов ЭЭГ свидетельствует о том, что у больных, перенесших ишемический инсульт без депрессии происходит усиление взаимосвязи между мозговым кровотоком и функциональным состоянием таламо-кортикальных структур мозга, а у больных с постинсультной депрессией с дизэнцефально-подкорковыми образованиями мозга.

Литература:

1. Гланц С.П. Медико-биологическая статистика / Гланц С.П.; пер. с англ. Ю.А. Данилов. — М.: Практика. — 1998. — 459 с.; Минцер О.П. Методы обработки медицинской информации / О.П. Минцер, Б.Н. Угаров, В.В. Власов. — К.: Вища школа, 1991. — 263 с.

2. Глушко С.Ф. Структура биоэлектрической активности головного мозга у больных пожилого возраста с постинсультной депрессией // Проблемы старения и долголетия. — №1. — 2013. — С. 50-59
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 250 с.
4. Депрессия и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: вопросы клинической оценки, диагностики и коррекции /[Скворцова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А. и др.] // Журн. Неврол. Психиат. — 2009. — т.109, № 9. — С. 4-11.
5. Кропотов Д. Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы мозга человека и нейротерапия // Перевод с англ. под редакцией В.А. Пономарева.- Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2010.- 512с.
6. Кузнецов В.В., Глушко С.Ф. Состояние церебральной гемодинамики у больных с постинсультной депрессией // Психічне здоров'я. — №2. — 2013. — С.11-17
7. Кузнецова С.М. Атеротромботический и кардиоэмболический инсульт (восстановительный период) // Макаров: КЖТ «София», 2011.- 188с.
8. Савина М.А. Клиника постинсультных депрессий // Психические расстройства в общей медицине. — №2. — 2006. — С. 45-50
9. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт // Орел. — 2006. — 404 с.
10. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. / А.Б. Смулевич //— М.: МИА, 2007. — 425 с.
11. Суслина З.А. Очерки ангионеврологии // М.:Издательство «Атмосфера» -2005.-368с.
12. Cerebrovascular Ultrasound in Stroke Prevention and Threatment // Ed. by Alexandrov Andrei V.- 2004 by Futura, an imprint of Blackwell Publishing.- 267 p.
13. Dam H. Depression in stroke patients 7 years following stroke / H. Dam // Acta Psychiat. Scand. — 2001. — v.151. — P. 4.
14. Emerski E. The neuropsychiatry of stroke /Emerski E., Robinson R. // Psychosomatics. — 2000. — v.41. — P. 5-14.
15. Fogel F. Grundlagen und Bedeutung genetisch bedingter Variabilitat des normalen menschlichen EEG // EEG-EMG- 1986.-Vol.17, №4. —P.173-188.
16. Gainotti G., Azzoni A., Razzano C. et al. The post-stroke depression rating scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients // J. Clin. Exp. Neuropsychol. — 1997. — v.19. — P. 340-356. Hackett, 2005
17. House A., Knapp P., Bamford J. et al. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month // Stroke. — 2001. — v.32. — P. 696-701.
18. Sainio K. Visual and spectral EEG analysis in the evaluation of the outcome in patients with ischemic brain infarction. / Sainio K., Stenberg D., Keskimaki I., Muuronen A., Kaste, M. Electroenceph. // Clin. Neurophysiol., —1983. —№56. — P. 117-124.
19. Stroke (A Practical Approach) // Ed. by Geyer James D., Gomes Camilo, Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer, Philadelphia, USA — 2009. — 361 p.
20. Verdelho A., Henon H., Lebert F. et al. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia. A three-year follow-up study // Neurology. — 2004. — v.62. — P. 905-911.
21. Whyte E.M, Mulsant B.H, Rovner B.W, et al. Preventing depression after stroke // Int. Rev. Psychiatr. — 2006. — 18(5). — P. 471-481

УДК:616.89-008.454

Особенности психоэмоциональных нарушений у студентов-инвалидов, обучающихся в высших учебных заведениях



Шахова Л. Н.

Шахова Л. Н.

м. Харків, Центр психічного здоров'я студентської молоді КУОЗ ХМСЛ, лікар-психіатр

Резюме. У статті показано сучасний стан проблеми психоемоційних порушень у студентів-інвалідів з захворюваннями серцево-судинної системи, проведено її теоретичний аналіз. Робота проводилася на базі КУОЗ Харківської Міської Студентської Лікарні в Центрі психічного здоров'я студентської молоді.

Ключові слова: психоемоційні порушення, студенти-інваліди, тривожність, депресія.

Especially psycho-emotional disorders in students with disabilities enrolled in higher education institutions

Shahova L. N.

Kharkov, Center for Mental Health of students, psychiatrist

Resume. The article shows the current state of psycho-emotional disorders in students with disabilities, diseases of the cardiovascular system, held its theoretical analysis. Investigation was carried out on the basis of the Kharkiv City KUOZ Student Hospital's Center for Mental Health students.

Key words: psycho-emotional disorders, students with disabilities, anxiety, and depression.

За последние годы в Украине, как во всем мире наблюдается постоянная тенденция к росту заболеваний сердечно-сосудистой системы. Повышенная психоэмоциональная стрессогенность окружающей среды является определяющим фактором такого положения [1-5].

Многочисленные исследования подчеркивают патогенетическую значимость в развитии ССЗ именно состояния эмоциональной сферы больных. Учитывая такое положение, важным является определение состояния психоэмоциональной сферы больных ССЗ и разработка лечебно-реабилитационных программ медико-психологической направленности. [6-10]. На сегодняшний день анализ результатов исследований в области медицинской психологии позволил выделить ряд факторов, способствующих развитию ССЗ. К таким факторам относят: влияние острой психической травмы, хроническое психоэмоциональное перенапряжение, неблагоприятные жизненные события и изменения, личностно-психологические характеристики человека, отношение людей к своему здоровью. Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии и внедрение в лечебный процесс новых методов терапии сердечно-сосудистых заболеваний [11], эффективность существующих лечебно-реабилитационных мероприятий остается недостаточным.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия и пороки сердца (ПС) относятся к ряду наиболее распространенных ССЗ среди населения индустриально развитых государств. Актуальность проблемы сердечно-сосудистых заболеваний прежде всего связана с их большой распространенностью, в том числе у лиц трудоспособного возраста, с высокой смертностью и инвалидностью от этой патологии, а также с тем, что сердечно-сосудистая система является наиболее реактивным эффекторным органом, отражает психологическое состояние пациентов. [12]. В настоящее время отмечается тенденция к омоложению патологии сердечно-сосудистой системы. Одним из последствий этого является формирование недостаточности кровоснабжения головного мозга, что является нарушением психической сферы. С другой стороны, есть данные о том, что наблюдается рост состояния дезадаптации у лиц молодого возраста, особенно среди студенческой молодежи. Это обусловлено социально — психогенными факторами: изменениями сфер жизни, информационными нагрузками, новыми технологиями и т.п. У студентов-инвалидов наблюдается сочетание общих факторов дезадаптации, свойственной студентам при поступлении в ВУЗы, и специфических, обусловленных функциональным дефицитом студентов

с инвалидностью. В Украине создана система льготного поступления в высшие учебные заведения лиц с инвалидностью. Это создает условия, когда общие эмоционально-стрессовые факторы, присущие процессу обучения студентов сочетаются со специфическими для инвалидов факторами. Но при этом отсутствует системный подход в исследовании, который бы учитывал изучение таких контингентов с позиций мультифакторного подхода, учитывая проблему психологической адаптации.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн. (3-6%) населения планеты обнаружены клинически значимые проявления эмоциональных нарушений [2]. По статистическим данным в США состояние эмоциональных нарушений в течение жизни переносит 17% населения. К сожалению, по прогнозам ВОЗ, число психических заболеваний увеличивается, и к 2020 году их доля среди всех заболеваний может достичь почти 50%, что намного выше прогнозируемого числа сердечно-сосудистых заболеваний. И это приведет к увеличению затрат на лечение [2]. Меняется как структура, так и характер течения эмоциональных нарушений, таких как депрессии. Если в 40-50 годы прошлого века 80% больных выздоравливали, то уже в 90-е годы 40% депрессий приобретают хронический рецидивирующий характер с тяжелыми затяжными эпизодами [6].

Сочетание психоэмоциональных и сердечно-сосудистых заболеваний — хорошо известный в клинической практике факт, который неоднократно подтверждался специальными исследованиями. Согласно современным данным, у 17-27% пациентов с ИБС, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде, депрессии проявляются в 16-45% случаев [10,11]. Наличие депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями не только осложняет течение и лечение этих расстройств, но и сокращает продолжительность жизни больных. Так, депрессия, развивающаяся непосредственно после инфаркта миокарда, в 3,5 раза повышает риск смертельного заболевания.

Современные исследователи в обосновании родства патогенетических механизмов и закономерностей развития психоэмоциональных и сердечно-сосудистых расстройств опираются на понятие стресса как неизменно провоцирующего фактора присутствующего в том и другом случае [6].

По данным некоторых современных отечественных и зарубежных исследований, частота депрессивных состояний среди больных ИБС,

находящихся в стационаре, достигает 31%, в практике врачей общесоматической профиля встречается в 57% пациентов (причем каждый 5-й больной ИБС страдает так называемой «большой» депрессией).

Одной из наиболее частых причин нарастающей инвалидности также считаются депрессивные расстройства. По данным ВОЗ, пятью из десяти основных причин инвалидности являются психические расстройства, причем тяжелое депрессивное расстройство наиболее распространенное [6, 8].

Все вышеизложенное определяет актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного разработке системы медико-психологической коррекции студентов-инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обучающихся в высших учебных заведениях на основе изучения их структуры и динамики психопатологических механизмов формирования.

Исследование проводилось на базе КУОЗ Харьковской Городской Студенческой Больницы, в Центре психического здоровья студенческой молодежи. В исследовании приняли участие 153 студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (78 студентов-инвалидов с врожденными пороками сердца и 75 студентов с ВСД). Студенты-инвалиды с врожденными пороками сердца и студенты с вегето-сосудистой дистонией составили основные группы исследования. Оценка состояния эмоциональной сферы проводилась с применением методики «Шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч.Спилбергера», адаптированной Ю.Л.Ханиным; «Шкалы депрессии Бека» (Beck Depression Inventory, 1961г.). Также проводился анализ уровня качества жизни у студентов, обучающихся в ВУЗах с помощью психодиагностической методики КЖ «SF-36 Health Status Survey».

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у студентов с ССЗ группы исследования до проведения медико-психологической коррекции с определением коэффициента достоверности представлено в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что у студентов-инвалидов с врожденным пороком сердца в $4,1\% \pm 5,64$ преобладает высокий уровень реактивной тревоги, у $24,3\% \pm 4,85$ — умеренный уровень и у $25,6\% \pm 4,94$ — низкий, где количество лиц достоверно выше, чем в группе с ВСД (при $p \leq 0,001$). Тогда как в группе студентов с вегето-сосудистой дистонией достоверно преобладает высокий уровень реактивной тревоги — $76\% \pm 4,93$ (при $p \leq 0,001$), у $13,3\% \pm 3,92$ — умеренный уровень, $10,7\% \pm 3,56$ — низкий.

Таблиця 1

Розподілення рівнів реактивної тривоги та личностної тривожності у студентів с ССЗ групи дослідження

Уровень	Группа 1 (СИ с ВПС) n=78		Группа 2 (студенты с ВСД) n=75	
	abc	%±m	abc	%±m
<i>Реактивная тревога</i>				
высокий	36	46,1±5,64	57	76±4,93*
умеренный	19	24,3±4,85	10	13,3±3,92
низкий	20	25,6±4,94	8	10,7±3,56*
<i>Личностная тревожность</i>				
высокий	16	20,6±4,57	62	82,7±4,36*
умеренный	49	62,8±5,47	9	12±3,75*
низкий	13	16,6±4,22	4	5,3±2,58*

* — при $p \leq 0,001$, достоверно значимые различия

Розподілення рівнів личностної тривожності в групі студентів-інвалідів с ВПС показало: достовірно виражен умеренний рівень — у 62,8%±5,47(при $p \leq 0,001$) і достовірно менше виражен високий рівень тривожності — 20,6%±4,57 (при $p \leq 0,001$); низкий рівень личностної тривожності достовірно переважає у СИ с ВПС — 16,6%±4,22 (при $p \leq 0,001$). Таким образом, полученные результаты указывают на преобладание как реактивной тревоги, так и личностной тревожности в группе студентов с вегето-сосудистой дистонией относительно группы с врожденным пороком сердца.

Установлено значительное снижение КЖ у студентов-инвалидов с пороком сердца и студентов с ВСД. Особенно отличались в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у студентов-инвалидов с ПС и студентов с ВСД ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигал болевой синдром в группе студентов с ВСД, была существенно снижена активность студентов и повышена их утомляемость. В целом состояние физического функционирования у студентов-инвалидов и студентов оказалось снижено. Следствием этого явилось выраженное ограничение социального функционирования. Полученные данные свидетельствуют о том, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение КЖ у студентов-инвалидов с ССЗ. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ студентов-инвалидов с пороком сердца и студентов с ВСД значительно снижено. Повышение точности оценки КЖ, предполагает отдельный анализ его физической, психоэмоциональной и социально-экономической составляющих.

Полученные результаты психодиагностического исследования психоэмоциональной сферы студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, позволили разработать комплексную, структурированную модель медико-психологической коррекции, которая показала свою эффективность в 73% случаях на базе Центра Психического здоровья студенческой молодежи.

Литература

1. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я / Під ред. І.П. Смірної. — К.: Книга, 1999. — 165 с.
2. Статистично-аналітичний довідник стану здоров'я населення України у зв'язку з захворюваннями системи кровообігу. — К., 2000. — 66 с.
3. Badimon I.J., Badimon L. Role of high density lipoproteins in the regression of atherosclerosis // Circulation. — 1992. — Vol. 86, № 6 (Suppl. III). — P. 86-94.
4. Piza L., Uemura K. International differences in developing improvement in cardiovascular health // Ann. Med. — 1989. — Vol. 21, № 3. — P. 193-197.
5. Puska P., Tuomilehto I., Nissanen A. The North Karelia Project. 20 years results and experiences. — Helsinki, 1995. — 363 p.
6. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
7. Марута Н. А. Депрессии в общесоматической практике: Справ. Пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур. — Киев. 2009. — 30 с.
8. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства: Клиника, диагностика, принципы терапии/ Б. В. Михайлов, Е. И. Кудинова // Архів психіатрії: — 2010, Т.16, вип. 3(62). — С.8-13.
9. Табачников С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України// Міжнародний психіатричний журнал. — 2007. Т.І, №1. — С. 5 — 7.
10. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення/ Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О.// Український вісник психоневрології. — 2010, Т.18, вип. 3 (64). — С. 10-14.
11. Пограничні психічні розлади у студентів (клініка, діагностика, систематика). // Український вісник психоневрології. Т.10, вип.4(33), — 2002. — С.51-53.
12. Кувшинова Н.Ю. Некоторые аспекты психологической работы в клинике сердечно-сосудистых заболеваний // Личность в современных исследованиях: Материалы VIII международной научно-практической конференции. — Рязань: ООО «Копи Принт», 2008. — С. 38-42.

УДК 616.89-008.45/47:616.895.4:616.12-008.331.1

Оцінка когнітивних функцій у хворих на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою



Дзеружинська Н. О.



Дзюба О. М.



Здорик І. Ф.

Дзеружинська Н. О.¹, д.мед.н.; Дзюба О. М.², д.мед.н., професор; Здорик І. Ф.²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ;

² Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Резюме. Когнитивные нарушения диагностированы у 88,2 % пациентов с депрессивными расстройствами, сочетанными с гипертонической болезнью. Когнитивная дисфункция представлена снижением объема, стойкости и целенаправленности внимания, ухудшением способности к переключению внимания, повышенной отвлекаемостью, трудностями в усвоении нового материала, нарушениями в сферах зрительно-конструктивных и исполнительных навыков, умеренным снижением памяти, уровня способности к абстрагированию и обобщению. Более высокий уровень образования и сохранение трудовой деятельности могут рассматриваться как превенторы когнитивной дисфункции.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, диагностика, депрессивные расстройства, женщины, гипертоническая болезнь.

Assessment of cognitive function in patients with depressive disorders comorbid with hypertension

Dzeruzhinskaya N. A.¹, Dziuba A.N.², Zdoryk I. F.²

¹ Bogomolets National medical university, Kyiv

² Ukrainian Research Institute of Social and Forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Resume. Cognitive disorders were diagnosed in 88.2 % of patients with depressive disorders comorbid with hypertension. Cognitive dysfunction is a decrease in volume, strength and focus of attention, the deterioration of the ability to switch attention, increased distractibility, difficulty in learning new material, impairment in the areas of visual-constructive and executive skills, with a moderate decline of memory, low level of abstraction and generalization. Higher levels of education and conservation work can be viewed as cognitive dysfunction preventers.

Key words: cognitive impairment, diagnosis, depressive disorders, women, hypertension.

Низка публікацій вказує на складний двобічно-направлений зв'язок між медико-соціальними проблемами, соматичною патологією [11], когнітивними порушеннями та депресією [10, 13-14]. Barnes D.E. et al. [8] звертають увагу на те, що депресивні симптоми у осіб похилого віку пов'язані з підвищеним ризиком розвитку помірних когнітивних розладів незалежно від судинних захворювань.

Більшість когнітивних здібностей залишаються стабільними протягом усього життя та поступово знижуються після 60–70 років. Розлади пам'яті наростають в сьомому десятилітті й

мають тенденцію до поглиблення [9]. Цей період відповідає тому, коли на популяційному рівні зростає кількість деменцій. Відмічено, що 75 % осіб після 65 років не задоволені своєю пам'яттю [4]. Не менш, ніж у половини з них за допомогою нейропсихологічних тестів реєструються когнітивні розлади різного ступеня. Рівень діагностики когнітивних порушень залежить від наявності якісних скринінгових методик та володіння ними лікарями різних спеціальностей.

На сучасному етапі розвитку суспільства важливою проблемою є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень вже в

середньому, працездатному віці, що обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості пацієнтів з психічними розладами, які виникають на тлі серцево-судинної, цереброваскулярної, ендокринної та іншої соматичної патології діагностуються когнітивні порушення різного ступеню [2, 5]. На початкових етапах вони проявляються розладами уваги, зниженням швидкості реакції на чисельні стимули на тлі астенії, носять функціональний характер та піддаються корекції. З прогресуванням психоорганічного синдрому виникають порушення з боку пам'яті, мислення та інших когнітивних функцій [1, 3, 6-7, 12].

Таким чином, вивчення когнітивного функціонування при коморбідній психічній та соматичній патології є актуальним й перспективним. Вищенаведене обумовило мету нашого дослідження: вивчити особливості та поширеність когнітивних порушень у жінок, які страждають на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 310 жінок з клінічним діагнозом гіпертонічної хвороби II ст. віком від 45 до 76 років. Усі пацієнти дали інформовану згоду на участь в науковому дослідженні. Для подальшого дослідження відібрано 102 пацієнта, в яких діагностовано депресивний розлад (основна група) та 35 пацієнтів без актуальної психопатології (група порівняння). Основними методами дослідження були: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний та статистичний. Для дослідження когнітивних функцій використовували наступні тести та методики.

Монреальський когнітивний тест (MoCA) дає змогу оцінити як загальний рівень когнітивних функцій, так і окремі сфери (зорово-конструктивні та виконавчі навички, зоровий гнозис, пам'ять, увагу, особливості мовної функції, здатність до абстракції, орієнтацію). Максимальна оцінка становить 30 балів. Коливання результату в межах 26–30 балів розцінюється як «норма». Результат 17–25 балів вказує на помірні когнітивні порушення, 16 балів та менше — характерний для деменції. Якщо отримана освіта менше за повну середню, до фінального результату додається 1 бал.

Методика «*Таблиці Шульте*» використовується для дослідження темпу сенсомоторних реакцій та особливостей уваги. Стимульний матеріал представлений п'ятьма таблицями з числами від 1 до 25, які розміщені в довільному порядку. Оцінюють час, який витрачений на кожну таблицю та розраховують показники ефективності роботи, ступінь включення в

роботу, психічну стійкість. Для дорослих нормою вважається 30–50 секунд витрачених на 1 таблицю (в середньому 40–42 с).

Субтест «*Шифровка*» шкали дослідження інтелекту за методом Векслера дозволяє оцінити психомоторику та здатність до навчання. Стимульний матеріал — це спеціальні таблиці з ключем до завданням та полем для виконання. Ключ являє собою цифри від 1 до 9 та відповідними кожній цифрі символами. Поле для виконання представлене парами клітинок, розміщених вертикально, в кількості 100 одиниць. У верхніх клітинках в довільному порядку розміщені цифри, нижні клітинки пусті. Досліджуваний має відтворити в пустих клітинках відповідні цифрам символи згідно до ключа завдання. Час виконання обмежений 90 секундами. Оцінка визначається кількістю вірно зашифрованих знаків. За кожний вірно відтворений символ присвоюється 1 бал. Помилка оцінюється в нуль балів. Виправлення помилки на вірний варіант приносить 0,5 бала. Максимальна оцінка — 50 балів.

Тест «*Коректурна проба*» в модифікації Л.І. Вассермана та М.В. Катишевої. Стимульний матеріал представлений таблицею з 800 цифрами — по 400 в верхній та нижній, правій та лівій половині таблиці, розділеною лініями на 4 рівних квадранта. Досліджуваний має викреслювати в бланку цифри, які вкаже дослідник. Зазвичай пропонують такі пари: «6» та «9», «3» та «8», «4» та «7». Тест проводиться з вимірюванням часу, необхідного на проходження всього бланку. Наприкінці підраховують кількість помилок та розраховують індекс втоми. Запропонований варіант «коректурної таблиці» може бути використаний в динаміці дослідження хворих — дорослих, дітей та літніх людей — для оцінки ефективності терапії в неврологічних, нейрохірургічних та психіатричних клініках, а також в роботі психологів для вирішення задач психогігієни та психопрофілактики. Методика апробована на різних контингентах хворих з органічною патологією мозку.

Методика «*Запам'ятовування 10 слів*» О.Р. Лурія використовується для оцінки стану пам'яті (процеси запам'ятовування, зберігання та відтворення інформації), втомлюваності, активної уваги. Стимульний матеріал — протокол з десятьма короткими одно- або двоскладовими словами, які не пов'язані між собою за змістом. Пацієнту зачитують всі 10 слів і просять його їх запам'ятати та повторити. Максимальна кількість повторень — 5 разів. Кількість відтворених слів безпосередня після першої серії вказує на об'єм оперативної слухової пам'яті (норма 7 ± 2 слова). Кількість слів, відтворених через 1 годину, характеризують довготривалу пам'ять.

Методика «Класифікація предметів» використовується для дослідження рівня процесів узагальнення та відволікання, послідовності суджень. В процесі дослідження виявляється відношення пацієнта до ситуації експерименту та характеру завдання, його впевненість або невпевненість у вірності рішення, його відношення до помилок — чи помічає їх самостійно або після підказки, виправляє помилки або відстоює їх правомірність. Стимульний матеріал представлений набором карток з зображеннями різних предметів, рослин, живих істот.

Методика «Виключення зайвого» направлена на перевірку здатності досліджуваного використовувати узагальнення та категорії. Кожне завдання складається з набору зображень. Всі вони, окрім одного, мають дещо загальне, спільне. Пацієнт має визначити малюнок, який не підходить до інших.

Методика «Тлумачення прислів'їв та приказок» використовується для дослідження мислення; виявляє розуміння переносного значення, вміння виділити головну думку в фразі конкретного змісту, а також диференційованість, ціле направленість суджень хворого.

Результати та їх обговорення

У 102 осіб (32,9 %) згідно дослідницьких діагностичних критеріїв депресивного епізоду класифікації психічних та поведінкових розладів МКХ – 10 був діагностований депресивний розлад. Ці пацієнти склали основну групу дослідження. Група порівняння була сформована з 35 осіб з провідним діагнозом гіпертонічної хвороби II ст. та без наявної психопатології. Середній вік основної групи — $61,30 \pm 7,36$ років, групи порівняння — $60,28 \pm 6,46$ років. В табл. 1 наведено розподіл пацієнтів залежно від віку.

З табл. 1 видно, що в обох групах переважало відносно число жінок більш старшого віку (60 років та старше), що відображає сучасні демографічні тенденції та підтверджує уявлення про зростання частки гіпертонічної хвороби з віком. Різниця по віку між групами не достовірна.

Таблиця 1

Розподіл обстежених жінок по віковим групам (абс., %)

Вік	Кількість пацієнтів			
	Основна група		Група порівняння	
	абс.	%	абс.	%
45–59 років	39	38,24	13	37,14
60–76 років	63	61,76	22	62,86
Разом	102	100	35	100

Ми проаналізували характеристики освіти та трудової діяльності досліджуваних. Так, повну середню та середню освіту в основній групі мали 16 (15,7 %) та 42 (41,2 %) опитаних відповідно, у групі порівняння — 6 (17,1 %) та 14 (40,0 %). Незакінчена вища освіта була у 3 (2,9 %) осіб, вища освіта у 41 (40,2 %) жінок групи дослідження; в групі порівняння розподіл був 2 (5,7 %) й 13 (37,1 %) відповідно. Таким чином, групи були співставні за рівнем освіти. На момент обстеження кількість працюючих була достовірно більше в групі порівняння (60 %) проти 38,2 % в основній групі. Достовірних розбіжностей між групами щодо професійного статусу не виявлено (далі наводяться дані в порядку «основна група» та «група порівняння»): пенсіонерами були 57 (55,9 %) та 15 (42,9 %) жінок, некваліфікованим працівником працювали 15 (14,7 %) та 7 (20 %), висококваліфікованим — 24 (23,5 %) та 9 (25,7 %), були безробітними — 6 (5,9 %) та 4 (11,4 %) особи. Звертало увагу те, що в групі порівняння частка працюючих пенсіонерів була більшою. Проведений кореляційний аналіз показав, що кращі результати виконання когнітивних тестів асоціювалися з вищою освітою та веденням трудової діяльності.

Середня тривалість гіпертонічної хвороби (ГХ) у основній групі становила $10,6 \pm 4,2$ роки, в групі порівняння — $10,3 \pm 4,5$ роки (різниця не достовірна). Наявність гіпертонічних кризів була більшою в основній групі (60,8 %), ніж в групі порівняння (42,9 %), що може свідчити про вплив емоційного стану на перебіг ГХ.

Депресивні розлади були представлені органічним депресивним розладом, дистимією, розладом адаптації, депресивним епізодом. Структура виявлених розладів представлена в табл. 2.

У обстеженого контингенту виявлені провідні психопатологічні синдроми у вигляді три-возможно-депресивного (54,9 %), астено-депресивного (37,3 %) та депресивно-іпохондричного (7,8 %) варіантів.

Вивчення когнітивного функціонування показало наступне. Усі жінки в більшому або меншому ступені відзначали погіршення пам'яті, швидку втомлюваність, труднощі у зосередженні. Деякі пацієнти скаржилися на те, що часом не можуть підібрати влучне слово, швидко пригадати добре відоме прізвище або дату. Когнітивні порушення були виявлені у 88,2 % пацієнтів основної групи та 60% пацієнтів групи порівняння. Оцінка когнітивних функцій за допомогою монреальського когнітивного тесту виявила, що загальний бал був нижче норми в обох групах. Проте в групі, де ГХ поєднувалася з депресивними розладами, зниження було достовірно більш суттєвим ($23,04 \pm 1,3$ бали), ніж у

Таблиця 2

Структура депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу (абс., %)

Шифр МКХ-10	Нозоформа	Абсолютний показник (осіб)	Відносний показник (%)
F 06.32	Органічний розлад настрою	52	51,0
F 32	Депресивний епізод	4	3,9
F 34.1	Дистимія	16	15,7
F 43.2	Розлади адаптації	30	29,4

пацієнтів, які страждали лише на ГХ ($24,5 \pm 1,4$). Втрата балів відбувалася переважно за рахунок порушень в сфері зорово-конструктивних та виконавчих навичок (копіювання кубу, тест малювання годинника), розладів уваги (пацієнти частіше робили помилки при зворотному повторенні ряду чисел, давали невірні відповіді при серійному відніманні за Крепеліном), порушень мовної функції (більшість пацієнтів не могла точно повторити речення з кількома зворотами, переставляла слова місцями, додавала неіснуючі, але близькі за значенням слова), зниженні кількості відтворених слів. Деякі пацієнти відчували складнощі у називанні предметів на певну літеру алфавіту за 1 хвилину (швидкість мови). У третини відмічена знижена здатність до абстрагування. Функції зорового гнозису та орієнтування були інтактними. Лише незначна кількість пацієнтів плутала поточну дату, проте завдяки пригадуванням хронології подій та формуванню «відправних точок» в решті-решт давала вірну відповідь. Результати виконання основних когнітивних тестів наведені в табл. 3.

При виконанні тесту «шифровка» зниження швидкості психомоторних реакцій проявлялося повільним темпом виконання завдання; погіршення здатності до навчання виявлялося в необхідності пацієнта постійно звіряти значення

цифри та символу згідно ключа перед заповненням пустих клітинок. Вказані особливості були більш виражені достовірно превалювало в основній групі ($p \leq 0,05$). Також відмічалось, що пацієнти цієї групи частіше робили помилки при виконанні завдання, що може свідчити на користь порушень уваги.

Відшукування чисел за таблицями «Шульте» показало сповільнення темпу сенсомоторних реакцій в групі дослідження. Показники ступеню включення в роботу та психічної стійкості свідчили про необхідність більшого часу для підготовки до роботи та гіршу психічну стійкість у пацієнтів основної групи порівняно з пацієнтами групи порівняння ($p \leq 0,05$). В обох групах спостерігалось «застрягання» процесу відшукування цифр, які знаходилися в латеральних стовпчиках, що може свідчити про гіршу якість периферичного зору та порушення уваги.

Виконання коректурної проби яскраво продемонструвала наявні порушення уваги та підвищену стомлюваність у досліджуваного контингенту. Помилки частіше носили характер пропуску заданих для викреслювання цифр, рідше — викреслювання інших цифр. Деякі пацієнти пропускали цілі рядки з цифрами, не помічали цього і продовжували роботу, внаслідок чого кількість помилок одразу зростала

Таблиця 3

Результати виконання когнітивних тестів

Показник	Основна група (N = 102)	Група порівняння (N = 35)	Достовірність відмінності показників між групами (p)
МоСА, загальний бал	$23,04 \pm 1,3$	$24,5 \pm 1,4$	$p \leq 0,05$
Тест «Шифровка», кількість знаків за 90 с	$24,9 \pm 2,2$	$30,8 \pm 1,8$	$p \leq 0,05$
Методика «Таблиці Шульте»:			
• загальний час, с	$240,5 \pm 16,1$	$214,9 \pm 9,6$	$p \leq 0,05$
• ефективність роботи, с	$48,15 \pm 3,2$	$42,95 \pm 1,9$	$p \leq 0,05$
• ступінь включення в роботу	$1,09 \pm 0,1$	$0,98 \pm 0,04$	$p \leq 0,05$
• психічна стійкість	$1,16 \pm 0,1$	$1,03 \pm 0,05$	$p \leq 0,05$
Тест «Коректурна проба»:			
• індекс втрати	$0,97 \pm 0,2$	$0,99 \pm 0,1$	$p \leq 0,05$
• кількість помилок	$5 \pm 1,7$	$3,3 \pm 1,6$	$p \leq 0,05$
Методика «Запам'ятовування 10 слів» (кількість слів через 60 хв)	$5,4 \pm 1,1$	$6,8 \pm 1,2$	$p \leq 0,05$

на число цифр у рядку. Втомлюваність (згідно індексу втоми) та кількість помилок достовірно були більшими в основній групі.

Дослідження пам'яті показало, що суб'єктивна оцінка пацієнтами даної функції не відповідала об'єктивним даним. Так, більшість пацієнтів скаржилися на значне погіршення пам'яті в той час, як за тестовою методикою «запам'ятовування 10 слів» реєструвалося помірне зниження показників.

Методика «класифікація предметів» виявила зниження рівня процесів узагальнення та відволікання. Етап формування та називання малих груп успішно виконувала переважна більшість пацієнтів. Проте хворі основної групи витрачали більше часу на виконання даного етапу, часом не могли відшукати потрібну картку або групу карток. Деякі пацієнти робили помилки, об'єднуючи картки за другорядними ознаками. Вказані неточності легко корегувалися лікарем-дослідником. Найбільші складнощі відмічені при формуванні груп «люди» та «вимірювальні прилади». Етап формування трьох груп («живі істоти», «рослини» та «неживі предмети») 38-ма пацієнтами (37,2 %) основної групи був виконаний з підказками, 23 жінки (22,5 %) не змогли виконати завдання.

Методика «тлумачення прислів'їв та приказок» не виявила суттєвих порушень. Деякі відповіді пацієнтів носили характер буквального розуміння метафор. Помилки при виконанні методики «виключення зайвого» не були системними та обумовлювалися неухильною дослідуваного.

Висновки

Результати дослідження засвідчили широку розповсюдженість когнітивних порушень у жінок, які страждають на депресивні розлади, поєднані з ГХ. Когнітивна дисфункція була представлена зниженням об'єму, стійкості та цілеспрямованості уваги, погіршенням здатності до перемикавання від одного завдання до іншого, підвищенням відволікання, труднощами у засвоєнні нового матеріалу, порушеннями в сферах зорово-конструктивних та виконавчих навичок, помірним зниженням пам'яті, зниженням рівнем здатності до абстрагування та узагальнення. За нашими даними не у досліджуваного контингенту не виявлено порушення зорового гнозису та грубих порушень орієнтування. Поєднання депресії та ГХ може сприяти поглибленню когнітивного дефіциту. Вищий рівень освіти та збереження трудової діяльності можуть розглядатися як превентори когнітивної дисфункції.

Література

1. Бєро М. П. Алгоритм оказания психотерапевтической помощи населению в донецкой области / М. П. Бєро // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 25-26.
2. Васякіна Л. О. Система психокорекції психопатологічних розладів у хворих на пневмокніоз / Л. О. Васякіна // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70). — С. 45-49.
3. Головова М. С. Применение нейромидина в терапии сосудистых когнитивных нарушений разной выраженности / М. С. Головова, В. В. Захаров, М. Ю. Лифшиц, Н. Н. Яхно // Журнал неврологии и психиатрии. — 2007. — № 9. — С. 20-26.
4. Дзюба А. Н. Когнитивные и аффективные нарушения. (Возрастные изменения. Норма и патология) / А. Н. Дзюба, О. С. Орлова // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 177-178.
5. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, О. Л. Тованьянська [та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 44.
6. О внедрении работы полипрофессиональной бригады для оказания медико-психологической и социальной реабилитации пациентам с пограничными психическими расстройствами / М. П. Бєро, С. Я. Бєро, А. Ю. Васильева [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 26-27.
7. Шестопадова Л. Ф. Особливості формування когнітивних розладів у хворих на алкоголізм: психодіагностичне дослідження / Л. Ф. Шестопадова, А. В. Андрєнко // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 2 (55). — С. 93-95.
8. Barnes D.E. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: Findings from the cardiovascular health study / D.E. Barnes, G.S. Alexopoulos, O.L. Lopez et al. // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — Vol.63. — P.273-279.
9. Dixon R.A. Episodic memory change in late adulthood: generalizability across samples and performance indices / R.A. Dixon, A. Wahlin, S.B. Maitland et al. // Mem Cognit. — 2004. — Vol.32. — P.768-778.
10. Huang C.Q. Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature / C.Q. Huang, Z.R. Wang, Y.H. Li et al. // Int Psychogeriatr. — 2010. — Vol.12. — P.1-10.
11. Jongenelis K. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study / K. Jongenelis, A.M. Pot, A.M. Eisses et al. // Journal of Affective Disorders. — 2004. — Vol.83. — P.135-142.
12. Roman G. C. Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia / G. C. Roman, P. Sachdev, D. R. Royall et al. // J. Neurol. Sci. — 2004. — Vol. 226 (1-2). — P. 81-87.
13. Rosenberg P.B. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women / P.B. Rosenberg, M.M. Mielke, Q.L. Xue et al. // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — 2010. - №18(3). — P.204-211.
14. Steffens D.C. Geriatric depression and cognitive impairment / D.C. Steffens, G.G. Potter // Psychological Medicine. — 2008. — Vol.38. — P.163-175.

Психогигиена и психопрофилактика табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста



Рыткис И. С.

Рыткис И. С.

УНИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Резюме. У статті наведено дані про розроблений системі психогієни і психопрофілактики тютюнопаління та тютюнової залежності в осіб молодого віку та оцінено їх ефективність у відмові від куріння через 3, 6 і 12 місяців.

Ключові слова: студенти, тютюнопаління, тютюнова залежність психогієна, психопрофілактика.

Psychohygiene and psychoprophylaxis smoking and tobacco in young age

Ritkis I. S.

Resume. The article presents data on the psychohygiene system developed and psychoprophylaxis smoking and tobacco dependence in young adults and to assess their effectiveness in smoking cessation after 3, 6 and 12 months.

Key words: students, smoking, psychohygiene, psychoprophylaxis.

Табакокурение является достаточно серьезной медико-социальной проблемой и одной из главных причин смертности и инвалидности во всем мире [1]. Курение табака единственный модифицированный фактор риска ряда социально-значимых болезней, как сердечно-сосудистых, легочных, онкологических, эндокринных и других неинфекционных заболеваний, которые можно предотвратить. Уровень заболеваемости и смертности напрямую связан с широким распространением поведенческих факторов риска [2].

Ситуация с курением в Украине оценивается экспертами ВОЗ как критическая. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, распространенность курения сохраняется крайне высокой. У мужчин интенсивность курения чаще составляет от 10 до 20 сигарет в сутки (79,6% случаев), у женщин — до 10 сигарет (71,8% обследованных) [1,2].

Однако, если за последние 5 лет среди мужчин отмечается некоторое снижение интенсивности курения — уменьшение выкуриваемых в день сигарет с 16,2 до 13,1, то среди женщин — увеличение — с 6,5 до 8,5 сигарет в день.

Интенсивность курения с возрастом, увеличением стажа курения повышается, что свидетельствует о формировании синдрома стойкой никотиновой зависимости, требующей дифференцированной медикаментозной коррекции. Курение в настоящее время является, по сути, трагедией общества. Так, по данным опроса подростков 12-16 лет, пробовали курить

15,4% (24,9% юношей и 15,7% девушек), регулярно курили 7% (12,5% юношей и 1,4% девушек) а по результатам обследования студентов украинских вузов, курят 73,5% молодых людей в возрасте 17-25 лет и 48,6% девушек и молодых женщин [2].

Поэтому наиболее актуальным на сегодняшний день представляется комплексный подход к психогигиене и психопрофилактике заболеваний связанных с табакокурением с учетом раннего выявления факторов риска или симптоматики этих заболеваний, а также применением мер по предупреждению / прекращению потребления табака.

В связи с этим психогигиена и психопрофилактика по нашему мнению, должна быть комплексной, дифференцированной, последовательной и воздействовать на все компоненты психического и психосоматического здоровья человека — анатомо-физиологический, психологический, социально-психологический и социальный. Только при этих условиях могут быть разработаны эффективные меры по предупреждению, раннему выявлению и своевременному этиологическому и патогенетическому лечению пациентов с табачной зависимостью [3, 4].

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью были обследованы 1500 студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины и 1000 студентов Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова МОН Украины. Статус

курения студентами оценивался по следующим параметрам: с целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курильщиков молодых людей использован тест Фагерстрёма [5], для уточнения мотивации курения — методика исследования типа курительного поведения Д. Хорна (D.Horn, 1969) [6].

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что 1449 студентов ($57,9 \pm 0,9\%$) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова МОН Украины положительно ответили на вопрос о курении табака. Курение у студентов представлено в двух различных клинических разновидностях: привычка к курению (704 студента, $51,4 \pm 1,3\%$) и начальная стадия формирования табачной зависимости (745 студентов, $48,6 \pm 1,3\%$). Исследование мотивации курения у студентов свидетельствует о преобладании поведения, направленного на желание получить расслабляющий эффект от курения (у $72,1 \pm 1,5\%$ молодых людей доминировал тип «Расслабление»), что указывает на тесную взаимосвязь курения со стрессовыми ситуациями: студенты курят, чтобы справиться с раздражением, гневом, преодолеть застенчивость, снизить напряжение, а также получить поддержку и одобрение окружающих. Кроме того, практически половина респондентов ($49,5 \pm 1,7\%$) используют курение и в качестве поддержки при нервном напряжении.

Для реализации целей исследования нами разработан комплекс профилактических мероприятий, который включал первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Целью психогигиены, а также первичной психопрофилактики табакокурения и табачной зависимости является сохранение, укрепление и обеспечение нервно-психического здоровья человека.

Объектом психогигиены и психопрофилактики являются факторы риска нарушения каждого из вышеуказанных компонентов психического и психосоматического здоровья, могущего играть причинную, усугубляющую и провоцирующую роль в развитии психической патологии и дезактуализации пациента или предрасполагать к их возникновению.

Основными факторами риска расстройства психического и психосоматического здоровья, развития дезадаптивных реакций и невротических расстройств являются: низкая культура поведения и воспитания в области гигиены и психогигиены; неумение противостоять психотравмирующим влияниям и решать жизненные

проблемы, а также правильно сочетать работу, активный отдых и трезвый образ жизни.

Для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных, популяционных стратегий, формулирование приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Кроме того, они должны быть дифференцированными в разных группах риска. Разработка и оптимизация комплексных подходов к решению проблемы особенно важны в условиях реформирования службы здравоохранения в нашей стране.

Вторичная психопрофилактика заключалась в раннем выявлении лиц с табакокурением и устранении табачной зависимости с целью предупреждения психических расстройств непсихотического регистра, психосоматических, онкологических и других заболеваний, предупреждении их неблагоприятной динамики (декомпенсации, рецидивов, усугубления и прогрессирования).

В задачи третичной психопрофилактики входило предупреждение вновь возникших у пациентов невротических и соматоформных расстройств.

Таким образом, вся система психогигиены и психопрофилактики нами проводилась в четыре этапа. Так, первому этапу предшествовало предупреждение воздействия на организм биогенных факторов. Он начинался с пропаганды регулярного питания, правильного отдыха и умственного труда.

Первый этап (от 1 до 2-х месяцев) состоял в психогигиене и психопрофилактике умственного труда (правильная подготовка к занятиям, зачетам, экзаменам, физическим и психическим нагрузкам), устранении факторов риска к заболеваниям путем обучения методам психической саморегуляции, аутогенной тренировки, а также информированности студентов 1-6 курсов о вреде никотина на организм человека и его последствиях.

Психопрофилактические мероприятия на втором этапе (от 2-х до 4-х месяцев) включали психологическую коррекцию, направленную на нивелирование отрицательных характерологических черт, обучение определенным формам реагирования в сложных стрессовых ситуациях и проведение социально-психологического тренинга имеющего целью формирование правильного обучения в коллективе (группа, курс, факультет). Психогигиенические мероприятия среди студентов имели целью дать им точную информацию о вреде никотина и его последствиях. Последнее было особенно значимо для лиц с чертами тревожной мнительности,

приводящей к неадекватным реакциям на то или иное заболевание, а порой и к развитию тревожно-депрессивного и ипохондрического расстройства. В этой связи нами разработана специальная тематика занятий, бесед и лекций, проводимых на каждом этапе психопрофилактики, а также алгоритм организации оказания медицинской помощи по профилактике и прекращению потребления табака студентами ВУЗов, а именно:

- выявление лиц активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма (пассивное курение);
- раннее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением и формирование группы пациентов для лечения табачной зависимости;
- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства;
- диагностику статуса курения, степени и формы табачной зависимости, готовности отказаться от курения;
- представление дифференцированной помощи по отказу от курения с учетом интенсивности курения, степени и формы табачной зависимости, а также готовности отказаться от курения.

Важную роль в процессе отвыкания от курения многие исследователи придают наличию и степени выраженности у курильщика соответствующей мотивации. Оценку степени мотивации отказа от курения проводили с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах): «Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?» и «Как сильно Вы хотите бросить курить?» Сумма баллов по отдельным вопросам определяла степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов — 8, минимальное — 0.

Степень мотивации определяли следующим образом:

- Сумма баллов больше 6 означала, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему мы предлагали лечебную программу с целью полного отказа от курения;
- Сумма баллов от 4-6 — слабая мотивация, поэтому предлагали пациенту лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации;
- Сумма баллов ниже 3 означала отсутствие мотивации и пациенту предлагали лечебную программу с целью только снижения интенсивности курения.

Третий этап (6-8 месяцев) психопрофилактики заключался в выработке у исследуемых черт характера и личности. В число гармоничных

черт, формируемых в процессе воспитания входят адаптивность, здравомыслие, реализм в оценке окружающих, самооценке и уровне притязаний; независимость, обязательность, способность изменять ситуации и др.

Дисгармоничные черты характера, альтернативны перечисленным выше. Это дезадаптивность, нездравомыслие, ригидность, нереализм, неадекватность самооценки и уровня притязаний, несамостоятельность, эгоцентризм и т.д. Данные черты определяют незрелость, инфантильность личности в целом и способствуют возникновению деструктивного конфликта, психологической и социально-психологической дезадаптации. Поэтому предупреждение формирования дисгармоничных черт характера и личности, составляющее содержание третьего этапа психопрофилактики, заключалось в нивелировании дисгармоничных черт и выработке адекватного стереотипа реагирования на психотравмирующие и стрессовые ситуации, повышении адаптационных возможностей личности в целом. С чертами гармоничного и дисгармоничного характера мы знакомили пациентов на специальных лекциях и беседах на темы: гармоничный характер и его основные черты, способствующие адаптации личности; дисгармоничный характер и его роль в нарушении психического, соматического здоровья и дезадаптации; способы преодоления дисгармоничных и выработки гармоничных черт характера. На последней лекции проводили психологическую коррекцию, персоналистическую психотерапию с тренингом личностного роста и полным отказом от табакокурения.

Четвертый этап (1-2 месяца) психопрофилактики состоял в ликвидации патогенных факторов, способствующих возникновению психической патологии и «тяги» к табакокурению. На данном этапе проводили занятия на темы: причины и условия развития разных вариантов дезадаптации, социальный вариант дезадаптации; психологический вариант дезадаптации; социально-психологический вариант дезадаптации.

Разработанный нами комплекс психопрофилактических мероприятий был применен у 352 студентов с привычным курением (основная группа) и 352 студента, которым их не проводили, составили контрольную группу.

Эффективность предложенной системы психогигиены и психопрофилактики оценивалась по завершении курса, а также через 3, 6 и 12 месяцев.

Так, в основной группе после окончания курса психогигиенических и психопрофилактических мероприятий 253 студента (71,9±2,4%) отказались от курения, 89 молодых людей (25,3±2,3%) — уменьшили число выкуриваемых

сигарет и только 10 ($2,8 \pm 0,9\%$) продолжали курить с прежней интенсивностью. В контрольной группе самостоятельно прекратили курение 56 студентов ($15,9 \pm 1,9\%$), 189 молодых людей ($53,7 \pm 2,7\%$) — уменьшили число выкуриваемых сигарет и 107 ($30,4 \pm 2,5\%$) продолжали курить с прежней интенсивностью.

При повторном исследовании через 3 месяца после завершения психогигиенических и психопрофилактических мероприятий в основной группе не курили 227 студентов ($64,5 \pm 2,6\%$), 102 студента ($28,9 \pm 2,4\%$) возобновили (или продолжили) курение с меньшим числом выкуренных сигарет и 23 студента ($6,5 \pm 1,3\%$) вернулись или продолжили курение с прежней интенсивностью (в контрольной группе: 23 студента ($6,5 \pm 1,3\%$); 203 студента ($57,7 \pm 2,6\%$) и 126 студентов ($35,8 \pm 2,6\%$) соответственно).

Через 6 месяцев в основной группе продолжали удерживаться от курения 207 студентов ($58,8 \pm 2,6\%$), 130 студентов ($36,9 \pm 2,6\%$) возобновили или продолжили курение с меньшим числом выкуренных сигарет и 15 студентов ($4,3 \pm 1,3\%$) вернулись (или продолжили) курение

с прежней интенсивностью (в контрольной группе: 16 студентов ($4,5 \pm 1,1\%$); 209 студентов ($59,4 \pm 2,6\%$) и 127 студентов ($36,0 \pm 2,6\%$), соответственно).

При исследовании статуса курения через 12 месяцев выявлено, что в основной группе полностью отказались от курения 183 студента ($51,9 \pm 2,7\%$), 137 студентов ($38,9 \pm 2,6\%$) возобновили (или продолжили) курение с меньшим числом выкуренных сигарет и 32 студента ($9,1 \pm 1,5\%$) вернулись (или продолжили) курение с прежней интенсивностью (в контрольной группе: 4 студента ($1,1 \pm 0,6\%$); 212 студентов ($60,2 \pm 2,6\%$) и 136 студентов ($38,6 \pm 2,6\%$), соответственно).

Таким образом, разработанная и внедренная нами система психогигиены и психопрофилактики позволила повысить общеобразовательную культуру исследуемых студентов, мотивировать их на отказ от курения и приверженность здоровому образу жизни, а также значительно снизить уровень распространенности табакокурения среди студенческой молодежи в некоторых ВУЗах Украины.

Литература

1. WHO report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments. — Geneva, World Health Organization 2009.
2. Лінський, І. В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2. — С. 44–58.
3. Ebbert J.O. Treating tobacco dependence; review of the best and latest treatment options. / J.O. Ebbert, A. Sood, J.T. Hays et al. // J Thor Oncol. — 2007. — № 2. — P. 249–256.
4. Сахарова Г.М. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости / Г.М.Сахарова, Н.С. Антонов // Справ. поликлинического врача. — 2008. — № 14–15. — С. 16–20.
5. Fagerström K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. — 1978. — P. 235–241.
6. Ikard, F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. — 1969. — N. 4. — P. 649–659.

УДК: 616.831-005:616.134.9-007.271-07-089

Психические и поведенческие расстройства у детей оперированных по поводу частичного нейрорахишизиса



Аймедов К.В.



Горищак С.П.



Кривоногова О.В.

Аймедов К. В., Горищак С. П., Кривоногова О. В.

Кафедра социальной помощи, общей и медицинской психологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса

ГУ «Институт нейрохирургии имени академика А.П. Ромоданова» НАМН Украины, г. Киев

Резюме. в статье отражен опыт совместной работы нейрохирургов, психиатров, психологов и социальных работников, приобретенный в результате обследования и лечения детей с частичным нейрорахишизисом. Проведенный анализ позволил выделить среди многообразия изучаемых характеристик у пациентов с частичным нейрорахишизисом группу конституционально-биологических и социальных факторов риска развития психических заболеваний, вызывающих раннюю органическую церебральную недостаточность.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, врожденные пороки ЦНС, частичный нейрорахишизис.

Psychical and behavior disorders for children operated on occasion of partial neurorakhishizis

Aymedov K. V., Gorischak S. P., Krivonogova O. V.

Department of social help, general and medical psychology of the Odessa national medical university, Odessa
GU «Institute of neuro-surgery of the name of academic A.P. Romodanov» NAMN Ukraine, Kiev

Resume. experience of joint work of neuro-surgeons, psychiatrists, psychologists and social workers is reflected in the article, purchased as a result of inspection and treatment of children with partial neurorakhishizis. The conducted analysis allowed to select among the variety of the studied descriptions for patients with partial neurorakhishizis group of constitutional-biological and social factors of risk of development of psychical diseases, defiant early organic cerebral insufficiency.

Key words: psychical and behavior disorders, innate vices of CNS, partial neurorakhishizis.

Врожденный порок развития ЦНС, а именно частичный нейрорахишизис — является наиболее тяжелой формой спинальных дисрафий (миелодисплазия), при которой кроме дефекта мягких тканей (кожного, мышечно-апоневротического, твердой мозговой оболочки) и костного, отмечается дефект формирования непосредственно самого спинного мозга. Он выражается в отсутствии свертывания спинного мозга в «трубку» и формированием на месте этого дефекта плакоды (area medullovasculosa) с хаотично расположенными нервными клетками и сосудами, которые не несут проводниковой функции. Именно этим определяется

степень неврологического, двигательного, урологического и других дефектов.

Общие клинические признаки частичного нейрорахишизиса: кожно-мышечно-костный дефект расположен по средней линии позвоночника. Часто это расщепленные несколько позвонков, где через тонкую мембрану оболочки спинного мозга визуализируется расплющенный тяж спинного мозга и сквозь оболочки спинного мозга капельно или деапидезно выделяется ликвор.

У детей с частичным нейрорахишизисом, кроме общих местных проявлений, можно выделить ряд симптомокомплексов:

неврологический, нейроортопедический, а также нарушение функции тазовых органов. После проведения коррекции нейрохирургического порока, на первый план выступают все вышеперечисленные симптомокомплексы.

Благодаря достижениям нейрохирургии число успешно оперированных пациентов с врожденными пороками ЦНС ежегодно возрастает, однако в их последующей жизни доминируют социально-психологические проблемы, связанные с особенностями психического здоровья [2, 6, 14]. Пациенты с ВПР ЦНС, оперированные в раннем возрасте, из-за особенностей неврологического дефицита (нижние парапарезы, параличи) учатся в специализированных школах (с детьми у которых неврологические проблемы иного характера), кто-то учиться в обычных школах, по индивидуальной программе, они менее устойчивы эмоционально и имеют больше сложностей в межличностных взаимоотношениях, чем их здоровые сверстники [1, 8, 9, 13]. Очень мало работ, которые могут объяснить значимость влияния особенностей психического состояния детей на их социальную адаптацию [4, 5].

Широкое внедрение разнообразных методов хирургической коррекции врожденных пороков ЦНС требует комплексного полипрофильного сопровождения родителей (детей с пороком ЦНС) как на этапе подготовки к операции, так и детей в послеоперационном периоде. Знание распространенности психической патологии, особенностей ее течения и оптимальных методов реабилитации данной когорты больных определяет актуальность настоящего исследования.

Хотелось подробнее остановиться на неврологическом симптомокомплексе, который во многом определяет дальнейшую судьбу ребенка, его качество жизни и социальную адаптацию в обществе.

Цель работы — провести оценку качества жизни у детей с частичным нейрорахишизмом, сопоставить и изучить распространенность и клинично-динамические особенности психических расстройств у детей с врожденными пороками ЦНС, определить влияние психических нарушений на социальную адаптацию больных, факторы риска развития психических заболеваний.

Материалы и методы исследования

Проведенное исследование основано на анализе катамнеза 120 детей с частичным нейрорахишизмом за период с 2000-2012 год, которые находились на обследовании и лечении в Институте нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины и на базе Детской

областной клинической больницы в отделении нейрохирургии Одессы. Распределение числа наблюдений: институт нейрохирургии 63 новорожденных, детская областная больница г. Одессы 57 новорожденных. Все новорожденные были обследованы, оперированы. Катamnестические данные у 120 детей составили: через год после операции 88,3% оперированных, через три года 62, 5% оперированных, через пять и более лет 11,6% оперированных, в 11,7% всех оперированных катamnез проследить не удалось.

Все больные были детально обследованы неврологически, общесоматически сделанные общеклинические, биохимические анализы крови и мочи. Все новорожденные после соответствующей подготовки в отделении реанимации новорожденных были оперированы. Операции проводились под общим наркозом с применением искусственной вентиляции легких. Операции были направлены на устранение нейрохирургической патологии. В послеоперационном периоде проводились дополнительные дообследования для выявления сопутствующей патологии, в том числе психоневрологической.

Дальнейшее изучение неврологического статуса детей с частичным нейрорахишизмом было проведено в разное время, период составлял от 1 года до 12 лет после операции. При анализе неврологического состояния пациентов использовалась схема их группирования по тяжести выявленной патологической неврологической симптоматики со стороны черепно-мозговой иннервации, мышечного тонуса, состояния сухожильных рефлексов и координаторной сферы, а также по наличию остаточных явлений гипертензионного синдрома. Нейропсихологическое обследование проводилось детям до 6 лет по методике Ж.М. Глозман (2006), с 6 лет — по методике Э.Г. Симерницкой (1998). Психическое состояние изучалось с клинично-онтогенетических позиций клинично-анamnестическими и клинично-психопатологическими методами с оценкой состояния развития детей в возрасте до 4 лет по шкалам Гезелла [4]. При наличии показаний обследование дополнялось консультацией клиничного психолога и логопеда.

Результаты и обсуждение

Нами были обработаны результаты по шкале качества жизни детей с поражением нервной системы предложенной и адаптированной Ю.А. Орловым. Шкала основана на оценке двух блоков адаптации детей к окружающей среде. Первый блок характеризует психоневрологический статус ребенка, а второй блок — степень социальной адаптации с учетом познавательной способности и возможностей обучения.

Каждая качественная характеристика оценки объекта имеет количественное выражение, а сумма этих показателей отражает качество жизни пациента. Это позволяет количественно оценить качество жизни ребенка, а изменения суммарного показателя качества жизни в процессе наблюдения за пациентом позволяют сделать вывод о тенденции течения болезни и реабилитационного периода. Сумма баллов 100-80 соответствует понятию «хорошее качество жизни», когда пациент практически здоров, трудоспособен, может посещать общеобразовательные учебные учреждения (садик, школу, институт) психоневрологический дефект не мешает нормальному образу жизни. Сумма баллов 75-50 означает «удовлетворительное качество жизни» со значительными ограничениями трудоспособности, обучаемости в посторонней помощи. Показатели 45-30 баллов указывают на «плохое качество жизни» и нередко требуют пребывания пациента в лечебном учреждении или на дому при постоянной помощи окружающих. Сумма баллов менее 30 соответствует вегетативному статусу.

У детей с миелодисплазией, а в частности у новорожденных с частичным нейрорахизисом, качество жизни определяется главным образом выраженностью дефекта развития и степенью вовлечения в патологический процесс нервных структур, что определяет исходный и последующий неврологический дефект. Помощь таким детям направлена в первую очередь на сохранение жизни больного, во вторых на создание оптимальных условий для реабилитации, сохранение и улучшение качества жизни. По результатам ни один ребенок из оперированных с частичным нейрорахизисом не попал в группу «хорошего качества жизни». Распределение по группам детей произошло с «удовлетворительным качеством жизни» и «плохим качеством жизни».

Анализ таблицы показывает, что детей с «удовлетворительным качеством жизни» в период с 2000-2012 г. через 1 год составляет 81 больной ребенок, через 3 года 60 детей и через 5 лет в 10 случаях всех наблюдаемых детей. «Плохое качество жизни» у детей в тот же период составляет через 1 год у 25 больных детей, через 15 детей и через 5 лет у 5 всех наблюдаемых детей с оперированным частичным нейрорахизисом. В шкале оценки качества жизни был учтен очень важный и прогностически необходимый социальный блок (семейная и трудовая адаптация).

Совместно с кафедрой социальной помощи, общей и медицинской психологии Одесского национального медицинского университета проведен анализ психических нарушений.

По результатам обследования у 23 (25,6%) пациентов психические нарушения не выявлены, их поведение, психическое и речевое развитие соответствовали возрастным нормам. У 4 (5%) детей констатированы нарушения донозологического уровня в виде проявлений минимальной мозговой дисфункции и невротических реакций. У 7 (8,3%) детей диагностирована умственная отсталость, обусловленная в 1 случае генетическими нарушениями (синдром Дауна). У 54 (60,9%) пациентов выявлены пограничные (непсихотические) психические расстройства. Среди пограничных психических расстройств наиболее часто (n=43) диагностировались нарушения познавательной деятельности, соответствующие диагностическим рубрикам МКБ-10 Б 83 («Смешанные специфические расстройства психологического развития») и Б 06.78 («Легкие органические когнитивные расстройства»). На втором месте по частоте выявления стояли поведенческие и эмоциональные расстройства детского возраста (Б90), чаще представленные синдромом гиперактивности с нарушением внимания (n=31). Несколько реже (n=19) отмечались расстройства развития речи и учебных навыков (Б 80, Б 81), а также органические астенические и эмоционально лабильные расстройства (n=16), соответствующие диагностической рубрике Б 06.68. У 62% детей и подростков с пограничными психическими расстройствами выявлялось сочетание двух и более симптомокомплексов, соответствующих диагностическим рубрикам МКБ-10.

Выявленные психические нарушения достоверно чаще встречались у мальчиков, чем у девочек (83,3 и 63,8% соответственно). В структуре психической патологии органические психические расстройства с выраженными церебрастеническими нарушениями в виде психической и физической слабости, быстрой утомляемости и эмоциональной лабильности (Т06.68) чаще диагностировались у пациентов школьного возраста, чем у дошкольников, при пороках ЦНС сочетающуюся с внутренней гидроцефалией и перенесших менингит (а так же у детей количество операций было больше 3-х в год), чем при частичном нейрорахизисе с гидроцефалией без воспалительных изменений (а так же с количеством операций меньше 3-х в один год). Умственная отсталость достоверно чаще регистрировалась у детей с частичным нейрорахизисом у которых были инфекционные осложнения в раннем послеоперационном периоде, чем у детей у которых этого не было. Высока корреляция психических отклонений и проведенного койко-дня в стационаре после рождения — чем выше койко-день, тем больше вероятность психических нарушений.

Полученные результаты подтверждают литературные данные о влиянии ранних послеоперационных, инфекционных осложнений, а также количества проведенных операций у новорожденных с частичным нейрорахишизмом на формирование мозговой дисфункции с астеническими, эмоциональными и когнитивными нарушениями [7], о более глубоких повреждениях познавательной сферы у пациентов с пороками ЦНС которые сочетаются с пороками других систем (особенно пороками сердца), связанных с гипоксией уже во внутриутробном периоде [7, 11, 13]. У трети детей школьного возраста с нормальным уровнем интеллектуального развития регистрировались проявления психофизического инфантилизма в виде незрелости эмоционально-волевой сферы, наличия в поведении и интересах черт, присущих детям младшего возраста, позднего формирования школьной мотивации, чувства долга и ответственности.

Выявлены достоверные различия в частоте психических нарушений у пациентов, оперированных в первые 24-72 часа после рождения (ургентно) и детей оперированных позже этих сроков. Ургентно оперированные новорожденные имели меньше психических нарушений, а глубина изменений менее выражена.

Социальная адаптация была оценена нами у 38 больных с частичным нейрорахишизмом школьного возраста в соответствии с 6-й осью Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте (2003) по характеру функционирования детей в спецшколах, а также детей находящихся на индивидуальном графике обучения в обычной школе, в контактах с ровесниками и по особенностям проведения свободного времени. Выполнен сравнительный анализ состояния социального функционирования у пациентов школьного возраста с частичным нейрорахишизмом и пограничными психическими расстройствами (n=29) и без психических расстройств (n=9), а также детей оперированных в первые 24-72 часа после рождения (ургентно) и детей оперированных позже этих сроков (n=8).

Дети с частичным нейрорахишизмом без психических расстройств в большем проценте случаев охотно посещали спецшколу и хорошо адаптировались в коллективе, чем дети с пограничными психическими расстройствами; чаще усваивали учебный материал на «хорошо» и «отлично». Пациенты с пограничными психическими расстройствами чаще имели снижение школьной успеваемости.

У пациентов оперированных в первые 24-72 часа после рождения (ургентно) и детей оперированных позже этих достоверно

выявлено различия в частоте хорошей школьной адаптации и хорошей школьной успеваемости. У детей оперированных позже 72 часов чаще происходило снижение школьной успеваемости, чаще использовалась домашняя форма обучения.

Пациенты без психических нарушений в большем проценте случаев, чем дети с пограничными психическими расстройствами, имели гармоничные взаимоотношения со сверстниками в школе, реже вступали в конфликтные отношения. Пациенты оперированные в первые 24-72 часа после рождения (ургентно) реже регистрировались конфликтные отношения.

Для определения факторов, способствующих формированию пограничных психических расстройств у больных с частичным нейрорахишизмом, мы провели сравнительный анализ конституционально-биологических и социально-психологических характеристик пациентов с пограничными психическими расстройствами (первая группа, n=29) и детей без психических нарушений (вторая группа, n=9). Из анализа были исключены больные с генетическими заболеваниями.

Сравнительное изучение наследственной отягощенности показало высокий риск развития психических расстройств у детей с ВПР ЦНС при наличии у родителей алкоголизма, нарушений поведения, умственной отсталости, позднего развития речи.

В обеих группах отмечен высокий удельный вес патологии пренатального периода, без достоверных различий. Пациенты с пограничными психическими расстройствами чаще, чем дети второй группы, рождались недоношенными или перенесенными, от патологически протекавших родов, с тугим обвитием пуповины вокруг шеи или асфиксией. Патология периода новорожденности диагностировалась у пациентов первой группы достоверно чаще, чем у детей и подростков второй группы.

На первом году жизни у детей с пограничными психическими расстройствами достоверно чаще, чем у детей второй группы наблюдалось отставание в развитии моторных навыков и в физическом развитии, чаще имели место отклонения в поведении. Задержка развития речи отмечена у 62,6% детей с пограничными психическими расстройствами и не регистрировалась у детей без психических нарушений. Довольно высокий уровень сопутствующих врожденных аномалий развития регистрировался в первой группе, с наибольшей частотой при нарушениях познавательной деятельности.

При нейропсихологическом обследовании наиболее показательными были результаты исследования динамического и кинестетического

праксиса: нарушения достоверно чаще регистрировались у детей с пограничными психическими расстройствами, чем у психически. Социально-психологические характеристики были более благополучны у психически здоровых пациентов с частичным нейрорахишизмом.

При проведении корреляции показателей качества жизни и полученных данных психических нарушений выявленная четкая взаимосвязь, что у детей с «удовлетворительным качеством жизни» имелось меньше психических нарушений, а глубина изменений менее выражена. В варианте с детьми находящимися в группе с «плохим качеством жизни» отмечалась увеличение числа психической патологии, что приводило формированию мозговой дисфункции с астеническими, эмоциональными и когнитивными нарушениями, а соответственно снижению социальной адаптации.

Выводы

1. Таким образом, у пациентов с частичным нейрорахишизмом констатирована высокая распространенность психических нарушений, более выраженных у детей в группе с «плохим качеством жизни», у детей, которых оперировали позже 24-72 часа, у детей которых наблюдались ранние послеоперационные и инфекционные осложнения, у детей которых были проведены более 3-х операций в год, а так же детей с количеством койко-дня выше 35, особое место занимают дети у которых

- сочетаются пороки других систем (особенно пороками сердца), связанных с гипоксией уже во внутриутробном периоде.
2. В структуре психической патологии основное место занимают пограничные психические расстройства. Сниженный уровень социальной адаптации у обследованных больных с частичным нейрорахишизмом определяется не только тяжелыми неврологическими нарушениями, но в большей степени он зависит от присутствия пограничных психических расстройств. Проведенный анализ позволил выделить среди многообразия изучаемых характеристик у пациентов с частичным нейрорахишизмом группу конституционально-биологических и социальных факторов риска развития психических заболеваний, вызывающих раннюю органическую церебральную недостаточность.
3. Первые признаки психических расстройств находят отражение в ранних проявлениях психического дизонтогенеза в виде нарушений поведения и задержек речевого развития на первом-втором году жизни. Для предупреждения социальной дезадаптации детей с частичным нейрорахишизмом необходимо осуществлять своевременное выявление и лечение неврологических нарушений и возможно более раннюю комплексную коррекцию отклонений в поведении, речевом и психологическом развитии.

Литература

1. Аксенова Е.Л. Клинико-функциональная оценка и качество жизни у пациентов в отдаленном периоде наблюдения после радикальной коррекции тетрады Фалло, выполненной в раннем детском возрасте // Детские болезни сердца и сосудов. — 2007. — № 1. — С. 18–23.
2. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. — Челябинск : Изд-во АТОКСО, 2008. — 192 с.
3. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей. — СПб. : Речь, 2001. — 200 с.
4. Демчева Н.К. Социальное функционирование и качество жизни как оценочные критерии психического состояния // Психическое здоровье. — 2006. — № 8. — С. 46–50.
5. Ковалев В.В. Психические нарушения при пороках сердца. — М. : Медицина, 1974. — 192 с.
6. Тагварелия Ю.В. Сравнительный анализ поведенческих установок у детей, страдающих врожденными пороками сердца // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — Т. 2. — № 4. — С. 18–20.
7. Баршнев Ю. И. Организация неврологической помощи новорожденным в перинатальном периоде / Ю. И. Барашнев, А. С. Буркова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Т. 90. — №8. — С. 3–5.
8. Барашнев Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2001. — 638 с.
9. Воронов В. Г. Пороки развития спинного мозга и позвоночника, нуждающиеся в нейрохирургической коррекции/ В. Г. Воронов, В. П. Берснев, С. Л. Яцук и др. // Сборник конференции нейрохирургов Северного Кавказа. — Краснодар, 1996. — С. 134–136.
10. Зозуля Ю. П. Сучасний стан надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги дітям в Україні / Ю. П. Зозуля, Ю. О. Орлов, Я. В. Пацко // Бюл. Укр. Асоц. нейрохірургів (УАН). — К., 1995. — Вип. 1. — С. 13–14.
11. Медико-организационные проблемы детской инвалидности / Зелинская Д. И. // Педиатрия. — 1995. — N 4. — С. 87–90.

12. Хачатрян В. А., Орлов Ю. А., Осипов И. Б., Еликбаев Г. М., Спинальные дизрафии. — Десятка, 2009 г. — 304 с.
13. Орлов Ю.О. Якість життя дітей з гідроцефалією, оперованих в грудному віці /Ю.О.Орлов, І.П. Проценко, Л.Л. Марущенко// Соціальна педіатрія і реабілітологія.— 2007 — Вип І(IV). — С. 84–89.
14. Орлов Ю. А. Состояние нейрохирургической помощи детям и задачи по её улучшению в Украине / Орлов Ю. А. // Бюл. Укр. Асоц. нейрохірургів. — 1998. — № 7. — С. 109–110.
15. Майтиков К.К. Врожденные хирургические пороки развития у детей (сроки и методы лечения). — Бишкек, 1998.-21 с.
16. Николаев С. Н Принципы организации медицинской помощи детям с миелодисплазией/ С.Н. Николаев// Детская урология и перспективы ее развития (материалы научно-практической конференции). — Москва, 1999.-С. 14-15.
17. Орлов Ю.А., Марущенко Л.Л., Проценко И.П., Тимченко О.И., Брезицкая Н.В. Врожденные пороки развития нервной трубки и мероприятия по улучшению их диагностики и лечения // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения» (27-30 апреля 2008 г. Санкт-Петербург). — СПб., 2008.— С. 340–341.
18. Bliton Mark J. Ethics: «life before birth» and moral complexity in maternal-fetal surgery for spina bifida. / M.J. Bliton // Clin. Perinatol. — 2003. — Vol. 30. — P. 449–464.
19. Cohen A.R. Early management of myelomeningocele / S.Robinson// Pediatric neurosurg. — 2001. — P. 241–258.
20. Reigel D.H. Spina bifida. / D.Rotenstien// Pediatric neurosurg. — 1994. — Vol. 2. — P. 51–76.
21. Shurtleff D. Epidemiology, etiologic factors, and prenatal diagnosis of open spinal dysraphism. / R.Lemire// Neurosurg. Clin. — 1995. — Vol. 6. — P. 183–193.
22. Шарапова О. Медико-социальная помощь семье, женщинам и детям в современных условиях //Здравоохранение. —2005. — № 12. — С. 24–32.

Базові засади та обґрунтування медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології



Піонтковська О. В.

Піонтковська О. В.

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

Резюме. В роботі були визначені реальні обмеження сучасної клінічної практики щодо реалізації психологічних інтервенцій у сфері дитячої онкології, виявлені основні психологічні проблеми та наслідки, спричинені онкопатологією і її лікуванням у дітей та їх батьків, коротко- та довгострокові завдання і цілі медико-психологічної допомоги, виділені мішені медико-психологічного впливу для всіх учасників лікувального процесу, розроблено алгоритм психологічної допомоги, що включав диференційоване застосування психоосвітніх та психокорекційних заходів.

Ключові слова: онкохворі діти, сім'я, медико-психологічна допомога.

Basic principles and rationale medical and psychological assistance in the field of pediatric oncology

Piontkovska O. V.

Regional Clinical Pediatric Hospital № 1, Kharkov

Resume. In paper identified the real limitations of modern clinical practice in the implementation of psychological interventions in pediatric oncology. Identified basic psychological problems and the negative effects caused by cancer, short-and long-term goals and objectives of psychological help, allocated target of psychological impact for all members of the treatment process, the algorithm of help, which included the use of differentiated psychoeducation and psychocorrection.

Key words: children with cancer, family, psychological help.

Дитина, яка хворіє на онкологічне захворювання, та її сім'я зіштовхується з різноманітними медичними, психосоціальними та психологічними труднощами під час діагностики, перебігу та лікування онкологічної хвороби [1–4].

Встановлення онкологічного діагнозу суттєво змінює життя особистості і родини та спричиняє виникнення психологічних реакцій у відповідь на стресову та психотравмуючу життєву ситуацію. Навіть добре адаптовані та стабільні сімейні системи переживають суттєве напруження і потребують часу та зусиль для формування адаптації до ситуації, в якій вони опинилися [5, 6]. Найбільш кризовими для сімей стають періоди діагностики, стаціонарне лікування, рецидив чи продовження хвороби, перехід на паліативну допомогу. Саме у цей час психічне напруження досягає пікових значень в наслідок значимих змін життєвого стереотипу та потреби у нових навиках.

Поряд з онкохворою дитиною і її родиною з психологічними проблемами зіштовхуються медичні працівники, волонтери, психологи, які надають допомогу дітям і членам їх сім'ї. Робота у психологічно напруженій ситуації та з людьми, які перебувають у стані психоемоційної кризи, поряд з практичними медичними проблемами, спричиняє порушення професійної адаптації та розвиток емоційного вигорання.

Психологічні кризи, стресові та психотравмуючі події важливі у сенсі їх впливу на значимі сфери життя особистості, що і обумовлює необхідність обґрунтування та розробки засад організації та надання психологічної допомоги особам, які опинилися у подібній ситуації. Дитяча онкологія є одним з пріоритетних напрямків розвитку психологічної практики не лише в Україні, але і у світі, що пов'язано з поширеністю онкологічних захворювань серед дитячого населення [7] та наслідками наявності онкопатології у дітей [2, 4].

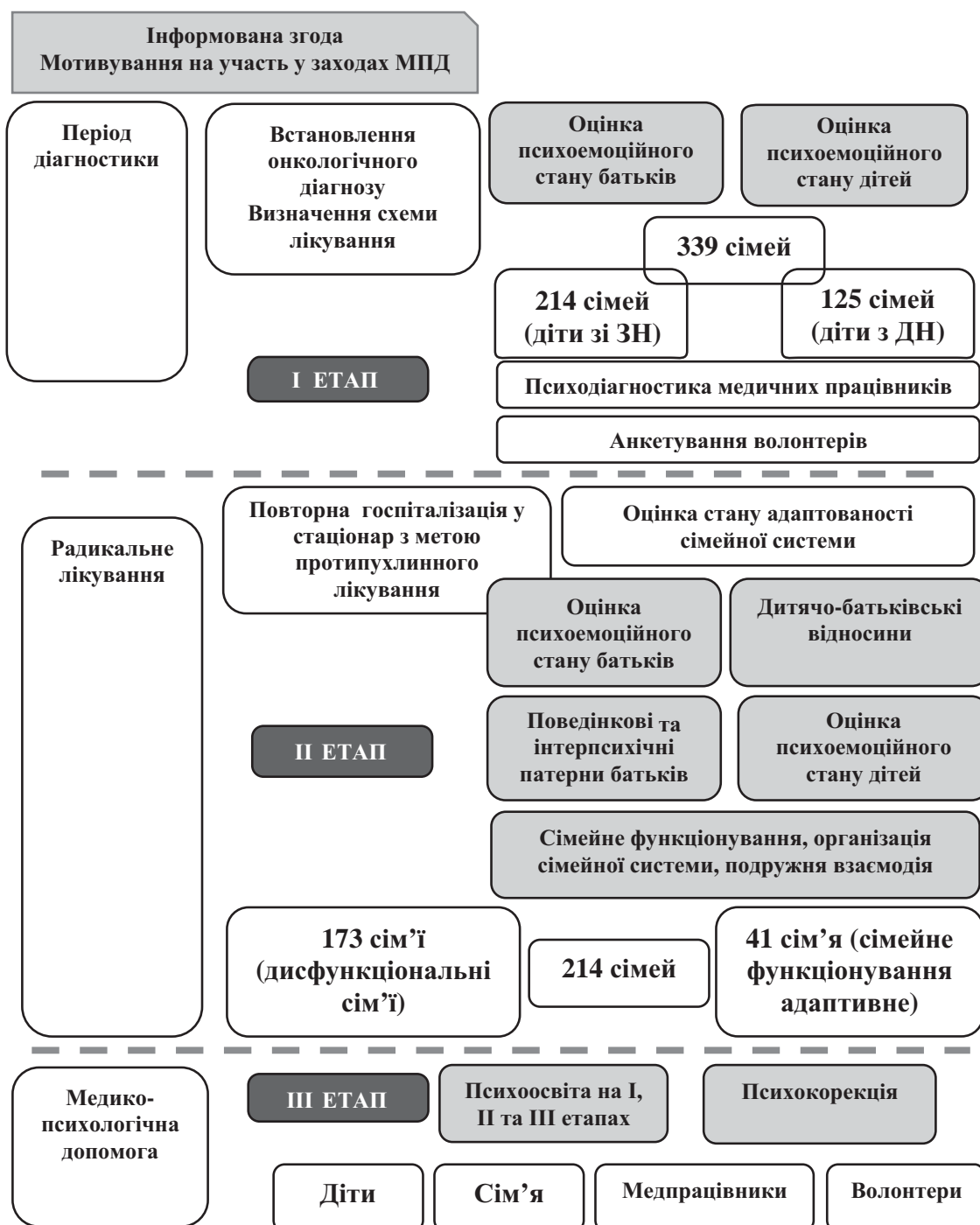
Для вирішення поставленого питання протягом 2011–2013 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків) нами було проведено клініко-психологічне й психодіагностичне обстеження дітей з діагнозом онкологічного новоутворення та їх батьків (339 сімей, 214 родин з дітьми, у яких діагностовано злویкісне новоутворення та 125 — доброякісне). Також, були вивчені особливості прояву синдрому вигорання та основні джерела професійного стресу у медичних працівників (23 лікарів, 58 медичних та 34 молодших медичних сестер), які працюють у сфері дитячої онкології. Проведено психологічне інтерв'ювання та анкетування добровольців у кількості 28 осіб, які здійснювали волонтерську діяльність у відділеннях дитячої

онкології та онкогематології. Загальний дизайн дослідження, яке складалось з 3-х етапів, представлено на рис. 1.

На 1-му етапі роботи на основі інформованої згоди на момент первинної госпіталізації дитини до стаціонару задля протипухлинного лікування було проведено обстеження 339 родин (матерів та батьків), з яких у дітей з 214 сімей було встановлено діагноз злоякісного та

у 125 — доброякісного новоутворення. На даному етапі було проведено вивчення психологічних аспектів роботи медичних працівників та волонтерів.

На 2-му етапі роботи обстежено 428 батьків з 214 родин, діти в яких були повторно госпіталізовані. Опитувані родини було розділено на групи в залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у



Примітка. ЗН — злоякісні новоутворення, ДН — доброякісні новоутворення.

Рис. 1
Дизайн дослідження

ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини (діагностика подружньої конфліктності та взаємодії здійснювалась з використанням методики PARI). Група 1 — 80,8% сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів, як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 — 19,2% (41) родин сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

III-й етап дослідження включав безпосередньо заходи медико-психологічної допомоги у вигляді психоосвіти та психокорекції. Причому психоосвітні заходи проводилися, починаючи з I-го етапу. Таким чином ми отримали логічно вибудований та послідовний алгоритм діагностичних та інтервенційних заходів, спрямованих на виявлення, корекцію та профілактику психологічних проблем, пов'язаних з онкологічним захворюванням у дитини, та орієнтованої на дітей, їх батьків, а також, осіб, залучених до лікування та допомоги у сфері дитячої онкології.

В цілому, нами були визначені реальні обмеження сучасної клінічної практики щодо реалізації психологічних інтервенцій, основні психологічні проблеми та наслідки, спричинені онкопатологією і її лікуванням у дітей та їх батьків, коротко- та довгострокові завдання і цілі медико-психологічної допомоги, виділені мішені медико-психологічного впливу для всіх учасників лікувального процесу, розроблено алгоритм психологічної допомоги, що включав диференційоване застосування психоосвітніх та психокорекційних заходів.

Організація медико-психологічної допомоги в дитячій онкології — складне завдання, що обумовлено особливостями реальної клінічної практики у сфері медичної допомоги. Розглянемо особливості надання психологічної допомоги дітям, які хворіють на онкологічні захворювання:

- відсутність або недоукомплектованість штату лікувально-профілактичних закладів спеціалістами з психічного здоров'я — лікарем-психологом, лікарем-психіатром, лікарем-психотерапевтом;
- відсутність спеціальних програм по підготовці та підвищенню кваліфікації психологів, психотерапевтів, психіатрів в області психоонкології, зокрема дитячої;
- не розроблені протоколи, алгоритми, стандарти проведення психодіагностики і

надання психологічної допомоги у сфері дитячої онкології;

- труднощі з організацією роботи лікаря-психолога — приміщення для індивідуального консультування та проведення психотерапевтичних груп, використовувани в роботі аудіозаписи та роздаткові матеріали;
- відсутність практичного досвіду взаємодії і координації між медичним персоналом та спеціалістами з психічного здоров'я;
- невизначеність та несформованість у суспільстві, в тому числі і серед медичних працівників, уявлення щодо роботи і можливостей психологічної служби у допомозі хворим і їх оточенню;
- відсутність програм з психоосвіти та формування практичних навиків комунікації з хворими, їх рідними, у сфері психоонкології та медичної психології для медичного персоналу.

Таким чином, реалізація психологічних інтервенцій зіштовхувалася з рядом досить складних та значимих перешкод, частина з яких мала бути подолана у процесі організації медико-психологічної допомоги. В першу чергу, це стосувалося налагодження взаємодії психолога з медичними працівниками, шляхом представлення можливостей психологічної допомоги у реальній клінічній практиці, формування позитивного образу роботи спеціаліста з психічного здоров'я у всіх учасників лікувального процесу. Також важливим залишався аспект психоонкологічної підготовки як самих медичних психологів, так і осіб, залучених до лікування та допомоги у сфері дитячої онкології. В Україні сертифікованих програм підготовки на даний час не має, що ставить гостро питання про розробку психоосвітніх та тренінгових навчальних проєктів.

На основі теоретико-емпіричного аналізу нами були резюмовані основні психологічні проблеми, пов'язані з онкологічним захворюванням у дітей, їх батьків та медичних працівників. У дітей з онкопатологією такими визначені:

- зрушення у психоемоційному стані різного ступеню вираженості — від психологічних реакцій до психічних розладів;
- порушення у віковому психічному розвитку, що особливо актуально для дітей до 1 року та дошкільного віку;
- при тривалому існуючому психопатогенному чиннику патохарактерологічні зміни особистості;
- труднощі у міжособистісній взаємодії;
- психосоціальна дезадаптація як наслідок частих чи тривалих госпіталізацій та відлучення від референтної соціальної групи (дитячий садок, школа).

Для батьків наслідками діагностування та перебігу онкологічного захворювання у дитини були:

- виникнення інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію;
- трансформація психологічних реакцій у клінічно окреслені психічні розлади;
- дезадаптивна поведінка під час етапів лікувального процесу (відмови від лікування, прояви агресії, конфлікти з медичним персоналом та ін.);
- психосоціальна дезадаптація (проблеми на роботі, у спілкуванні з близьким оточенням);
- порушення у міжособистісних стосунках;
- сімейне дисфункціонування;
- вживання алкоголю та психоактивних речовин;
- горювання та переживання ускладненого горя.

Деталізуючи проблеми батьків онкохворих дітей, варто також згадати про наступні психологічні труднощі:

- значний об'єм нової інформації щодо діагнозу, обстежень та лікування;
- необхідність прийняття рішень, пов'язаних з лікуванням дитини;
- занепокоєння впливом лікування, в тому числі і оперативного, на фізичний та психічний розвиток дитини;
- складність спілкування з дитиною на тему хвороби, потреби у лікуванні та болісних і неприємних процедур;
- труднощі у спілкуванні з оточенням (друзями, колегами, знайомими) з приводу тяжкого захворювання дитини (соціальна стигматизація);
- потреба у психологічній підтримці дитини протягом діагностики та лікування;
- потреба у адаптації до перебування у лікувальному закладі: медичні процедури, побутовий аспект (харчування, гігієнічні процедури);
- вилучення з професійної діяльності доглядаючого члена родини — відпустка, зміна графіку роботи, звільнення;
- дистанціювання від соціуму самовільне або в наслідок стигматизації;
- зміни у психоемоційному стані та поведінці інших дітей у родині (при їх наявності);
- Поява страху захворіти на онкологію чи іншу хворобу з потенційно несприятливим прогнозом.

Для медичних працівників та волонтерів, які надають допомогу онкохворим дітям та їх сім'ям, психологічно несприятливими наслідками їх діяльності, визначені:

- виникнення ситуативного психічного напруження, пов'язаного з професійною діяльністю;
- розвиток емоційного вигорання;

- дистанціювання від людей, звуження кола спілкування;
- формування песимістичного погляду на життя;
- психопатологічна симптоматика з розвитком клінічно окреслених психічних порушень;
- вживання алкоголю та психоактивних речовин з метою зменшити відчуття стресу;
- припинення професійної діяльності у медичній галузі, та у крайньому випадку, пов'язаної зі частим та інтенсивним спілкуванням з людьми.

На основі результатів проведеного дослідження, нами були сформульовані коротко- та довгострокові завдання медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології, а також визначені мішені медико-психологічного впливу.

В цілому, були визначені наступні коротко- та довгострокові завдання медико-психологічної допомоги для онкохворих дітей:

- усвідомлення та вербалізація переживань, пов'язаних з ситуацією хвороби (негативних емоцій, страхів, тривоги);
- нормалізація психоемоційного стану;
- осмислення ситуації госпіталізації, хвороби, лікування, які сприймаються як небезпечні;
- адаптація до перебування у стаціонарі та позитивне налаштування на протипухлинну терапію, прийняття відповідальності за лікування;
- прийняття змін в своєму зовнішньому вигляді в результаті терапії;
- формування мотивації до одужання, актуалізація внутрішніх ресурсів;
- нормалізація дитячо-батьківських та внутрішньосімейних відносин.

Довгострокові завдання психологічних інтервенцій були орієнтовані на:

- формування навичок психологічної самопомоги та саморегуляції;
- підтримання психічного розвитку особистості у діапазоні вікової норми;
- стимулювання соціалізації та адаптивного психосоціального розвитку;
- формування реалістично-позитивного образу майбутнього.

Короткострокові завдання для батьків онкохворих дітей були наступними:

- нормалізація психоемоційного стану та профілактика трансформації доклінічної психопатологічної симптоматики у психічні порушення;
- прийняття факту наявності онкологічного захворювання у дитини та мотивування на лікування;
- гармонізація внутрішньосімейних, подружніх та дитячо-батьківських відносин;

- сприяння формуванню позитивного альянсу у діадах «батьки — дитина» та «батьки — медпрацівники».
- Тоді як довгостроковими були визначені:
- формування навиків психологічної саморегуляції, самодопомоги та взаємодопомоги;
- посилення навиків батьківської компетентності;
- підвищення психологічної стресостійкості;
- покращення комунікативних навиків.

Щодо медичних працівників, короткостроковими завданнями медико-психологічної допомоги встановлені:

- регулювання негативних емоційних станів;
- покращення комунікативних навиків в особливості щодо спілкування з онкохворими дітьми та їх батьками;
- формування навиків взаємодії у режимі співпраці.

Довгострокові завдання для осіб, які надають допомогу у сфері дитячої онкології, включали:

- вміння діяти у стресових та психологічно напружених ситуаціях;
- підвищення психологічної стресостійкості.

На основі отриманих результатів аналізу волонтерської діяльності, нами були виокремлені основні завдання медико-психологічної допомоги для волонтерів. У наданні волонтерської

допомоги важливими навиками для добровольця визначені:

- вміння реалістично оцінити життєву ситуацію «отримуючого допомогу», власний особистісний ресурс і можливості, наскільки і чим саме, він реально може допомогти, адже часто волонтер чи соціальний працівник не спроможні нічого змінити в житті конкретної людини або в системі її соціальних відносин;
- високі комунікативні навика;
- здатність будувати стосунки в команді, ефективно взаємодіяти та управляти міжперсональними контактами;
- розвинена емпатія та розуміння мотивів власної поведінки і поведінки інших людей;
- навик особистісного самоконтролю в критичних ситуаціях;
- саморегуляція власного психічного стану (техніки релаксації);
- зрілі захисні механізми, які формуються при зростанні професійності, постійній рефлексії та концептуалізації досвіду роботи з клієнтами;
- ефективний індивідуальний менеджмент волонтерів, складовими якого є залучення, відбір, адаптація добровольців, забезпечення підтримки, заохочення та навчання, через супервізію та систематичну підготовку;
- навика тайм-менеджменту.

Таблиця 1

Мішені медико-психологічних інтервенцій в клініці дитячої онкології

Суб'єкти допомоги	Мішені МПД	Психологічні інтервенції
Онкохворі діти	Психопатологічна симптоматика Порушення поведінки, пов'язане з онкологічним захворюванням Відхилення у психічному розвитку на фоні перебігу онкологічної патології Порушення взаємодії з батьками, сибсами, членами розширеної родини Психосоціальна дезадаптація Дефіцит інформації Психотравмуючі наслідки оперативного втручання (дефекти, інвалідизація), прийняття образу тіла	Арт-терапія
Сім'я	Психопатологічні порушення невротичного та афективного регістру Неадаптивна поведінка під час госпіталізації та лікування дитини Дефіцит інформації Труднощі у спілкуванні з дитиною на тему хвороби Симптоми дисфункціонування родини Порушення подружньої взаємодії Дизгармонійні дитячо-батьківські відносини Неадаптивні інтрапсихічні патерни Неадекватні ситуації стратегії стрес-долаючої поведінки Порушення психосоціальної адаптації	Психоосвіта КБТ Арт-терапія Гештальт-методи
Медпрацівники Волонтери	Дефіцит інформації Симптоми емоційного вигорання Неадекватні до ситуації стратегії стрес-долаючої поведінки Низька комунікативна компетентність Низька стресостійкість в умовах робочого стресу	Психоосвіта Комунікативні тренінги

Примітка. МПД — медико-психологічна допомога.

На основі результатів комплексного дослідження, було визначено мішені медико-психологічної допомоги у дитячій онкології (табл. 1).

Тривалість перебування онкохворих дітей та доглядаючих їх батьків у стаціонарі та інтенсивність діагностичних і лікувальних процедур формували обмеження у часі та обсязі проведення психодіагностики і психологічних інтервенцій, що і визначало характер організації медико-психологічних заходів. Зважаючи на вищевказані чинники нами було розроблено алгоритм медико-психологічної допомоги, який враховував зазначені фактори (рис. 2).

Так під час первинної госпіталізації проводилася оцінка первинної психоемоційної реакції на ситуацію хвороби, визначалися психопатогенні чинники та психологічні проблеми у онкохворих дітей та їх батьків. Для цього застосовувався мінімальний набір психодіагностичних методик. На даному етапі незалежно від результатів дослідження для всіх батьків проводилися психосвітні заходи. Психокорекція застосовувалася у осіб з гострою та інтенсивною реакцією на стрес, симптомами психічного дистресу.

При повторній госпіталізації комплекс діагностичних процедур розширювався та включав розгорнуту оцінку психоемоційного стану та особливості сімейного дисфункціонування, визначення поведінкових та інтрапсихічних патернів. Основною метою психологічної діагностики було визначення мішеней психологічних інтервенцій як основи цілеспрямованої системи медико-психологічної допомоги. На даному етапі проводилися як психосвітні заходи, так і психокорекція.

Психосвітні заходи для батьків дітей з онкопатологією містили інформацію щодо:

- зміни у фізичному стані дитини, пов'язані з онкологічним захворюванням;
- зміни у психічному стані онкохворої дитини;
- потреби дитини під час лікування та госпіталізації;
- психологічний стан членів сім'ї онкохворої дитини;
- хіміотерапія, вплив на психіку;
- вплив наслідків хірургічного лікування на психологічний стан дитини;



Рис. 2

Базовий алгоритм медико-психологічної допомоги для сімей з онкохворою дитиною

- психічні розлади у онкохворих дітей, обумовлені онкологічним захворюванням та лікуванням;
- спілкування з хворою дитиною на «складні теми» (прогноз, лікування, майбутнє);
- роль та вплив індивідуальних особливостей та поведінкових патернів у стресовій та психотравмуючій ситуації;
- переживання втрати та горювання;
- саморегуляція психічного стану.

Психоосвітні заходи для медичного персоналу включали інформаційні блоки, що стосувалися основ психоонкологічних знань з першочерговим виконанням заявлених під час опитування тем:

- психологічний стан онкохворих дітей та їх родини на різних етапах лікувального процесу;
- психічні розлади у дітей з онкологічними захворюваннями, їх розпізнавання. Психофармакотерапія у дитячій онкології;
- роль та значення родини хворої дитини у лікувальному процесі. Дитячо-батьківські стосунки. Переживання втрати;
- психологія медичного працівника. Синдром емоційного вигорання;
- психологічна та психотерапевтична допомога у сфері дитячої онкології;
- медико-психологічні аспекти лікування соматичних симптомів, в особливості контролю больового синдрому;
- медико-психологічні аспекти паліативної допомоги;
- медична психологія окремих нозологій: онкогематологічних хвороб, пухлин мозку, злоякісних новоутворень кісток та м'яких тканин;

- якість життя, психологічні та психосоціальні фактори у дітей, які пройшли протипухлинне лікування та є вилікованими, чи знаходяться у тривалій ремісії;
- медико-психологічні аспекти пересадки кісткового мозку;
- етико-правові аспекти у дитячій онкології;
- вплив протипухлинного лікування на фізичний та психічний розвиток дитини.

Для психоосвіти волонтерів теми інформаційної підготовки у сфері онкології співзвучні до таких, які заявлені для медичних працівників. Відмінність між ними пов'язана з представленням медичних знань у співвідношенні зі знаннями психосоціального характеру. Адже суть роботи добровольця пов'язана з наданням соціальної підтримки та психосоціальної допомоги.

Особливо важливим у наданні медико-психологічної допомоги медпрацівниками та волонтерами стає не лише інформування, але і формування комунікативної компетентності, навчання ефективним стратегіям поведінки в конфліктних ситуація та способах боротьби з професійним стресом шляхом проведення тренінгових та балінтовських груп, проблемно-орієнтованих дискусій з елементами тренінгу.

Психокорекція була регламентована мішенями медико-психологічного впливу. Для дітей використовувалися проєктивні техніки, тоді як для батьків методики раціональної, когнітивно-біхевіоральної та гештальт психотерапії.

Медико-психологічна допомога у сфері дитячої онкології включала допомогу всім учасникам лікувального процесу та проводилася диференційовано залежно від етапу протипухлинної терапії та умов реальної клінічної практики.

Література

1. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
2. Кравченко Н. Е. Психические расстройства у детей и подростков с гемобластозами во время первичной госпитализации в онкологический стационар / Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова // Психические расстройства в общей медицине. — 2012. — №2. — С. 23–27.
3. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтовська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 4 (73). — С. 86–91.
4. Піонтовська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Піонтовська // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 19, № 4 (71). — С. 76–84.
5. Psycho-Oncology / J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen [et al.]. — Oxford University press, 2010. — 745 p.
6. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [et al.] // Psychooncology. — 2008. — Vol. 17. — Issue 5. — P. 448–459.
7. Рак в Україні, 2010 — 2011 / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. — 2012. — № 13. — 118 с.

Психологические особенности больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности

Зинченко Е. Н.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Резюме. Представлены результаты изучения психологических особенностей больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности в сравнении с жителями города. Выявлены типичные психологические особенности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, которые необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий

Ключевые слова: органические непсихотические расстройства.

Psychological characteristics of patients with organic non-psychotic disorders in rural areas

Zinchenko E. N.

«Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction NAMS of Ukraine», Kharkov

Resume. The results of the study of the psychological characteristics of patients with organic non-psychotic disorders in rural areas compared to the city residents. Revealed typical psychological characteristics of patients with non-psychotic organic disorders that should be considered during treatment and prevention activities

Key words: organic non-psychotic disorders.

Многочисленные исследования последнего десятилетия свидетельствуют о значительном росте числа психических расстройств, относимых к категории пограничных (непсихотических) [1-4, 7]. Проведенный анализ состояния психического здоровья сельского населения Украины также свидетельствует об увеличении показателя распространенности непсихотических расстройств, в том числе и органических непсихотических расстройств [5, 6].

Целью данного исследования было изучение психологических особенностей больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности (ЖСМ) в сравнении с жителями города (ЖГМ).

Основную группу исследования составили 300 больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающие в сельской местности, у которых диагностировано наличие следующих расстройств «Органическое тревожное расстройство» (F06.4), «Органическое диссоциативное расстройство» (F06.5), «Органическое эмоционально-лабильное расстройство» (F06.6)

100 больных с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в городской местности, составили группу сравнения.

В качестве инструментария использовались следующие психометрические методы:

- методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (модификация В.В. Бойко) для объективной оценки степени неудовлетворенности

социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности;

- методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда для изучения особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности;
- опросник межличностных отношений А.А.Рукавишникова использовался для исследования уровня выраженности основных межличностных потребностей личности: потребности контроля, включения и потребности в аффекте;
- морфологический тест жизненных ценностей (В.Ф. Сопов, Л. В. Карпушина) — использовался для исследования индивидуальной системы ценностей и ее реализации в различных жизненных сферах личности;
- шкала скрытого алкоголизма (Application of the Macandrew Alcoholism Scale, 1984) — использовалась для исследования наличия скрытого алкоголизма.

Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики и сравнительного анализа для установления вероятности различий между выборками.

Результаты исследования.

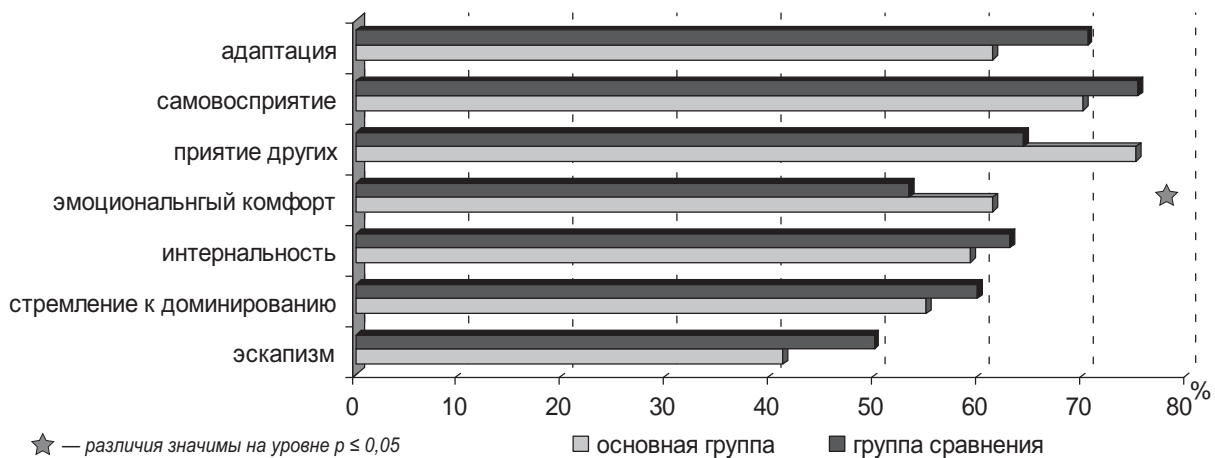
В результате проведенного исследования были определены общие и специфические психологические особенности, характерные для пациентов с органическими непсихотическими расстройствами.

Исследование социально-психологической адаптации у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами позволило выявить некоторые общие и специфические особенности (Рис. 1). Так, у пациентов с органическими расстройствами практически все показатели социально-психологической адаптации были выше среднего значения, что может свидетельствовать об их способности адаптироваться в социуме в различных ситуациях.

Пациенты с органическими непсихотическими расстройствами, проживающие в сельской местности, характеризовались относительной социальной адаптированностью (61,23 %), доброжелательным отношением к людям (75,08%), наличием эмоционального комфорта (61,27 %) и адекватной самооценкой (70,01%), а также тенденцией брать на себя

ответственность (59,13%). Были определены достоверные отличия между пациентами основной группы и группы сравнения, заключающиеся в том, что у жителей сельской местности показатель «принятие других» был выше, чем у пациентов, проживающих в городе ($t = 3,239$). Полученные данные отражают наличие специфических особенностей, характерных для пациентов с органической патологией, проживающих в сельской местности, которые заключались в наличии доброжелательного и позитивного отношения к людям по сравнению с городскими пациентами.

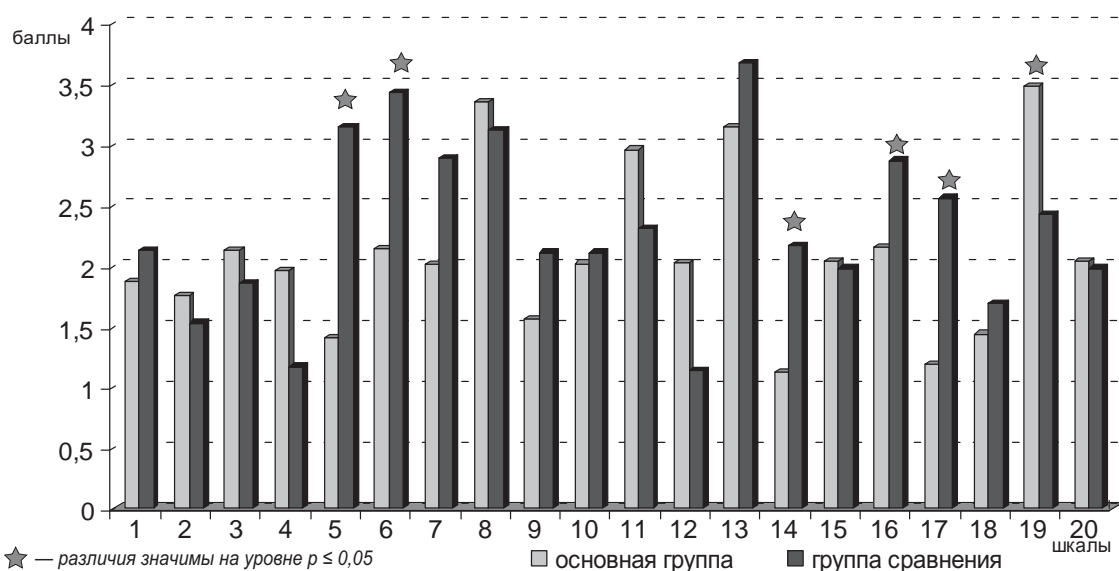
Исследование специфики факторов социальной травматизации у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами позволило установить некоторые закономерности социальной фрустрированности (Рис. 2).



★ — различия значимы на уровне $p \leq 0,05$

Рис. 1

Особенности социальной адаптации у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности



★ — различия значимы на уровне $p \leq 0,05$

Рис. 2

Особенности социальной фрустрированности у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности.

Условные обозначения шкал на рис.2:

1. Удовлетворенность образованием;	11. Удовлетворенность отношениями с ребенком (детьми);
2. Удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами;	12. Удовлетворенность отношениями с родителями;
3. Удовлетворенность взаимоотношениями с администрацией на работе;	13. Удовлетворенность ситуацией в стране, обществе;
4. Удовлетворенность взаимоотношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (пациенты, ученики, клиенты);	14. Удовлетворенность отношениями с друзьями, близкими знакомыми;
5. Удовлетворенность содержанием своей работы в целом;	15. Удовлетворенность сферой услуг и бытового обслуживания;
6. Удовлетворенность условиями профессиональной деятельности;	16. Удовлетворенность сферой медицинского обслуживания;
7. Удовлетворенность своим положением в социуме;	17. Удовлетворенность проведением досуга;
8. Удовлетворенность материальным положением;	18. Удовлетворенность возможностью проводить отпуск;
9. Удовлетворенность жизненно-бытовыми условиями;	19. Удовлетворенность возможностью выбора места работы;
10. Удовлетворенность отношениями с супругом(ой);	20. Удовлетворенность своим образом жизни в целом

Больные с органическими непсихотическими расстройствами, проживающие в сельской местности, характеризовались отсутствием возможности выбора места работы ($3,48 \pm 1,21$), неудовлетворенностью материальным положением ($3,35 \pm 1,47$), ситуацией в стране ($3,15 \pm 1,58$) и отношениями с детьми ($2,96 \pm 1,01$). При этом отмечалась удовлетворенность отношениями с друзьями и знакомыми ($1,12 \pm 1,03$) и возможностью проведения досуга ($1,19 \pm 1,01$).

Были определены достоверные отличия между основной и контрольной группой, заключающиеся в наличии высокой социальной фрустрированности у пациентов с органической патологией, проживающих в городе, по следующим сферам: содержание и условия профессиональной деятельности ($t = 3,184$ и $t = 3,532$ соответственно), отношения с друзьями ($t = 2,976$), сфера медицинского обслуживания ($t = 3,161$) и проведение досуга ($t = 2,774$). Полученные данные отражают преобладание макросоциальных факторов социальной фрустрированности в группе сравнения. Следует также отметить, что общий показатель социальной фрустрированности у пациентов сельской местности был достоверно ниже, чем у городских жителей ($t = 2,615$).

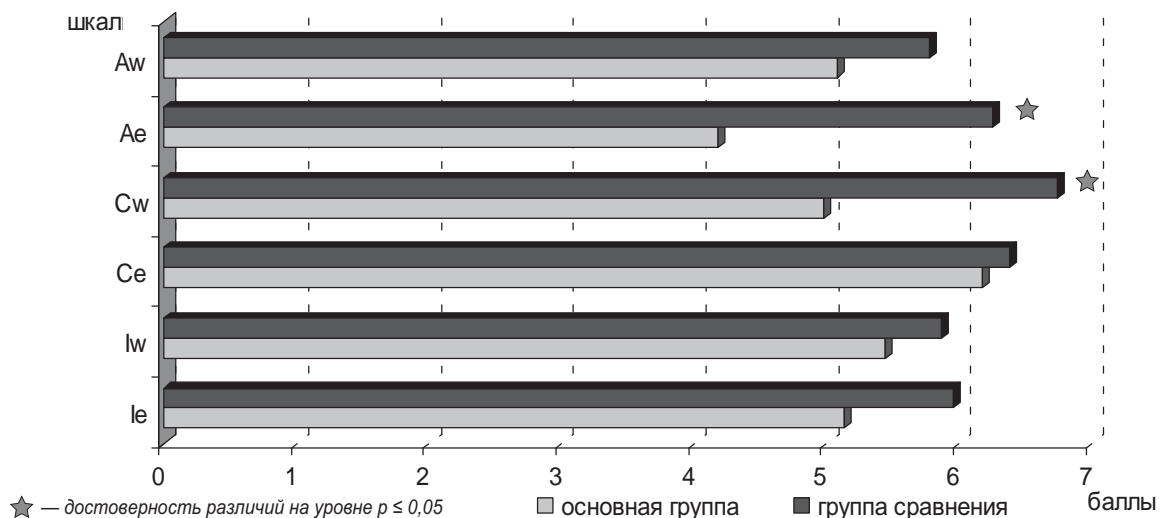
Изучение особенностей мотивационной сферы у пациентов с органическими расстройствами позволило проанализировать выраженность их межличностных потребностей (Рис.3.). Общие особенности пациентов с органическими расстройствами заключались в наличии выраженной потребности в контроле — Се ($6,18 \pm 2,07$ и $6,38 \pm 2,13$ баллов для основной и

контрольной группы соответственно), высокой потребности во включении — Iw, Ie ($5,14 \pm 2,11$, $5,44 \pm 2,16$ и $5,96 \pm 2,37$, $5,87 \pm 2,28$ баллов для основной и контрольной группы соответственно) и аффекте — Aw ($5,09 \pm 2,09$ и $5,78 \pm 2,18$ баллов для основной и группы сравнения соответственно).

Пациенты с органической патологией, проживающие в сельской местности, отличались меньшей выраженностью потребностей в аффекте — Ae ($t = 2,895$) и контроле — Cw ($t = 3,742$), что отражало осторожность данной группы пациентов при установлении эмоционально близких отношений и наличии более независимой позиции по сравнению с пациентами, проживающими в городе.

Анализ результатов, полученных при изучении индивидуальной системы ценностей у больных с органическими непсихотическими расстройствами, позволил определить особенности их иерархии ценностей и реализацию значимых ценностей в различных жизненных сферах (Рис.4).

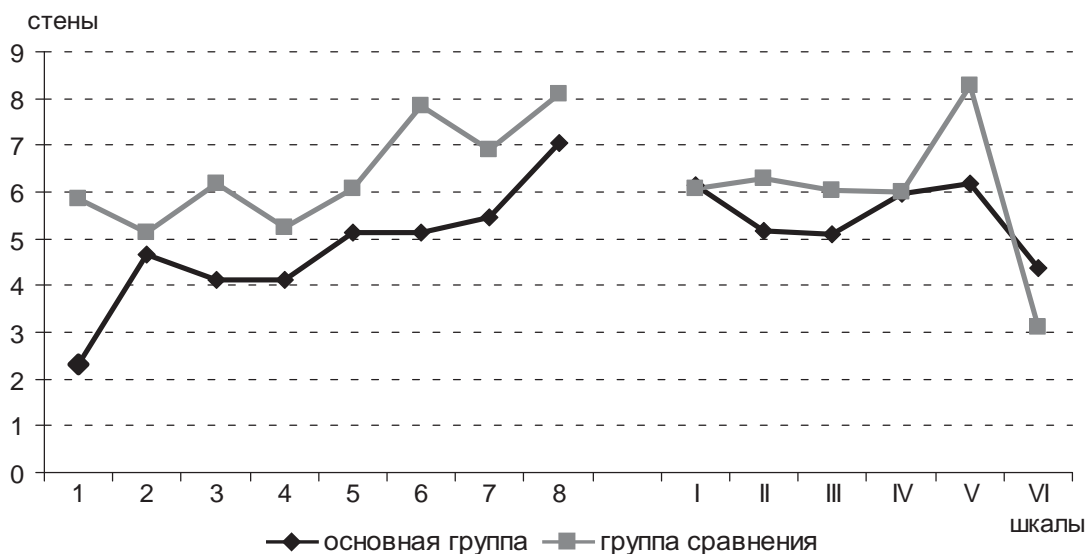
Система ценностей пациентов с органической патологией, проживающих в сельской местности, характеризовалась значимостью в сохранности собственной индивидуальности ($7,04 \pm 3,12$ стена) и желанием финансового благополучия ($5,44 \pm 2,63$ стена). При этом пациенты основной группы не придавали особого значения таким ценностям как «развитие себя» ($2,32 \pm 1,08$ стена), «креативность» ($4,12 \pm 2,17$ стена) и «активные социальные контакты» ($4,13 \pm 2,53$ стена). Реализовывать значимые ценности пациенты данной группы стремились

**Рис. 3**

Особенности выраженности межличностных потребностей у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности

Условные обозначения шкал на рис.3:

Интерес других людей к субъекту:	Интерес субъекта к другим людям:
Iw — потребность включения;	Ie — потребность включения;
Cw — потребность контроля;	Ce — потребность контроля;
Aw — потребность в аффекте;	Ae — потребность в аффекте;

**Рис. 4**

Особенности иерархии ценностей и их реализации в жизненных сферах у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности

Условные обозначения шкал на рис.4:

1 — развитие себя;	8 — сохранность собственной индивидуальности;
2 — духовное удовлетворение;	I — сфера профессиональной жизни;
3 — креативность;	II — сфера образования;
4 — активные социальные контакты;	III — сфера семейной жизни;
5 — собственный престиж;	IV — сфера общественной активности;
6 — достижения;	V — сфера увлечений;
7 — высокое материальное положение;	VI — сфера физической активности.

в профессиональной сфере и в сфере увлечений ($6,15 \pm 3,42$ и $6,18 \pm 3,57$ стенов соответственно).

Были определены отличительные особенности, характерные для жителей сельской местности, заключающиеся в меньшей значимости ценностей «развитие себя» ($t = 2,652$), «креативность» ($t = 2,744$), «активные социальные контакты» ($t = 2,487$), «достижения» ($t = 3,243$), «высокое материальное положение» ($t = 2,976$) и «сохранение собственной индивидуальности» ($t = 2,611$) по сравнению с пациентами, проживающими в городе. Полученные данные отражают наличие более низкой мотивационной значимости социальных ценностей у пациентов, проживающих в сельской местности. Также были определены достоверные отличия в реализации ценностей: пациенты основной группы склонны были реализовывать значимые ценности в сфере физической активности ($t = 2,583$) и менее склонны были реализовывать свои ценности в сфере образования и сфере увлечений ($t = 2,651$ и $t = 3,243$ соответственно).

Были проанализированы результаты шкалы МАС, которые позволили определить наличие скрытого алкоголизма у пациентов с органической патологией (Рис. 5).

Среди пациентов с органическими непсихотическими расстройствами скрытый алкоголизм встречался в $59,13\% \pm 4,76\%$ случаев у жителей сельской местности и в $35,78\% \pm 2,94\%$ случаев — у городских жителей. Следует отметить, что были выявлены достоверные отличия между полученными показателями, отражающими наличие большего количества пациентов с органической патологией, проживающих в сельской местности, с признаками скрытой алкоголизации ($t = 3,651$). Полученные данные могут свидетельствовать о роли алкоголизации в формировании и развитии органической патологии у жителей сельской местности.

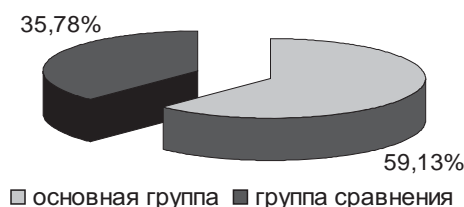


Рис. 5

Выраженность скрытой алкоголизации у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности (по шкале МАС)

В результате проведенного исследования были определены патопсихологические особенности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающих в сельской местности. Так, среди факторов социальной фрустрированности преобладали: отсутствие возможности выбора места работы, неудовлетворенность материальным положением, ситуацией в стране и отношениями с детьми. Однако, следует подчеркнуть, что выраженность таких факторов социальной фрустрированности как содержание и условия профессиональной деятельности, отношения с друзьями, сфера медицинского обслуживания и проведение досуга у пациентов сельской местности была достоверно ниже, чем у городских пациентов.

Показатели социально-психологической адаптации были выше среднего. Отмечалось наличие социальной адаптированности, эмоционального комфорта, адекватной самооценки, доброжелательности и тенденции брать на себя ответственность. При этом доброжелательное отношение к людям было выражено сильнее у пациентов, проживающих в сельской местности.

Особенности выраженности межличностных потребностей заключались в наличии стремления к общению, доминированию в отношениях, интернальности и ожидания эмоциональных отношений от окружающих. При этом специфические особенности пациентов, проживающих в сельской местности, заключались в осторожности при установлении эмоционально близких отношений и наличии более независимой позиции по сравнению с пациентами, проживающими в городе.

Индивидуальные особенности системы ценностей заключались в низкой мотивационной значимости социальных ценностей у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающими в сельской местности. При значимости собственной индивидуальности и желания финансового благополучия отмечался низкий уровень мотивации к активным социальным контактам, креативности, достижению и собственному развитию. Следует подчеркнуть, что пациенты данной группы склонны были реализовывать свои ценности в сфере физической активности, тогда как реализация значимых ценностей в сферах образования и увлечений были достоверно менее характерной.

У пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, проживающими в сельской местности, было определено наличие скрытой алкоголизации, что могло отражаться на формировании и развитии органической патологии.

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены типичные психологические особенности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами,

проживающих в сельской местности, которые необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 720 с.
2. Демичева Н.К. Социальное функционирование и качество жизни у лиц с пограничными психическими расстройствами (клинико-диагностический аспект) / Н.К. Демичева // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 94–99.
3. Митихина И.А. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000 — 2010 гг.) / И.А. Митихина, В.Г. Митихин, В.С. Ястребов, О.В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4–14.
4. Михайлов Б.В. Соматоформні розлади: клініка, діагностичні принципи терапії / Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова // Архів психіатрії. — 2010. — Т.16, 3 (62), 4(63). — С. 44–47.
5. Зінченко О.М. Характеристика загальних закономірностей психічного здоров'я сільського населення України / О.М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т.18. — № 2 (69). — С. 15–21.
6. Зінченко О.М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села / О.М. Зінченко // Психічне здоров'я. — 2010. — Вип. 1(26). — С. 69–78.
7. Хобзей М.К. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута, О.М. Зінченко, О.О. Петриченко, Л.І. Дьяченко // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т.20. Вип.3(72). — С. 13–18.

УДК 616.22: 612.035:559.9.018

Влияние иммуномодулирующей терапии на продукцию провоспалительных цитокинов (ФНО- α , IL-1 β) в культурах мононуклеаров периферической крови больных с рекуррентным депрессивным расстройством



Кутко И. И.



Терёшина И. Ф.

Кутко И. И.¹, Терёшина И. Ф.²

¹ ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина

² ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Резюме. В статье приводятся данные о результатах влияния иммуноактивного препарата циклоферона на спонтанную и стимулированную продукцию провоспалительных цитокинов ФНО- α и IL-1 β при лечении больных рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР) в амбулаторных условиях. Для реализации цели исследования было обследовано две рандомизованные группы больных РДР (F33.0, F33.1, F33.2) – основная (98 пациентов) и сопоставления (94 пациента). Больные обеих групп получали общепринятую поддерживающую терапию антидепрессантами и антипсихотиками в амбулаторных условиях. Кроме того, больные основной группы в ходе лечения получали дополнительно циклоферона. Установлено, что до лечения у больных РДР уровни спонтанной и стимулируемой продукции ФНО- α были выше, чем соответствующие показатели у здоровых доноров, в то время как ответ на стимуляцию мононуклеаров больных РДР был существенно снижен. Применение современного иммуноактивного препарата циклоферона при лечении больных РДР способствовало нормализации спонтанной и стимулированной продукции ФНО- α и IL-1 β у больных РДР, а также степени кратности увеличения продукции данных цитокинов.

Ключевые слова: рекуррентные депрессивные расстройства, циклоферон, продукция цитокинов.

Influence of immunomodulatory therapy on production of pro-inflammatory cytokines (TNF- α , IL-1 β) in the cultures of peripheral blood mononuclear patients with recurrent depressive disorders

Kutko I. I.¹, Teryshina I. F.²

¹ SE «Neurology, Psychiatry and Narcology Institute of UAMS», Kharkov, Ukraine

² SE «Lugansk state medical university», Lugansk, Ukraine

Resume. The article describe the influence of the immunoactive drug cycloferon on spontaneous and stimulated production of proinflammatory cytokines TNF- α and IL-1 β during the treatment of patients with recurrent depressive disorders (RDD) in an outpatient setting. To implement the objectives of the study were examined two randomized groups of patients with RDD (F33.0, F33.1, F33.2) - main (98 patients) and comparison (94 patients). Patients of both groups received the conventional maintenance treatment with antidepressants and antipsychotics in the outpatient setting. In addition, patients of the main group during the treatment additionally received cycloferon. It was set that patients before treatment have increasing levels of spontaneous and stimulated TNF- α production than those in healthy donors, while the response to the stimulation of mononuclear cells of patients was significantly reduced. The use of modern immunoactive drug cycloferon in treatment patients with RDD contributed to the normalization of spontaneous and stimulated production of TNF- α and IL-1 β in patients with RDD, as well as the degree of magnification of production of these cytokines.

Key words: recurrent depressive disorders, cycloferon, production of cytokines.

Актуальность проблемы рекуррентных депрессивных расстройств (РДР) обусловлена значительной распространенностью заболевания, тенденцией к рекуррентному течению, высокими показателями смертности вследствие суицидального поведения больных данного профиля [2, 6, 7, 12, 17]. Известно, что степень социальной адаптации больных РДР в значительной степени зависит от частоты возникновения, степени тяжести и длительности приступов заболевания, поэтому особенно важным является разработка методов вторичной профилактики [7].

При разработке рациональных подходов к предупреждению возникновения очередного приступа РДР наше внимание привлекла возможность изучения показателей цитокинового профиля крови больных, базируясь на данных современной научной литературы касательно роли нарушений иммунологического гомеостаза организма в патогенезе и течении болезней психической сферы [4, 13-18]. Исходя из этого, мы считаем целесообразным и перспективным изучить уровень продукции цитокинов (ЦК) у больных РДР разной степени тяжести и оценить эффективность анализ влияния современного иммуноактивного препарата циклоферона [8, 10] при лечении больных в амбулаторных условиях (АУ).

Связь работы с научными программами, планами, темами: работа выполнялась в связи с реализацией основного плана научно-исследовательских работ (НИР) ГУ «Луганский государственный медицинский университет» и представляет собой фрагмент темы НИР: «Иммунные и метаболические нарушения в патогенезе шизофрении и депрессивных расстройств разного генеза и их коррекция» (№ госрегистрации 0108U009465).

Целью работы было изучение влияния иммуноактивного препарата циклоферона на спонтанную и стимулированную продукцию провоспалительных ЦК ФНО- α , IL-1 β при лечении больных РДР разной степени тяжести в АУ.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели работы было обследовано 192 больных РДР. Диагноз «РДР текущий эпизод легкой степени» (F33.0) был установлен у 63 (32,8%) больных, «РДР текущий эпизод средней степени» (F33.1) — у 68 (35,4%) пациентов и «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» (F33.2) — у 61 (31,8%) больного. Пациенты с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами» нами не рассматривались, поскольку они

нуждались в лечении в условиях психиатрического стационара. Средний возраст больных был $30,8 \pm 5,4$ лет, женщин среди наблюдавшихся лиц было 124 (64,6%), мужчин — 68 (35,4%).

Больные, находившиеся под наблюдением, были распределены на две рандомизованные группы (основную и сопоставления) по 98 и 94 пациента соответственно. Основная группа включала 32 пациента с диагнозом «РДР текущий эпизод легкой степени», 35 лиц с диагнозом «РДР текущий эпизод средней степени» и 31 пациента с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» (F33.2); в группе сопоставления с РДР (F33.0) было 31 больной, с РДР (F33.1) — 33 обследованных и с РДР (F33.2) — 30 лиц.

Наблюдение за состоянием пациентов проводилось один раз в месяц на протяжении 24 мес. В ходе наблюдения проводилась регистрация всех обострений заболевания и повторных эпизодов с признаком степени тяжести, времени возникновения и их продолжительностью. Под рецидивом следует понимать развитие депрессивной симптоматики, длившейся не менее двух недель и которая соответствует критериям МКБ-10 для легкого (F33.0), умеренного (F33.1) и тяжелого эпизода без психотических симптомов (F33.2). При возникновении депрессивного расстройства между запланированными визитами проводилось дополнительное обследование больных.

Больные РДР получали общепринятую поддерживающую терапию антидепрессантами и антипсихотиками в АУ согласно рекомендаций [5, 7]. Кроме того, больные основной группы в ходе лечения получали дополнительно циклоферон по 150 мг (1 таблетке) внутрь 2 раза в день на протяжении 50-60 дней.

Для реализации цели исследования в обеих группах обследованных больных изучали уровень спонтанной и индуцированной продукции провоспалительных ЦК ФНП- α и IL-1 β in vitro [1] методом ИФА на иммуноферментном анализаторе PR2100 фирмы «Sanofi Diagnostic Pasteur» (Франция) с использованием наборов для ИФА производства «Протеиновый контур» (Procon), сертифицированных в Украине [9]. Определяли также коэффициент Фролова, документирующий кратность увеличения продукции ЦК мононуклеарами при стимуляции ФГА [3].

Статистическую обработку полученных результатов исследований производили дисперсионным анализом с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и BioStat, при этом учитывали принципы использования статистических методов в клинических испытаниях лекарственных препаратов [6].

Полученные результаты и их обсуждение

При проведении иммунологических исследований в тесте *in vitro* до начала лечения в АУ было установлено, что продукция изученных провоспалительных ЦК — IL-1 β и ФНО- α у больных РДР как спонтанная, так и стимулируемая, были выше, чем соответствующие показатели у здоровых доноров, причем степень изменения данных показателей коррелировала с тяжестью заболевания (табл. 1-2).

Как отображено в табл. 1 и 2, спонтанная продукция IL-1 β культурой мононуклеаров у больных РДР (F33.0) основной группы была повышенной относительно нормы для данного показателя в среднем в 4,3 раза ($P < 0,001$) и составила в среднем ($158,3 \pm 3,2$) пг/мл, в группе

сопоставления до начала лечения в АУ уровень спонтанной продукции IL-1 β был в 4,25 раза выше, чем у здоровых доноров ($P < 0,001$) и равнялся ($156,3 \pm 3,8$) пг/мл. При стимуляции продукции IL-1 β уровень данного ЦК в надосадочной жидкости у больных РДР (F33.0) основной группы составил в среднем ($271,7 \pm 3,1$) пг/мл, что превышало соответствующий показатель нормы в среднем в 2,56 раза ($P < 0,001$); у лиц группы сопоставления — ($269,5 \pm 3,2$) пг/мл, что было больше нормы в среднем в 2,54 раза ($P < 0,001$).

У лиц с диагнозом «РДР текущий эпизод средней степени», составивших основную группу, уровень спонтанной продукции IL-1 β на момент начала лечения в АУ составила в среднем ($224,5 \pm 5,4$) пг/мл, что превышало

Таблица 1

Продукция ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР основной группы до начала лечения ($M \pm m$)

Наименование ЦК	Характер продукции ЦК	РДР (F33.0) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)
IL-1 β , пг/мл	спонтанная	$158,3 \pm 3,2$ $P < 0,001$	$224,5 \pm 3,4$ $P < 0,001$	$257,6 \pm 3,7$ $P < 0,001$
	норма	$(36,8 \pm 0,8)$ пг/мл		
	стимулированная	$271,7 \pm 3,1$ $P < 0,001$	$338,5 \pm 3,8$ $P < 0,001$	$355,4 \pm 3,6$ $P < 0,001$
	норма	$(106,1 \pm 3,5)$ пг/мл		
ФНО- α , пг/мл	спонтанная	$124,2 \pm 3,2$ $P < 0,001$	$140,9 \pm 3,8$ $P < 0,001$	$161,3 \pm 3,0$ $P < 0,001$
	норма	$(48,6 \pm 1,4)$ пг/мл		
	стимулированная	$301,4 \pm 3,5$ $P < 0,001$	$325,0 \pm 3,6$ $P < 0,001$	$353,3 \pm 4,1$ $P < 0,001$
	норма	$(141,3 \pm 3,8)$ пг/мл		

Примечание: P — разбегность между соответствующим показателем и нормой.

Таблица 2

Продукция ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР группы сопоставления до начала лечения ($M \pm m$)

Наименование ЦК	Характер продукции ЦК	РДР (F33.0) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
IL-1 β , пг/мл	спонтанная	$156,3 \pm 3,6$ $P < 0,001$	$221,4 \pm 3,0$ $P < 0,001$	$255,1 \pm 5,4$ $P < 0,001$
	норма	$(36,8 \pm 0,8)$ пг/мл		
	стимулированная	$269,5 \pm 3,2$ $P < 0,001$	$336,3 \pm 3,7$ $P < 0,001$	$355,1 \pm 3,5$ $P < 0,001$
	норма	$(106,1 \pm 3,5)$ пг/мл		
ФНО- α , пг/мл	спонтанная	$123,9 \pm 2,1$ $P < 0,001$	$140,6 \pm 3,0$ $P < 0,001$	$159,6 \pm 3,1$ $P < 0,001$
	норма	$(48,6 \pm 1,4)$ пг/мл		
	стимулированная	$300,6 \pm 3,3$ $P < 0,001$	$324,6 \pm 3,4$ $P < 0,001$	$352,9 \pm 3,9$ $P < 0,001$
	норма	$(141,3 \pm 3,8)$ пг/мл		

Примечание: P — разбегность между соответствующим показателем и нормой.

соответствующий показатель у практически здоровых лиц в 6,1 раза ($P < 0,001$); у пациентов группы сопоставления — ($221,4 \pm 3,0$) пг/мл, что превышало норму в среднем в 6,0 раза ($P < 0,001$). Уровень стимулированной продукции данного ЦК у лиц основной группы составлял в среднем ($338,5 \pm 3,8$) пг/мл, что превышало норму в среднем в 3,2 раза ($P < 0,001$), у пациентов группы сопоставления — ($336,3 \pm 3,7$) пг/мл, что было выше нормы в среднем в 3,17 раза ($P < 0,001$).

У больных с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» основной группы спонтанная продукция IL-1 β до лечения в АУ равнялась в среднем ($257,6 \pm 3,7$) пг/мл, что было выше нормы в 7,0 раза ($P < 0,001$); у лиц группы сопоставления — в среднем ($255,1 \pm 3,4$) пг/мл, что было выше соответствующего показателя нормы в среднем в 6,93 раза ($P < 0,001$). Уровень стимулированной продукции данного ЦК у пациентов основной группы с наличием РДР (F33.2) равнялся в среднем ($355,4 \pm 3,6$) пг/мл, что было выше соответствующего показателя нормы в среднем в 3,35 раза ($P < 0,001$), у лиц группы сопоставления — в среднем ($355,1 \pm 3,5$) пг/мл, что было выше соответствующего показателя нормы также в среднем в 3,35 раза ($P < 0,001$).

Следует отметить, что у лиц, находившихся под наблюдением, несмотря на повышение значений спонтанной и стимулированной продукции ЦК, отмечалось снижение коэффициента Фролова, отражающего кратность повышения продукции ЦК при стимуляции мононуклеаров периферической крови ФГА, степень изменения которого зависила от тяжести течения заболевания. Так, в основной группе данный коэффициент для IL-1 β составил у больных РДР (F33.0) $1,77 \pm 0,03$, что было меньше нормы в 1,63 раза ($P < 0,001$), у лиц с наличием РДР (F33.1) — $1,51 \pm 0,02$, что было ниже нормы в 1,91 раза ($P < 0,001$), у пациентов с (F33.2) — $1,38 \pm 0,02$, что было ниже нормы в 2,09 раза ($P < 0,001$). Аналогичная тенденция отмечена и у пациентов группы сопоставления. Коэффициент Фролова касательно IL-1 β у больных РДР (F33.0) равнялся $1,72 \pm 0,03$, что было меньше нормы в 1,68 раза ($P < 0,001$), у лиц с наличием РДР (F33.1) — $1,52 \pm 0,01$, что было ниже нормы в 1,89 раза ($P < 0,001$), у обследованных лиц с РДР (F33.2) — $1,39 \pm 0,02$, что было ниже нормы в 2,07 раза ($P < 0,001$).

При изучении уровня спонтанной продукции ФНО- α до начала проведения лечения в АУ было установлено, что данный показатель в основной группе больных РДР (F33.0) был в 2,56 раза выше нормы ($P < 0,001$) и равнялся в среднем ($124,2 \pm 2,2$) пг/мл; у лиц группы сопоставления — в 2,55 раза, что составило в

среднем ($123,9 \pm 2,1$) пг/мл. Стимулированная продукция ФНО- α до начала лечения у пациентов с диагнозом «РДР текущий эпизод легкой степени» до начала проведения лечения был в 2,13 раза выше нормы ($P < 0,001$) и равнялся в среднем ($301,4 \pm 3,5$) пг/мл; у лиц группы сопоставления — также в 2,13 раза ($P < 0,001$), что составило в среднем ($300,6 \pm 3,3$) пг/мл.

У лиц основной группы, страдающих РДР (F33.1), уровень спонтанной продукции ФНО- α до начала лечения в АУ был в 2,9 раза выше нормы ($P < 0,001$) и составил в среднем ($140,9 \pm 2,8$) пг/мл; у лиц группы сопоставления — в 2,89 раза, что равнялось в среднем ($140,6 \pm 3,0$) пг/мл. Стимулированная продукция ФНО- α до начала лечения у пациентов основной группы до начала проведения лечения была в 2,3 раза выше нормы ($P < 0,001$) и равнялся в среднем ($325,0 \pm 3,6$) пг/мл; у лиц группы сопоставления — в 2,29 раза ($P < 0,001$), что составило в среднем ($324,6 \pm 3,4$) пг/мл.

У лиц с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов», составивших основную группу, уровень спонтанной продукции ФНО- α составил ($161,3 \pm 3,0$) пг/мл, что превышало норму в 3,3 раза ($P < 0,001$), уровень стимулированной — ($353,3 \pm 4,1$) пг/мл, что было больше нормы в 2,5 раза ($P < 0,001$). У пациентов группы сопоставления уровень спонтанной продукции ФНО- α составил ($159,6 \pm 3,1$) пг/мл, что превышало норму в 3,28 раза ($P < 0,001$), уровень стимулированной — ($352,9 \pm 3,9$) пг/мл, что было больше нормы в 2,49 раза ($P < 0,001$).

Несмотря на повышение относительно значений нормы значений продукции ЦК — как спонтанной, так и стимулированной, в то же время ответ на стимуляцию мононуклеаров больных РДР основной группы можно считать достоверно сниженным по сравнению с нормой, поскольку коэффициент Фролова для ФНО- α был ниже нормы в 1,2 раза при РДР (F33.0) ($P < 0,05$), 1,26 раза ($P < 0,05$) — при РДР (F33.1) и 1,31 раза ($P < 0,05$) у больных с РДР (F33.2). У больных группы сопоставления данный показатель был ниже нормы в 1,2 раза ($P < 0,05$), 1,26 раза ($P < 0,05$) и 1,32 раза ($P < 0,05$) у больных с РДР (F33.0), (F33.1) и (F33.2) соответственно.

При проведении повторного иммунологического исследования на момент завершения лечения в АУ было установлено позитивное влияние современного иммуноактивного препарата циклоферона на продукцию ЦК в культурах мононуклеаров *in vitro*. Показательно, что у больных основной группы показатели как спонтанной, так и стимулированной секреции провоспалительных ЦК — ФНО- α и IL-1 β , а также коэффициент Фролова достоверно от нормы не отличались ($P > 0,05$), как это видно из табл. 3.

Таблиця 3

Продукция ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР основной группы после лечения ($M \pm m$)

Наименование ЦК	Характер продукции ЦК	РДР (F33.0) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)
IL-1 β , пг/мл	спонтанная	35,2 \pm 1,2 P>0,05	36,5 \pm 1,4 P>0,05	37,2 \pm 1,5 P>0,05
	норма	(36,8 \pm 0,8) пг/мл		
	стимулированная	98,9 \pm 3,2 P>0,05	105,1 \pm 3,6 P>0,05	107,1 \pm 3,4 P>0,05
	норма	(106,1 \pm 3,5) пг/мл		
ФНО- α , пг/мл	спонтанная	47,9 \pm 1,5 PP>0,05	48,9 \pm 1,8 P>0,05	49,7 \pm 3,0 P>0,05
	норма	(48,6 \pm 1,4) пг/мл		
	стимулированная	138,7 \pm 3,5 P>0,05	141,8 \pm 3,5 P>0,05	144,1 \pm 3,1 P>0,05
	норма	(141,3 \pm 3,8) пг/мл		

Таблиця 4

Продукция ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР группы сопоставления после лечения ($M \pm m$)

Наименование ЦК	Характер продукции ЦК	РДР (F33.0) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
IL-1 β , пг/мл	спонтанная	46,3 \pm 3,3 P<0,05	86,9 \pm 3,0 P1<0,001	105,1 \pm 3,9 P1<0,001
	норма	(36,8 \pm 0,8) пг/мл		
	стимулированная	127,3 \pm 3,2 P1<0,001	208,6 \pm 3,7 P1<0,001	220,7 \pm 3,5 P1<0,001
	норма	(106,1 \pm 3,5) пг/мл		
ФНО- α , пг/мл	спонтанная	92,3 \pm 2,1 P1<0,001	117,4 \pm 3,1 P1<0,001	122,1 \pm 3,2 P1<0,001
	норма	(48,6 \pm 1,4) пг/мл		
	стимулированная	256,7 \pm 3,3 P1<0,001	306,4 \pm 3,5 P1<0,001	322,1 \pm 3,4 P1<0,001
	норма	(141,3 \pm 3,8) пг/мл		

У лиц группы сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, на момент завершения лечения в АУ показатели как спонтанной так и стимулированной продукции IL-1 β и ФНП α оставались выше нормы (табл. 4).

Так, уровень IL-1 β на момент завершения лечения у больных (F33.0) группы сопоставления равнялся (46,3 \pm 3,3) пг/мл, что достоверно отличалось от нормы в 1,26 раза (P>0,05). Стимулируемая продукция IL-1 β у обследованных пациентов, страдающих (F33.0) и составивших группу сопоставления, достигла уровня в среднем (127,3 \pm 3,2) пг/мл. У больных (F33.1) группы сопоставления спонтанная продукция IL-1 β равнялась на момент завершения лечения в АУ в среднем (86,9 \pm 3,0) пг/мл, что, однако, было больше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 2,36 раза (P<0,001). Стимулируемая продукция IL-1 β у больных (F33.1) группы сопоставления

на момент завершения лечения равнялась в среднем (208,6 \pm 3,7) пг/мл, что было в то же время в 1,97 раза выше нормы (P<0,001). У больных (F33.2) группы сопоставления спонтанная продукция IL-1 β составила после лечения в АУ в среднем (105,1 \pm 3,9) пг/мл, что, однако, было больше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 2,86 раза (P<0,001). Стимулируемая продукция IL-1 β у лиц данной группы после лечения равнялась в среднем (220,7 \pm 3,5) пг/мл, что было выше нормы в 2,08 раза (P<0,001).

Уровень ФНО- α у больных (F33.0) после завершения лечения в АУ группы сопоставления составил (92,3 \pm 2,1) пг/мл, что было больше нормы в 1,9 раза (P<0,001). Стимулируемая продукция ФНО- α у больных (F33.0) группы сопоставления равнялась в среднем (256,7 \pm 3,3) пг/мл, что было больше нормы в 1,82 раза (P₁<0,001). Спонтанная продукция ФНО- α у

больных (F33.1) группы сопоставления равнялась на момент завершения лечения в АУ в среднем ($86,9 \pm 3,0$) пг/мл, что, однако, было больше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 2,36 раза ($P < 0,001$). Стимулируемая продукция ФНО- α у больных (F33.1) группы сопоставления на момент завершения лечения равнялась в среднем ($208,6 \pm 3,7$) пг/мл, что было в то же время в 1,97 раза выше нормы ($P < 0,001$). У больных (F33.2) группы сопоставления спонтанная продукция ФНО- α составила после лечения в АУ в среднем ($122,1 \pm 3,2$) пг/мл, что, однако, было больше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 2,51 раза ($P < 0,001$). Стимулируемая продукция IL-1 β у лиц данной группы после лечения равнялась в среднем ($322,1 \pm 3,4$) пг/мл, что было выше нормы в 2,28 раза ($P_1 < 0,001$).

Коэффициент Фролова для IL-1 β составил у больных РДР (F33.0) группы сопоставления $2,8 \pm 0,04$, достоверно от нормы не отличалось, в то время как у больных с наличием РДР (F33.1) — $2,4 \pm 0,03$, что было ниже нормы в 1,2 раза ($P_1 < 0,05$), у пациентов с (F33.2) — $2,1 \pm 0,04$, что было ниже нормы в 1,37 раза ($P_1 < 0,01$).

Коэффициент Фролова для ФНО- α у больных РДР (F33.0) группы сопоставления после завершения лечения составил в среднем $2,75 \pm 0,2$ при значениях нормы $2,9 \pm 0,3$, у пациентов с РДР (F33.1) — $2,61 \pm 0,4$, то есть в 1,1 раза меньше нормы ($P_1 < 0,05$) и у больных с РДР (F33.2) — $2,44 \pm 0,02$, что было в 1,2 раза меньше нормы ($P_1 < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с РДР в патогенетическом плане до начала лечения в АУ наблюдались нарушения продукции провоспалительных ЦК (IL-1 β и ФНО- α), степень изменения которых коррелировала с тяжестью течения заболевания. Полученные результаты относительно динамики продукции провоспалительных ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР свидетельствуют, что назначение циклоферона способствует четко выраженной тенденции к нормализации как спонтанной, так и стимулируемой ФГА продукции провоспалительных ЦК (IL-1 β и ФНО- α). Интимные механизмы этого феномена подлежат дальнейшему изучению. В то же время можно считать, что полученные данные позволяют считать применение циклоферона при лечении больных РДР патогенетически обоснованным.

Литература

1. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — [4-е изд.]. — Киев, Полиграф Плюс, 2010. — 552 с.
2. Корнштейн С.Г., Боуз А., Ли Д. Поддерживающая терапия эсциталопрамом для предотвращения рекуррентной депрессии: рандомизированное плацебо-контролируемое лечение // Социальная и клиническая психиатрия — 2007. — Т. 17, № 2. — С. 79-86.
3. Кузнецова Л.В., Фролов В.М., Бабаджан В.Д. Клиническая и лабораторная иммунология. — Киев 2012, — 990 с.
4. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Клиническая иммунология депрессий. — Харьков, Луганск, 2007. — 216 с.
5. Про утверждение клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» / Министерство здравоохранения Украины. Приказ № 59 от 05.02.2007., г. Киев. — К., 2007. — 36 с.
6. Психическое здоровье населения Украины: информационно-аналитический обзор за 1990–2011 гг. — К.: МЗ Украины, 2012. — 152 с.
7. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 3. — С. 92-94.
8. Терешин В.А. Влияние циклоферона на динамику ФНО- α и показатели макрофагальной фагоцитирующей системы у больных острым тонзиллитом смешанной вирусно-бактериальной этиологии // Укр. мед. альманах. — 2005. — Том 8, № 5. — С. 131–133.
9. Тест системы ProCon IL1 β (ИЛ-1 β), TNFa (ФНО α) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.protc.spb.ru/russian.html>.
10. Циклоферон: инструкция по клиническому применению / Утверждена 11.12.03 Приказом МЗ Украины №572.
11. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб.: ВмедА, 2005. — 292 с.
12. Burk J.D. R.A. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott Epidemiology of mental disorders // Textbook of Psychiatry / Eds.: — New York: The American Psychiatric Press, 2004. — P. 67–89.
13. Drexhage R.C., Hoogenboezem T.H., Versnel M.A. The activation of monocyte and T cell networks in patients with bipolar disorder // Brain Behav Immun. — 2011. — № 25(6). — P. 1206-1213.
14. Hamdani N., Doukhan R., Kurtlucan O. Immunity, inflammation, and bipolar disorder: diagnostic and therapeutic implications. // Curr Psychiatry Rep. — 2013 Sep. — № 9. — P. 387.
15. Jones K.A., Thomsen C. The role of the innate immune system in psychiatric disorders // Mol. Cell Neurosci. — 2013. — № 53. — P. 52-62.
16. Kronfol Z. Immune dysregulation in major depression: a critical review of existing evidence // Int. J. Neuropsychopharmacol. — 2002. — Vol. 5. — P. 333–343.
17. Sachs G.S., Peters A.T., Sylvia L. Polypharmacy and bipolar disorder: what's personality got to do with it? // Int. J. Neuropsychopharmacol. — 2013. — № 26. — P. 1-9.
18. Tamouza R., Hamdani N., Leboyer M. Immuno-inflammatory markers of bipolar disorder: a review of evidence // Front Biosci (Elite Ed). — 2012. — № 4. — P. 2170-2182.

УДК 616.1/ 9(083) – 614.2(253)(21)

Подготовка к внедрению в Украине оценки медицинских технологий



Карлова А. Л.

Карлова А. Л.

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Резюме. Висвітлено стан науково-практичного напрямку медицини «Оцінка медичних технологій» (за матеріалами Міжнародної конференції, Київ, жовтень, 2012 р.) Наведено основні положення доказової медицини та біоетики, що є базовими для оцінки медичних технологій; показано роль грошей у житті суспільства (за даними літератури).

Ключові слова: Оцінка медичних технологій, доказова медицина, біоетика, гроші.

Preparing for implementation in Ukraine of medical technology assessment

Karlova A. L.

Resume. The state of scientific and practical fields of medicine, «Health Technology Assessment» (based on the International Conference, Kyiv, October, 2012) The basic provision of evidence-based medicine and bioethics, which is the base for the evaluation of medical technologies The role of money in society (for According to the literature).

Key words: Evaluation of medical technology, evidence-based medicine, bioethics, money.

За последнее десятилетие в медицине и здравоохранении произошли большие эволюционные преобразования в подходах к выбору разработки и применения на практике методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, которые обусловлены их комплексной оценкой по таким основным критериям как: клиническая эффективность, клиническая безопасность и экономическая целесообразность (затраты денежных средств).

В основе этих преобразований находятся такие научно-практические направления как: доказательная медицина, биоэтика и оценка медицинских технологий, взаимосвязанные и взаимопроникающие.

1. Всеобъемлюще и глубоко представлена история доказательной медицины, её основополагающие принципы. Ниже приведены те положения из них, которые определяют перечень обязательных действий при проведении ОМТ; и при их использовании расширяют, углубляют, делают обоснованной её характеристику.

Доказательная медицина (ДМ) — это технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации медицинской информации, позволяющая принимать научно-доказательные решения по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации заболеваний и организации здравоохранения (Власов В.В., 2001, Гринхальх Т., 2004). В настоящее время не менее 80% медицинских работников Европы и США пользуется этой технологией при решении проблем медицины и здравоохранения. Однако универсального определения термина «Доказательная медицина» не существует. Усредненно: ДК — это

собирающее понятие, охватывающее методы сбора, анализа, трактовки медицинской информации, обеспечивающие научно обоснованный выбор безопасных и эффективных средств диагностики лечения и профилактики заболеваний.

Это понятие — перевод английского «Evidence-based medicine» (EBM), предложенный канадскими учеными университета Мак-Мастер в 1990 году. Принципы ДМ в той или иной степени использовались уже с середины 19 века, когда «эпоха кровопускания», которое до сегодня было возведено в ранг панацеи, сменилось «периодом врачебного нигилизма». К врачам пришло понимание, что преимущества одного способа лечения перед другим должно базироваться не на слепом следовании «проверенным временем» методом, не на основании мнений специалистов, авторитетов традиционного подхода-опыта и собственных знаний, а на анализе конкретных результатов клинических наблюдений, полученных при практическом исследовании сравниваемых методов.

ДК — это искусство использовать собственные знания и врачебную интуицию, не скатываясь в то же время в излишний эмпиризм, а полагаясь на безусловно доказанные методы лечения заболеваний.

В основе ДМ лежат клинические испытания, т.е. непосредственно на людях.

Основополагающим документом, регламентирующим проведение клинических испытаний, обязательным для руководства, является Хельсинская декларация, принятая в 1964 году Всемирной Медицинской Ассоциацией, на основании которой создаются локальные

правила проведения клинических испытаний в странах мира.

К общим принципам Ассоциации проведения клинических испытаний относятся:

- контролируемость — обязательное наличие контрольной группы, принимающей препарат сравнения или плацебо (пустышку) параллельно основной группе, принимающей исследуемый препарат. При этом различают простое слепое исследование (не знает, что принимает участник исследования); двойное (не знает также и врач); тройное исследование (не знает и руководитель исследования);
- рандомизированность — в группу набираются однородные пациенты, которых разделяют случайным образом на группы экспериментальную и контрольную;
- обязательное соблюдение всех принципов и этических норм Хельсинкской декларации.

Первым контролируемым исследованием считается изучение действия стрептомицина при лечении больных туберкулезом, результаты которого опубликованы в 1948 году. Это исследование было проведено в соответствии со стандартным методом рандомизации (случайного распределения) и результаты, доказанные на основании статистического анализа, стали применяться в экспериментальных исследованиях и в клинической практике. Рандомизированные контролируемые испытания приобрели статус «золотого стандарта исследований», посвященных оценке эффективности лечебных вмешательств. Постепенно данный подход получил широкое признание, методология проведения рандомизированных контролируемых испытаний усовершенствовалась и продолжает совершенствоваться и поныне.

История медицины учит, что выбор клинического решения, основанный только на теоретических данных (как в донаучный, так и в научный периоды) и на результатах неконтролируемых экспериментальных исследований, ненадежен. Контролируемые исследования, если они хорошо спланированы и проведены на высоком методологическом уровне, сводят к минимуму возникновение ошибок. ДМ с её методологией рандомизированных клинических, диагностических, эпидемиологических исследований и математического статистического анализа имеет большое значение для клинической практики, однако при определенных ограничениях, так как любой полученный результат всегда относится лишь к группе больных, участвовавших в исследовании (Чазов Е.И., 1988; Wueff H.R., Guizsche P.C., 2000).

Английский эпидемиолог Арчи Кохран (Archie Cochrane) провел инвентаризацию накопленной (к 1972 году) медицинской информации

и отделил методы и средства лечения с эффективностью, доказанной в рандомизированных исследованиях и методов, эффективность которых подобным образом не подтверждалась. В 1993 г. после смерти ученого создается организация «Кохрановское содружество», силами которой создана Кохрановская библиотека — уникальный ресурс, гигантская база данных в области ДМ.

К основным направлениям концепции ДК относятся:

- разработка клинических рекомендаций, описывающих действия специалистов-медиков в определенной клинической ситуации. Составители — профессиональные врачебные ассоциации, правительственные группы, образующие экспертные группы;
- формирование базы данных систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований. Этим занимаются в Кохрановского сообществе, издательстве «Медиа Сфера» и др.;
- издание специализированных обучающих и справочных бумажных и электронных журналов, руководств, книг и Интернет-ресурсов.

В СНГ развитие этой современной концепции сдерживается ввиду таких причин как:

- низкая степень мотивации специалистов, ответственных за принятие решений;
- активное влияние на этих специалистов представителей фармацевтической индустрии, пытающихся превратить доказательную медицину в инструмент поиска конкурентных преимуществ;
- отсутствие системы подготовки специалистов по доказательной медицине;
- редким использованием врачами книжных, электронных баз данных и государственных справочных изданий из-за физической недоступности — отсутствия компьютеров и возможности выхода в Интернет, малого тиража изданий и др.

2. Проблеме биоэтики (БЭ) посвящена обширная научная литература, как за рубежом, так и в СНГ, в том числе в Украине. На основании анализа литературных данных и направлений развития БЭ в настоящее время в (2) четко систематизированы положения БЭ, которых необходимо придерживаться в современных условиях медицинской практики; тем более при процессах ОМТ.

БЭ (гр. *жизнь* — этика) — наука о нравственности, о нравственном аспекте деятельности человека и человеческих взаимоотношений в биологии и медицине. Этот термин изобрел американский онколог и биохимик Ван Ранслер Поттер, ученый Университета штата

Висконсин (США) в 1969 г. для обозначения и выявления проблем, связанных с потенциальной опасностью для выживания человечества в современном мире. В 1999 г. В.Поттер сказал в своем докладе в Коста-Рике: «Я прошу вас понимать биоэтику как новое этическое учение, объединяющее смирение, ответственность и компетентность; как науку, которая по своей сути является междисциплинарной, которая объединяет все культуры и расширяет значение слова «гуманность»».

По определению Страсбургского симпозиума 1990 г., БЭ — это наука, изучающая моральные, юридические и социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии. По мнению Тонковида О.Б. БЭ — наука, изучающая противоречия между интересами людей, а также их сообществ в области здоровья, и достижениями биологии, медицины и фармакологии, которые могут прямо или опосредованно нанести ущерб здоровью и качеству жизни, с целью выработки морально-нравственных норм, требований и принципов, обеспечивающих здоровье человека и общества.

БЭ как наука определилась из медицинской этики и деонтологии в связи с остро возникшей необходимостью защиты человека, его физического и психического здоровья, достоинства и неприкосновенности личности, от негативного использования новейших технологий в биологии и медицине, и подчас невыполнения медицинскими работниками своего основного долга «не навреди».

К основным принципам биомедицинской этики, согласно Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996) относятся:

- автономия личности (единство прав врача и пациента);
- информационное согласие (права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, возможного лечения, его исхода; то есть самостоятельно, добровольно и достойно распорядиться своим правом на жизнь);
- конфиденциальность (строгое соблюдение врачебной тайны, взаимное доверие между врачом и пациентом).

Кроме того, европейские биоэтики определяют ещё такие принципы как:

- целостность личности, её самоидентификация, уникальность, индивидуальность и неповторимость, которая не должна подвергаться манипуляциям или разрушению;
- уязвимость, как характеристика каждой отдельной жизни, любого живого существа, по своей природе хрупкой и конечной; так и отдельных человеческих групп, популяций (бедные, малограмотные, дети, заключенные, инвалиды и т.п.)

Все эти принципы при своей реализации касаются таких категорий как:

- достоинство человека — объективная самооценочность, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, потому что он человек, и пациент в том числе; и независимо от социального статуса, психического и физического состояния и поведения, имеет равные права со всеми на признание и уважение себя;
- справедливость, при которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе к биомедицинским услугам и фармацевтическим средствам; при этом польза для пациента должна превышать научный или общественный интерес.

В связи с бурным развитием БЭ происходит её дифференциация и развитие таких направлений как:

- БЭ создания и клинических испытаний медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- фармацевтическая БЭ;
- теоретико-философская БЭ, оценка результатов развития новых технологий и идей в медицине и биологии;
- БЭ также включает социальную политику, гуманитарную проблематику и, наряду с БЭ — биополитику, биотеологию и другие научные направления.

Создаются международные и региональные организации по биоэтике.

Исследуются с позиций биоэтики социальные, экологические, медицинские, социально-правовые проблемы не только человека, но и любых живых организмов экосистемы планеты Земля, такие, как эвтаназия, трансплантация (гомо и алло), использование органов умерших людей, ксенотрансплантация, аборт, клонирование, получение и использование стволовых клеток, эмбриональной ткани, суррогатное материнство, евгеника (геном человека), биометрические тесты и др.

3. Если проблемы ДМ и БЭ широко обсуждаются общественностью, в научных кругах и практической медицине, то такое направление интеллектуальной мысли, как оценка медицинских технологий (ОМТ, в международной практике Health Technology Assessment — HTA) по сути только начинает развиваться в Украине. Такое положение освящено в материалах Международной научно-практической конференции: «Оцінка медичних технологій та можливі механізми її впровадження в Україні» (г. Киев, 16 октября 2012 г.), организованной Международным благотворительным фондом содействия развитию медицинской и

фармацевтической науки и образованию «Ланцет», общественной организацией «Союз работников фармации» и Кафедрой организации и экономики фармации Национального фармацевтического университета; при поддержке Министерства здравоохранения Украины и Национальной академии медицинских наук Украины с целью подготовки здравоохранения Украины к внедрению ОМТ путем ознакомления с международным опытом НТА и работами украинских ученых и практиков.

В работе конференции приняли участие около 200 медицинских специалистов, в том числе из Германии, Казахстана, Молдовы, Польши, России. Докладчики выступали на украинском, русском и английском языках. Следует отметить блестящую организацию проведения конференции.

В докладе зав. кафедры организации и экономики фармации НФаУ доктор фарм.наук, проф., заслуженного деятеля науки и техники Украины А.С. Немченко и докторанта кафедры, канд.фарм.нук, доцента, заслуженного работника фармации Украины Косяченко К.Л. «Актуальность внедрения системы НТА в здравоохранение Украины» с использованием данных отчета Европейской сети по НТА «Построение структуры по оценке медицинских технологий» (2008 г.) с предельной четкостью приведена характеристика исторических этапов развития НТА в международной практике; организации по НТА на разных этапах управления; основных предпосылок и отличий развития и внедрения НТА в странах Европы; методологических направлений НТА; социальных и этических аспектов технологий здравоохранения; системы критериев оценки качества НТА; основных теоретических положений систем НТА; факторов и принципов повышения эффективности НТА; предлагаемой авторами схемы организационной структуры управления системой НТА в здравоохранении Украины.

Оценка медицинских технологий — это проведение оценки сравнения и выбора методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, в том числе лекарственных препаратов и изделий, вакцин, медицинских и хирургических процедур, техники и лабораторного оборудования, а также организационных и дополнительных систем, которые обеспечивают их использование, с целью повышения качества медицинской помощи путем обеспечения работников здравоохранения объективной, обобщенной, систематизированной информацией, касающейся эффективности, безопасности и экономической целесообразности этих методов, разрешенных к применению в системе здравоохранения в установленном порядке. НТА — это мультидисциплинарный процесс внедрения научных знаний для обоснования эффективности решений в отрасли здравоохранения.

Впервые термин НТА был применен в США в 1965 г. во время обсуждения политических проблем в Комитете по вопросам науки и астронавтики США в Палате представителей. В 1975 г. в США была создана национальная программа в системе НТА. В 1987 г. в Европе впервые создан (в Швеции) Совет по НТА; в 1990-2000 гг. произошло распространение НТА практически во всех европейских странах; в 2008 г. была принята Таллинская хартия, определяющая внедрение НТА в систему управления здравоохранением. В настоящее время осуществляется унификация методов НТА в странах ЕС, разработка национальных программ НТА на постсоветском пространстве.

Кшиштоф Ланда (Польша), президент Watch Health Care Foundation, генеральный директор НТА Consulting Partnership в своем докладе «ОМТ: опыт на примерах других стран» отметил следующее:

ОМТ — это инструмент принятия решений по формированию цен и их государственной компенсации, в основном в настоящее время, по фармацевтическим лекарственным препаратам.

В странах мира этот процесс организован по-разному. В Австралии работают фармацевтические комитеты, которые принимают решения после оценки препаратов. В Чешской Республике сам министр непосредственно курирует данный вопрос. В Италии — есть Агентства центральные и отдельно по рецептам.

Агентства могут быть: большие — например, универсальные, по бюджетным средствам, которые обслуживают тысячи специалистов, — и небольшие. В Шотландии ОМТ занимаются от 20 до 30 человек. При этом осуществляется контроль качества ЛС, предварительно разработанных. Уже ведется ОМТ в Литве, Румынии, Словакии, Словении, Казахстане.

Для осуществления в стране ОМТ надо нарастить кадры — образованных людей.

Для основания Агентства ОМТ есть два варианта:

- сложные, крупные (тяжелая модель) агентства с большим коллективом; отчеты делаются по растрате бюджетных денег с привлечением экспертов, НИИ, с проведением научных исследований;
- простые агентства (легкая модель): отчеты разрабатывают самостоятельно с акцентом на качество МТ.

Агентство ОМТ, как свидетельствует практика, достигает эффективности в работе за 5 лет.

В Польше и других странах один отчет по одному препарату готовится 3-4-мя специалистами от 3-х до 6-ти месяцев. Некоторые отчеты занимают целый год. Например, отчет по протезам бедра и колена делается на основе клинических

испытаний с тщательной экономической оценкой (по 5 тыс.) влияния на бюджет. В частных клиниках — эффективность ОМТ большая, отчеты могут составляться одним человеком.

Отчеты ОМТ тем дороже, чем большей ставится задача о денежной компенсации. Отчеты по одному препарату стоят от \$5 тыс. (с анализом) и \$26 тыс. и выше (с прогнозом, подробными выкладками). ОМТ сопрягается с качеством и доступностью ЛС. Есть технологии дорогие и более дешевые. Подсчет по платежам делается по рекомендации ВОЗ, основанный на использовании ВВП (валовой внутренний продукт) страны. Например, в Швейцарии, где высший ВВП — формирование цены на новый препарат идет на его инновационные составляющие. Международное членство по ОМТ является процессом обучения.

В Украине надо собрать данные по стоимости ЛС и реальным расходам. Агентства по ОМТ могут создаваться по легкой (до 4-х человек) и тяжелой (80 человек и больше) моделям. Должен быть директивный контроль за формированием цен и Госкомпенсация препаратов.

Ханс Петер Даубен (Германия), доктор медицинских наук, государственный служащий Немецкого института медицинской документации и информации Федерального Министерства здравоохранения (DIMDJ) в г.Кельне (Германия) в докладе «ОМТ: роль научного посредника» критически охарактеризовал процесс реализации ОМТ в практике здравоохранения.

Ценообразование и компенсация стоимости МТ в себе имеет определенный уровень нечеткости и неуверенности в связи со многими мнениями. Количественные факторы учитываются, а качественные подчас игнорируются. Доверять только рандомизированным исследованиям также не стоит.

Технологии должны быть адаптированы на международный уровень и учитывать национальные потребности своих стран.

Надо оценивать не только технологию, но и сам процесс её реализации, например, анализ определен до 65 лет. Если препарат разрабатывается 10-15 лет, то теряются пациенты. Надо думать не только о цене, но и о времени реализации: необходимо учитывать время внедрения. Например, гепарин после разработки внедряли 20 лет. Также есть новый уровень оценки — переоценка препарата через 3-4-5 лет после выхода на рынок.

Надо стимулировать фармацевтическую промышленность к созданию новых препаратов. Должны быть учтены процессы в самом рынке, решения по компенсации, по инвестированию государственному и частному.

В настоящее время для принятия решений чаще используются модельные, а не реальные

данные, что приводит к риску цен. Чем больше данных обрабатываются для ОМТ, тем надежнее решение. В Австрии имеется специальная служба, куда собираются данные по ОМТ. Можно использовать данные по эффективности ОМТ, прежде полученные до текущего исследования. При ценообразовании и компенсации продажи ЛС, помимо прямых или обусловленных целей следует учитывать политические цели и этические ценности.

Л.К.Кошербаева от группы авторов — в т.ч. Костюк А.В., Гизатуллиной А.М., Альмадиевой А.К. Республиканского центра развития здравоохранения — представила сообщение «Развитие системы ОМТ в РК» (Республике Казахстан).

Работа проводится в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг., являющейся продолжением Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.

Для определения направлений развития системы ОМТ в РК создан Центр стандартизации в качестве структурного подразделения Республиканского центра развития здравоохранения, в который входят четыре взаимосвязанных отдела:

- отдел методологии доказательной медицины;
- отдел стандартизации;
- отдел по разработке клинических руководств и протоколов;
- отдел оценки медицинских технологий.

Целью Центра стандартизации является: развитие Национальной системы ОМТ; создание новых кафедр по ОМТ в дополнение имеющимся; включение практических методов доказательной медицины в медицинское образование.

Создан реестр технологий, прошедших экспертную оценку. Включение в него проводится на основе заявок НИИ и медицинских центров. Задача ведения реестра состоит в быстром и успешном внедрении технологий, получивших положительную оценку; изъятий из практического применения технологий, оцененных отрицательно или устаревших. Прозрачность процесса ОМТ обеспечивается специально созданным Экспертным советом из ведущих и заинтересованных специалистов отрасли.

Республика Казахстан является членом международных организаций в области ОМТ-НТА, ISPOR, GIW. Совместно с консультантами CSIH (Канада) проводится работа по оценке пяти медицинских технологий по заказу МЗ РК.

В докладе д.м.н. проф. Слабкого Г.А., Маркова А.Е., Горбенко А.В. «Модели отношения ценностного компонента системы оценки медицинских технологий и их роль в построении

стратегий компенсации стоимости» выделено, что на сегодня не существует единственной унифицированной системы оценок медицинских технологий (СОМТ), которая могла бы быть общепринятой для правительств всех стран, потому главной целью разработок с ОНТ является нахождение такой научной методологии, которая позволила бы на базе полученных результатов научных и практических исследований принимать политические решения в охране здоровья.

Проанализировав международный опыт и собственные научные данные строения СОМТ, авторы разработали и предложили подход к анализу ценностного компонента СОМТ, где предусмотрено последовательные научный и политический этапы:

I. Этап научный:

- анализ составляющих эффективности безопасности, комплаенса и удобного применения медицинских технологий;
- анализ экономической социальной и этической составляющих.

Результатом первого этапа есть расчет сведенного индекса ценности медицинских технологий (СИЦМТ).

II. Этап политический:

- проведение обоснование и согласование стоимости медицинских технологий на конкретном рынке охраны здоровья;
- определение последующей доступности медицинской технологии и возможности для компенсации её стоимости.

Для этого авторы рекомендуют использовать общепринятый экономический подход, предложенный мировым банком. Он состоит в расчете годовой стоимости отдельных товаров (услуг) относительно валового национального дохода на душу населения (ВНД/ДН) в аспекте его покупательной способности.

Разделение среднего показателя ВНД/ДН в аспекте покупательной способности делится за пятью квинтилями (категориями) доходов населения.

Авторы предлагают рассчитывать пять показателей процента стоимости МТ от ВНД/ДН в аспекте покупательной способности каждого квинтеля (категории) населения отдельно – границы уровней финансовой доступности МТ за первично установленной стоимостью за данными экспертов: до 1%, 1-2%, 2-5%, 5-10%; выше 10%. Низкой стоимостью считается до 1% и 1-2%; высокой — 2-5% и 5-10%, и высокой 10%.

Доступными для всех категорий населения МТ есть те, годовая стоимость которых составляет до 1% от ВНД/ДН в аспекте покупательной способности.

Недоступные или низко доступные МТ для всех категорий населения есть те, годовая стоимость которых составляет от 10% и выше.

Предложено 4 модели соотношения двух компонентов СОМТ – ценности и стоимости, за которыми можно спрогнозировать уровень компенсации стоимости МТ:

- модель I. Низкая ценность/Низкая стоимость;
- модель II. Низкая ценность/Высокая стоимость;
- модель III. Высокая ценность/Высокая стоимость;
- модель IV. Высокая ценность/Низкая стоимость.

Предложенные модели могут быть использованы только для МТ диагностики, лечения и профилактики распространенных технологий, а также не инфекционной эпидемической заболеваемости отдельно от жизненно важных и орфанных технологий, в том числе относительно лимитированных контингентов, которые обеспечиваются страной в полном объеме независимо от стоимости.

Это исследование имеет практическое значение для принятия решения относительно важности приобретения МТ и уровня компенсации её стоимости.

Модели III и IV для категорий населения, которые принадлежат к самым низким квинтелям покупательной способности, должна быть положено относительно ВВМТ в основу как государственной, так и коммерческой политики.

Мэндрик Е.А. — соискатель Львовского медицинского университета им. Д.Галицкого, докторант университета Эразмус, Роттердам (Нидерланды), менеджер по фармоэкономике, MSD — в докладе «Оценка медицинских технологий в диабете» охарактеризовал эпидемиологическую ситуацию по диабету второго типа в мире, подробно остановился на основных факторах, влияющих на комплексный подход к рационализации процесса принятия решения относительно государственного финансирования закупки лекарственных средств для больных диабетом второго типа.

Больных с таким диагнозом в мире свыше 6 млн. человек, в т.ч. в Украине 1,2 млн. Ежегодный прирост составляет 10 %. По данным США на их лечение необходимо \$170 млрд. в год, гораздо больше, чем прогнозировалось ранее. Основными аспектами, определяющими цену медицинских технологий лечения больных диабетом, являются: высокая распространенность; хроническое прогрессирующее течение заболевания, практически неизлечимое; большое количество больных; необходимость проведения биохимического контроля; побочные эффекты: гипогликемия, кома, боязнь снижения лечения (отсюда складывается стоимость).

Помимо диабета и его побочных эффектов, также стоимость их лечения удорожают

сопутствующие заболевания. В целом в США 30% стоимости приходится на биохимический контроль; затраты в 2, 4 раза больше, чем для других заболеваний, не учитывая затраты на лечение сопутствующих заболеваний, снижению трудоспособности.

Большое значение приобретают этические и социальные факторы. Государство обеспечивает медицинскую помощь больным, однако малообеспеченные очень уязвимы ввиду малой доступности лекарственных средств. Среди диабетиков больше безработных с доходом меньшего уровня.

Метод ОМТ активно применяется в странах западной и центральной Европы. Опыт других стран в оценке лекарственных средств, применяемых при лечении диабета второго типа, может быть использован в Украине.

Таким образом основными составляющими выделяемого государством финансирования должны быть не только средства на целевую терапию, но и на лечение побочных эффектов сопутствующих заболеваний, на затраты, связанные с потерей трудоспособности, а также с качеством жизни.

Новикова А.С. представила опыт структуризации больших массивов данных для нужд ОМТ и качественной обработки информации в сжатые сроки.

Разработана поисковая автоматизированная система информации печатных изданий для задач фармаконадзора. Информационная система создана по трём направлениям.

Первое — информация выбрана по ключевому сочетанию (ключевые слова — нозология, авторы, даты издания и т.п.), действиям препаратов, их побочным действиям на основании более 700-та источников.

Второе — проводится поиск побочных действий ЛС по определенным болезням.

Третье — проводится поиск побочных действий по авторам публикаций.

Эффективность состоит в том, что благодаря автоматизации сокращается время поиска данных по требованию, с целью ознакомления для компаний, ученых, работников фармации. Поиск осуществляется — быстро, просто, детально, округленно и целенаправленно.

Для рационализации и обеспечения фармакотерапии больных на грипп и пневмонию (Немченко А.С.; Симонян Л.С.; Национальный фармацевтический университет). Проанализировано 1005 историй болезней пациентов с диагнозом гриппа, пневмонии, которым было назначено курс терапии на базе Харьковской областной клинико-инфекционной больницы №22. Проведены исследования финансовых показателей употребления лекарственных препаратов, используя

среднестатистические значения розничных цен. Установлено, что наибольшую часть расходов в фармацевтическом обеспечении больных на грипп и пневмонию составляют наиболее расходные и важные ЛС, а также самые дорогостоящие и самые необходимые.

Науменко А.В. (Научно-практический центр профилактики и клинической медицины) охарактеризована токсичность и стоимость видов анестезии — общей, региональной, спинальной; анестетиков для ингаляционного и внутривенного введения — сибазона, тиопентала, натрия, закиси азота.

Для больного в стоимости операции 15 % приходится на проведение анестезии, а 5% — на анестетики. Проведение внутривенной анестезии обходится в 2 раза дороже тотальной, а также смешанной. Наиболее безопасна ингаляционная анестезия (даёт меньше осложнений и, что важно, значительно снижает стоимость операции. Один час проведения внутривенной анестезии обходится в 2 раза дороже в сравнении с ингаляционной. Именно ингаляционная анестезия является наиболее безопасной и менее дорогостоящей.

Таким образом, врачи официально начинают считать деньги. Не исключено, что в скором времени могут быть обязательны обоснования выбора ЛС на основании их стоимости для больных с разными уровнями доходов.

4. Прилавки наших магазинов наполнены разного рода книгами, поясняющие каким образом можно разбогатеть, как привлечь деньги. В (4) имеется распространенное в подобной литературе их восхваление: «Деньги — это энергия, деньги — это любовь. Ведь деньги для вас означают именно это: свободу, настоящую свободу! Настоящую уверенность. И ощущение того, что Вселенная заботится о нас настолько сильно. Что дарит нам эти деньги».

Однако, в научно-духовной литературе о деньгах находятся противоположные мнения. Например, в интервью А.Цирука, сотрудника Института Персонального Пространства и Времени: «Идея денег пришла от сущности, давно известной на Земле как «Тот», или Гермес Меркурий (Трисмегистр), прежде всего, чтобы удержать человека вдали от Бога.

Управление планетарными процессами происходит именно через деньги, которые стали к сегодняшнему дню универсальным инструментом воздействия на реальность. Деньги — это не ресурс. Это придуманный посредник. Это образ отдельности, причем — глубинной. Это власть разъединения людей и власть порождения страхов.

Деньги являются обязательным атрибутом государства. Государство — это посредник между человеком и человеком. Деньги — это

посредник между человеком и материей, а церковь — посредник между человеком и Богом. Это система, удерживающая человека закрытым от Творца и элементы этой системы поддерживают друг друга.

Банки и финансы разъединяют людей между собой, удаляют людей от окружающего их мира. Они смещают внимание человека на придуманном посреднике, который вырывает из человека остатки его душевных сил. Деньги устремляются туда, где скопилось много нереализованной психической энергии человека, прежде всего негативной. Деньги несут потенциал отчуждения, который в итоге ведет к разрушению. По сути деньги — это психогенно-информационное оружие, позволяющее уничтожать людей руками самих же людей.

Сегодня власть в Украине — это власть денег. Она пронизала собой все уровни человеческих отношений. И получается, что деньги — это не свобода, а способ порабощения. Деньги решают задачу управления вниманием и потенциалом человека. Это инструмент манипулирования. Люди сегодня настолько зависимы от денег, что разве только смерть способна заставить их искать выход. Но если люди видят эту власть и осознают её, если они знают, как работает эта власть, то тогда власть денег сменяется властью человека. Это особая власть без властвования. Это доступ к ресурсам совершенно иного рода.

Важнейшим инструментом управления человеком есть формирование систем зависимости через долги. Кредитование — это один из инструментов создания зависимости для людей, в т.ч. кредитование — наркотизации, работизации, порнобизнеса — то есть способов ухода от реальности. Через смещения внимания на деньги, человек теряет связь с жизнью, с Богом, с живыми людьми, с землей. При этом задействованы потребности человека творить — без оков. Потенциал человека, предназначенный для всего жизненного пути, концентрируется в одну точку.

При направлении денег на раскручивание порнобизнеса происходит смещение внимания человека от любви к страсти, причем в виртуальной форме. Затем доведение этой страсти до самых низких я-вибраций, и постановка человека в зависимость от нее, одновременно

отвлекая его внимание от более глубоких и более тонких чувств. Нехватка любви приводит к формированию оболочки в виде страхов, опасений, недоверий, которая укрывает человека от любви, в которой он имеет глубинную потребность.

Громадные финансовые ресурсы расходуются на создание искусственного разума, роботов и андроидов. При этом происходит виртуальная реализация фантазий человека, смещается внимание и энергия человека в создание виртуальных миров, и происходит откат энергии человека от реального мира. Узаконивается порабощение сознания человека. Так, чтобы пути назад уже не было. Происходит энергетическая блокада сознания, и тем самым силы неба не допускаются в я-мир человека. Для выхода за пределы «я» такого пространства требуется очень мощный внутренний потенциал, а также — связь с Землей, Небом и людьми (5, 6)».

В многочисленных монографиях А.В. Ключева (серии «История, которая учит», «Утраченное христианство», «Азбука Безсмертия» и др.), начальника отдела межгосударственного авиационного комитета (МАК, Россия), в функции которого входит расследование тяжелых авиационных происшествий, в части анализа состояния и действий экипажа в экстремальных ситуациях, канд.мед.наук, дана безкомпромиссная духовная оценка денежных отношений (7). Коль Евангелие сегодня не содержит более тайн, — то не за горами и грядущий конец старого мира, так ненавистный живым мертвецам и так страстно желаемый всеми истинными последователями Иисуса Христа. Коллективный антихрист уже воцарился на Земле — это глобальный мировой рынок, торговый вертеп, включающий в себя и грошовые, базарные сделки между мелкими барышниками. Тотальная продажность всю и вся в слепой и ненасытной жажде наживы — знак нынешнего времени. И что самое грязное и отвратительное — без тени стыда, покупаются и продаются совесть, честь, любовь, отчизна, истина и прочие святые понятия. А деньги — это кровь коллективного антихриста, наполняющая его чудовищной темной силой, которая в Судный День непременно разорвет князя мира сего изнутри (С.139).

Литература

1. Тонковид О.Б. История развития доказательной медицины. Доказательная медицина: вводный курс. — К.: КМАПО. — 2012. — 18 с.
2. Тонковид О.Б. Биоэтика. Биоэтика, этика, фармацевтическая этика. — К.: КМАПО. — 2012. — 18 с.
3. Міжнародна науково-практична конференція «Оцінка медичних технологій та можливі механізми її впровадження в Україні». 16 жовтня 2012 р. — К., 2012. — 24 с.
4. Клаус Дж. Джоул. Медитация на привлечение денег в вашу жизнь. Аудиокнига в формате MP 3 — 2010.
5. Метафизика денег и финансов или Кредитования зависимости// Газета «Инопланетяне», 22 июня 2009. — С.9.
6. Метафизика денег и финансов. Договор о купле-продаже// Газета «Инопланетянин», 3 мая 2010 г. — С.9.
7. Александр Ключев. Утраченное христианство. — М.: Профит Стайл, 2010. — 528 с.

УДК 616.89(091)-092-432

Профессор Карл Теодор Ясперс: штрихи к жизненному и творческому пути известного немецкого психиатра, психолога и философа-экзистенциалиста (К 130-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.



Кузнецов В. Н.

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

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)

³ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев,

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведено нові біографічні дані та спогади сучасників про життєвий та творчий шлях професора К.Т. Ясперса – видатного вченого, психіатра, психолога та філософа сучасної епохи. Приводиться аналіз творчої еволюції його поглядів та наукових досягнень. Підкреслюється значення наукового доробку ювіляра для вітчизняної та світової науки.

Ключові слова: біографічні дані, спогади сучасників, наукові досягнення.

Professor Karl Theodor Jaspers: strokes to the vital and creative way of the known German psychiatrist, psychologist and philosopher-exis- tentialist (To 130-th anniversary)

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

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)

³ National medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupic, Kyiv,

Resume. On the basis of sources of the special literature new biographic information and flashbacks of contemporaries is resulted about the vital and creative way of professor K.T. Jaspers – prominent scientist, psychiatrist, psychologist and philosopher of modern epoch. An analysis over of creative evolution of his looks and scientific achievements is brought. The value of scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined for domestic and world science.

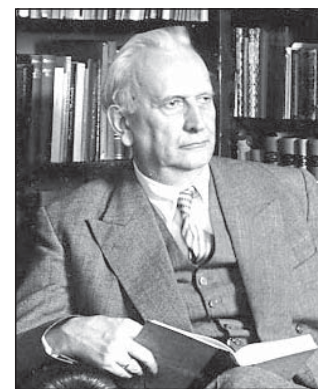
Key words: biographic information, flashbacks of contemporaries, scientific achievements.

*Следует стремиться увидеть
в каждой вещи то,
чего еще никто не видел
и над чем еще никто не думал.
Г.К. Лухтенберг*

Карл Теодор Ясперс (*Karl Theodor Jaspers*) (1883-1969) — выдающийся немецкий учёный, психиатр, психолог, психопатолог, философ, культуролог, политический мыслитель, специалист в области клинической психологии, философии психологии и теоретической психологии, который внес большой вклад в изучение вопросов психопатологии, патографии, психологии, философии экзистенциализма, являясь одним из создателей этого направления философии, кризиса традиционного либерально-индивидуалистического гуманизма и вместе с тем — попытки осмысления этого кризиса и осознания невозможности выхода из него. Давая оценку научному вкладу учёного в мировую науку, Ю.С. Савенко справедливо подчеркивает, что Карл Ясперс — это не только преобразователь психиатрии, придавший ей парадигматически до сих пор самый современный вид; это не только создатель нового типа философствования, широко раздвинувшего философский горизонт обращением к самым сокровенным переживаниям и отношениям между людьми в «пограничных ситуациях» смерти, страдания, неудачи; это человек, который вопреки болезни и физической слабости показал пример стойкости духа, который достойно жил даже в условиях постоянно возрастающей в течение 12 лет нацизма опасности и полного бессилия; это человек, который никогда не уклонялся от ясного ответа на самые жгучие вопросы современности, решительно не приемля рабского духа тоталитарного общества [1-8]. Поэтому П.П. Гайденко уместно отмечает, что вступая в последнее десятилетие XX века и подводя итоги столетнего философского развития, мы можем среди наиболее выдающихся мыслителей назвать немецкого философа Карла Ясперса» [2].

Карл Теодор Ясперс родился 23 февраля 1883 года в Ольденбурге вблизи Балтийского побережья (Германия). Его отец (1850-1940), происходивший из семьи потомственных купцов и крестьян, был юристом, а впоследствии — руководителем банка, которым руководил умно, основательно и с верностью долгу, депутатом ландтага и в течение многих лет бургомистром Ольденбурга. Он воспитывал сына в духе разума и верности на своем примере и советами в решительный момент. Его мать (1862-1941) происходила из живущего с незапамятных времен в Бутадингене крестьянского рода, которая

осветила, как сам писал К. Ясперс, его детство и детство его братьев и сестер, а также всю дальнейшую их жизнь своей бесконечной любовью, она воодушевила всех их своим темпераментом, разумом и мудростью [2, 5-8]. Очень



Карл Теодор Ясперс

большое влияние на воспитание молодого К. Ясперса имел его отец, которому он в последующем и посвятил свою знаменитую книгу «Общая психопатология» (1913).

Жизнь и творчество К. Ясперса с ранней юности во многом определила неизлечимая бронхоэктатическая болезнь, часто осложнявшаяся сердечной недостаточностью, болезнь, — как он вычитал у Рудольфа Вирхова, — обрекающая на смерть от интоксикации не позднее, чем на третьем десятке жизни. «Вся моя жизнь была омрачена нездоровьем ... Так мне пришлось учиться устраивать жизнь под влиянием этой болезни ... Работать надо было в меру; если я хотел жить, то необходимо было избегать всего нарушающего распорядок дня». «По натуре я был замкнутым. С людьми я сходился с трудом. Еще со школьных лет, вопреки нескольким знакомствам, я страдал от одиночества». Тогда его окрылило чтение трудов Б. Спинозы [1, 2, 5-8].

Тем не менее, во все периоды жизни, в том числе и в годы студенчества у К. Ясперса были немногие, но близкие друзья. Так, на медицинском факультете он дружил с одаренным студентом Эрнстом Майером, братом своей будущей жены Гертруды Майер. Характерно, что и брат, и сестра живо интересовались философией, причем Гертруда Майер изучала философию профессионально. К. Ясперс познакомился с ней в 1907 году, а спустя три года молодые люди поженились. С тех пор одиночество не мучило К. Ясперса: в жене он нашел не только любящую душу, но и близкого по духу человека. В значительной мере интерес к философии развился у молодого естествоиспытателя — ведь медицина принадлежала к естественным наукам — не без влияния жены, и «философствование на уровне экзистенции», о котором позднее так много писал К. Ясперс, составляло одну из самых больших духовных радостей в его семейной жизни [2].

К. Ясперс окончил классическую гимназию и поступил в Гейдельбергский университет на

юридический факультет. Однако, проучившись три семестра, он перешел на медицинский факультет, который окончил в 1908 году, а затем получил степень доктора медицины за диссертацию «Ностальгия и преступление» (1909). Кроме этого, в это же время медицинское образование К. Ясперс получил еще и в университетах Берлина и Гёттингена (1902-1908). Окончив медицинский факультет и получив профессию врача-психиатра, К. Ясперс с 1908 по 1915 годы работал научным ассистентом в психиатрической и неврологической клинике в Гейдельберге. Здесь он написал свою первую большую работу «Общая психопатология» (1913), которую защитил в качестве диссертации, и получил степень доктора психологии. С 1916 года он стал профессором психологии в Гейдельбергском университете. В 1919 году К. Ясперс издал плод своего многолетнего труда — «Психологию мировоззрений», которая сделала ее автора широко известным. В это время К. Ясперс отказывается от психологии, как от обобщающего научного построения, и говорит о необходимости создания философии нового типа — философии экзистенции. Два года спустя, т.е. с 1921 года К. Ясперс становится ординарным профессором философии в Гейдельбергском университете. В этом же году он публикует свою речь памяти Макса Вебера, в 1923 году — «Идеи университета», а в 1931-1932 годах — «Духовную ситуацию времени» и трехтомную «Философию», которая сделала его одним из ведущих философов Германии. Но с 1933 года с приходом к власти нацистов национал-социалистические власти лишили К. Ясперса права принимать участие в управлении университетом, в 1937 году — права преподавать и увольняют в отставку как политически неблагонадежного, а в 1938 году — лишают права издавать в Германии свои работы. К. Ясперс остался в Гейдельберге и много времени посвятил изучению Библии и научной работе. Но основным, как он отмечает в своей «Философской автобиографии», в то время для него была *потеря конституционных прав в собственной стране*. Все эти годы он с женой чувствовал постоянную угрозу для жизни, не имея возможности защититься от нее. К счастью, за две недели до уже назначенной отправки их в лагерь, город Гейдельберг освободили американцы. К. Ясперс по этому поводу писал: «Я себя чувствовал, как в сказке — ведь в одну ночь произошел такой переворот, когда я на здании ратуши читал первые распоряжения и находил в них впервые почтенный европейский тон ...» [2, 5, 6, 9].

Выстоять в условиях нацизма К. Ясперсу помогала интенсивная работа. Он публикует

«Разум и экзистенция» (1935), «Ницше» (1936), «Декарт и философия» (1937), «Экзистенциальная философия» (1938), а затем работает над грандиозной «Философской логикой». В 1941 году Ф. Шпрингер предложил ему переработать «Общую психопатологию», но работа над четвертым изданием, законченная в 1942 году, смогла появиться в свет только в 1946 году.

В годы нацизма большинство немцев опьянялось силой и властью Третьего Рейха, господствующим положением среди других народов. Небольшое меньшинство, к которому принадлежал и К. Ясперс, чувствовало себя в изоляции, переживая «будничные ужасы существования». С тем большей остротой переживалось К. Ясперсом понятие немецкого. «Что же такое немецкое? Кто же немец? Когда моя жена — немецкая еврейка, которая была предана Германией, той самой Германией, которую она, вероятно, любила больше, чем я сам, упрекнула меня за это, я ей ответил в 1933 году: «Подумай, ведь Германия — это Я!» [5].

Не держава как таковая, но держава на службе нравственно-политической идеи — вот каков был идеал Макса Вебера и К. Ясперса. Быть в первую очередь Человеком и лишь затем принадлежать по рождению к какому-то народу — это казалось ему самым основным. Высшей инстанцией могла бы стать солидарность всех государств. Принцип невмешательства во внутренние дела государства — это прикрытие для того, чтобы попустительствовать несправедливости. Эти мысли были вызваны Конкордатов Ватикана с Гитлером (1933) и Олимпиадой в Берлине (1936), которые создали прецедент международного признания нацистской Германии.

В 1945 году К. Ясперс был восстановлен на своей должности и погружается в дела университета, но отказывается от поста министра культуры. Он много выступает на самые животрепещущие темы, как политический философ, осмысляя жестокий опыт нацизма, который все изменил. Лекции об этом составили «Вопрос о вине» (1946). Тяжелая коллизия возникает, когда от него зависит судьба М. Хайдеггера, с которым его связывали дружеские отношения, оборвавшиеся сотрудничеством последнего с нацистами. Ничего не скрывая от комиссии по политической чистке, К. Ясперс в 1945 году сделал все, чтобы М. Хайдеггеру разрешили печататься, а в 1949 году — чтобы он вернулся к преподаванию в университете. Их переписка продолжалась до 1963 года. Философская публицистика К. Ясперса этих лет с ее главной темой — как спасти человечество от тоталитаризма, как главной опасности, сделала его одним

из духовных лидеров Германии, и наряду с творчеством Генриха Белля вернула доверие к немецкому народу. Между тем, в восточной зоне оккупации запретили его работу «Идеи университета», переизданную в 1946 году, а коллеге, которого похвалил К. Ясперс, это повредило [5, 6].

С 1949 года К. Ясперс — профессор философии Базельского университета (Швейцария). В послевоенные годы К. Ясперс, как один из духовных лидеров Германии, обращался к соотечественникам не только в своих книгах и статьях, но и в выступлениях по радио. Его главная мысль — как спасти человечество от тоталитаризма, ввергающего людей в кровавые революции и истребительные войны [10]. Один путь — обращение к гуманистическим традициям — к Г.Э. Лессингу, И.В. Гёте, И. Канту; другой — более серьезный, более надежный путь для всех, кто утратил непосредственную жизнь в традиционной ее форме и пробудился к автономии, к духовной самостоятельности, — обретение философской веры. «Наше будущее и Гёте» (1947), «Разум и антиразум в нашу эпоху» (1950), «Об условиях и возможностях нового гуманизма» (1962) — это работы, в которых философ обращается к ценностям старой бюргерской культуры в Германии, пытаясь их обновить и отчасти ограничить, «привив» к ним опыт «кризисного сознания» С. Кьеркегора и Ф. Ницше, но в то же время, сохранив их непреходящую правду.

Медицинские труды К. Ясперса, как уже частично отмечено выше, посвящены преимущественно проблемам общей психопатологии: различию между психопатологическим процессом (психическим заболеванием) и патологическим развитием личности, изучению интеллекта и деменции, анализу обманов восприятия, феноменологическому направлению исследования в психиатрии и другим вопросам.

После 1915 года К. Ясперс отошел от активных исследований в области психиатрии, посвятив ряд работ проблематике *патогенности* (подвергнул психопатологическому анализу эволюцию ряда выдающихся личностей — в 1920 году А.Ю. Стриндберга и В. Ван Гога в сопоставлении с Э. Сведенборгом и Ф. Гельдерлином, а в 1936 году Ф. Ницше) и *философии*. Наряду с этим неоднократно переиздавал, перерабатывал и расширял «Общую психопатологию» (вплоть до 1959 года), которая пользовалась большой популярностью и стала своего рода психопатологической энциклопедией. В этой книге К. Ясперс на основе анализа переживаний психически больных предложил пересмотр и уточнение понятий, применяемых в психиатрии; противопоставлял

психопатологии как научной дисциплине психиатрию — дисциплину прикладную. К. Ясперсу удалось в этом труде интегрировать большое число психопатологических исследований и с помощью четкой терминологии отграничить и описать отдельные феномены душевной жизни психически больных людей. Помимо методологической направленности, книга содержала ряд ценных клинических разработок. Например, была предложена *триада критериев реактивных состояний*: 1) реактивное состояние вызывается психической травмой; 2) психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов; 3) реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины. Эти критерии не утратили своего значения и в настоящее время, однако дальнейшие наблюдения показали некоторую их относительность и условность. Так была установлена возможность отставленного возникновения реактивных состояний (П.Б. Ганнушкин, 1933; Е.А. Шевалев, 1935). Психологически понятные связи между содержанием психопатологической симптоматики и предшествующей психогенией возможны и при других, в частности при процессуальных, психических расстройствах (В.А. Гиляровский, 1914; П.Б. Ганнушкин, 1933; А.Н. Бунеев, 1940). Реактивные состояния не всегда полностью обратимы, а в ряде случаев реактивный психоз отрывается от породившей его травмы, и ликвидация травмы не всегда влияет на исход заболевания (И.Н. Введенский, 1926; Е.К. Краснушкин, 1928; Н.И. Фелинская, 1963; Н.В. Канторович, 1967) [11].

Кроме этого К. Ясперсом было предложено *понятие психического процесса* — это форма течения психических расстройств, характеризующаяся прогрессивностью и образованием психического дефекта. Психопатологические расстройства не вытекают из особенностей личности больного, не являются их развитием. Это качественно новые явления, совершенно изменяющие психический склад больного. Примером психического процесса могут служить шизофрения, ряд эндогенно-органических, особенно атрофических, психозов.

Выделена *триада признаков бреда*:

- 1) субъективная уверенность в реалистичности болезненных переживаний;
- 2) невозможность скорректировать высказывания больного;
- 3) несоответствие бредовых переживаний действительности [11].

Клинически реалистичным было также понимание «*делирии*» как распадающегося сознания, включающего: распад целостности; «дробление функциональных комплексов»;

диссоциацию нормальных порядков, обуславливающую «мерцающий» характер переживаний. Большую ценность представляет описание психопатологического феномена «*Leibgefuhle*» («*телесное ощущение*»), которое легло в основу многих разработок последних лет по соматизированным и соматоформным расстройствам. Введенное К. Ясперсом понятие «*психопатические реакции*» вошло во многие позднейшие клинические концепции. В еще большей мере это относится к его клиническим разработкам *фазовых состояний*, описываемых не только при маниакально-депрессивном психозе, но и вне его рамок, и дифференцируемых с «шубами», приступами и периодами. Предложенная К. Ясперсом *классификация влечений* также явилась основой для последующих клинических исследований. Она включала:

- 1) чувственно-соматические влечения — секс, голод, жажда и т.п.;
- 2) жизненные влечения:
 - а) существование, желание действия, стремление к самоутверждению, мужество, страх и др.;
 - б) витально-психологические — родительская забота, желание путешествовать и др.;
 - в) витально-творческие — стремление к изображению, к усиленной работе, труду и т.п.;
- 3) духовные [12, 13].

Здесь нельзя не упомянуть выдающуюся роль Н.П. Бруханского, впервые полноценно познакомившего отечественного читателя в 1934 году с третьим изданием «Общей психопатологии» (1923) в 60-страничном реферате, фактически тезисном переводе, и его собственное оригинальное феноменологическое направление, центрировавшее основную идею К. Ясперса (развитие — процесс), но прерванное, к сожалению, арестом и гибелью автора. Поэтому кощунственно было писать, что оно «не получило признания» [11].

Профессор Т.Б. Дмитриева (1997) уместно подчеркивает, что методологическую базу работы составили метод дескриптивной психологии (феноменология) Э. Гуссерля и «описательная и расчленяющая психология». Такой подход дал возможность доступно и четко описать психические нарушения. Как говорил сам К. Ясперс, «не только галлюцинации, но и бред можно записать со слов больных с такой достоверностью, что их можно наверняка отличить от других форм». Следует особо подчеркнуть, что актуальность «Общей психопатологии» К. Ясперса подтверждается и тем, что в основу современных классификаций психических и поведенческих расстройств (как МКБ-10, так и DSM-IV) положен феноменологический принцип [14].

Для нас также поучительна подробная критика К. Ясперсом психоанализа. Относясь с безусловным уважением лично к З. Фрейду, как личности и ученому, и признавая ряд важных вкладов его теорий, К. Ясперс считал психоаналитическое направление исследований непродуктивной вульгаризацией идей А. Шопенгауэра и Ф. Ницше, не имеющей отношения к науке, «порождением мифотворческих фантазий», а само движение — «сектантским». Это «популярная психология», позволяющая обывателю легко объяснить что угодно. Фрейдизм для него, так же как и марксизм, — суррогаты веры. «*Психоанализ несет значительную долю ответственности за общее снижение духовного уровня современной психопатологии*» [1].

С 1912 года, наряду с изучением методологии психиатрии, К. Ясперс все большее внимание стал уделять феноменологическому подходу. Он утверждал, что любая рационалистически выстроенная картина мира есть не что иное, как иносказательная интеллектуальная интерпретация скрытых душевных стремлений творчески мыслящего индивида.

Место К. Ясперса в истории мысли двойственно. Его исходный идеал — «бюргерский» гуманизм; идею интеллектуальной честности для него символизирует имя И. Канта, идею культурной широты — имя И.В. Гёте. С этой установкой, резко отличающей его от М. Хайдеггера, связаны и преклонение К. Ясперса перед гражданским и умственным свободолюбием античной Греции, и его симпатии к Б. Спинозе, и его выпады против клерикализма. Однако важнейшее интеллектуальное переживание К. Ясперса в начале его философского пути — ощущение кризиса «бюргерской» культурной традиции. Несмотря на антипатию к «мрачному фанатизму» С. Кьеркегора и к «экстремизму и неистовству» Ф. Ницше, К. Ясперс испытал влияние их идей. Свой труд мыслителя он называл не «философией», а «философствованием», делая акцент на незавершенности, открытости умственного процесса, в котором вопросы преобладают над ответами. По мнению К. Ясперса, наше время, уже не обладающее духовной мощью, позволявшей Платону, Б. Спинозе или Г.В.Ф. Гегелю выводить стройные системы «из истока», вынуждено довольствоваться фрагментарными прозрениями; но, с другой стороны, только в «философствовании» К. Ясперс видит возможность постижения реальности человека кризисной эпохи [9].

Бытие в этих условиях оказывается «зашифрованным» и предполагает обязательное истолкование. Задача философии у К. Ясперса — вскрыть то обстоятельство, что

в основании всех ипостасей сознательной деятельности людей лежит неосознаваемое творчество «экзистенции», т.е. бытия особого плана, человеческой самости, внеположенной предметному миру (А.А. Грицанов). При этом «бытие» в концепции К. Ясперса имеет тройное членение: 1) предметное бытие, или «бытие-в-мире»; 2) экзистенция, т.е. необъективируемая человеческая самость; 3) трансценденция как «объемлющее» — непостижимый предел всякого бытия и мышления. Мышление перед лицом «бытия-в-мире» есть «ориентация-в-мире»; мышление перед лицом экзистенции — «высветление экзистенции»; мышление перед лицом трансценденции — «метафизика» (учение о сверхчувственных основах и принципах бытия), выражающая свой невыразимый предмет при посредстве «шифров». К. Ясперс избегает понятия символа, связывая его с отвергаемой им традиционно-религиозной практикой опредмечивания трансценденции (С.С. Аверинцев). Теологии он противопоставляет идею «философской веры», утверждая, что «вера мыслящего человека всегда отличается тем, что она существует только в союзе со знанием. Она хочет знать то, что познаваемо, и понять самое себя».

Экзистенциальная философия К. Ясперса сразу привлекла к себе внимание манерой изложения, формой свободного размышления, лишенной стремления вывести все содержание из единого общего принципа. В дальнейших работах К. Ясперс сформулировал тему своей философии — *человек и история, как изначальное измерение человеческого бытия*. Он развивает тему общения или коммуникации. Так как экзистенция не существует вне коммуникации, то, следовательно, в этой коммуникации обретается свобода, ибо экзистенция и свобода тождественны.

«Философская вера» (1938), по К. Ясперсу, — продукт размышлений, а не откровения. Способность философствования присуща любому человеку и имеет целью достижение истинной «коммуникации», т.е. реальной возможности быть услышанным и высказаться самому (в процессе личного общения «в» и «по поводу» истины). Общение людей — атрибут бытия человека и К. Ясперс возводит «коммуникацию» в ранг критерия философской истины и отождествляет с разумом («Разум и экзистенция», 1935).

Развивая свои представления о «пограничных ситуациях» К. Ясперс пришел к выводу, что истинный смысл бытия раскрывается человеку лишь в моменты кардинальнейших потрясений (размышления о смерти, страдания, болезнь и т.п.). Тогда человек осознает роль случая в своей

жизни, а также то, насколько его жизнь не принадлежит ему самому, будучи несобственной. Это и есть «пограничная ситуация случая». По К. Ясперсу, даже «смерть как объективный фактор бытия еще не есть пограничная ситуация»: важен факт осознания такой возможности, факт ощущения хрупкости, конечности существования индивида. Именно в эти моменты осуществляется «крушение шифра». Для человека актуализируется мир его интимного начала (происходит «озарение экзистенции») и его истинное переживание Бога (трансцендентного) («Философия», т. 1-3, 1931-1932). Свой философский подход К. Ясперс реализовал в антропологическом направлении экзистенциализма, трактуя психоз как результат краха привычного состояния человека. Психическая патология, по его определению, — самовыражение патологического бытия. В соответствии с этим, например, бред у больных шизофренией представляет собой самовыражение шизофренического бытия.

Особый интерес представляют взгляды К. Ясперса на сущность сознания. Он различает два вида сознания: *бодрственное и рефлектирующее*. *Бодрственное* сознание отражает окружающий мир, а *рефлектирующее* — восприятие этого мира человеком. Синдром деперсонализации, например, не патопсихологический синдром, а проявление рефлектирующего сознания, следовательно, не признак душевного заболевания, а высший уровень сознания, определяемый духовным миром человека. По справедливому замечанию Б.В. Зейгарник (1982), эти взгляды, в конечном итоге, привели к учению антипсихиатрии. Тем не менее, термины и постулаты экзистенциальной философии К. Ясперса используются при групповой психотерапии, получившей распространение в США и в других странах как «групповой экзистенциальный анализ», экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия и другие [15, 16].

Политико-нравственные поиски К. Ясперса объективировались в его исследованиях «немецкой вины» («Вопрос о вине», 1946), культурно-психологической значимости «холодной войны» («Атомная бомба и будущее человечества», 1958), угрозы авторитарных тенденций в ФРГ («Куда движется ФРГ?», 1967). В целом, по К. Ясперсу, особая роль философствования и сопряженной с ней философской верой в XX веке состоит в том, чтобы противостоять псевдорационалистическим утопиям, постулирующим возможность насильственного создания рая на земле, но на практике разрушающим культуру и ввергающим людей в ужас братоубийственных войн. Между наукой и

философией, по К. Ясперсу, недопустимо взаимное инфицирование, но их нельзя и жестко изолировать друг от друга. Сферы философии и науки не антиномичны (не противоречивы), хотя и не тождественны. Наука представляет философии потенциальные пути познания, точные результаты исследования, делая философию зрячей. Философия придает системе наук внутренне связующий их смысл. Философия, согласно К. Ясперсу, разрушает постоянно культивируемый наукой догматизм и амбициозные претензии (А.А. Грицанов) [2].

Культурологические воззрения К. Ясперса основываются на христианском миропонимании. Причины и начала культуры, безусловно, трансцендентны и непосредственно связаны с Богом. Опираясь на апостольские послания, К. Ясперс утверждает, что мистическое озарение превосходит всякое философское мудрствование. Он полагает, что для понимания целей и задач культуры эмпирические и интеллектуальные методы не годятся. Наука слишком рациональна для постижения потустороннего. Поэтому своеобразной квинтэссенцией культуры выступает искусство, в основание которого положен принцип интуитивного восприятия мира. Задача искусства заключается в восстановлении утраченной связи человека с Богом. Средством налаживания коммуникативных отношений с трансцендентальной реальностью является катарсис, во многом напоминающий мистический экстаз.

Развивая идеи С. Кьеркегора и Ф. Ницше, К. Ясперс пытается установить истоки, пути развития и цель культуры посредством перехода от внешней, эмпирической стороны бытия к «подлинной» культуре, находящейся в области человеческого духа, в сфере трансценденции. Прорыв в потустороннюю подлинную реальность связан у К. Ясперса с «пограничными ситуациями». В эти ситуации человек оказывается вовлечен, когда перед ним возникает выбор, имеющий решающее значение для его судьбы («Быть или не быть?» Гамлета, «Или-или» С. Кьеркегора). По мнению К. Ясперса, подобные ситуации свойственны также истории и культуре. Осуществляя свой выбор и реализуя этим свою свободу, культура надолго определяет путь своего развития. Исчерпав потенции развития, культура входит в новую пограничную ситуацию, выход из которой связан с обретением нового (трансцендентного) знания. Пограничная ситуация не обязательно является логическим следствием внутреннего развития культуры. Она может быть навязана извне: например, экспансия персидской культуры была остановлена греками в 5 веке до н.э. Победа греков дала возможность продолжить развитие

их национальной культуры, что явилось, с точки зрения К. Ясперса, решающим для экзистенции западно-европейской личности. А победа Рима над Карфагеном окончательно гарантировала развитие идеалов культуры, свойственных современному западному обществу. Таким образом, динамика культуры связана с успешным продвижением культуры от одной пограничной ситуации к другой. Цель этого движения в абсолютном значении недоступна (в силу трансценденции), но в относительном смысле и ретроспективно постепенно уясняется.

Под культурой К. Ясперс понимает мир жизненных форм — институтов, представлений, верований, связанных с общностью происхождения, языка и судьбы. Создателем культуры стал человек, поскольку его предки оказались способны на прорыв в сферу осознанных актов и творений духа. Причины воплощения культуры через человека заключаются в изначально заложенной в предчеловеке открытости всем своим возможностям, что свидетельствует о небывалом предназначении человека.

Появление культуры связывается К. Ясперсом с возникновением способности передавать другим поколениям духовное достояние; с рационализацией бытия посредством техники (орудий); с ориентацией на деяния предков, освобождающей от страха перед демонами, которые олицетворяли противостоящие человеку природные силы. Демонические силы являлись историческим образом пережитой действительности. Однако, «великая альтернатива» — божественное или демоническое, многобожие или единая трансцендентная основа — была решена человеком в пользу Божественного. Громадное влияние на это решение оказало *осевое время*, время первой пограничной ситуации в рамках развитой культуры. В период 800-200 годов до н.э. основатели культуры древности решили этот вопрос в пользу единобожия и надолго определили дальнейшее развитие культуры для всего человечества. Подобный выбор обозначил, что все мировые культуры связывает единство происхождения и перспектива их последующего слияния в общечеловеческую культуру на основе общих ценностей.

Культурно-историческая периодизация К. Ясперса находится в тесной зависимости от христианской концепции истории. Ось христианской периодизации — Иисус, поэтому история делится на две части — до и после Рождества Христова. Христианской периодизации свойственна также идея эпохальных событий, которые, в свою очередь, приводят к дальнейшему делению истории на части. Ось периодизации К. Ясперса проходит примерно

через 500 год до н.э. В это время возникает человек современного культурного типа. Это подлинный, экзистенциальный человек, который не подчиняется потоку истории, а преодолевает его, проживает как свою судьбу. К. Ясперс делит историю на «доосевую», когда человек еще не познал свое предназначение, и «осевую», когда теологические предначертания развития культуры стали им все более усваиваться.

Цель человеческого существования, по К. Ясперсу, — личная независимость. Она достигается посредством обращения к подлинному (трансцендентному) бытию. Именно поэтому осевое время, время формирования подлинных культур, так дорого человечеству. По словам К. Ясперса, «все великие взлеты человеческого бытия» происходили лишь посредством возрождения осевого мировоззрения или полемики с ним. Запад, например, своей спецификой, основанной на феноменах свободы, личности, рациональности, науки и техники, обязан ценностям греческой культуры. Поэтому забвение античного наследия неизбежно приводило к варварству. Постоянный возврат к идеям *осевого времени* показывает, что ценности этой эпохи будут постоянно переосмысливаться, но никогда не будут отменены. Они носят универсальный характер. Понятие универсальности культуры раскрывается К. Ясперсом и в подходе к объяснению ее истоков и цели. Изначально единая культура, пройдя ряд трансформаций, объединит человечество во всеобъемлющем духе, вбирающем в себя всех. Подобный подход, сочетающий в себе универсализм и эсхатологию, также роднит представления К. Ясперса с христианской концепцией культурно-исторического процесса.

Однако есть и отличия. По мнению К. Ясперса, культурно-исторический процесс представляет собой соотнесенность всех его элементов, их всеобщую коммуникацию и непрерывное преобразование. Важное значение для преобразования имеет нигилизм. Несмотря на отрицательное к нему отношение, К. Ясперс признает его значение в качестве антидогматического средства. Нигилизм предохраняет от абсолютизации и обеспечивает, в конечном счете, свободный выбор развития культуры. На сегодняшний день западная культура, по мнению К. Ясперса, слишком сильно пропитана нигилистическим духом, что лишает ее необходимой конструктивности. Ее отход от идеи мирового порядка (Логоса) ставит перед ней две задачи общечеловеческой значимости. Они заключаются в обосновании подлинного разума в самой экзистенции и создания условий для безграничности коммуникаций любого уровня для всего населения Земли [15].

Среди основных работ К. Ясперса — «Общая психопатология» (Allgemeine Psychopathologie), 1913; «Психология мировоззрения» (Psychologie der Weltanschauungen), 1919; «Философия» (Philosophie, 3 Bd.), 1932; «Об истине» (Von der Wahrheit), 1947; «Проблема немецкой вины» (Die Schuldfrage. Ein Beitrag zur deutschen Frage), 1946; «Великие философы» (Die grossen Philosophen, Bd. 1), 1957; «Философская вера и откровение» (Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung), 1962; «Атомная бомба и будущее человечества» (Die Atombombe und die Zukunft des Menschen), 1958; «Шифры трансценденции» (Chiffren der Transzendenz), 1970; сборник работ в русском переводе: «Смысл и назначение истории» (1991) и другие.

Необходимо ещё раз отметить большую работу Независимой психиатрической ассоциации России по изучению и популяризации научного наследия К. Ясперса — это перевод и издание таких работ, как «Общая психопатология» (1997), «Бред ревности. Очерк к вопросу «развитие личности» или «процесс»?» (1996), «Философская автобиография» (1993), а также принципиально важные работы Осборна Виггинса и Майкла Шварца «Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса» и работы Альфреда Крауса (1997, 1998). То, что теперь в распоряжении молодого поколения коллег «Общая психопатология» (М., 1997), 2-х томное собрание сочинений по психопатологии (М.-СПб., 1996) и патографии («Стриндберг и Ван Гог» — СПб., 1999), невозможно переоценить. Книги К. Ясперса не просто учат, они воспитывают и вдохновляют. А его «Философская автобиография», изданная еще и Уральской философской школой в другом переводе (1997), написанная в удивительно располагающем светлом ключе, может служить поддержкой в профессиональной и личной жизни. Работы К. Ясперса неизбежно будут востребованы. В 1993 году НПА России провела в Кельне в рамках регионального симпозиума Всемирной психиатрической ассоциации совместный российско-германский симпозиум, на котором сформулировала в качестве своего кредо лозунг: «Назад к Ясперсу!» [1, 17, 18]. В этом плане удачным вкладом в изучение наследия также является издание книги И.Н. Сидоренко «Карл Ясперс» (2008).

В 1961 году ученый отказался от преподавания и посвятил себя науке и публицистике. Умер К. Ясперс в Базеле 26 февраля 1969 года. Необходимо отметить, что в честь философа, врача и политического мыслителя Карла Ясперса назван Центр перспективных транскультурных исследований при Гейдельбергском

университете и астероид, который носит название «48435 Ясперс». Существует также Фонд Карла Ясперса (Базель), президентом которого является профессор, доктор Райнер Вииль (университет Гейдельберга).

Таким образом, профессор Карл Ясперс внес большой вклад в золотой фонд мировой науки. Его высокая принципиальность как гражданина и ученого, врача и философа, широта научных интересов и оригинальность мышления, непоколебимая воля и порядочность,

настойчивость в работе и высокий гуманизм являются наилучшим примером для молодежи, которая посвятила себя науке. Вне сомнения, не может быть хорошим психиатром врач, не знающий основных работ по психологии и психиатрии Карла Ясперса. Безусловно, творческая биография и научное наследие Карла Ясперса имеют большой интерес как для истории отечественной, так и мировой науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература

1. Савенко Ю.С. Уроки Ясперса (120-летие Карла Ясперса (1883-1969). 90-летие «Общей психопатологии» (1913) / Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. — 2003. — № 3 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.npas.ru/journal/2003/3/jaspers.htm>.
2. Гайденок П.П. Человек и история в экзистенциальной философии Карла Ясперса / П.П. Гайденок // Ясперс К. Смысл и назначение истории: Пер. с нем. — М.: Политиздат, 1991. — С. 5-26.
3. Ясперс Карл // Энциклопедия «Кругосвет» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.krugosvet.ru/articles/08/1000841/a1.htm>.
4. Ясперс Карл // 100 великих психологов / Автор-составитель В. Яровицкий. — М.: Вече, 2004. — С. 424-427.
5. Jaspers Karl. Philosophische Autobiographie. — Stuttgart: «Karl Jaspers», Hrsg. Von P.A. Schilpp, 1957. — S. 1-80.
6. Карл Ясперс (Автобиография): Пер. с нем. Г. Лещинского — М.: Изд-во «Независимой психиатрической ассоциации», 1995. — 128 с.
7. Петрюк П.Т. Профессор Карл Теодор Ясперс — выдающийся ученый, психиатр, психолог и философ современной эпохи (К 125-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2008. — № 3-4 (20-21). — С. 137-142.
8. Сидоренко И.Н. Карл Ясперс / Сидоренко И.Н. — Мн.: Книжный Дом, 2008. — 224 с. — (Мыслители XX века).
9. Аверинцев С.С. Ясперс Карл / С.С. Аверинцев // Философский энциклопедический словарь / Гл. редакция: Л.Ф. Ильичев, П.Н. Федосеев, С.М. Ковалев, В.Г. Панов. — М.: Сов. Энциклопедия, 1983. — С. 818-819.
10. Массовые убийства не могут быть оправданы за давностью: Беседы К. Ясперса с Р. Аугштейном (журнал «Шпигель», 1965 г.) // Независимый психиатрический журнал. — 2005. — № 1. — С. 69-73.
11. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов: В 2-х томах / В.М. Блейхер, И.В. Крук / Под ред. канд. мед. наук С.Н. Бокова. — Т. 2. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. — С. 434-435.
12. Карл Ясперс. Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Акопяна / К. Ясперс. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
13. Kolle Kurt. Karl Jaspers als psychopathologe / Kolle Kurt. — Stuttgart: «Karl Jaspers», Hrsg. Von P.A. Schilpp, 1957. — S. 436-463.
14. Дмитриева Т.Б. Предисловие к русскому изданию / Т.Б. Дмитриева // Карл Ясперс. Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Акопяна. — М.: Практика, 1997. — С. 3-4.
15. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — С. 264-329.
16. Психотерапевтическая энциклопедия. — 2-е изд., доп. и перераб. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — С. 978-979.
17. Ясперс К. Смысл и назначение истории: Пер. с нем. / К. Ясперс — М.: Политиздат, 1991. — 527 с. (Мыслители XX века).
18. На симпозиуме WPA в Кельне // Независимый психиатрический журнал. — 1994. — № 1. — С. 33-34.

УДК: 615.851.001-07(091)

Исторические вехи организации и становления кафедры психотерапии ХМАПО от первых изысканий до современности



Михайлов Б. В.,



Чугунов В. В.



Бессмертный А. В.

Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Бессмертный А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Резюме. Стаття присвячена аналізу історичних фактів, що послужили організації та становленню першої кафедри психотерапії в світі, яка була відкрита в 1962 році при Українському інституті удосконалення лікарів (нині – Харківській медичній академії післядипломної освіти). Висвітлюються питання реалізації перших напрацювань психологічних і фізіологічних основ психотерапії в Харкові. Детально описано досвід різних корифеїв харківської школи психотерапії. Представлені вектори розвитку сучасної діяльності кафедри психотерапії.

Ключові слова: історія медицини, кафедра психотерапії, перші вишукування, харківська школа психотерапії, післядипломна освіта, сучасна діяльність кафедри

Historic landmarks of organization and formation department of psychotherapy KhMAPE from the first survey to the present

Mykhaylov B. V., Chugunov V. V., Bessmertniy A. V.

Kharkiv medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy

Resume. This article analyzes the historical facts, which served as the organization and establishment of the first Chair of psychotherapy in the world, which was opened in 1962 at the Ukrainian Institute of Advanced Medical (now – Kharkiv medical academy of postgraduate education). The problems of the first developments of psychological and physiological bases of psychotherapy in Kharkov. Described in detail the experiences of various luminaries of the Kharkov school of psychotherapy. Presented vectors of the department of modern psychotherapy.

Key words: history of medicine, department of psychotherapy, the first survey, the Kharkov school of psychotherapy, postgraduate education, current activities of the department.

Харьковская психотерапевтическая школа по сегодняшний день является ведущей не только в Украине, но и в СНГ. Для этого существуют объективные исторические предпосылки. Возникновение первой в мире кафедры психотерапии именно в Харькове неслучайно. Оно было определено тем, что Харьков — крупнейший центр медицинской науки, психоневрологии Украины и всего СССР — издавна являлся средоточием развития психотерапии.

Официальная дата открытия кафедры психотерапии в мае 1962 года при тогда ещё Украинском институте усовершенствования врачей (ныне — Харьковской медицинской академии последипломного образования) не совпадает с появлением первых изысканий в области психотерапии, которые восходят ещё к начальным этапам месмеризма. О его естественнонаучных, а не мистико-схоластических корнях здесь говорили уже в то время, когда

Парижская академия наук вообще отвергала какую-либо научную ценность явлений «животного магнетизма».

В 1815 году в Харькове выходит одно из самых первых профильных пособий небольшое по объёму, но ёмкое по содержательности: «Краткое руководство к опытному душесловью», написанное П. М. Любовским [1].

О ранних этапах жизни Петра Михайловича Любовского по настоящий день практически ничего не известно, как не известны точные годы жизни. Исторически личность автора пособия представлена логиком и психологом. Его научно-практический путь проистекает от образования, полученного в Харьковском университете. Учителем П. М. Любовского стал Йоган Баптист Шад (1758–1834) — первый профессор философии кафедры теоретической и практической философии Харьковского университета. Профессор Й.Б. Шад преподавал логику, психологию и эстетику, оказывая большое влияние на развитие философии в Украине в XIX веке.

П. М. Любовский являлся одним из первых учеников Й.Б. Шада на этико-политическом отделении. Окончив курс обучения в 1808 году, после успешных экзаменов в том же году он, и ещё 12 выпускников университета, получили степень кандидата философии. В дальнейшем продолжительное время работал учителем философии и логики в Слободско-украинской гимназии Харькова [2].

28 января 1878 года на заседании Харьковского медицинского общества В.Я. Данилевский представляет первую современную научную экспериментальную работу «О гипнотизме у человека и животных» [3]; итоги же многолетних — с 1874 года — «психических вивисекций», проведённых на разнообразнейших представителях животного царства (лягушках, тритонах, ящерицах, змеях, черепахах, крокодилах, камбалах, электрических скатах, речных раках, морских крабах, лангустах, омахах, каракатицах) подведены им в 1891 году в докладе «Единство гипнотизма у человека и животных» [4].

Харьковский журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» в конце XIX столетия публикует ряд материалов по психотерапии. На страницах журнала в 1888 году появляется классический труд московского учёного А.А. Токарского «Гипнотизм и внушение» [5].

В сентябре 1911 года состоялся первый съезд союза, созванный в память С.С. Корсакова. В числе прочего на этом съезде прозвучал доклад приват-доцента Харьковского университета Б.С. Грейденберга «Психологические основы нервно-психической терапии» [6].

В 1912 году К.И. Платонов (сын И.Я. Платонова — владельца одной из первых частных психоневрологических клиник в Харькове), начавший свою деятельность по изучению гипноза и психотерапии в целом в 1911 году под руководством В.М. Бехтерева [7], защищает докторскую диссертацию «О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения» [8].

Среди отечественных учёных, работавших в Харькове в области психотерапии в конце XIX — начале XX веков, можно назвать такие известные имена, как В.М. Гаккебуш, С.Н. Давиденков, П.И. Ковалевский, И.Я. Платонов, Т.И. Юдин и многие другие. Однако истинный расцвет психотерапии в Харькове начинается в 1920-е годы под руководством К.И. Платонова. Вокруг него собираются многочисленные соратники — П.П. Истомин, И.З. Вельвовский, Д.С. Губергриц, Е.С. Катков, П.Я. Гальперин, М.Я. Милославский, И.М. Аптер, разрабатывающие научные, методические и практические вопросы психотерапии (главным образом — гипносуггестивной терапии) [7].

Некоторые крупные учёные-психиатры, такие как действительный член АМН профессор Е.А. Попов, профессор Н.П. Татаренко, продолжали и творчески развивали работы в области психотерапии, выступая в данной области как ученики К.И. Платонова [9, 10].

К 1922 году образуется несколько центров психотерапии. На кафедре нервных болезней медицинского института (заведующий — профессор К.И. Платонов) был организован психотерапевтический кабинет (которым заведовали И.З. Вельвовский, за ним — П.П. Истомин) [11]. Под руководством К.И. Платонова функционировал отдел психотерапии в Украинском психоневрологическом институте (директор — А.И. Гейманович). Ранее (в 1920 году) возник кабинет психотерапии в студенческой больнице (И.З. Вельвовский). Большое психотерапевтическое отделение было организовано в 1928 году в психоневрологическом диспансере Южной железной дороги (И.З. Вельвовский, а далее М.И. Холоденко, М.М. Хаимович и другие).

На железнодорожном транспорте с 1928 года также осуществляется психопрофилактическая и психогигиеническая работа (И.З. Вельвовский и сотрудники), которая особенно ярко развернулась с образованием Института социальной психоневрологии Украинской психоневрологической академии.

В это время в Харькове начинается издание журнала «Психогигиена в массы», открывается ряд психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, проводится большая антиалкогольная психотерапевтическая работа.

После 1933 года всё интенсивнее развивается психотерапевтический центр в Психоневрологическом институте Южной железной дороги. Здесь были открыты клиника психотерапии (К.И. Платонов) и психотерапевтическое отделение в диспансере (И.З. Вельвовский, М.И. Холоденко, Е.Н. Закаменная, М.М. Хаимович, Г.Э. Рихтер и другие).

Начиная с 1933 года — после публикации работы К.И. Платонова и И.З. Вельвовского о применении гипноза в хирургии, стоматологии и акушерстве-гинекологии, — в Харькове появляются десятки психотерапевтических научных работ. Харьков становится одним из крупнейших центров психотерапии.

Обобщающей работой большого теоретического и практического значения явилась монография К.И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор», опубликованная в виде статьи в 1930 году [12] и, почти одновременно, вышедшая отдельным изданием [13].

С этого же года К.И. Платонов, Е.С. Катков и И.З. Вельвовский систематически читают факультативные курсы лекций по гипнопсихотерапии в Медицинском институте, в Санитарно-гигиеническом институте, в Университете, в харьковском институте усовершенствования врачей. В 1928 году при Харьковском медицинском обществе и научной ассоциации союза «Медсантруд» была организована секция гипнологии. Её учредителями стали К.И. Платонов, П.П. Истомин, И.З. Вельвовский, Е.С. Катков, И.М. Аптер.

Харьков становится крупнейшим центром психотерапии. О харьковской психотерапевтической школе говорят как о ведущей.

В военный период новаторами психотерапевтических подходов в Харькове осуществляется организационная помощь в попечении пациентов из лечебных учреждений, в том числе, и для душевнобольных. В весьма тяжёлых условиях читаются лекции для студентов медицины и практических врачей.

В послевоенный период Харьковская психотерапевтическая школа быстро возрождается [14]; особенно это касается психопрофилактической работы. В 1947 году в Харькове появилась — и вскоре стала общим достоянием СССР, а затем и всего мира — психопрофилактическая система обезболивания родов, предложенная и теоретически разработанная И.З. Вельвовским в содружестве с В.А. Плотицером, Э.А. Шугом при активной поддержке К.И. Платонова.

В это время выходят второе [15] и третье [16] издания монографии К.И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор», а также работа И.З. Вельвовского, К.И. Платонова, В.А. Плотицера, Э.А. Шугом

«Психопрофилактика болей в родах» [17]. Оба эти труда вскоре были переведены на английский, испанский и другие языки и получили распространение во многих странах мира.

На основании накопленного многолетнего опыта науки и практики для дальнейшего его развития психотерапия в структуре ХМАПО было организовано общество психотерапевтов; в состав первого правления избраны: почётный председатель — К.И. Платонов, председатель — И.З. Вельвовский, заместитель — В.В. Шостакович, члены — М.Э. Телешевская, И.М. Аптер, Е.С. Катков, З.Н. Болотова, М.Я. Милославский, И.Т. Цветков, секретарь — М.Н. Бржезинская.

Наряду с проведением заседаний, конференций, пленумов, общество развило активную работу по стимулированию психотерапевтической общественности в различных городах. Так, влияние деятельности общества, несомненно, сказалось на организации секции психотерапии и медицинской психологии в Москве, Общества психотерапевтов в Перми, психотерапевтической секции при Обществе невропатологов и психиатров в Киеве и аналогичной структуры в Союзном правлении общества невропатологов и психиатров.

Ряд шагов по институционализации психотерапии осуществляется коллективом Центральной психоневрологической больницы МПС, поскольку она являлась базой Украинского института усовершенствования врачей. Оценив значение психотерапии как общемедицинской специальности, тогдашний директор УИУВ доцент И.И. Овсиенко санкционирует целую серию учебных мероприятий в области психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Первоначально это были циклы по двум основным разделам: 1) психопрофилактическое обезболивание родов (велись И.З. Вельвовским, Э.А. Шугом, В.А. Плотицером, Д.А. Каплан, М.Л. Линецким) и 2) психотерапия в антиалкогольном деле (проводились И.З. Вельвовским, К.И. Лавровой, М.И. Кашпур, а далее М.И. Раенко и другими). Эти циклы стали функционировать с 1948–1949 годов, будучи оформлены как внештатные при кафедре нервных болезней УИУВ (заведующий — профессор Ф.Ф. Харченко) на базе ЦПНБ МПС.

Успехи в деле психопрофилактического обезболивания родов далее вызвали узаконение этих циклов как всесоюзного мероприятия [18].

Важной вехой в развитии харьковской психотерапии явился приказ Министерства здравоохранения СССР №142 от 13 февраля 1951 года, регламентировавший циклы для акушеров-гинекологов по психопрофилактическому обезболиванию родов. В ЦПНБ МПС

сложилась инициативная группа преподавателей (И.З. Вельвовский (руководитель), психоневрологи-психотерапевты К.И. Лаврова, М.И. Кашпур, а позже — М.И. Раенко, невропатолог Д.А. Каплан, физиолог М.Л. Линецкий и акушеры-гинекологи Э.А. Шугом и В.А. Плотицер), которые инициировали формирование отдельной — и первой в мире — кафедры психотерапии. В этих устремлениях они опирались на поддержку правления Харьковского общества психотерапевтов, психопротектиков и психогигиенистов, почётного председателя этого общества заслуженного деятеля науки К.И. Платонова, руководителей Харьковского общества невропатологов и психиатров профессоров Г.Д. Лещенко (председатель) и Н.П. Татаренко (заместитель председателя).

С тех пор такие курсы проводились на внештатных основаниях, а далее при поддержке психоневрологической общественности были созданы внештатные, а затем штатные доцентские курсы — и, наконец, самостоятельная кафедра психотерапии, психопротектики и психогигиены.

Созданная в 1962 году кафедра имела следующий штатный состав: заведующий (профессор), доцент и четыре ассистента. Заведующим кафедрой был избран И.З. Вельвовский. Должность доцента, по его ходатайству, была заменена должностью профессора (для доктора медицинских наук М.Э. Телешевской), поскольку существовали намерения развернуть психиатрический раздел работы. Ассистентами стали врачи-психиатры Е.Н. Мейтина, В.И. Кучерова, невропатолог М.И. Раенко и — по линии психотерапии в акушерстве и гинекологии — акушёр-гинеколог Г.Н. Балтпурвин-Безуглова.

В последующие годы развитие психотерапии связано с именами видных харьковских профессоров А.Т. Филатова, Н.К. Липгарт, В.В. Кришталя, А.А. Мартыненко, Т.И. Ахмедова и др. [19].

С 1971 по 1993 кафедру возглавлял видный ученый А.Т. Филатов. С 1993 по 1999 заведующим кафедрой был Т.И. Ахмедов. С 1999 года по настоящее время кафедру психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования возглавляет главный специалист по специальностям «психотерапия» и «медицинская психология» МЗ Украины,

профессор Б.В. Михайлов. Под руководством Бориса Владимировича Михайлова возобновились регулярные заседания и повседневная деятельность общества психотерапевтов; секретарём общества является доцент Г.П. Андрух.

Кафедрой психотерапии разрабатываются теоретические, клинические и профилактические вопросы психотерапии, проводится большая педагогическая, научно-методическая и научно-исследовательская работа (в том числе участие в международных съездах, конгрессах, симпозиумах, конференциях).

Развиваются такие направления как:

- представления о собственной клинике психотерапии как самостоятельной клинической медицинской дисциплины;
- методология, понятийное поле, клиническая семиотика, правила формулирования и алгоритм постановки психотерапевтического диагноза;
- новые организационные формы оказания психотерапевтической помощи (психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр);
- дисциплинарная история психотерапии;
- мнестологическая парадигма психотерапии;
- новые методы и методики психотерапии и пр.
- интрадисциплинарная концепция психотерапии как её первая аутодисциплинарно-идентификационная модель.

Представителями кафедры созданы академические, структурированные, высокопрофессиональные руководства и учебные пособия, в том числе издан первый отечественный учебник по психотерапии с грифом МЗ Украины [20], учебные пособия с грифами МОНУ и МЗ Украины и ряд монографий [21–23].

Кафедра поддерживает тесные отношения с профессиональными обществами и организациями других городов Украины, СНГ и мира.

Осуществляется координационная работа кафедры психотерапии ХМАПО с Российской психотерапевтической ассоциацией (РПА), президентом которой является руководитель отдела новых технологий и внебольничной психотерапии ГУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Р.К. Назыров, с профессиональными ассоциациями Беларуси и Казахстана, а также является ассоциированным членом International Federation Psychotherapy (IFP).

Литература:

1. Любовский П. [М.] Краткое руководство к опытному душесловию / П. [М.] Любовский, Имп. Харьк. Ун-та Философии Магистром и Учителем в Слободско-Украинской Гимназии в Харькове. — Х.: Универ. Тип., 1815. — [4], IV. — 140, [4] с.
2. Петровский А. П. Пётр Любовский — передовой психолог начала XIX века / А. П. Петровский // Вопросы философии. — 1952. — № 3. — С. 211–217.
3. Протоколы заседаний Харьковского Медицинского Общества № 2–6 за 1878 год. — Х.: Тип. К. П. Счасни, 1878. — Протокол № 2 от 28 января 1878 года. — С. 1–3.

4. Данилевский В. Я. Единство гипнотизма у человека и животных: (Речь 3 января 1891 года [в сокр.]) / В. Я. Данилевский // *Дневник IV-го Съезда Русских Врачей в память Н. И. Пирогова* / Под ред. П. И. Дьяконова. — М.: Изд-е Правления Съезда; Т-во Скоропечатни А. А. Левенсон, 1891. — С. 139–157.
5. Токарский А. А. Гипнотизм и внушение: (Сообщение, сделанное в Московском психологическом обществе) / А. А. Токарский. — Х., 1888. — 72 с.
6. Грейденберг Б. С. Психологические основы нервно-психической терапии: Речь, прочитанная на публичном заседании I Съезда Русского Союза психиатров и невропатологов, созванного в память С. С. Корсакова в Москве, 6 сентября 1911 года / Б. С. Грейденберг. — Х.: Изд-е З. Я. Добина; Тип. «Печатник», 1912. — 46 с.
7. Петрюк П. Т. Династия Платоновых и проблемы психиатрических нейронаук. Профессор Константин Иванович Платонов — известный отечественный психиатр, невропатолог, психотерапевт и бывший сабурянин. Сообщение 2 / П. Т. Петрюк, А. П. Петрюк // *Психічне здоров'я*. — 2010. — № 2. — С. 87–93.
8. Платонов К. И. О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения: Дис. ... д-ра медицины / К. И. Платонов. — [Из психол. лаб. при клинике нервных и душевных болезней акад. В. М. Бехтерева]. — Санкт-Петербург: Тип. Глав. Управ. Уделов, 1912. — 152 с.
9. Платонов К. И. Внушение и гипноз (в акушерстве и гинекологии) / К. И. Платонов, М. В. Шестопал. — Кременчуг: Госиздат Украины, 1925. — 77 с.
10. Платонов К. И. Внушение и гипноз в практической медицине / К. И. Платонов — Х.: Научная мысль, 1925. — 127 с.
11. Михайленко А. А. Первая отечественная кафедра нервных и душевных болезней (к 150-летию учреждения кафедры в Императорской медико-хирургической академии) / А. А. Михайленко, М. М. Одинак, С. Ю. Голохвастов, В. Ю. Лобзин // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2009. — Т. 109, № 7. — С. 82–86.
12. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Материалы к физиологии психотерапии) / К. И. Платонов // *Психотерапия: Сб. ст.* / Под ред. и с предисл. К. И. Платонова; Ввод. слово А. И. Геймановича. — Х.: Госиздат Украины, 1930. — С. 11–122.
13. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (К физиологии психотерапии): Для врачей, биологов и педагогов / К. И. Платонов. — Х.: Госиздат Украины, 1930. — 116 с.
14. Платонов К. И. Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова: Научно-популярный очерк / К. И. Платонов. — М.: Медгиз, 1951. — 56 с.
15. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова) / К. И. Платонов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медгиз, 1957. — 432 с.
16. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова) / К. И. Платонов. — 3-е изд., с некоторыми доп. и изм. — М.: Медгиз, 1962. — 533 с.
17. Вельвовский И. З. Психопрофилактика болей в родах: Лекции для врачей-акушеров / И. З. Вельвовский, К. И. Платонов, В. А. Плотицер, Э. А. Шугом; Под ред. и с предисл. А. П. Николаева. — Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1954. — 290 с.
18. Вельвовский И. З. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалея, В. И. Сухоруков. — К.: Здоров'я, 1984. — 157 с.
19. Бессмертный А. В. Психотерапия в практике врача Сабуровой дачи Светланы Николаевны Смирновой (к 50-летию первой кафедры психотерапии в мире) / А. В. Бессмертный, С. Н. Смирнова // *Психічне здоров'я*. — 2012. — № 1 (34). — С. 93–95.
20. Михайлов Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III — IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 768 с.
21. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд. стереотипн. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.
22. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз: [Навчальний посібник]. — Х.: Наука, 2010. — 304 с.
23. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. — Х.: Наука, 2010 — 304 с.

РЕЦЕНЗИЯ

На трехтомное издание книги Ю.А. Александровского «ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ», Москва, издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2013

В первом томе «Усмирение и признание» Ю.А. Александровский четко отмечает путь развития психиатрии от донаучной психиатрии к сложному процессу становления и развития психиатрической помощи. Важно и то, что в томе прослеживается переход от усмирения и изоляции к лечению. Интересны подразделы: донаучная психиатрия, первые странноприемницы и доллгаузы, монастырская психиатрия, признание психических расстройств болезненными проявлениями, первые больницы для психических больных, земская медицина и психиатрическая помощь, зарождение военной психиатрии, первые кафедры психиатрии и начало подготовки психиатров. Подразделы ярко представляют эпоху развития и совершенствования отечественной психиатрии, как научной медицинской дисциплины.

Том второй посвящен актуальной злободневной проблеме – лечению и реабилитации и содержит важные разделы клинической, социальной и биологической психиатрии такие как: психиатрия в начале века, организация советской системы психиатрической помощи, психиатрия в 20-е годы, психиатрия в 30-е годы, развитие психиатрии в республиках СССР, научные исследования в 20 -30-е годы, психиатрическая служба во время Великой Отечественной войны и развитие военной психиатрии, клиничко-организационные вопросы психиатрической практики, важнейшие клинические проблемы психиатрии, психиатрия и смежные области науки и медицинской практики, судебная психиатрия, вопросы злоупотребления психиатрией, психиатрия чрезвычайных ситуаций, наркологическая помощь, поиск новых средств и методов терапии психических больных, психофармакологическая терапия, психотерапия, современные вопросы терапевтической практики, федеральные научно-исследовательские центры и институты, психогигиеническая работа среди партактива, о состоянии психоневрологической службы в Советской армии и предложения по ее дальнейшему развитию и совершенствованию, о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании, инструментальные методы диагностики, зарубежные классификации

психических заболеваний, формы шизофрении, о самостоятельности малопрогредиентной формы шизофрении, организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы, VI Всемирный психиатрический конгресс, о книге Андрэ Кооперса «Биографический словарь политических злоупотреблений психиатрией в СССР», психиатрическая помощь личному составу армии в Афганистане, протокол самонаблюдения (аутоэксперимента) действия мескалина, понятие о спектрах психотропной активности, фармакологический анализ динамики психопатологических синдромов и его использование для терапии, история русского психоанализа, основные методы психотерапии, применяемые для лечения больных с психическими расстройствами, история возникновения и развития центра им. В.П. Сербского, что убедительно отражает многочисленные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии.

Особого внимания заслуживает третий том рецензируемого издания — психиатрия в лицах, где в части первой подробно описаны общества и съезды психиатров России, съезды и национальные конференции отечественных психиатров. С особым интересом и большим почтением читается часть вторая — психиатрия в лицах, где четко изложены биографические данные о известных отечественных психиатрах прошлого и что особо ценно так это то, что никто из известных психиатров прошлого не забыт, ничто не забыто, обо всех есть подробное изложение заслуг перед отечественной психиатрией, для каждого из них нашлись добрые, заслуженные слова за их ратный труд во имя отечественной психиатрии. Патографии известных отечественных психиатров удачно дополняют очерки и воспоминания о жизни и деятельности их. Часть третья третьего тома «Психиатрия в лицах» удачно дополняет и расширяет наше представление из прошлого психиатрии в будущее. В части третьей сказано: «Время бежит стремительно. Память не успевает за ним. Однако без прошлого нет будущего. Эти расхожие суждения в полной мере применимы и к истории психиатрии». В истории психиатрии сохранились имена психиатров, которые не только обладали глубокими клиническими знаниями,

но и были социально активными, отличались энтузиазмом и большими организационными способностями. Благодаря С.С. Корсакову, В.П. Сербскому, Н.Н. Баженову, П.П. Кащенко, В.М. Бехтереву, В.П. Осипову, Л.М. Розенштейну, П.Б. Ганнушкину, В.П. Протопопову, В.А. Гиляровскому, Т.И. Юдину, А.В. Снежневскому, С.В. Курашову, Т.Б. Дмитриевой и многим другим была создана стройная система помощи психическим больным. Представленные в «Истории отечественной психиатрии» материалы подтверждают общую историческую закономерность: детали даже важнейших событий постепенно стираются в памяти, сохраняются только сами события и их результаты. Важно помнить основное: психиатрия прошла долгий и непростой путь от мифологической оценки психической «ненормальности» к научному пониманию психических расстройств, от усмирения и призрения людей с психическими расстройствами — к признанию их больными, от изоляции в доллгузах и колониях — к помещению в психиатрические больницы и лечению, от обособленной специализированной — к общемедицинской помощи. Понимание этого может объединять многие подходы к изучению психических нарушений и определению перспектив отечественной психиатрии.

Убедительно представлена справочная литература: хронологический указатель основных событий в истории отечественной психиатрии (XVIII–XXI веков).

Представленный список литературы помогает читателю еще более подробно и тщательно ознакомиться с важными проблемами истории отечественной психиатрии.

Следует отметить, что книга хорошо иллюстрирована уникальными фотографиями с тех далеких лет и нашего, недавнего времени.

Рецензируемая книга является первым капитальным трудом по истории отечественной психиатрии, что, безусловно, стало возможным благодаря блестящему таланту, кропотливому труду нашего корифея психиатрии, гиганта нашей психиатрической мысли — потомственного психиатра, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАМН Юрия Анатольевича Александровского.

Книга быстро завоеует умы и сердца психиатрической общественности нашего отечества.

Хорошо известно мудрое изречение о том, что кто бережно хранит прошлое, у того будет будущее. Так вот у нашей психиатрии есть будущее, которое будет верно служить нашим пациентам, медицинской науке и практике. Следует приветствовать своевременный выход в свет высокоинформативной и так нам всем — психиатрам необходимой книги «История отечественной психиатрии». И следует сказать огромное спасибо Юрию Анатольевичу Александровскому за то, что он создал бестселлер отечественной психиатрии, и будем надеяться, что впереди у Юрия Анатольевича много интересных задумок и звездный час его капитальных трудов еще впереди. И следует сказать огромное спасибо Юрию Анатольевичу Александровскому за то, что он создал бестселлер отечественной психиатрии, и будем надеяться, что впереди у Юрия Анатольевича много интересных задумок и звездный час его капитальных трудов еще впереди. И будем их с нетерпением ждать!

Врачи-психиатры,

*доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки и техники*

Украины И.И. Кутько,

*доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный врач Украины О.А. Панченко.*

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 № 8 від 16.10.2013 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел.: (044) 468-36-13.

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

Тел.: (044) 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 19/11/2013 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 0086.

© Психічне здоров'я, 2013

Розлади психіки та поведінки, психосоматика

Чорна Т.С. Особливості емоційних порушень у пацієнтів
з тривожними розладами невротичного реєстру 3

Хаустова О.О., Бушинська О.В., Кардашов В.П., Тарновецька К.І.,
Прохорова О.В. Психічні розлади у пацієнтів з хронічними
неінфекційними захворюваннями: стан проблеми і перспективи її
вирішення 7

Бутко К.М. Особенности состояния эмоциональной сферы
у больных перенесших ранее реконструктивно-восстановительных
операций на кисти 13

Підлубний В.Л. Клініко-феноменологічні особливості і структура
розладів особистості та поведінки серед працівників промислової
популяції 16

Кузнецов В.В., Корженевская Н.Н. Полушарные особенности
нейропсихологического профиля у больных, перенесших
геморрагический инсульт 21

Кричун Ю.Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації
хворих з obsesивно-компульсивним розладом (огляд літератури) . . . 25

Зінченко О.М. Клініко-психопатологічні особливості невротичних
розладів у жителів сільської місцевості 31

Здорик І.Ф. Діагностика та терапія депресивних та когнітивних
розладів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою 35

Аддиктивні розлади

Коростій В.І. Роль нехімічних аддикцій у розвитку та перебігу
психосоматичних захворювань у молодих осіб 39

Дитяча та підліткова психіатрія

Михановская Н.Г. Биопсихосоциальная модель нарушения
формирования психического здоровья у детей 43

Медична психологія та психотерапія

Чистікова О.І. Аналіз ефективності системи психокорекції та
психопрофілактики психологічної дезадаптації у працівників
пожежно-рятувальної служби 47

Психофармакотерапія

Отрощенко Н.П. Можливості фармакотерапії в реабілітації хворих
на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією . . 54

Михайлов Б.В. Клинические фармакодинамические эффекты
антидепрессантов (механизмы действия) 58

Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація

Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Памяти известного отечественного
психотерапевта К.М. Дубровского (К 120-летию со дня рождения) . . 63

Кутько И. И., Терешин В. А., Пересадин Н.А. Александр Грин.
Психологический портрет, вехи биографии, значение творческого
наследия для психотерапии и библиотерапии 71

Петрюк П.Т., Иваничук О.П. Академик Алексей Николаевич
Леонтьев — выдающийся отечественный психолог и руководитель
известной Харьковской группы психологов (К 110-летию со дня
рождения) 89

До уваги авторів (вимоги до написання статей) 100

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
І. Ф. Аршава (Україна)
К. Л. Барановський (Україна)
А. М. Бачеріков (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)
І. Я. Пінчук (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)
Л. Т. Уралова (Україна)
О. С. Чабан (Україна)
В. А. Шумлянський (Україна)
В. Д. Юрченко (Україна)
Л. М. Юр'єва (Україна)
В. С. Ястребов (Росія)

Contents

Mental and behavioral disorders, psychosomatic

- Chorna T.S.* Peculiarities of emotional damages in patients with anxiety disorders of neurotic case3
- Haustova E.O., Bushinskaya E.V., Tarnovetskaya K.I., Kardashov V.G., Prochorova O.V.* Psychiatric disorders in patients with chronic non-communicable diseases: state of the problem and the prospects for its solutions7
- Butko K.M.* Features of the condition of the emotional sphere of patients with reconstructive operations on the hand13
- Podlubniy V. L.* Clinical phenomenological features and structure of personality disorders and behavior among workers promishlennoy population.16
- Kuznecov V.V., Korgenevskaya N.N.* The hemispheric features of neuropsychological profile in patients with hemorrhagic stroke.21
- Krychun Y.Y.* Medical and social, psychological rehabilitation model for patients with obsessive-compulsive disorder (review).25
- Zinchenko O.M.* Clinical and psychopathological features of neurotic disorders in residents of rural areas.31
- Zdoryk I.F.* Diagnosis and therapy of depression and cognitive impairment in patients with hypertension35

Addictive disorders

- Korostiy V.I.* The role of non-chemical addictions in the development and course of psychosomatic disorders in young people. 39

Children's psychiatry

- Mikhanovskaya N.G.* Biopsychosocial model of disorders in formation of mental health in children 43

Medical psychology and psychotherapy

- Chystikova O. I.* Efficiency analysis of psychocorrection and psychoprophylaxis system of psychological maladjustment in workers of fire and rescue service. 47

Pharmacotherapy of mental disorders

- Otroshchenko N.P.* Possibilities of pharmacotherapy in the rehabilitation of patients with organic mental disorders associated with the Chernobyl accident 54
- Mykhaylov B.V.* Clinical pharmacodynamic effects of antidepressants (mechanism of action) 58

Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information

- Petryuk P.T., Petryuk O.P.* In memory of famous domestic psychotherapist K.M. Dubrovsky (To 120-th anniversary) 63
- Kutko I.I., Teryshin V.A., Peresadin N.A.* Alexander Green. Psychological portrate, history of a life, role literary creativity for psychotherapy and bibliotherapy 71
- Petryuk P.T., Ivanychuk O.P.* Academician Alexej Nikolayevich Leont'ev is a prominent domestic psychologist and leader of the known Kharkiv group of psychologists (To 110-th anniversary) 89

The notice for our authors (equipments to the articles) 100

Особливості емоційних порушень у пацієнтів з тривожними розладами невротичного регістру



Чорна Т. С.

Чорна Т. С.

КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім.О.І.Ющенка»

Резюме. На підставі обстеження 115 пацієнтів з тривожними розладами невротичного регістру, з діагнозами епізодична пароксизмальна тривога, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожно-депресивний розлад, встановлено, що пацієнтам властивий високий рівень інтравертованості та низький рівень нейротизму, та виявлено переважання холеричного та меланхолічного типів темпераменту.

Найбільш розповсюджені типи акцентуацій характеру — тривожний та емотивний, характерний для усіх груп пацієнтів високий рівень реактивної тривожності. Запропоновано використання даних закономірностей для побудови диференційованих терапевтичних заходів.

Ключові слова: тривожні розлади, епізодична пароксизмальна тривога, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожно-депресивний розлад, емоційні порушення.

Peculiarities of emotional damages in patients with anxiety disorders of neurotic case

Chorna T. S.

Resume. Based on the examination of 115 patients with anxiety disorders of neurotic case, diagnosed with episodic paroxysmal anxiety, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder, it has been established that patients tend to have high level of introversion and low level of neuroticism and the prevalence of choleric and melancholic temperament types has been also discovered.

The most common types of character accentuation - anxious and emotive, as well as high level of reactive anxiety are characteristic of all groups of patients. The use of the regularities, mentioned above, has been suggested for the development of differentiated therapeutic interventions.

Key words: anxiety disorders, episodic paroxysmal anxiety, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder, emotional disorders.

Тривожні розлади є найбільш значущими психічними захворюваннями, чисельність яких непинно зростає за останні роки як в Україні, так і в країнах Європи, що обумовлено атиповістю симптоматики, психосоматичними проявами, високою схильністю до хронізації.

За даними епідеміологічного дослідження «Психічне здоров'я у світі» та офіційної статистики МОЗ України для тривожних розладів рівень звернень по допомогу на протязі життя склав 21,1 %, (23,7 % чоловіків и 20,0 % жінок), панічні розлади склали 35,5 % (49,1 % та 32,6% відповідно) [1,2]. У США, на протязі життя страждають хоча б одним тривожним розладом 30% населення [3], а на протязі одного року від 11 до 18 % дорослого населення [4], за межами США ці дані дещо нижчі — від 19 до 16 % у Європі, Азії та Африці [5].

Ефективність терапії пацієнтів з патологічною тривогою досить невисока, що пов'язана з рідким використанням комплексного підходу до лікування, що пов'язано з недооцінкою їх розповсюдженості та можливих важких наслідків хронізації [7]. Монотерапія є малоефективною, оскільки не може врахувати мультифакторність їх генезу[8].

Все вищевикладене обумовило проведення дослідження, метою якого була порівняльна характеристика емоційних порушень та типологічних особливостей пацієнтів з тривожними розладами різних нозологій.

Психопатологічне дослідження проводилось 115 пацієнтам з діагностичними категоріями: F41.0 — Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) — 27 пацієнтів, F41.1 — Генералізований тривожний розлад — 21 пацієнт, F41.2-Змішаний тривожно-депресивний розлад — 67 пацієнтів, дозволило визначити структуру проявів та загальні закономірності формування тривожних розладів невротичного регістру.

В обстеженні використовувались наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний та методики: шкали тривоги та тривожності Ч.Д. Спілбергера — Ю.Л. Ханіна, особистістний опитувальник Айзенка (EPI), шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії, дослідження акцентуації особистості за методикою Леонгарда — Шмішека [8].

Психопатологічна структура тривожних розладів в окремих нозологічних категоріях мала свої кількісні та якісні особливості.

За даними методики Спілбергера-Ханіна у більшості пацієнтів спостерігався високий рівень реактивної тривожності в усіх трьох групах ($88,76 \pm 6,48\%$), що був найбільшим у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом ($95,24 \pm 4,17\%$), так і рівень ситуативної тривожності був високий у $52,15 \pm 4,99\%$, а у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом ($57,14 \pm 1,39$) відповідно (Таб.1).

Для оцінки рівня емоційної стійкості, яка відображає ступінь лабільності нервової системи був проведений аналіз показників нейротизму в досліджуваних групах пацієнтів.

Аналіз даних, які отримані з допомогою опитувальника ЕРІ, вказує на домінування низького рівня нейротизму, що був зареєстрований у $93,46 \pm 2,67\%$. Також звертає на себе увагу перевага інтравертованості $57,67 \pm 9,26\%$, що була найбільш виражена у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом ($66,67 \pm 19,44$), над екстровертівністю $41,83 \pm 9,26\%$, що переважала у пацієнтів з епізодичною пароксизмальною тривогою $51,85 \pm 2,00\%$ (Таб.2).

Поєднана оцінка показників по шкалам нейротизму та екстраверсії

(інтроверсії) дозволила провести аналіз типів темпераменту. Переважання меланхолійного ($54,07 \pm 6,63\%$) та холеричного ($39,36 \pm 5,56\%$) типів темпераменту було найбільш виражене в усіх трьох нозологічних групах. (Таб.3).

Враховуючи високу коморбідність тривожних розладів невротичного регістру з депресивними розладами та особистісними порушеннями, не виключенням були і результати нашого дослідження.

За даними, отриманими за допомогою шкали Гамільтона (HDRS) (Таб.4) для оцінки депресії у $59,26 \pm 9,60\%$ пацієнтів з епізодичною пароксизмальною тривогою, та у $42,86 \pm 1,38\%$ пацієнтів з генералізованим тривожним розладом було виявлено легкий рівень депресії. У пацієнтів з змішаним тривожно-депресивним розладом легкий рівень $67,16 \pm 1,69\%$ та помірний рівень $29,85 \pm 5,54\%$, відповідно.

Звертаючи увагу на дані, що виявлені за допомогою дослідження акцентуації особистості

Таблиця 1

Розподіл рівнів реактивної та особистісної тривожності

Рівень тривожності	Епізодична пароксизмальна тривога (n= 27)		Генералізований тривожний розлад (n=21)		Змішаний тривожно-депресивний розлад (n=67)	
	абс	% \pm m	абс	% \pm m	абс	% \pm m
<i>Реактивна тривожність</i>						
Низький	-		-		-	
Помірний	5	$18,52 \pm 4,39$	1	$4,76 \pm 3,33$	7	$10,45 \pm 2,10$
Високий	22	$81,48 \pm 4,39$	20	$95,24 \pm 4,17$	60	$89,55 \pm 2,25$
<i>Ситуативна тривожність</i>						
Низький	6	$22,22 \pm 0,83$	5	$23,81 \pm 1,39$	10	$14,93 \pm 3,51$
Помірний	7	$25,93 \pm 12,09$	4	$19,05 \pm 2,78$	25	$37,31 \pm 2,22$
Високий	14	$51,85 \pm 12,91$	12	$57,14 \pm 1,39$	32	$47,76 \pm 1,31$

Таблиця 2

Розподіл екстраверсії, інтроверсії та нейротизму

	Епізодична пароксизмальна тривога (n= 27)		Генералізований тривожний розлад (n=21)		Змішаний тривожно-депресивний розлад (n=67)	
	абс	% \pm m	абс	% \pm m	абс	% \pm m
<i>Рівень екстраверсії та інтроверсії</i>						
Екстраверти	14	$51,85 \pm 2,00$	7	$33,33 \pm 19,44$	27	$40,30 \pm 14,07$
Інтраверти	13	$48,15 \pm 2,00$	14	$66,67 \pm 19,44$	39	$58,21 \pm 14,07$
Недостовірність даних за шкалою брехні	-	-	-	-	1	$1,49 \pm 1,18$
<i>Рівень нейротизму</i>						
Більше 12	25	$92,59 \pm 7,14$	20	$95,24 \pm 7,93$	62	$92,54 \pm 1,87$
Менше 12	2	$7,41 \pm 6,88$	1	$4,76 \pm 3,17$	4	$5,97 \pm 1,73$
Недостовірність даних за шкалою брехні	-	-	-	-	1	$1,49 \pm 1,18$

Таблиця 3

Розподіл типів темпераменту за даними тесту Айзенка

	Епізодична пароксизмальна тривога (n= 27)		Генералізований тривожний розлад (n=21)		Змішаний тривожно-депресивний розлад (n=67)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
Флегматичний	1	3,7±3,44	1	4,77±3,17	4	5,97±1,73
Холеричний	12	44,45±9,06	7	33,33±19,44	27	40,30±14,07
Меланхолійний	13	48,15±1,92	13	61,9±21,83	35	52,24±13,88
Сангвінічний	1	3,7±3,44	-	-	-	-
Недостовірність даних за шкалою брехні	-	-	-	-	1	1,49±1,18

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів по ступеню вираженості депресії (за даними методики Гамільтона)

	Епізодична пароксизмальна тривога (n= 27)		Генералізований тривожний розлад (n=21)		Змішаний тривожно-депресивний розлад (n=67)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
Норма(0-7балів)	11	40,74±9,62	12	57,14±1,36	2	2,99±2,35
Легка(7-12 балів)	16	59,26±9,60	9	42,86±1,38	45	67,16±1,69
Помірна (14-18 балів)	-	-	-	-	20	29,85±5,54
Важка(19-22 бали)	-	-	-	-	-	-
Вкрай важка (більше 23 балів)	-	-	-	-	-	-

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів за виявленими типами акцентуацій особистості (за методикою Леонгарда-Шмішека)

Типи акцентуацій	Епізодична пароксизмальна тривога (n= 27)		Генералізований тривожний розлад (n=21)		Змішаний тривожно-депресивний розлад (n=67)	
	абс	%±m	абс	%±m	абс	%±m
Гіпертимний	2	7,41±0,28	1	4,76±3,17	3	4,48±3,53
Збудливий	-	-	-	-	1	1,49±0,48
Емотивний	8	29,63±1,10	2	9,53±1,39	26	38,82±2,86
Педантичний	1	3,70±1,72	1	4,76±3,17	-	-
Тривожний	11	40,74±2,20	11	52,38±6,15	12	17,92±8,35
Циклотимний	2	7,41±3,99	2	9,53±6,34	9	13,43±4,74
Демонстративний	-	-	2	9,52±3,57	2	2,98±0,95
Неврівноважений	-	-	1	4,76±1,78	5	7,46±2,95
Дистімний	2	7,41±3,99	-	-	5	7,46±0,19
Екзальтований	-	-	1	4,76±1,78	2	2,98±0,71
Немає акцентуацій	1	3,70±1,72	-	-	2	2,98±0,71

за методикою Леонгарда-Шмішека, значна перевага тривожного типу у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом 52,38±6,15% та епізодичною пароксизмальною тривоною 40,74±2,20%, та емотивного 38,82±2,86 % у пацієнтів з змішаним тривожно-депресивним розладом. (Таб.5).

Таким чином аналіз закономірностей отриманих результатів виявив, що пацієнти з тривожними розладами є переважно інтровертовані, з

низьким рівнем нейротизму. Групу ризику складають пацієнти з тривожним та емотивним типами акцентуації з високим рівнем реактивної тривожності.

Дані обстеження стали основою в розробці концептуального підходу та побудови патогенетично обґрунтованої системи психотерапії пацієнтів з тривожними розладами невротичного регістру з урахуванням емоційних та типологічних особливостей [9].

В якості критеріїв ефективності були розглянуті нормалізація психічного стану пацієнтів, зменшення тривоги (за шкалою тривоги Спилбергера-Ханіна) та тривалість клінічного ефекту.

Використання патогенетично обґрунтованої системи психотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів дозволяє скоротити терміни лікування та попередити розвиток затяжних форм захворювання.

Література

1. И.Я. Пинчук. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України.—2010. — т. 16, № 1. — С. 168–176.
2. Bromet E.J., Gluzman S.F., Panioitto V.I. et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2005. — Vol. 40. — P. 681–690.
3. Kessler R.S., Berglund B., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry. — 2005. — 62. — P. 593–602.
4. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. — Vol. 62. — P. 617–627.
5. Comer J., Olfson M. The epidemiology of anxiety disorders / H. Simpson, Y. Neria, R. Levis Fernandez, F. Schneier (Eds.) // Anxiety disorders. — Cambridge, 2010.
6. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств // Журнал «Вестник ассоциации психиатров Украины». — 2013. — №4.
7. Хаустова Е.А., Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств // Международный неврологический журнал. — 2012. — №2.
8. О. В. Волошок. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості // Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. — Кам'янець-Подільський, 2010. — Вип. 10. — С.120–128.
9. Михайлов Б. В., Мартиненко А. О., Сердюк О. І., Трегубова Н. О. Застосування алгоритмізованих психотерапевтичних технік в реабілітації хворих в умовах санаторного лікування // Новые медицинские технологии в клинической и курортной практике: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 80-летию каф. «Мед. реабилитации, физиотерапии и курортологии» КМАПО им. П. Л. Шупика, 20–22 мая 2004 г. — К., 2004. — С.33–35.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Психічні розлади у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями: стан проблеми і перспективи її вирішення



Хаустова О. О.



Бушинська О. В.



Кардашов В. П.,



Тарновецька К. І.

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

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

Резюме. В статті розглядається актуальність комплексного підходу до лікування пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями, коморбидної з психічною патологією. Проаналізована частота зустрічальності і клінічні особливості непсихотичних психічних розладів в соматичних закладах, відзначається тенденція до збільшення коморбидної захворюваності і невідповідність існуючої системи надання медичної допомоги таким пацієнтам. Відзначено, що психосоматичний підхід до лікування суміжних захворювань методологічно забезпечує створення сучасної системи спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги вже на рівні першої ланки медичної допомоги.

Ключові слова: психосоматичні захворювання, тривога, депресія, когнітивні порушення.

Psychiatric disorders in patients with chronic non-communicable diseases: state of the problem and the prospects for its solutions

Haustova E., Bushinskaya E., Tarnovetskaya K., Kardashov V., Prochorova O.

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse, Kiev

Resume. This article discusses the importance of an integrated approach to the treatment of patients with chronic non-communicable diseases, comorbid with psychiatric disorders. Analyzed the incidence and clinical features of non-psychotic mental disorders in somatic institutions tendentsiya marked by an increase in comorbid pain and imperfection of the current system of care for these patients. It is noted that the psychosomatic approach to the Supervision of co-morbid conditions methodologically provides a modern system of specialized psychological and psychiatric care at the level of the first level of care.

Key words: psychosomatic disorders, anxiety, depression, cognitive impairment.

Психосоматична медицина, в сучасному розумінні цього терміну, — метод лікування і наука про взаємодію психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем [1,2]. Важливість психічного і соматичного здоров'я людини була підкреслена в визначенні Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) і отримала вагоме підтвердження в багатьох наукових дослідженнях [3-6]. Ще Сократ стверджував: «Неправильно лікувати очі без голови, голову без тіла, тіло без душі»; В.М. Бехтерев наголошував на можливості розвитку соматичних розладів під впливом

психічних змін [2,7,8], а М.Я. Мудров (1949) вважав, що є душевні ліки, які лікують тіло [9]. Пізніше, F. Alexander (1950) трактував виникнення психосоматичних розладів, ґрунтованих на довільній поведінці, експресивними проявами вегетативних вісцеральних і судинних реакцій, а також підготовкою до боротьби чи втечі в небезпечній ситуації [10,11].

Розповсюдженість психосоматичних розладів досить висока і оцінюється в загально-медичній практиці від 30 до 57 % [12]. Як доказ, одноденний «зріз» госпіталізованих хворих у багатопрофільної лікарні становив 53,6 %

психосоматичних розладів [13]. Відповідно до результатів вибірових досліджень, соматоформні розлади виявляються у 10–26 % хворих загальносоматичної мережі, нозогенії — у 13–41 % хворих; частота реакцій за типом симптоматичної лабільності оцінюється у 10–14 %, а симптоматичних психозів — у 5–8 % [14]. Представлені розбіжності можна пояснити використанням різних діагностичних критеріїв соматизації [15]. Крім того, психосоматичні розлади вважаються одним з різновидів саморуйнівної поведінки [16]. З урахуванням сучасної біопсихосоціальної парадигми, психосоматичний розлад — це соматичне захворювання, в етіопатогенезі якого вагомими емоційними та когнітивними факторами представлені у вигляді внутрішнього особистісного психологічного конфлікту, причому хворий справедливо бачиться не тільки «власником» хворого органа, але особистістю, що функціонує у визначеному, нерідко патогеному, середовищі [17].

Існує велика кількість теорій, що пояснює походження психосоматичних захворювань, які, в основному, групуються навколо обох підходів. За першим підходом, психосоматичні захворювання є результатом стресу, зумовленими дією психотравм. Другий підхід — виникнення психосоматичних захворювань пов'язане з внутрішнім конфліктом різноспрямованих мотивів індивіда: це конфлікт людини самої з собою [23].

Однак, в сьогоденні, не існує єдиної загальноприйнятої теорії, яка могла б пояснити виникнення всіх можливих психосоматичних порушень. Більшість вчених вважає, що головною причиною виникнення психосоматичної патології є соціальна дезадаптація. Завдання психосоматичної медицини полягає в тому, щоб знайти зв'язок між психологічними показниками переживань і поведінки і соматичними процесами та отриману картину використати в терапевтичних цілях. Психосоматика також вирішує питання прогнозу, який визначається при лікуванні різними методами. Уходячи коренями в загальну медицину, психосоматика вимушена постійно розширювати свої межі, що неминує приводить до пошуків нових шляхів дослідження. Сьогодні важливо те, що допускається плюралізм рівнів досвіду і що науково-дослідницькі підходи конкурують між собою і в той же час залишаються відкритими один для одного [24].

В сучасній медицині тлумачення терміна «психосоматичні розлади» значно розширилося і вийшло за межі «класичних психосоматозів», якими є: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальна астма, гіперфункція щитовидної залози, гіпертонія, ревматоїдний артрит, захворювання нирок, хронічна екзема

(нейродерміт). Регістр психосоматичного реагування останніми роками значно розширився за рахунок включення в нього інших захворювань серцево-судинної та ендокринної системи, великого числа шкірних і урогенітальних захворювань, мігрені й ін. [26].

П.К. Анохін [18] вважав, що психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними (органими) порушеннями. У сучасній культурі існують досить специфічні психологічні фактори, які сприяють росту загальної кількості пережитих негативних емоцій у вигляді туги, страху, агресії й одночасно утрудняють їхню психологічну переробку. Ці особливі цінності й установки заохочуються в макро- і мезосоціумі і культивуються в багатьох родинах (мікросоціум), як відображення тенденцій більш широкого соціуму. Вони стають надбанням індивідуальної свідомості, створюючи психологічну схильність або уразливість до розладів психіки. Можна сказати, що емоційні порушення тісно зв'язані з культом успіху і досягнень, культом сили і конкурентності, культом раціональності і стриманості, характерними для нашої сучасної культури. Ці цінності переломлюються потім у сімейних та інтерперсональних відносинах, провокуючи прояви хворобливої симптоматики такої як тривога, депресія та інш. [19,20].

Соціально спровокована тривога клінічно проявляється низькою інтенсивністю афекту, певною підконтрольністю почуття занепокоєння, станом очікування; придушенням тривожних спонукань до дії, висловлень, афективній розрядці через сміх або плач; стертістю, маскованістю проявів тривоги за астеничною дратівливістю, гнівними спалахами і прагненням до афективної розрядки переважно через гнів. Як відмічає Турищев С.Н. (2008), тривога частіше виявляється у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, в той час як депресія більш притаманна пацієнтам з ішемічною хворобою серця [21,22]. Разом з тим, тривога і депресія формують велику кількість патологічних станів, в яких вони співіснують, погіршуючи перебіг соматичного та психічного захворювання, а також якість життя пацієнта в цілому.

При афективній патології, яка розвивається незалежно від соматичного захворювання (циклотимічні, дистимічні, реактивні депресії і інш.), найбільші ускладнення пов'язані з тим, що клінічна картина включає ряд соматовегетативних симптомокомплексів, характерних як для афективного розладу, так і для соматичного страждання (загальні симптоми) [27]. В числі таких симптомів з переважанням у картині депресії може бути виділено загальний

спад з постійною втомою, відсутність відчуття відпочинку після сну, безсоння і недостатня тривалість сну, відсутність апетиту і закрепи, відчуття «свинцевої» голови, тяжкість у грудині або животі, відчуття стиснення шиї, неспокій у грудях, розлади менструального циклу, лібідо, потенції, патологічний циркадний ритм. У клінічній картині тривожних депресій на перший план почасти виступають явища соматичної тривоги — пітливість, тахікардія, тахіпное, запаморочення, гастроінтестинальні симптоми, сухість у роті та ін. При іпохондричних депресіях афективний соматовегетативний симптомокомплекс включає соматоформні розлади — множинні патологічні тілесні сенсації, пов'язані зі страхом важкого тілесного недуги або з переконаністю в його наявності.

Найбільш часті прояви депресії можуть бути розташовані в наступному порядку спаду: головна біль, відчуття здавлювання у голові; відчуття здавлювання і болю в епігастральній ділянці; біль і напруження в кінцівках; відчуття задимлення в серці, серцевий страх; утруднення при диханні; відчуття стискання в горлі і позиви до блювання. Прояви істеричних депресій, які супроводжуються масивною конверсійною симптоматикою — функціональні гіперкінези, тремор, анестезія, парези, астетизація-абазія, звуження кола зорового сприйняття, психогенна афонія та інш.

Особливе місце серед депресій, що розвиваються незалежно від соматичного захворювання — і перш за все у пацієнтів загальномедичної мережі, де переважають стерті, атипові форми — належить соматизованим депресіям при яких основні прояви афективного розладу (гіпотімія, психомоторні порушення, ідеї провини та інше) мало виражені («субсиндромальні депресії»). При переважанні в картині таких станів розладів автономної нервової системи говорять про «вегетативні депресії», депресії з домінуванням больових відчуттів позначаються терміном «алгічні» і т.д.

Для ініціальної стадії астенічної депресії (депресія виснаження), які доволі часто супроводжують соматичні захворювання, характерні феномени позитивної афективності: стомлюваність, плаксивість, підвищена чутливість до сенсорних стимулів, нерозмірність відчуттів, супроводжуваних фізіологічними процесами. Схожий стереотип розвитку властивий і соматизованій дистимії, що характеризується на етапах становлення і повної психопатологічної завершеності синдрому переважання феноменів позитивної афективності з невіддільними від власне гіпотімії, що має фізикальний відтінок (печія в області грудей або гортані), соматоформні розладами (слабкість, серцебиття, задишка та

ін.) У міру хроніфікації стану на перший план можуть виступати явища гіпестетичної астенії і схильність до іпохондричного самоспостереження. А у картині розгорнутої депресії можуть формуватися ознаки негативної афективної — гіперестетична астенія з відчуженням власної активності і загального почуття тіла.

При депресіях, що приховуються соматичними «масками» («ларвовані», «алекситимічні депресії», «тімопатичні (депресивні) еквіваленти»), пацієнти не тільки не усвідомлюють наявності депресивного розладу. Вони переконані в присутності якогось рідкісного захворювання, що важко діагностується, тому наполягають на чисельних обстеженнях. У цих випадках «центр ваги» захворювання зміщується в напрямку психосоматичних порушень, а хворі стають «жертвами» гіпердіагностики, надлишкових терапевтичних заходів і поліпрагмазії, як наслідок терапевтичної безпорадності

Діагностика соматизованих депресій спирається на наступні критерії (за Десятниковим В.Ф., 1975): розрив між поліморфізмом соматовегетативних проявів, потребою в медичній допомозі, з одного боку, і відсутністю об'єктивно виявляємих ознак соматичного захворювання, з іншого; підпорядкованість соматизованих та інших проявів позитивної афективності добовому ритму; приєднання в дебюті або по мірі динаміки розладів ознак негативної афективної; періодичність маніфестації хворобливої симптоматики, ремітуючий перебіг; наполегливе звернення за медичною допомогою, незважаючи на очевидну відсутність результатів лікування; поліпшення на фоні прийому антидепресантів [28], ускладнюючи важкі неврологічні і соматичні захворювання, що в цілому підкоряються в цих випадках закономірностям динаміки екзогенного типу реакцій у відповідь на зовнішню шкідливість, включаючи послідовну зміну етапів відповідно до тяжкості та характеру соматичного захворювання. При загостренні тілесної недуги депресія посилюється, при його послабленні — приймає субсиндромальну форму і редукується.

Органічні депресії можуть бути проявами морфологічного ураження мозку або нейроендокринного дефіциту. Найчастіше формуються в рамках наступних неврологічних захворювань: при органічних процесах з переважним ураженням екстрапірамідної системи; демієлінізуючих захворювань (розсіяний склероз); судинних захворювань головного мозку (атеросклероз судин головного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу, залишкові явища після гострого порушення мозкового кровообігу); черепно-мозкових травмах; пухлинах мозку (частіше скроневі або лобної часток). При деяких органічних

ураженнях ЦНС (паркінсонізм, розсіяний склероз, пухлини мозку) депресія на початкових етапах патологічного процесу може виступати в якості одного з ранніх симптомів, «маскують» прояви основного захворювання. Афективні прояви в цих випадках відрізняються рудиментарністю, незавершеністю (смуток, плаксивість, періодично виникаюча тривожність, порушення сну [17].

У клінічній картині більш виражених органічних депресій домінують ознаки адинамії, аспонтанності, акінезії, астенії, дисфорії. Наприклад, для афективних розладів при паркінсонізмі характерна перевага порушень астенічного полюсу, при цьому гіпотімія може супроводжуватися не тільки «псевдоневрастенічними» скаргами (загальмованість, загальна слабкість, втомлюваність, відсутність сил), але і дисфорія з дратівливістю, тривогою, песимістичною оцінкою майбутнього, суїцидальними думками, але без ідей гріховності і самозвинувачення. Дисфорічні депресії спостерігаються також у віддаленому періоді черепно-мозкової травми. Іншим домінуючим проявом негативної афективної в цих випадках є ангедонія з монотонністю афекту. «Судинній депресії» притаманна велика кількість соматичних і іпохондричних скарг, одноманітність і настирливість поведінки; у гострому постінсультному періоді можливо ускладнення картини депресії патологічним плачем; можливі спалахи тривожно-боязкого збудження і нічні деліріозні епізоди. Симптоматичні депресії — часто зустрічаємий розлад, спостерігається при багатьох тяжких соматичних захворюваннях. Їх формування може бути пов'язане з патологією серцево-судинної, легеневої і травної систем; ураженням нирок з явищами уремії; цирозом печінки; онкологічними захворюваннями, при гіперпаратиріодизмі, діабеті; при авітамінозах, залізо- і вітамін В₁₂-дефіцитної анемії. Клінічна картина соматогеній, які ускладнюють соматичне захворювання, частіше мають форму астенічної депресії з гіперстезією, явищами роздратованої слабкості, підвищеною втомлюваністю, слабодухістю, плаксивістю. Наряду з цим можуть спостерігатися ангедонії і психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги з розсіяністю, забудькуватістю, нездатність сконцентруватися, а також вегето-судинні прояви: скарги на шум та дзвін у вухах, головні болі, головокружіння [17].

Отже, тяжке хронічне соматичне захворювання почасти суттєво змінює можливості в здійсненні різних видів діяльності, веде до обмеження контактів з оточуючими людьми, призводить до зміни місця зайнятого їм в житті раніше. У зв'язку з цим, спостерігається зниження вольової активності, обмеження кола інтересів,

в'ялість, апатичність, порушення цілеспрямованої діяльності із зниженням працездатності. Наприклад, у хворих з хронічною нирковою недостатністю на фоні інтоксикації розвивається астенія. При наростанні астенії виникають зміни в пізнавальних процесах таких, як пам'ять, увага — передумов інтелекту. Відбувається звуження об'єму уваги, порушення процесів фіксації і зберігання інформації. У міру наростання астенії до порушень процесів уваги і пам'яті приєднуються й інші зміни інтелектуальної сфери: знижується рівень аналітико-синтетичної діяльності мислення з переважанням наочно-образного мислення над абстрактно-логічним. Розумова діяльність починає носити риси конкретності і ситуативності. Поступово формується інтелектуальна недостатність, знижується продуктивність мислення. Зміни в пізнавальній сфері хворих з хронічною нирковою недостатністю нерозривно пов'язані зі змінами емоційності. У структурі астенії спостерігається дратівливість зі зниженням контролю над емоційними реакціями, наростання тривоги і явища психомоторного збудження зі спалахами дратівливості (прискіпливість, надмірна вимогливість, примхливість), іноді досягає рівня дисфорії [30]. Не меншу зацікавленість вчених і практикуючих лікарів викликає вплив психогенних чинників на розвиток і перебіг соматичної патології. Наприклад, у хворих з серцево-судинними захворюваннями при перших симптомах/проявах хвороби на перший план виступає тривога, яка в залежності від типу акцентуації характеру, може переростати в афективні, а саме, депресивні розлади: за даними європейського дослідження DEPRES, частота депресій коморбідна з серцевою патологією і складає 6,9 % [27,31]. Депресивний стан у таких випадках характеризується зниженням настрою, втратою інтересу до отримання задоволення, погіршення апетиту, зниження самооцінки, відчуття невпевненості в собі, темним і песимістичним баченням майбутнього, анозогнозія свого стану. Присутній поганий сон з частим пробудженням (важко заснути, раннє, стійке пробудження, «тривожна, неспокійна ніч»). Нерідко стан супроводжується вираженою астенією, яка може збільшуватись/наростати при додаткових навантаженнях, яких немає сил подолати. Існуючий патогенний вплив тривоги навіть може ускладнюватись їй панічними атаками: «нападами» страху, і іноді навіть жаху при значних відчуттях дискомфорту в області серця, сильною пітливістю, задишкою, серцебиттям і, як наслідок, страхом смерті. Спостерігаються також порушення в когнітивній сфері: зниження процесів уваги (мимовільної, довільної уваги; стійкості, концентрації, переключення та розподілу), пам'яті (короткочасної,

довготривалої, оперативної — гіпомнезія), що навіть може призвести до психогенії. Часто при цьому формується обмежувальна поведінка, що проявляється у звуженні кола спілкування, ізоляції. За нашими власними даними, у пацієнтів з депресією ССЗ розвиваються у 2-4 рази частіше, а летальність після перенесених коронарних подій в 2-4 рази вища [32,33].

Отже, серед населення збільшилась загальна кількість психічних розладів у хворих з неінфекційними хронічними захворюваннями. Разом з тим, значна частка таких хворих з різноманітними проявами психічної патології, зміщена з суто спеціалізованої сфери — психіатрії - у область діяльності інших медичних спеціальностей: в Україні і у світі 43 % хворих на депресію лікуються у лікарів загальної практики, 46 % — амбулаторно у психіатрів і тільки 11 % госпіталізуються у психіатричні клініки [34]. Така ситуація призводить до несвоєчасного виявлення багаточисельних психічних розладів, що відображається на збільшенні кількості занедбаних по відношенню до діагностики та лікуванню випадків. Все це призводить до подальшої зниження працездатності пацієнтів із поєднаною патологією, погіршення прогнозу коморбідної патології та якості життя хворих,

необґрунтованих економічних витрат як пацієнта, так і держави.

Таким чином, стає нагальна необхідність створення сучасної системи спеціалізованого психолого-психіатричного менеджменту вже на рівні першої ланки медичної допомоги. Впровадження системи має забезпечити ефективне міждисциплінарне співробітництво психіатрів та лікарів загальної практики щодо пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями для раціонального використання медичних ресурсів. Зараз подальший прогрес суспільства залежить від того, наскільки успішним буде «перевертання піраміди», встановлення зворотного співвідношення — не суспільство й особистість для держави, а держава для суспільства і суспільство для особистості, для кожного окремого індивідуума [27]. Майбутнє за тим суспільством, яке зможе надати всім особистостям, котрі його складають, соціально рівні стартові умови, різноманіття життєвих виборів, оптимальні умови самореалізації у різних ролях і функціях. Кожен член суспільства має самостійно обирати свої ролі та функції, знаходити себе у них. Суспільство лише створює можливості вільного здійснення таких виборів і допомагає кожній людині гідно пройти власний шлях.

Література

1. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подход к коррекции // Междунар. мед. ж. — 2001. — Т.7, №1. — С.37-40.
2. Хаустова О.О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря // Ліки України — 2005. — №9. — С.15-18.
3. Пінчук І.Я. Распространенность психических расстройств в Украине. Журн. АМН Украины — 2010. — Т.16, №1. — С.168-176.
4. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Нейро News. Психоневрология и нейропсихиатрия — 2010. — С.83-90.
5. Марута Н.О. Організація роботи поліпрофесійної бригади при наданні психіатричної допомоги в Україні // Укр. вісн. Психоневр. — 2011. — Т.19, №1. — С.34-36.
6. Чабан О.С. Невідкладна терапія в психіатрії та наркології / Хаустова О.О., Я.М. Несторович // Бібліотека практикуючого лікаря — Київ: Медкнига — 2010. — 132с., іл.
7. Salmon P. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentation and doctor responses that influence the probability of somatic intervention / Humphirs G.M., Ring A. // Psychosom. Med. — 2007. — V.69(6). — P.571-577.
8. Fava G.A. Psychological factor affecting medical condition: a new proposal for DSM-V / Fabbri S., Sirril L. // Psychosomatics — 2007. — V.48(2) — P.103-111.
9. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. — М.: Триада-Х, 2000. — 256с.
10. Михайлов В.Б. Соматоформні розлади — сучасна загально медична проблема / Сарвін І.М., Баженов О.С., Мировишніченко Н.В. // Укр. мед. часопис — 2003. — №3. — С.73-76.
11. Дзюба О.М., Хаустова О.О., Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Прохорова О.В. Алгоритм психотерапевтичної інтервенції в комплексній курації кардіохірургічних пацієнтів // Таврический журнал психіатрії — 2012. — Т.16, №1(58). — С.5-12.
12. Андриющенко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине — 2011. — №1.
13. Смулевич А.Б. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты мультицентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) / Андриющенко А.В., Бескова Д.А. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2009. — №1. — С.18-26.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. — Медицина — М. — 2003. — С.31-35.

15. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 2. Клиническая медицина — 2007. — №4. — С.20-3.
16. Арина Г.А. «Психосоматический симптом как феномен культуры» в сборнике Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. М. — Академический проект — 2009. — 311 с.
17. Джинчарадзе Е.В. Особенности повседневных стрессовых событий у пациентов с психическими расстройствами, обращающихся за психологической помощью / Е.В. Джинчарадзе // Рос. психiatr. журнал — 2010. — №4. — С.46-54.
18. Александров Ю.И. Теория функциональных систем в психологии / В.Н. Дружинин // Психологический журнал — 1998. — Т.19, №6. — С.3-10.
19. Смулевич А.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройства в общей медицине (обзор литературы) / Андриященко А.В., Романов Д.В. // Психические расстройства в общей медицине — 2010. — №2. — С.23-42.
20. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Изд.3-е, перераб. и доп. М., Медицина, 2000.
21. Смулевич А.Б. Психокardiология / Сыркин А.Л. — М. — 2005.
22. Турищев С.Н. Формирование вектора психического комфорта. // Врач — 2008 — №3 — С.43-45.
23. Коломоець М.Ю. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. / Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Ткач .П. // Буковинський медичний вісник — 2008. — Т.12, №1. — С.141-144.
24. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Лебедева Е.В. // Психиатрия и психофармакология — 2003. — №5. — С.26-35.
25. Ванчакова Н.П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции Тенотеном / Н.П. Ванчакова, А.П. Попов // Поликлиника — 2007. — №2. — С.74-78.
26. Чабан О.С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) / Хаустова О.О., Жабенко О.О. // Методичні рекомендації — Київ. — 2009. — 40 с.
27. Бескова Д.А. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Смулевич А.Б., Романов Д.В. // В сб. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» — М., Российское общество психиатров — 2009. — С.4.
28. Десятников В.Ф. Маскированные депрессии (обзор литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии — 1975. — №5. — С.760-771.
29. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П. // Рад. — ГОЭТАР МЕД. — 1999. — 376с.
30. Максименко К.С. Переживання емоційних станів при соматичних захворювань // Практична психологія та соціальна робота: Науково-практичний освітньо-методичний журнал — К.:Компанія «СОЦИС», 2007. — № 12 — С.28-30.
31. Дзюба О.М., Хаустова О.О., Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Прохорова О.В. Алгоритм психотерапевтичної інтервенції в комплексній курації кардіохірургічних пацієнтів // Таврический журнал психіатрії — 2012. — Т.16, №1(58). — С.5-12.
32. Дзюба О.М., Хаустова О.О., Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Прохорова О.В. Особливості психотерапевтичної інтервенції в комплексній курації кардіохірургічних пацієнтів // Таврический журнал психіатрії — 2012. — Т.16, №2(59). — С.23-24.
33. Дзюба О.М., Бушинська О.В., Тарновецька К.І., Кардашов В.П., Лагутин А.Ю., О.В. Ціомік. Методичний посібник. Депресивні розлади у кардіохірургічних хворих // УНДІ ССПН МОЗ України — 2012. — 40с.
34. Карагодина О.Г. Экстрасенсорное целительство и проблемы современной социализации психиатрии // Український вісник психоневрології — 1996. — Т.4, №4. — С.104-105.

УДК: 616.8: 617.5

Особенности состояния эмоциональной сферы у больных перенесших ранее реконструктивно-восстановительных операций на кисти



Бутко К. М.

Бутко К. М.

Кафедра психотерапии ХМАПО

Резюме. Исследование особенностей эмоциональной сферы у больных перенесших реконструктивно-восстановительные операции на кисти.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции на кисти, расстройства психологической адаптации.

Features of the condition of the emotional sphere of patients with reconstructive operations on the hand

Butko K. M.

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education. Department of psychotherapy

Resume. This article provides the results of research of features of emotional sphere in patients undergoing reconstructive surgery on the hand.

Key words: reconstructive surgery on the hand, a disorder of psychological adaptation.

В настоящее время проблема роста инвалидности (первичной и вторичной) в Украине является актуальной. Согласно статистическим данным одно из главенствующих мест в среди причин этого явления занимает мультифакторный травматизм. У контингента, потерявшего трудоспособность в результате травмы, отмечается ухудшение уровня качества жизни, как при субъективной так и объективной оценке данного аспекта. Это снижение происходит в основном за счет снижения уровня социального функционирования [1].

Наиболее значимый урон для трудоспособного населения приносят травмы, повлекшие за собой деструкцию и дисфункцию верхних конечностей, в частности аппарата кисти. Такого рода травмы встречаются довольно часто, в 30–57% случаев от общего количества повреждений опорно-двигательной системы [1; 2].

При этом, в отечественных современных литературных источниках, часто упоминается о неудовлетворительном качестве результатов — до 40 % в терапии пациентов с повреждениями аппарата кисти на различных ее этапах. Некоторые источники указывают на низкое качество лечения в среднем у 50–75%. Распространенность данного явления обусловлена особенностью терапии у больных с патологией кисти и пальцев, так как в 50% результаты лечения зависят от трудоемкой, полноценной реабилитации пациента [3; 6; 7; 8].

Вместе с тем, являются неопределенными вопросы особенностей формирования расстройств невротического регистра, их течения, их влияния непосредственно на соматическое заболевание. Нерешенным является вопрос реабилитации у пациентов перенесших реконструктивно-восстановительные операции (РВО) на кисти с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Вместе с тем, наблюдается значительный рост расстройств адаптации у данного контингента больных. Лечебно-реабилитационные программы относительно таких пациентов до настоящего времени основаны на применении медикаментозных, хирургических мероприятий. Применение психокоррекционных и психотерапевтических методов в отношении этого контингента больных практически основательно не исследовалось [4; 5].

В решении этой проблемы, среди разработки и усовершенствования существующих методов, актуальной является исследование и оценка состояния эмоциональной сферы пациентов перенесших РВО на кисти, а также разработка новейших программ медико-психологического сопровождения данного контингента больных, на разных этапах их лечения и реабилитации [5].

Все вышеуказанное обуславливает актуальность проблемы, её научное, практическое и социально-экономическое значение.

Цель исследования – оценка состояния эмоциональной сферы у лиц перенесших реконструктивно-восстановительные операции на кисти.

Контингент исследования: обследовано 100 пациентов, перенесших ранее реконструктивно-восстановительные операции на кисти, имеющие клинические расстройства психологической адаптации на донозологическом и нозологическом уровнях.

Все исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Диагнозы заболеваний были верифицированы в соответствии со стандартами диагностики МКБ-10. Оценка состояния психической сферы проводилась по данным клинко-психопатологического изучения.

В исследовании использовались следующие методы исследования: клинко-психопатологический, психодиагностический: шкала объективной оценки уровня депрессии Гамильтона (HDRS), шкала субъективной оценки уровня депрессии «Шкалы для оценки депрессии» Цунга), шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина; статистический: обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS.

Результаты и их обсуждения

Клинический анализ показал, что психопатологическая симптоматика больных в основной группе структурировалась наиболее часто в виде таких синдромов: у 40% пациентов перенесших реконструктивно-восстановительные операции на кисти психологическая дезадаптация была представлена на нозологическом уровне в виде расстройства адаптации (F 43.2) из которых 35% страдали смешанной тревожно-депрессивной реакцией (F 43.22) и 5% — с преобладанием нарушения других эмоций (F 43.23).

Были выделены ведущие психопатологические синдромы: тревожно-депрессивный, тревожно-фобический, астено-невротический, астено-депрепрессивный. Распределение вышеперечисленных синдромов в процентном соотношении в группе исследования среди пациентов с расстройством адаптации (F 43.2) было следующим: тревожно-депрессивный — 45±7,86%, тревожно-фобический — 20±6,32%, астено-невротический — 20±6,32%, астено-депрепрессивный — 15±5,64%.

У 60% исследуемых отмечались расстройства не достигавшие нозологического уровня, которые соответствовали ситуационно обусловленным реакциям психологической дезадаптации (СОРПД). Различия психопатологической

структуры СОРПД позволили выделить 4 варианта данных реакций: астеническую, сомато-вегетативную, обсессивно-фобическую и тревожную (табл. 1).

Наиболее распространенным клиническим вариантом СОРПД был тревожный — 50,0±6,45%, второе место занимали 31,6±6,0% пациентов с астеническим вариантом, и почти идентично по численности пациентов были представлены сомато-вегетативный — 8,4±3,58% и обсессивно-фобический — 10,0±3,87% варианты СОРПД.

При психодиагностическом исследовании получены следующие результаты.

Анализ данных по шкале личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина указал на преобладание высокого уровня реактивной тревожности 72±4,48%, средний уровень был представлен 28±4,48% пациентов (табл. 2).

Таблица 1

Распределение клинических вариантов СОРПД

Варианты СОРПД	Группа с донозологическим уровнем дезадаптации (n=60)	
	абс. кол-во	%±m
Астенический	19	31,6±6,0
Сомато-вегетативный	5	8,4±3,58
Обсессивно-фобический	6	10,0±3,87
Тревожный	30	50,0±6,45

Таблица 2

Сопоставление уровня реактивной тревоги и личностной тревожности

Уровень	Группа исследования основная n=100	
	абс. кол-во	%±m
<i>Реактивная тревога</i>		
Низкий	-	-
Средний	28	28±4,48
Высокий	72	72±4,48
Очень высокий	-	-
<i>Личностная тревожность</i>		
Низкий	16	16±3,66
Средний	68	68±4,66
Высокий	16	16±3,66
Очень высокий	-	-

Как указано в табл. 2 у респондентов отмечался средний уровень личностной тревожности в $68 \pm 4,66\%$ случаев, тогда как высокий и низкий уровни были представлены равным количеством пациентов — $16 \pm 3,66\%$ каждый.

Анализ данных шкал Гамильтона и Цунга, используемых для оценки уровня депрессии, указывал на значительное расхождение в полученных данных объективного и субъективного исследования среди пациентов перенесших РВОК.

По данным опросника субъективной оценки уровня депрессии Цунга было выявлено, что подавляющее большинство пациентов группы исследования $96,0 \pm 1,95\%$ не отмечали у себя наличия депрессии и только $4,0 \pm 1,95\%$ считали свое состояние соответствующим легкому депрессивному состоянию. Данные объективной шкалы оценки Гамильтона показали, что у $61,0 \pm 4,87\%$ больных отмечалась выраженная депрессия, у $26,0 \pm 4,38\%$ респондентов имели умеренную депрессию, легкая депрессия была обнаружена у $8,0 \pm 2,71\%$, отсутствие депрессии отмечалось у $5,0 \pm 2,17\%$ пациентов (табл. 3).

Согласно с данными в табл.3, по шкале Гамильтона депрессия чаще была представлена выраженным и умеренным уровнями, а легкий уровень депрессии встречался в два раза чаще, чем по данным опросника Цунга.

Таким образом анализируя полученные данные клинко-психопатологического, а также психодиагностического исследования эмоциональной сферы у пациентов перенесших РВО на кисти преобладал высокий уровень реактивной тревожности, при наличии умеренного уровня личностной тревожности.

Таблица 3

Соотношение субъективного (опросник Цунга) и объективного (опросник Гамильтона) уровня депрессии больных перенесших реконструктивно-восстановительные операций на кисти

Шкалы Субъективная оценка	Группа исследования (n=100)	
	абс. кол-во	% $\pm m$
Отсутствие депрессии	96	96,0\pm1,95
	5	5,0 \pm 2,17
Легкая депрессия	4	4,0\pm1,95
	8	8,0 \pm 2,71
Умеренная депрессия (средняя)	-	-
	26	26,0 \pm 4,38
Выраженная депрессия (не тяжелая депрессия)	-	-
	61	61,0 \pm 4,87

Выраженные расхождения в результатах исследований объективного и субъективного уровня депрессии у данного контингента указывали на то, что пациенты группы исследования чаще всего субъективно занижали наличие депрессивных проявлений и не предавал им должного значения.

Результаты анализа данных полученных в при помощи клинко-психопатологического, а также психодиагностического исследования эмоциональной сферы послужил основой для разработки комплексной системы медико-психологической коррекции СОРПД и расстройств адаптации у пациентов перенесших РВОК, учитывающей особенности эмоционального состояния данного контингента.

Литература

1. Азолов В. В. Новые способы реконструкции пальцев кисти / В. В. Азолов, Н. М. Александров, Н. В. Митрофанов // VII съезд травматологов-ортопедов России: тезисы докладов. Новосибирск, 2002. — С. 379-380.
2. Азолов В. В. Эффективность реконструкции пальцев кисти при последствиях травм различной этиологии / В. В. Азолов, Н. М. Александров // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2004. — № 2. — С. 82-88.
3. Азолов В. В. Методы реконструкции пальцев кисти при последствиях механической, огнестрельной и термической травмы / В. В. Азолов, Н. М. Александров // Международный медицинский журнал. 2004. — Т. 10. — № 1. — С. 117-123.
4. Александров Н. М. Реконструктивные операции при травматических дефектах пальцев кисти и адаптивная компенсация её нарушенных функций: автореф. дис. . д-ра мед. наук / Н. М. Александров. Н. Новгород, 2007. — 45 с.
5. Медицинские и психологические аспекты реабилитации больных и инвалидов при утрате первого пальца кисти / Т. М. Иванцова и др. // Материалы конгресса «Человек и его здоровье». СПб., 2000. — С. 21—22.
6. Метод кожно-костной реконструкции в хирургии кисти / А. К. Лазарев и др. // Современные проблемы лечения повреждений и заболеваний верхней конечности: материалы научно-практической конференции. — М., 1998. — С. 89-91.
7. Biemer E. Total thumb reconstruction / E. Biemer, W. Stock // J. Plast. Surg. — 1983. — Vol. 36. №. I. — P. 52-55.
8. Freire J. Functional results after a Krukenberg amputation / J. Freire, C. Schiap-pacasse, A. Heredia // Prosthet Orthop. Int. 2005. — Vol. 29. — № 1. — P. 87-92.

УДК 616.89-008-072.7:338.45-051

Клініко-феноменологічні особливості і структура розладів особистості та поведінки серед працівників промислової популяції



Підлубний В. Л.

Підлубний В. Л.

Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології, наркології та сексології

Резюме. У даній статті представлено результати клініко-феноменологічних і психодіагностичних досліджень серед працівників промислових підприємств з виявленими розладами особистості. У дослідженні взяли участь 982 особи переважно чоловічої статі. Виявлені патоперсонологічні особливості обстежених представлені шизоїдним, істеричним, параноїдним і емоційно нестійким розладами особистості. Значно рідше зустрічалися дисоціальний, залежний, ананкастний і тривожно-уникаючий розлади. Встановлено взаємозв'язок між індивідуальними особливостями ряду особистісних рис і соціальним функціонуванням, що визначає доцільність використання перерахованих характеристик для діагностики та прогнозування зазначених розладів.

Ключові слова: психіатрія, психодіагностика, патоперсонологія, розлади особистості, працівники промисловості, психічне здоров'я.

Clinical phenomenological features and structure of personality disorders and behavior among workers promishlennoy population

Podlubnyi V. L.

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

Resume. This article presents the results of clinical and psycho-diagnostic and phenomenological studies of industrial workers with identified personality disorders. The study involved 982 people predominantly male. Identified pathopersonology features surveyed are schizoid, hysterical, paranoid and emotionally unstable personality disorder. Much less common dissocial dependent, anankast and anxious-avoidant disorder. The relationship between the number of individual characteristics and personality traits of social functioning, which determines the feasibility of using these characteristics for the diagnosis and prognosis of these disorders.

Key words: psychiatry, psycho-diagnostics, pathopersonology, personality disorders, industrial workers, mental health.

Розлади особистості — одна із значущих, багатоаспектних, але все ще недостатньо вивчених проблем сучасної психіатрії. Розповсюдженість даної патології в популяції становила 4,7% [1]. За даними інших авторів, серед населення великого промислового міста ця патологія досягала 10–12% [2] і навіть 13,5%. При епідеміологічних дослідженнях розладів особистості серед населення був отриманий дуже великий розкид показників — від 3 до 20–50 на 1000 осіб [3, 4]. Загалом частка розладів особистості в структурі психічної патології досить велика і коливається від 2,3 до 32,7% [5, 6]. Оцінка значущості тих чи інших факторів ризику є неоднозначною. Що стосується робітників промислових підприємств, то в цьому випадку ризик захворювання є вищим середньостатистичного, обумовлюється, насамперед, виробничими умовами, що визначаються професійною специфікою. При цьому у зв'язку з відсутнім дефіцитом досліджень у цій галузі, зробити остаточні висновки щодо пріоритетності впливу тих

чи інших факторів ризику на розвиток психічної патології до теперішнього часу не є можливим.

Одним з основних обґрунтувань актуальності даного дослідження є поширеність і недостатнє виявлення психічних розладів, у тому числі і розладів особистості та поведінки, серед працівників промислової популяції. У той же час, рішення організаційних, профілактичних проблем, вимагає чіткого уявлення про клініко-епідеміологічну та медико-психологічну ситуації по відношенню до тієї чи іншої популяційної групи. Крім того, сучасний рівень психіатрії, що характеризується зміною парадигми психічного здоров'я, розробкою нових підходів до оцінки психічного стану і створенню організаційних програм, припускає багатофакторний аналіз психічного стану, що включає в себе показники соціального характеру, адекватність реагування індивідуума на об'єктивну реальність, суб'єктивну оцінку свого стану [7]. Необхідність багатофакторного аналізу впливає з сучасного уявлення про психічне здоров'я, яке не обмежується лише

фактом наявності або відсутності психопатологічних симптомів і синдромів, але включає в себе біологічні, соціальні, психологічні аспекти, що й було метою нашого дослідження.

Дизайн та методи

Для досягнення поставленої мети нами за умов інформованої згоди респондентів проводилось обстеження психічного стану 982 працівників промислових підприємств відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України №1465 від 27.12.2000 року. у віці від 20 до 60 років (середній вік — $38,7 \pm 7,68$ років). Обстеження проводилося на базі диспансерно-поліклінічного відділення Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні протягом 2008–2011 років.

У 95 обстежених ($9,2 \pm 0,83\%$, на 100 обстежених) при проведенні психопрофілактичного огляду було виявлено ознаки розладів особистості та поведінки (F60–F69, згідно шифрам МКХ-10). За гендерним розподілом переважну більшість обстежених склали чоловіки — 82 (75,79%) та 13 (24,21%) — жінок.

В якості основного інструменту використовувалася модифікована для цілей нашого дослідження клініко-епідеміологічна карта, що включала в себе соціально-демографічні відомості, дані анамнезу, клінічну частину з характеристикою симптомів і синдромів. У відповідності зі специфікою обстежених базисна карта була доповнена відомостями про різні форми наявних шкідливостей, пов'язаних з особливостями на виробництві, стажем роботи, даними про наявність соматичних хвороб. Також використовувався, створений на основі глосарію до «Інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів» опитувальник. На підставі відповідей на питання даної карти заповнювалася «Реєстраційна картка». Всі зібрані формалізовані відомості заносились в єдину комп'ютерну базу даних і піддані статистико-математичного аналізу.

Методологія дослідження базувалась на системному підході, принципах доказовості та біоетики медичних досліджень. При обстеженні хворих використовувався багатоосьовий підхід який включав:

- 1) багатовимірну феноменологічну оцінку стану, яка забезпечувалася доповненням нозологічних формулювань уточнюючими синдромальними (а іноді — і симптоматичними) описами;
- 2) вивчення виразності психічних порушень (рівнева діагностика),
- 3) аналіз особливостей особистісного реагування (функціональна діагностика),
- 4) характеристика якості соціальної адаптації, методика проведення якої відповідає,

так званої «психосоціальної діагностичної осі». Така структура багатоосьової діагностики, в основному, відповідає загальноновизнаним багатовимірним систематикам.

Основними методами були: клініко-феноменологічний — з метою оцінки психічного стану відповідно до сучасної міжнародної класифікації хвороб; психодіагностичний — з метою визначення рівня виразності психічних порушень що базувався на застосуванні «Шкали узагальненої оцінки функціонування» (Global Assessment of Functioning Scale, «GAF»), визначення індивідуальних особливостей, що відображують здатність хворого до цілеспрямованої діяльності з використанням психодіагностичних методик («Діагностичні тест особистісних розладів» (PDQ-4 в адаптації В.П. Дворщенко)). Статистичний метод використано з метою кількісної оцінки результативності запропонованого діагностичного алгоритму.

Результати та їх обговорення

Використання зазначених інструментів дозволило виявити серед працівників промислових підприємств з розладами особистості та поведінки наступні клініко-феноменологічні та соціально-психологічні особливості. Зазначені розлади склали третину (95 осіб — 28,1%) всіх випадків встановлених непсихотичних психічних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств (338 осіб). Серед загальної кількості обстежених чоловіки склали 72 (75,79%), причому інтенсивний показник їх хворобливості в 4 рази перевищував аналогічний показник у жінок.

Максимальні показники хворобливості і захворюваності працівників підприємств з розладами особистості та поведінки виявлені у віковій групі до 30 років, потім вони зменшуються пропорційно віку працюючих, досягаючи мінімальної величини в групі 51–60 років.

Серед працівників підприємств, які страждають розладами особистості, тією чи іншою мірою враженості переважали особи з шизоїдним, емоційно-нестійким, істеричним і параноїдним типами. Як правило, вони займали невисокі посади на підприємствах, будучи не в змозі реалістично сприймати себе і оточуючих, встановлювати з ними конструктивні відносини. Негативні реакції оточуючих замикали порочне коло, та визначали постійну соціальну дезадаптацію хворих. Вони важко адаптувалися до професійної діяльності, відчували складнощі в міжособистісних відносинах, були непередбачувані у своїх вчинках, що особливо небезпечно в умовах позаштатних ситуацій.

Структура патоперсоналогічних розладів представлена на рис. 1.

Як видно з наведених даних найчастіше зустрічався шизоїдний розлад особистості (F60.1) — 24,3% випадків. Для обстежених було характерно інтровертованість (зверненість до сфери внутрішніх переживань) з тенденцією до способу життя, орієнтованого на самодостатність і встановлення формальних контактів з оточуючими, обмежуючи їх вузьким колом професійних проблем. Дещо рідше визначали істеричний розлад особистості (F60.4) — у 19,7% і проявлялося як емоційно заряджене прагнення до оригінальності і вимозі визнання з боку оточуючих, що поєднуються з постійно високою внутрішньою напругою, гіперчутливістю до міжособистісних відносин. Вони виявляються малоприспособовані до занять, які вимагають гарної організації, ґрунтовних знань, солідної професійної підготовки і тривалого напруги задля цілей, не обіцяють негайних результатів.

Параноїдний розлад особистості (F60.0) виявлено у 18,7% випадків, які характеризувалися безпідставної недовірливістю, підозрілістю, тенденцією до утворення афективно

заряджених ідей, недооцінки власної особистості. Такі особи, як правило, формували необґрунтовані підозри, що мають відношення до посягання на їхні права. Розглядаючи джерело своїх проблем у оточуючих, вони виявляли високу ступінь нелагідності в колективі.

Емоційно нестійкий розлад особистості (F60.3) виявлено у 16,7% і представлено в основному імпульсивним (збудливим) і прикордонним типами. Спільними патохарактерологічними рисами були імпульсивність з яскраво вираженою тенденцією діяти без урахування наслідків, недостатність самостійності у прийнятті важливих рішень, дефіцит афективного контролю, нестійкість міжособистісних взаємин.

Значно рідше зустрічалися дисоціальний (F60.2) — 5,9%, залежний (F60.7) — 5,7%, тривожний (F60.6) — 4,2% і ананкастний розлад особистості (F60.5) — 4,8%.

Підтвердження виявлених феноменологічних розладів особистості та поведінки обстежених хворих, здійснювалося на базі тесту PDQ-4, результати якого наведено в табл. 1.

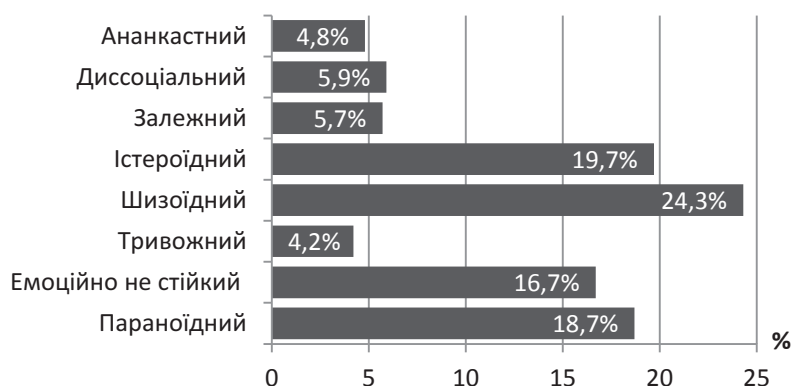


Рис. 1

Структура патоперсоналогічних розладів

Таблиця 1

Частота домінування синдромів у структурі розладів особистості та поведінки (за методикою PDQ-4, у балах)

Шкали методики PDQ-4	Чоловіки М ± m	Жінки М ± m	Загальна сума М ± m
Параноїдний	3,7±1,32	4,0±1,53	3,7±1,34
Шизоїдний	3,0 ±1,39	2,6±1,12	3,0±1,35
Шизотиповий	2,2±1,72	2,3±1,12	2,2±1,68
Істероїдний	2,9±1,55	3,4±1,61	2,9±1,55
Нарцистичний	3,2±2,04	3,2±1,01	3,2±1,92
Прикордонний	3,2±2,03	3,2±1,82	3,2±1,97
Дисоціальний	2,5±2,31	1,8±1,30	2,4±2,19
Тривожний	3,7±2,71	3,0±1,78	3,6±2,59
Залежний	2,3±1,61	2,2±1,54	2,3±1,58
Ананкастний	2,1±1,34	2,5±1,27	2,0±1,33
Пасивно-агресивний	3,0±1,52	2,5±1,45	2,9±1,50
Дистимний	2,2±1,20	2,3±1,18	2,3±1,18

Як видно з наведених даних, ведучими синдромами у обстежених були параноїдний та тривожний. На другому місці за кількісними показниками знаходилися шизоїдні і шизотипові розлади та синдроми, що відносяться до істероїдного кола — нарцисистичний, прикордонний та істероїдний. Досить рідко визначалися показники пов'язані з дистимними, залежними та ананкастними розладами. Отримані результати психодіагностики підтверджують результати клініко-феноменологічного спостереження. У той же час слід зазначити, що достовірних відмінностей в показниках за гендерною ознакою не встановлено.

Потрібно зазначити, що чисті психопатичні типи, або структура, зустрічались відносно рідко (14,2%). У межах кожного типу розладів особистості спостерігалися змішані, прикордонні варіанти, складні структури, перехідні від одного до іншого типу. Так, при переважно емоційному типі розладів особистості одним була властива виняткова легкість виникнення бурхливих афективних реакцій, їх значна демонстративність, що нагадує істеричних особистостей, іншим — схильність до ригідності, застрягання, накопичення афекту. Вони злопам'ятні, педантичні, дають бурхливі вибухові реакції; іншими словами, ці пацієнти за цими ознаками близькі до параноїдних особистостей. Такі ж змішані варіанти нами спостерігалися і при всіх інших типах розладів особистості та поведінки.

Аналіз виразності переважних психопатологічних синдромів у хворих з розладами особистості та поведінки свідчить про певні закономірності їх проявів. Так для більшості обстежених (51,1% випадків) була характерна наявність симптомів, властивих кластеру А (по DSM-IV), (тобто ексцентричності, підозрілості і тривожно-фобічних рис особистості) причому параноїдні риси мали найбільше значення як за кількісними так і за якісними ознаками. На другому місці за кількісними показниками (32,3%) знаходяться ознаки кластеру В, такі як ексцентричність, нестійка емоційність, театральність. Кластер С був найменш представленим (16,6%), та відрізнявся від попередніх груп мінімальною виразністю патологічних рис при найбільш гармонійному їх поєднанні з переважанням проявів тривоги і страху.

Також, на підставі багаторівневої діагностики, яка здійснювалася за допомогою «Шкали узагальненої оцінки функціонування» (GAF) нами був проаналізований рівень (виразності, тяжкості) розладів особистості та поведінки (табл. 2).

Як можна побачити з табл. 2 у (45,3%) обстежених була присутня помірно виражена симптоматика або виразні труднощі в

Таблиця 2

Розподіл хворих за виразністю психічних розладів за шкалою GAF

Діапазони виразності психічних розладів за шкалою GAF (бали)	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 31	0	0	0	0	0	0
31–40	0	0	0	0	0	0
41–50	5	6,2	2	15,4	7	7,3
51–60	16	19,5	5	38,5	21	22,1
61–70	38	46,3	5	38,5	43	45,3
71–80	23	28	1	7,6	24	25,3
> 80	0	0	0	0	0	0
Всього:	82	100	13	100	95	100

соціальному функціонуванні (обмежене коло друзів, часті конфлікти на роботі). Значна кількість осіб з розладами особистості та поведінки (25,3%) мали плинні симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, не більше, ніж легке порушення функціонування в міжособистісної та професійної сферах.

У (22,1%) обстежених спостерігалась значно виражена симптоматика або певні труднощі в роботі, міжособистісних взаєминах, однак, в цілому, функціонування не потребувало спеціального втручання та були збережені значущі міжособистісні зв'язки. Група хворих (7,3%) мала встановлену чітко виражену симптоматику або порушення функціонування, які, безумовно вимагали уваги або лікування наприклад, неможливість співпраці в колективі, пияцтво, груба антисоціальна поведінка.

Висновки

1. У ході проведеного нами клініко-феноменологічного та психодіагностичного дослідження виявлено клінічні та психологічні прояви розладів особистості та поведінки у 28,1% робітників промислових підприємств, та їх структурні особливості.
2. Патоперсонологічні розлади проявлялися шизоїдним — 24,3%, істеричним — 19,7%, параноїдним — 18,7% і емоційно нестійким розладом — 16,7% пацієнтів. Значно рідше зустрічалися дисоціальний — 5,9%, залежний — 5,7%, ананкастний розлад — 4,8% і тривожно-ухильний — 4,2%.
3. Аналіз виразності переважних психопатологічних синдромів у хворих з розладами особистості та поведінки свідчить що, для більшості обстежених (51,1% випадків) була характерна наявність симптомів, властивих кластеру А — егоцентричність,

підозрілість і тривожно-боязкі риси. На другому місці за кількісними показниками (32,3%) знаходяться ознаки кластеру В, такі як ексцентричність, емоційна лабільність та театральність. Кластер С був найменш представленим (16,6%), та відрізнявся від попередніх груп мінімальною виразністю патологічних рис.

4. У (45,3%) обстежених була присутня помірно виражена симптоматика або виражені труднощі в соціальному функціонуванні. Значна кількість осіб з розладами особистості та поведінки (25,3%) мали плінні симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, не більше, ніж легке порушення функціонування в міжособистісної та професійної сферах. У (22,1%) обстежених спостерігалась значно виражена симптоматика або певні труднощі в роботі, міжособистісних

взаєминах. Група хворих (7,3%) мала встановлену чітко виражену симптоматику або порушення функціонування, які, безумовно вимагали уваги або лікування.

5. Встановлено взаємозв'язок між, з одного боку, індивідуальними особливостями ряду особистісних рис, рівнем їхньої задоволеності роботою та соціальним положенням, а з іншого — показниками соціального функціонування, що визначає доцільність використання перерахованих характеристик для діагностики та прогнозування зазначених розладів.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати в поглибленому вивченні причин виникнення розладів особистості та поведінки і розробкою науково обґрунтованої системи комплексних профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів.

Література:

1. Горинов В. В. Диссоциальное расстройство личности, критерии диагностики, судебно-психиатрическая оценка / В. В. Горинов, Б. А. Нохуров // Российский психиатрический журнал. — 2004. — № 5. — С. 57–60.
2. Касимова Л. Н. Расстройства личности в популяции крупного промышленного центра / Л. Н. Касимова // XIV съезд психиатров России, Москва, 15 — 18 ноября 2005 г. : материалы съезда. — М. : Изд-во Медпрактика-М, 2005. — С. 126.
3. Петраков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств : руководство для врачей / Б. Д. Петраков, Б. Д. Цыганков. — М., 1996. — 133 с.
4. Liotti G. Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure / G. Liotti, P. Pasquini // Acta psychiatrica scandinavica. — 2000. — Vol. 102. — P. 282–289.
5. Положий Б. С. Социальные факторы в формировании психических расстройств, связанных со стрессом / Б. С. Положий, А. Д. Посванская, И. О. Хруленко-Варницкий // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. — Хабаровск, 2000. — С. 176–181.
6. Смулевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич. — М., 2007. — 192 с.
7. Чуркин А. А. Распространённость психических расстройств в РФ в 1999 — 2003 гг. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — Т. 36, № 2. — С. 59–63.

УДК 616.831-005.1-072.87

Полушарные особенности нейропсихологического профиля у больных, перенесших геморрагический инсульт



Кузнецов В.В.



Корженевская Н. Н.

Кузнецов В. В., Корженевская Н. Н.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины»

Резюме. У 67 больных, что перенесли геморрагический инсульт, проведено комплексное нейропсихологическое тестирование. Виявлено, что у больных с правополушарным геморрагическим инсультом, в сравнении с больными с левополушарным инсультом, больше высокие показатели тревоги и депрессии, а также больше выражены нарушения сна, про что свидетельствует большая частота инсомний, сонливости и наявности СОАС.

Ключевые слова: инсульт, нейропсихологическое тестирование, нарушения сна.

The hemispheric features of neuropsychological profile in patients with hemorrhagic stroke

Kuznetsov V. V., Korzenevska N. N.

Resume. The comprehensive neuropsychological testing were conducted in 67 patients with hemorrhagic stroke. There are higher rates of anxiety and depression and more severe sleep disorders, as evidenced by the high frequency of insomnia, sleepiness and having OSA, in patients with right-hemispheric hemorrhagic stroke in comparison with patients with left-hemispheric stroke.

Key words: Stroke, neuropsychological testing, sleep disorders.

У больных, перенесших инсульт, наряду с двигательными, чувствительными, координаторными расстройствами отмечаются и эмоционально-мнестические [8]. Психоэмоциональные и мнестические нарушения отрицательно влияют на мотивацию и адекватность поведения больного и процессы реабилитации. Нарушения когнитивных функций и эмоционального состояния больного часто могут быть в тени выходящих на первый план двигательных расстройств, однако способны негативно влиять на результаты восстановительного лечения, вследствие ухудшения или потери способности к обучению [1].

Известно, что одним из клинических проявлений эмоциональных нарушений являются нарушения сна [4, 5, 9]. В настоящее время нарушения когнитивных функций и психоэмоционального состояния больного, а также нарушения сна рассматриваются как сдерживающий

фактор процесса реабилитации, требующий соответствующего внимания и коррекции [13]. Поэтому, коррекция психоэмоциональных нарушений является неотъемлемой частью реабилитационного процесса, определяющей эффективность восстановительных процессов.

Для разработки дифференцированного подхода к реабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать влияние возрастных изменений, патогенеза и локализации инсульта на психоэмоциональный фон и структуру сна. Следует подчеркнуть, что понятие постинсультной депрессии преимущественно сформулировано на основании результатов анализа эмоциональных нарушений у больных, перенесших ишемический инсульт [6, 7].

Принимая во внимание, с одной стороны, особенности постинсультной реорганизации церебральной гемодинамики, биоэлектрической активности и метаболизма головного мозга

у больных с ишемическим и геморрагическим инсультом [2, 8, 10], и с другой — отсутствие систематизированных данных об особенностях психо-эмоциональных изменений у больных в восстановительном периоде геморрагического инсульта (ГИ), а также значительное влияние депрессии на процессы реабилитации, теоретическим обоснованием является проведение настоящего исследования **с целью** анализа психоэмоционального состояния и особенностей нарушения сна у больных в восстановительном периоде геморрагического инсульта.

Материалы и методы

У 67 больных, перенесших геморрагический инсульт (из них — 40 с локализацией геморрагического очага справа, 27 — с локализацией геморрагического очага слева), проводилась оценка эмоционального состояния с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, а также геронтологической шкалы депрессии. У 41 больного (27 и 14 человек соответственно) для оценки нарушений сна применялись анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, анкета скрининга синдрома апноэ во сне (СОАС) и Эпвортовская шкала сонливости. Геморрагический характер инсульта подтверждался данными МРТ исследования.

Результаты и обсуждение.

В результате анализа обследования больных с использованием геронтологической шкалы депрессивности установлено, что у больных при локализации геморрагического очага в правом полушарии выше выраженность депрессивных расстройств, чем у больных с левополушарной локализацией очага. Анализ оценки по степени выраженности депрессии у больных с правополушарным инсультом показал, что легкая депрессия диагностирована у 47,5%, тяжелая депрессия — у 10%, у 42,5% пациентов не выявлено депрессивных проявлений. У больных с левополушарным геморрагическим инсультом тяжелой депрессии не было установлено, мягкая депрессия констатирована только у 44,44% больных, у 55,56% — отсутствовали симптомы депрессии (рис. 1.1.).

Как известно, значительное место в структуре эмоциональных нарушений у больных инсультом занимают тревожные проявления [8]. Данные по изучению эмоционального состояния больных с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии по субшкалам также свидетельствуют о том, что более выраженные эмоциональные нарушения характерны для больных с правополушарной локализацией геморрагического инсульта.

Результаты проведенного тестирования по субшкале тревоги показали, что у 57,7% больных с правополушарным геморрагическим инсультом не выявлено тревожных расстройств, субклиническая тревога была у 17,5% пациентов, клинически выраженная — у 25%. У 81,4% больных с левополушарным инсультом не было диагностировано проявлений тревоги, субклиническая тревога была выявлена у 3,7%, клинически выраженная тревога — у 14,8% пациентов. Следует подчеркнуть, что больных с левополушарным геморрагическим инсультом без тревожных расстройств было статистически достоверно больше, чем больных с правополушарной локализацией очага (81,4% и 57,5% соответственно) (рис 1.2.).

Следует отметить, что у больных, перенесших геморрагический инсульт, результаты оценки по субшкале депрессии, показали менее выраженные полушарные различия. Так, у 60,0% больных с правополушарным геморрагическим

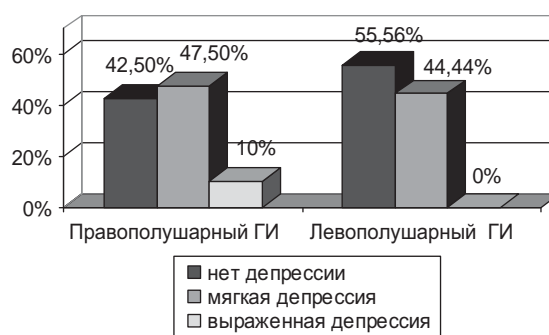


Рис. 1.1

Частота встречаемости депрессивных расстройств по степени выраженности у больных, перенесших ГИ (по данным геронтологической шкалы депрессивности)

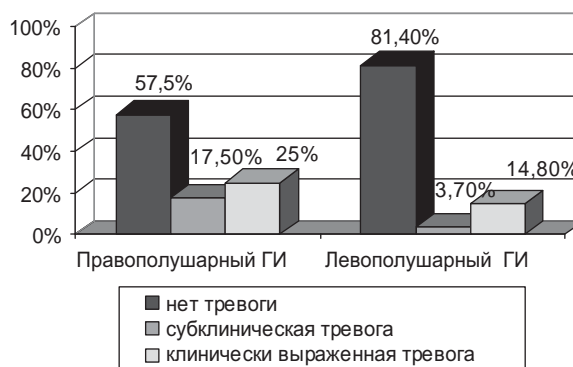


Рис. 1.2

Частота встречаемости тревожных расстройств по степени выраженности у больных, перенесших ГИ (по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии)

инсультом не было депрессивных расстройств, субклиническая депрессия диагностирована у 22,5%, клинически выраженная депрессия — у 17,5 %. У 66,6 % больных с левополушарным инсультом отсутствовала депрессия, субклиническая депрессия диагностирована — у 18,5 %, клинически выраженная депрессия — у 14,8 % (рис 1.3.).

Учитывая то, что одним из проявлений эмоциональных нарушений являются нарушения структуры и качества сна, был проведен анализ состояния сна у больных, перенесших геморрагический инсульт, с использованием анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, анкеты скрининга синдрома апноэ во сне и Эпвортовской шкалы сонливости.

Установлено, что у больных с правополушарным инсультом умеренная сонливость отмечена у 22,22 %, сильная сонливость — у 25,92%. У больных с левополушарным инсультом умеренная сонливость выявлена — у 15,38 %, сильная сонливость — у 15,38% (рис 1.4.).

Анализ качества сна с использованием анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна показал, что у больных с

правополушарной локализацией очага пограничные нарушения сна наблюдаются у 25,92% больных, с левополушарным инсультом — у 28,57%, инсомния отмечена у 29,62% и 21,43% соответственно (рис 1.5.).

Особое место при анализе нарушений сна у постинсультных больных занимает проблема нарушений дыхания во сне, которая проявляется синдромом обструктивного апноэ сна [3, 11, 12, 14].

Результаты анкеты скрининга синдрома апноэ во сне свидетельствует о том, что более высокая вероятность наличия этой формы расстройств дыхания характерна для больных с локализацией геморрагического очага в правом полушарии, и составляет 37,1 %, а у больных с левополушарным инсультом — 21,43 % (рис 1.6.).

Таким образом, в результате комплексного нейropsychологического обследования больных, перенесших геморрагический инсульт, с учетом полушарной локализации очага установлено, что у больных с правополушарным инсультом выше частота клинически выраженной тревоги, депрессии и нарушений сна, чем у больных с левополушарной локализацией очага.

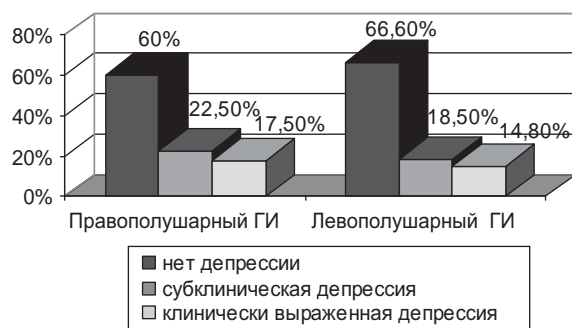


Рис. 1.3

Частота встречаемости депрессивных расстройств по степени выраженности у больных, перенесших ГИ (по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии)

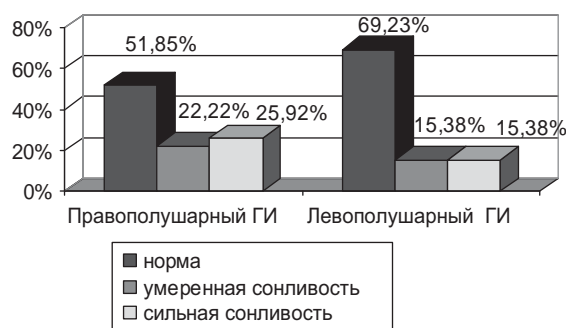


Рис. 1.5

Частота встречаемости инсомнии у больных, перенесших ГИ (по данным анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна)

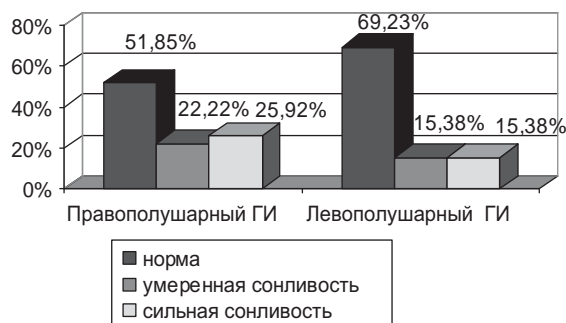


Рис. 1.4

Частота встречаемости сонливости у больных, перенесших ГИ (по данным Эпвортовской шкалы сонливости)

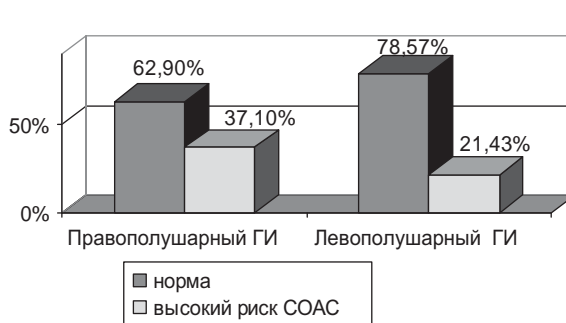


Рис. 1.6

Частота встречаемости риска СОАС у больных, перенесших ГИ (по данным анкеты скрининга синдрома апноэ во сне)

Выводы:

1. У больных с локализацией геморрагического очага в правом полушарии (согласно результатам анализа шкал по оценке тревоги и депрессии) более высокие показатели тревоги и депрессии, по сравнению с больными с левополушарной локализацией очага.
2. У пациентов с правополушарным геморрагическим инсультом, по сравнению с левополушарным, более выраженные нарушения сна, о чем свидетельствует большая частота инсомний, сонливости и наличия СОАС.
3. Высокая частота эмоциональных нарушений и качества сна у больных, перенесших геморрагический инсульт, в системе формирования коррекции постинсультных психо-неврологических синдромов определяет целесообразность включения в терапию антидепрессантов и снотворных препаратов.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: / А.Н. Белова // Практик. Рук-во. — Москва, 2004. — 432 с.
2. Боголепова А.Н. Критерии диагностики и прогноза ишемического инсульта (клинико-нейропсихологическое обследование): дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / А.Н. Боголепова; — РГМУ. — М., 2003. — 289 с.
3. Бузунов Р.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна (учебное пособие для врачей). / Р.В. Бузунов, И.В. Легайда // — М., 2010. — 78 с.
4. Вейн А. М. Сон — тайны и парадоксы / А.М. Вейн // — Издательство «Эйдос Медиа», 2003. — 200 с.
5. Ковальзон В.М. Основы сомнологии: физиология и нейрохимия цикла «бодрствование-сон» / В.М. Ковальзон // — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. — 2011, — 239 с.
6. Кузнецова С.М. Полушарные особенности влияния ноотропных препаратов на эмоционально-мнестические функции и церебральную гемодинамику / С.М. Кузнецова, В.В. Кузнецов, Д.В. Шульженко [и др.] // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Когнітивні порушення при старінні», — Київ, 2007. — С. 36–37.
7. Левин Я.И. Депрессия и сон / Я.И. Левин // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. — 2008. — №8. — С. 29–32.
8. Мартынова Г.А. Клинико-нейропсихологические характеристики разных типов ишемического инсульта у лиц трудоспособного возраста в остром периоде заболевания. автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Г.А. Мартынова // — Екатеринбург, 2009. — 194 с.
9. Соколова Л.П. Инсомнии. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии. / Л.П. Соколова, Н.Д. Кислый // Consilium Medicum. — 2007. — Том 9. — №2. — С. 133–137.
10. Усольцева Н.И. Динамика двигательных и нейропсихологических функций в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Н.И. Усольцева — Москва, 2011. — 25 с
11. Bounhoure J.P. Sleep apnea syndromes and cardiovascular disease / J.P. Bounhoure, M. Galinier, A. Didier, P. Leophonte // Bull. Acad. Natl. Med. — 2005. — № 189(3). — P. 445–459.
12. Herry J.M. Barnett Stroke: pathophysiology, diagnosis and management / Herry J.M. Barnett [et al.] // Philadelphia, 1998. — 1459 p.
13. Ouellet M. Sleep disorders in rehabilitation patients / M. Ouellet, S. Beaulieu-Bonneau // In: J.H. Stone, M. Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. — 2012. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/43/>.
14. Pandi-Perumal S.R. Principles and practice of geriatric sleep medicine / S.R. Pandi-Perumal, J.M. Monti, A.A. Monjan // — Cambridge University Press, 2010. — P. 448.

УДК 616.89-008.441.1-085.214:615.851

Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з obsесивно-компульсивним розладом (огляд літератури)



Кричун Ю. Я.

Кричун Ю. Я.

Кафедра психіатрії НМАПО ім. П. Л. Шупика

Резюме. Розглядається визначення, цілі, завдання, принципи та моделі медико-соціальної та психологічної реабілітації в цілому та хворих з obsесивно-компульсивним розладом. Різниця між лікуванням та реабілітацією. Звернена увага на поширеність ОКР та соціальні наслідки

Ключеві слова: реабілітація, obsесивно-компульсивний розлад.

Medical and social, psychological rehabilitation model for patients with obsessive-compulsive disorder (review)

Krychun Y. Y.

Department of Psychiatry NMAPO named after P. L. Shupyk.

Resume. We consider the definition, goals, objectives, principles and models of medical, social, psychological rehabilitation in general and patients with obsessive-compulsive disorder. The difference between the treatment and rehabilitation. Drawn to attention to the prevalence of OCD and social consequences.

Key words: rehabilitation, obsessive-compulsive disorder.

Проблема obsесивно-компульсивних розладів (ОКР) в даний час досить актуальна. Не дивлячись на відносно не глибокий рівень ураження психічної діяльності і поширеного арсеналу середників терапії, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) являється резистентним до проведеної терапії, відмічається тенденція до хронізації захворювання та інвалідизації таких хворих зі значними негативними соціальними і економічними наслідками (Amir N. et al. 2000, Hollander E. et al, 1993). Міжнародні епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ОКР складає від 1,9 до 3,3% населення (Torres A.R., Lima M.C., 2005, Fontenelle L.F., 2006). Захворювання, як правило, розвивається в підлітковому та молодому віці від 10 до 24 років (Rasmussen S.A., Eisen J.L., 1991): у 30% випадків — початок у дитинстві, у 65% хворих — у віці до 25 років, тільки у 15% — у віці після 35 років. Це значно погіршує соціальну адаптацію пацієнта — утруднює навчання, придбання соціальних зв'язків і навиків, знижує або втрачає можливість опанувати висококваліфікованими навичками та ін.

Існує багато моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак всі вчені та практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) психічно хворої особи у суспільство. При цьому самі пацієнти повинні відчувати себе не менш повноцінними членами суспільства, ніж інші громадяни.

Отже, метою реабілітації можна визначити: поліпшення якості життя та соціального функціонування людей з психічними розладами через подолання ними соціальної відчуженості, а також підвищення активної життєвої та соціальної позиції. (О.Б.Чубко, Л.В.Романченко, 2012)

У «Заяві про психосоціальну реабілітацію», розроблену ВООЗ сумісно з Всесвітньою асоціацією психосоціальної реабілітації 1996 р., перераховані наступні задачі реабілітації:

- зменшення проявів психопатологічних симптомів за допомогою лікарських препаратів, психотерапевтичних методів лікування та психосоціального впливу;
- підвищення соціальної компетентності психічно хворих шляхом розвитку навичок спілкування, трудової діяльності, вміння долати стреси;
- зменшення дискримінації та стигми;
- підтримка сімей, в яких є хворі з психічними розладами;
- створення та збереження довготривалої соціальної підтримки, задоволення базових потреб психічно хворих осіб, до яких належать забезпечення житлом, працевлаштування, організація дозвілля, створення соціальної мережі спілкування;
- підвищення автономії психічнохворих, покращення їх самодостатності та самозаступи.

Важливу роль, в адаптації до стресорів, відіграють характерологічні та

фрустраційні особливості особистості пацієнта. Психотерапевтична корекція, в свою чергу розробка та застосування психологічної моделі реабілітації на різних рівнях дасть можливість зниженню дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, відновлення порушених відношень особистості, усвідомлення та розрішенню конфліктів. Аналіз взаємозв'язку особистісних характеристик, особливостей ОКР необхідний для диференційованої та адекватної терапії таких хворих, яка дозволить значно поліпшити їх психічний стан, зменшити клінічні прояви захворювання, а також підвищити ефективність лікувального впливу біологічного характеру та можливості розробки індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації (навчання навикам, програмування навиків, координація ресурсів, модифікація ресурсів).

В даний час психосоціальна терапія та психосоціальна реабілітація займають все більш значне місце в системі психіатричної допомоги і розглядається як самостійний лікувально-реабілітаційний напрямок в психіатрії (Гурович І.Я. і соавт., 2004; Ciompi L., 1995, 1997; Bustillo J.R. et al., 2001). Спеціальна увага приділяється неперервності та етапності психосоціального впливу на усьому проміжку ведення психіатричного пацієнта (R.P. Liberman, 1988). І у зв'язку з цим психосоціальні лікувально-реабілітаційні міри повинні застосовуватися, починаючи з більш ранніх етапів надання психіатричної допомоги і продовжуватися до досягнення повного відновлення соціальної автономії пацієнта (Гурович І.Я., Ньюфельдт О.Г., 2007). Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією і адекватних

психосоціальних лікувальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії і потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практиці (Краснов В.Н. і соавт., 2007; Brugha T.S., 1995; Mojtaba et al. R., 1998, 2005; Hemsley D., Murray R.M., 2000).

Таким чином, проблема реабілітації хворих з ОКР виходить на один з перших ланок не тільки в рамках психіатрії, але й загальної медицини і навіть із позицій державного економічного питання, щодо виплат матеріальної допомоги пацієнтам, які перебувають на групі інвалідності.

Підходи до медико-соціальної реабілітації хворих з ОКР в даний час розроблені недостатньо. На жаль, в даний час в багатьох програмах психіатричної реабілітації застосовується скоріше технології лікування, чим власне самі методи реабілітації. Ціль реабілітації — покращення функціонування особистості в конкретному оточенні; що реабілітаційні втручання можуть проходити без обґрунтування їх теорій причинності; що реабілітаційні заходи направлені не на причину захворювання, а на функціонування особистості в теперішній час і задачі для майбутнього; що реабілітаційний діагноз акцентує увагу на збережених можливостях хворого і підтримки ззовні, програмування навиків, модифікація ресурсів та т.і. (Ентони В., Коэн М., Фаркас М., 2001).

Групою вчених (Ентони В., Коэн М., Фаркас М., 2001) було виділено різницю між лікуванням та реабілітацією (Табл.1).

Психосоціальна реабілітація (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я) — це процес, який дає можливість людям зі слабким

Таблиця 1

Відмінності між лікуванням та реабілітацією

	Лікування	Реабілітація
Ціль	Редукція симптоматики або розвиток терапевтичного інсайта	Покращення функціонування в специфічному оточенні
Основоположна теорія	Ґрунтується на багатьох теоріях причинності, які визначають характер втручань	Немає теорії причинності
Направленість	Минуле, теперішнє і майбутнє	Теперішнє і майбутнє
Зміст діагнозу	Оцінює симптоми і можливі причини їх появи	Оцінює збережені можливості хворого і проявляє підтримку ззовні
Основні методи	Психотерапія, фармакотерапія	Навчання навикам, програмування навиків, координація ресурсів, модифікація ресурсів
Історичні корені	Психодинамічна теорія, соматична медицина	Розвиток гуманітарних ресурсів, професійна реабілітація, фізична реабілітація, клієнт-орієнтована терапія, спеціальне навчання

здоров'ям або особам, що отримали інвалідність у результаті психічних розладів, досягти свого оптимального рівня незалежного функціонування у суспільстві, а також це постійний, безперервний процес, який об'єднує комплекс медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних та професійних заходів.

Завданням психосоціальної реабілітації є відновлення порушень когнітивних, мотиваційних й емоційних ресурсів особистості, враховуючи знання, вміння, навички взаємодії та вирішення проблем тощо, в осіб із психічними розладами з проблемами соціальної адаптації та певними труднощами інтеграції в суспільство.

У реабілітаційній роботі використовується комплекс психосоціальних впливів — різних форм та методів, які спрямовані на відновлення потенціалу самого пацієнта, що робить можливим досягнення ним рівноправного положення в суспільстві.

Заходи з психосоціальної реабілітації змінюються залежно від потреб пацієнтів, місця, де відбувається реабілітаційний вплив (суспільство чи медичний заклад), а також від культурних та соціально-економічних умов держави, де проживають хворі. Основу таких заходів, як правило, складають:

- трудова реабілітація;
- працевлаштування;
- професійна підготовка та перепідготовка;
- соціальна підтримка;
- забезпечення житлових умов;
- освіта;
- психіатрична та психологічна просвіта, навчання тому, як справлятися з

симптомами, підвищення загального психологічно-культурного рівня, набуття навичок відновлення та збереження психічного здоров'я;

- набуття та відновлення навичок спілкування;
- набуття навичок незалежного життя;
- реалізація духовних потреб, інтересів та організація дозвілля.

Таким чином, вищенаведений перелік заходів свідчить, що психосоціальна реабілітація — процес комплексний і спрямований на відновлення та розвиток різних сфер життєдіяльності людини. (О.Б. Чубко, Л.В. Романченко, 2012).

Протягом останніх років консенсус у поглядах на основну ідеологію реабілітації дещо прогресував. У табл. 2 приведена модель реабілітації, на якій заснована ідеологія психіатричної реабілітації. (Ентони В., Коэн М., Фаркас М., 2001).

Основні поняття: пошкодження, неспроможність і дефект в моделі реабілітації описувалися дещо по-різному в різні періоди часу. Однак узагальнюючі роботи Wood (1980) і Frey (1984) надали цим термінам концептуальну ясність. Як зазначено в табл. 2, пошкодження структури або функції може призвести до зниження здатності хворого застосовувати деякі навички та виконувати дії, що, в свою чергу, може обмежувати його функціонування в певних сферах.

Досвід підтверджує, що психіатричне лікування починає застосовуватися на стадії ушкодження. Біологічне лікування і психотерапія використовуються в цілях редукції патологічних симптомів. Ще Leitner і Drasgow (1972) при аналізі відмінностей між лікуванням та реабілітацією вказували, що зазвичай лікування

Таблиця 2

Модель реабілітації

Стадії	I.Пошкодження	II.Дисфункція	III.Обмеження
Визначення	Втрата або аномалія психологічних, фізіологічних або анатомічних структур або процесів	Обмеження або втрата (в результаті пошкодження) здатності діяти у відповідності або в рамках, які вважаються нормальними для людини	Невигідне для даної особи положення в результаті пошкодження і/або неієздатності, яке створює обмеження або перешкоди для виконання ролі, що являється нормою (в залежності від віку, статі, соціальних та культурних факторів) для даної особи
Приклади	Галюцинації, маячіння, депресія	Недостатність навиків пристосування до роботи, соціальних вмінь, побутових навиків	Статус безробітного, бездомного
Типові міри впливу	Лікування, направлене на редукцію або усунення патології	Клінічна реабілітація, що сприяє розвитку умінь і навиків клієнтів і підтримки зі сторони оточення	Реабілітація суспільства, направлена на зміну системи, в якій живе індивід

спрямоване більше на мінімізацію хвороби, а реабілітація — на максимізацію здоров'я. Усунення або локалізація пошкодження (наприклад лікування) не приводить автоматично до поліпшення функціонування особистості (наприклад, зниження неспроможності). Подібним же чином зменшення ступеня неспроможності не призводить автоматично до редукції пошкодження, хоча така можливість не виключається (Strauss, 1986).

Клінічна практика у сфері психіатричної реабілітації, що включає медико-соціальну та психологічну моделі реабілітації хворих, в тому числі, і з obsесивно-компульсивним розладом, включає дві основні стратегії:

- 1) розвиток умінь і навичок клієнта;
- 2) організація підтримки зі сторони оточення.

Втручання, що відносяться до реабілітації пацієнтів та реабілітації суспільства, не являються взаємним виключенням один одного. Слід зазначити, що як реабілітація пацієнтів і реабілітація суспільства доповнюють один одного, так і реабілітаційні втручання можуть бути доповненням до лікування. Особи, які страждають на психічні розлади, зазвичай потребують як лікувальних, так і реабілітаційних заходів.

У міру того як концептуальна модель реабілітації набувала визнання, сформулювалися її основні принципи (Wright, 1981). Ці принципи діють у багатьох типових програмах, створених для реабілітації осіб з важкими психічними розладами (Bachrach, 1989). У роботах Beard (Beard et al., 1982), Lamb (1990), Dincin (1981), Grob (1983) і Anthony (1984) та серед інших відзначається згода все більшого числа вчених щодо змісту дев'яти основних принципів психіатричної реабілітації (табл. 3), що впливають як на установи, в яких вони використовуються, так і на професійну діяльність фахівців.

Дослідники досягли певного прогресу у виявленні різноманітних характеристик успішних програм психіатричної реабілітації:

- 1) ефективні втручання повинні бути безпосередніми і біхевіоральними;
- 2) програми реабілітації мають специфічний вплив на супутній результат при обмеженому застосуванні до інших сфер;
- 3) короткострокові втручання менш ефективні, ніж довгострокові;
- 4) втручання повинні здійснюватися в безпосередньому звичному для пацієнта оточення;
- 5) ефективні програми найчастіше поєднують розвиток умінь і навичок у користувача з підтримкою з боку оточення (Mueser, Drake & Bond, 1998).

У процесі психіатричної реабілітації беруть участь багато сторін: користувачі, члени їх сімей, професіонали, що надають допомогу, керівники служб з охорони психічного здоров'я, державні органи. У кожній стороні своє бачення процесу реалізації концепції реабілітації.

Думка користувачів має величезне значення для психіатричної допомоги в цілому і реабілітації зокрема (Shepherd, 1998; Bachrach, 1992). Точка зору користувача — це не просто відправний пункт процесу надання допомоги. Специфіка розуміння користувачем своєї проблеми, вимоги до шляхів досягнення своїх цілей є частиною інформації, необхідної для того, щоб пристосувати процес лікування і надання допомоги до кожного конкретного користувача. Точка зору користувача, таким чином, дає уявлення про те, якими якостями повинен володіти прийнятний процес надання допомоги саме цій людині. По-перше, спільне баченням процесу надання допомоги користувачем і баченням постачальника допомоги, а також між

Таблиця 3

Основні принципи психіатричної реабілітації

Найважливішим завданням психіатричної реабілітації є удосконалення компетентності осіб з психічними розладами
Користь психіатричної реабілітації для користувачів виражається в оптимізації поведінки в необхідному для них оточенні
Психіатрична реабілітація є еклектичною у використанні різних методів
Центральне місце в психіатричній реабілітації займає підвищення працездатності осіб з інвалідизуючими психічними розладами
Суттєвою складовою частиною процесу реабілітації є надія
Продумане підвищення залежності пацієнта може привести в кінцевому результаті до збільшення ступеня незалежного його функціонування
Бажаним являється активне залучення користувачів в процес їх реабілітації
Два основних типи втручань психіатричної реабілітації — це вироблення умінь і навичок пацієнта і організація підтримки з боку оточення
Тривале медикаментозне лікування часто являється необхідним, але рідко виявляється достатнім компонентом реабілітаційного втручання

перевагами, що надає користувач і реаліями процесу надання допомоги є основним предметом діалогу між постачальниками допомоги та користувачами. Дійсно, результати досліджень в галузі психологічного консультування і психотерапії показують, що не підтверджені очікування і переваги, що надає користувач сприяють збільшенню відсіву вже на ранніх етапах лікування (Goldstein, 1962). Можна припустити, що цей висновок можна застосувати і до процесу психосоціальної реабілітації.

Проаналізувавши все те, що ускладнює процес психосоціальної реабілітації, звернемося до дій, які, на мою думку, могли б бути корисними в найближчому майбутньому для прискорення впровадження в життя концепції реабілітації.

У рамках сформованих між користувачами та постачальниками допомоги робочих відносин в процесі психосоціальної реабілітації слід з'ясовувати переваги користувача і більше активно підтримувати його у прийнятті самостійних рішень. Особливо це стосується переходу постачальника допомоги від патерналістичної позиції відносно того, що найкраще, до позиції, націленої на те, щоб допомогти користувачеві самому з'ясувати, що найкраще для нього. Інтенсивність цього переходу обумовлена рівнем знань у вузькому сенсі в поєднанні з навиками спілкування і відповідної установки. Я вважаю, що ця проблема зачіпає не тільки сторони, що безпосередньо беруть участь у

наданні допомоги. На цьому рівні загальна культура організації також може бути важливим стимулом або стримуючим фактором.

Що стосується обговорення залучення членів сім'ї, то цей напрям може вже в найближчому майбутньому придбати особливу важливість. Якщо відповідно до прогнозів в системі психіатричної допомоги деінституціоналізація буде здійснюватися і далі, у професійних постачальників допомоги та сімей може виникнути необхідність у налагодженні партнерських відносин, аналогічних відносин колег в багато-профільній бригаді. Це передбачає зміну відносин всіх сторін.

Професійним постачальникам допомоги будуть потрібні нові знання про те, що означає бути членом сім'ї або помічником родича, що хворіє. Але, крім цього, виникне необхідність у формуванні у постачальників допомоги нового ставлення до членів сімей і навичок успішного поділу завдань з надання допомоги. З точки зору членів сім'ї, важливим результатом такої співпраці є формування чіткої позиції і ролі в системі надання допомоги. У багатьох випадках корисним може бути діалог щодо близькості і дистанціювання, яка встановлюється в процесі надання допомоги: коли відновлення є результатом дій самого користувача і яка роль членів сім'ї в цьому процесі.

З організаційної точки зору чекає велика робота по залученню членів сімей та користувачів до надання допомоги.

Література

1. Гурович І.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація в психіатрії. — М.: Медпрактика-М, 2004. 492с.
2. Гурович І.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. — М.: Медпрактика-М, 2007. 355 с.
3. Краснов В.Н., Гурович І.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. — М., 2007. 260 с.
4. Ентони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер. с англ. Киев.: Сфера, 2001. — 318 с.
5. Чубко О.Б., Романченко Л.В. Роль та місце психосоціальної реабілітації в системі психіатричної допомоги, №3 (38) 2012, с. 69-72.
6. Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14.
7. Anthony W.A., Jansen M.A. Predicting the vocational capacity of the chronically ill: Research and policy implications // *Am. Psychologist*. — 1984. — Vol. 39. — P. 537-548.
8. Bachrach L. Case management: towards a shared definition // *Hosp. Community Psychiatry*. 1989. — Vol. 40. — P. 883-884.
9. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients // *Am. J. Psychiatry*. 1992. — Vol. 149. — P. 1455-1463.
10. Beard, J.H., Propst, R.N., & Malamud, T.J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 47-53.
11. Brugha T.S. (Ed.). Social support and psychiatric disorder. Research findings and guidelines for clinical practice. Cambridge University Press, 1995. — 349 p.
12. Bustillo J.R., Lauriello J., Haran W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // *Am. J. Psychiatry*. 2001. — Vol. 158, N 2. — P. 163175.
13. Ciompi L. The philosophy of social psychiatry // *Social Psychiatry*. 1995. — N 2.-P. 23-28.
14. Ciompi L. What could be the future of social psychiatry? Lecture at the International Congress on «The State of the Art in Psychiatry». Basel, Switzerland, June 19-21, 1997.

15. Dincin, J. (1981). A community agency model. In J.A.Talbott (Ed.), *The chronic mentally ill* (pp.212-226). New York: Human Sciences Press.
16. Frey, W.D. (1984). Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge In A.S. Halpern & M.J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 11-43). Baltimore: Paul Brookes.
17. Goldstein A.P., Krasner L., Garfield S.L. *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press, 1989. — 251 p.
18. Grob, S. (1983). Psychosocial rehabilitation centers: Old wine in a new bottle. In I.Barofsky & R.D. Budson (Eds.), *The chronic psychiatric patient in the community: Principles of treatment* (pp. 265-280). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
19. Hemsley D., Murray R.M. Commentary: Psychological and social treatments for schizophrenia: Not just old remedies in new bottles // *Schizophr. Bull.* — 2000. — Vol. 26, N 1. P. 145-151.
20. Hollander E. *Obsessive-compulsive related disorders* // American Psychiatric Press. Washington, 1993.
21. Lamb H.R., Lamb D. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill // *Hosp. Com. Psychiatry*. 1990. — Vol. 41. — P. 301-305.
22. Leitner, I. & Dasgow, J. (1972). Battling recidivism. *Journal of Rehabilitation*, July/ August, 29-31.
23. Liberman R.P. (Ed.) *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1988. P. 311, 147-198.
24. Mojtabai R., Nicholson R.A., Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies // *Schizophr. Bull.* 1998. — Vol. 24, N 4. — P. 569-587.
25. Mojtabai R. Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness // *Psychiatr. Serv.* 2005. — Vol. 56. -P. 172-178.
26. Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management // *Schizophr. Bull.* 1998. — Vol. 24, N 1. — P. 37-74.
27. Shepherd G. Models of community care // *J. Ment. Health*. 1998. — Vol. 7, N 2. -P. 165-177.
28. Strauss, J.S. (1986). Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin*, 12, 720-723.
29. Torres, A.R., Lima, M.C., 2005. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 27 (3).
30. Fontenelle L.F, Telles L.L., Nazar B.P., De Menezes G.B., et al. (2006) Trans-cultural aspects of social anxiety disorder and related conditions: A Brazilian case series and a review of international clinical studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 55 (3).
31. Eisen J.L., Rasmussen S.A.»OCD and compulsive traits Phenomenology and outcome. 'Tresented at the 144h Ann. Meeting of APA. New Orleans, 1991.
32. Wood, P.H. (1980). Appreciating the consequence of disease: The classification of impairments, disability, and handicaps. *The WHO Chronicle*, 34, 376-380.
33. Wright, B.A. (1981). Value-laden beliefs and principles for rehabilitation. *Rehabilitation Literature*, 42, 266-269.

УДК 616.89-008.447(477)

Клініко-психопатологічні особливості невротичних розладів у жителів сільської місцевості

Зінченко О. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Резюме. З метою вивчення клініко-психопатологічних особливостей непсихотичних розладів у сільських жителів проведено дослідження клінічних проявів та механізмів формування невротичних розладів у 300 жителів сільської місцевості та 100 жителів міст України. На підставі визначених клініко-психопатологічних особливостей обґрунтована необхідність розробки основних принципів терапії невротичних розладів та організації допомоги сільському населенню.

Ключові слова: невротичні розлади, клініка, сільське населення.

Clinical and psychopathological features of neurotic disorders in rural areas

Zinchenko A.

Resume. To study the clinical and psychopathological features of non-psychotic mental disorders villagers studied clinical manifestations and mechanisms of formation of neurotic disorders in 300 rural residents and 100 residents of Ukraine. On the basis of defined clinical and psychopathological features of the necessity of developing the basic principles of treatment of neurotic disorders and relief to the rural population.

Key words: neurotic disorders clinic, rural population.

Аналіз стану психічного здоров'я сільського населення України свідчить про збільшення показників розповсюдженості невротичних і органічних непсихотичних розладів [1, 2]. Вказана тенденція пов'язана з формуванням затяжних та резистентних форм даної патології, що приводить до порушень соціального функціонування та зниження якості життя цих пацієнтів [3–6].

Перспективним шляхом покращання якості надання психіатричної допомоги жителям сільської місцевості з непсихотичними психічними розладами є вивчення клініко-психопатологічних особливостей цієї патології у порівнянні з жителями міста.

Нами проведено дослідження, метою якого було розробити нові підходи до діагностики, терапії, профілактики непсихотичних розладів у жителів сільської місцевості на основі комплексного вивчення клініко-епідеміологічних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних, соціально-психологічних особливостей цієї патології у порівнянні з жителями міста.

Одним із завдань даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей хворих з невротичними розладами, які проживають в сільській місцевості (ЖСМ) в порівнянні з жителями міста (ЖМ).

У дослідженні прийняли участь 1975 хворих з непсихотичними психічними розладами.

Із них шляхом рандомізації в основну групу дослідження увійшли 300 хворих з невротичними розладами, які проживали у сільській

місцевості, з діагнозами «Тривожно-фобічний розлад» (F40), «Депресивна реакція» (F43.2), «Дисоціативний (конверсійний) розлад» (F44), «Неврастенія» (F48.0). 100 хворих з невротичними розладами, які проживали у містах, склали групу порівняння.

Розподіл пацієнтів по групах представлено на рис. 1.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Для оцінки динаміки психічного стану в період лікування та катamnестичного спостереження використовували стандартизовані клінічні шкали тривоги (HARS) та депресії (HDRS) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптовані до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); шкалу загального клінічного ураження (CGI) (W. Guy, R. Bonato. 1970). Клініко-психопатологічний метод був доповнений обстеженням із використанням запропонованої нами індивідуальної карти обстеження хворого. Верифікація діагнозу проводилася експертним методом.

Результати дослідження

Результати клініко-психопатологічного дослідження свідчать про те, що в преморбіді у хворих на невротичні розлади (далі — НР) жителів села зустрічалися астеничний (19,48%),

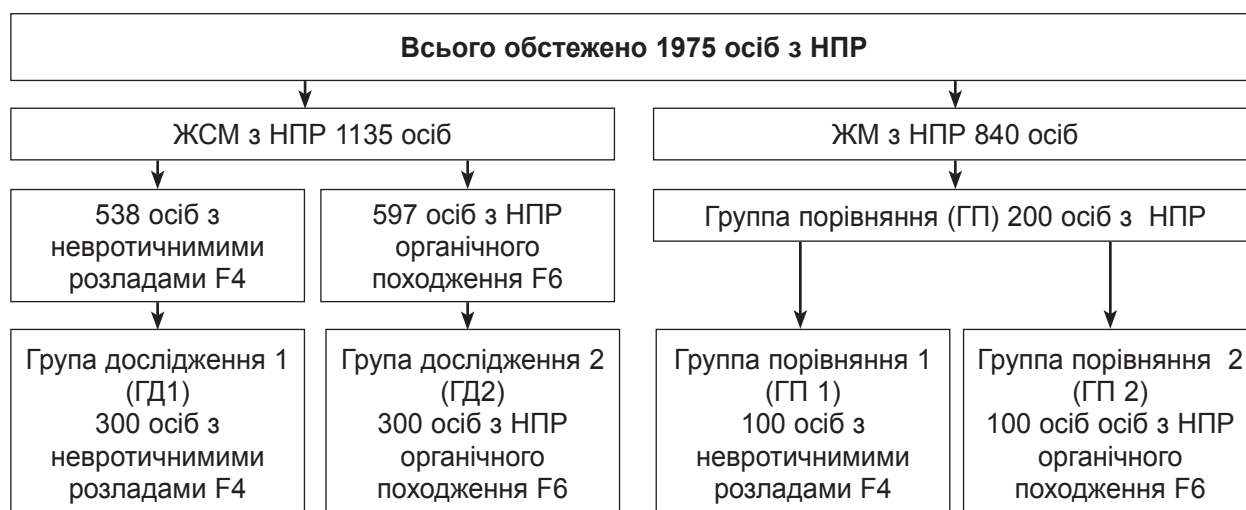


Рис. 1

Розподіл обстежених по групах

психастенічний (18,58%), невизначений, або мозаїчний (18,58%), сенситивний (15,93%), лабільний (10,62%), дистимічний (10,62%), застрягаючий (2,65%), істероїдний (1,77%), нестійкий (0,88%) та конформний (0,88%) типи характеру.

У хворих на НР жителів міста в преморбіді зустрічалися психастенічний (24,96%), астенічний (17,79%), невизначений, або мозаїчний (16,67%), істероїдний (10,42%), застрягаючий (7,29%), дистимічний (7,29%), нестійкий (6,25%), сенситивний (5,21%), лабільний (2,08%) та циклоїдний (1,04%) типи характеру.

Таким чином, в першій групі достовірно частіше зустрічалися лабільний та сенситивний типи, достовірно рідше — нестійкий та істероїдний типи характеру.

Серед різноманітних психогенних факторів у жителів сільської місцевості, хворих на НР, були такі: тяжка хвороба або смерть близьких (16,81%), тривале психічне перенапруження (13,27%), соціальна не адаптованість (8,85%), смерть домашньої худоби (6,19%), сімейні конфлікти (6,19%), оперативні втручання (5,31%), різка зміна життєвого стереотипу (4,42%) та ситуації підвищеної відповідальності (1,77%). У обстежених групи порівняння розвитку НПР передували тяжка хвороба або смерть близьких (20,84 %), сімейні конфлікти (8,34 %), тривале психічне перенапруження (6,25%), операція з приводу фіброміоми у жінок (4,17%), ситуації підвищеної відповідальності (3,13 %), різка зміна життєвого стереотипу (2,08%), смерть домашньої худоби (1,04%) та соціальна неадаптованість (1,04%).

Таким чином, аналіз психогенних факторів показав, що в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, зустрічалися смерть

домашньої худоби, тривале психічне перенапруження та соціальне неблагополуччя.

Клінічна структура НР представлена наступними розладами: «Тривожно-фобічний розлад» (F40), «Депресивна реакція» (F43.2), «Дисоціативний (конверсійний) розлад» (F44), «Неврастенія» (F48.0).

У хворих на тривожно-фобічні розлади початок захворювання частіше був пов'язаний з вегето-вісцеральним пароксизмом ($58,00 \pm 3,4\%$), але при детальному опитуванні виявлялися психогенні ситуації, які й привели до невротичного зриву. Клінічна картина тривожно-фобічних розладів у групі дослідження характеризувалася наявністю виражених емоційних та сомато-вегетативних порушень. Перебіг захворювання у більшості випадків мав рецидивуючий характер (68,00 %). Вивчення емоційних порушень продемонструвало, що тривога пароксизмального та перманентного характеру була зареєстрована відповідно у 56,00 % і 38,00 % хворих. Нав'язливі страхи різного семантичного змісту виявлені у 96,00 % обстежених. Так, страх втратити свідомість на вулиці або в транспорті відзначався у 64,00 % пацієнтів, страх наявності важкої соматичної патології, страх смерті — відповідно у 42,00 % та 36,00 % пацієнтів. Інші obsesії у вигляді нав'язливих сумнівів та дій спостерігалися у 24,00 % осіб даної групи. Постійне очікування погіршення самопочуття, внутрішня напруга, неспокій реєструвалися відповідно у 82,00 %, 76,00 % та 54,00 % пацієнтів. При тривалості захворювання більше 6 місяців у 68,00 % обстежених формувалося стійке зниження настрою і з подальшою хронізацією хвороби ставало все більш вираженим. Сомато-вегетативний компонент характеризувався

наявністю кардіальних — тахікардія, коливання АТ, кардіалгії та неприємні відчуття за грудиною (82,00 %), респіраторних — відчуття нестачі повітря, потреба зробити глибокий вдих (48,00 %) та шлунково-кишкових проявів — печія, больові та неприємні відчуття в області живота, спазми та коливання апетиту (36,00 %). У 54,00 % обстежених були зареєстровані дисомнії, причому складності при засинанні були тим більші, чим більш вираженою була тривога протягом дня.

Аналіз клінічної картини тривожно-фобічних розладів показав, що в групі дослідження достовірно частіше, ніж у групі порівняння, зустрічалися пароксизмальні прояви тривоги, ніж перманентні, переважали сомато-вегетативні симптоми тривоги над емоційними, частіше формувалося стійке зниження настрою з подальшою хронізацією хвороби.

Клінічна картина депресивних розладів у групі дослідження характеризувалася наявністю виражених сомато-вегетативних та емоційних порушень. Для більшості хворих характерним був поступовий початок захворювання. У клінічній картині депресивних розладів найбільш часто спостерігалися соматичні прояви, пригніченість настрою та афект туги, астеничні симптоми, а також різні тривожні прояви. На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти депресивних розладів: тривожний ($39,4 \pm 5,2\%$ хворих групи дослідження та $44,2 \pm 3,4\%$ групи порівняння), соматизований ($41,1 \pm 5,3\%$ і $38,9 \pm 3,4\%$ відповідно), іпохондричний ($12,2 \pm 3,3\%$ хворих групи дослідження та $9,7\% \pm 2,1$ групи порівняння) і меланхолійний ($7,3\% \pm 1,8$ і $7,2 \pm 2,9\%$ відповідно).

При тривожному варіанті депресії відзначалося знижене тло настрою, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, істеричні прояви. Іпохондричний варіант містив у собі, поряд з пригніченістю настрою, афект туги і тривоги, різноманітні страхи і побоювання відносно стану здоров'я, астеничні прояви і вегетативні пароксизми. Соматизований варіант характеризувався підвищеною втомлюваністю, млявістю, виснаженням, бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування з переважанням соматичних скарг на тлі зниженого настрою, апатії. Меланхолійний варіант — зниженим тлом настрою, афектом туги, частими лакримальними реакціями, думками про власну малоцінність, ідеями самозвинувачення і самознищення, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами.

Таким чином, серед хворих групи дослідження виявлене переважання соматизованого

та іпохондричного варіантів депресивних розладів та менше представлений тривожний варіант депресивного синдрому.

Для хворих на дисоціативні розлади характерним була раптова поява симптомів захворювання, тобто гострий початок, який був тісно пов'язаний з психічною травмою (86,00%). У клінічній картині дисоціативних (конверсійних) розладів переважають афективні істероневротичні реакції у вигляді сплесків люті, уразливості, демонстративності, погроз і образ, афективних розрядів із демонстративно-шантажними суїцидальними вчинками. При цьому одними з постійних скарг були головні болі ($54,8 \pm 1,8\%$ обстежених групи дослідження та $55,1 \pm 5,3\%$ групи порівняння), частіше локалізовані в області чола, скроні, тім'я, що супроводжувалися почуттям печії, «повзання мурашок», або за типом «істеричного цвяха», на тлі появи шуму і дзенькоту у вухах, запаморочення. Інтенсивність головних болів коливалася, частіше вони виникали або підсилювалися після емоційної напруги або при негативних настановах на фізичну і розумову працю. Яскраво вираженим був астеничний симптомокомплекс ($74,2 \pm 3,1\%$ обстежених групи дослідження та $66,9 \pm 5,1\%$ групи порівняння). Його специфіка перебігу характеризується дисоціацією між суб'єктивними скаргами на астеничні прояви і дійсними об'єктивними даними клінічного спостереження. Так, хворі при скаргах на швидку стомлюваність, слабкість були здатні здійснити великий обсяг роботи, особливо при наявності позитивно забарвленого стимулу.

Таким чином, астеничний симптомокомплекс в структурі дисоціативних (конверсійних) розладів серед хворих групи дослідження зустрічався достовірно частіше.

Початок захворювання на неврастенію у групі обстежених у більшості випадків був тяжким (58,00 %). Клінічна картина характеризувалася наявністю сомато-вегетативних та емоційних порушень. Серед сомато-вегетативних проявів можна виділити дві основні групи: астеничні та соматичні. У клінічній картині неврастенії в обстежених провідним був астеничний симптомокомплекс ($97,9 \pm 0,9\%$ обстежених групи дослідження та $89,7 \pm 3,2\%$ групи порівняння). У ряді випадків на тлі яскраво вираженого астеничного симптомокомплексу з'являється сенсibiliзація ($45,6 \pm 3,4\%$ групи дослідження та $52,1 \pm 5,3\%$ групи порівняння) до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну й у процесі засинання, а також до фізіологічних відчуттів. Спостерігаються почуття зниження розумової продуктивності, після незначної інтелектуальної напруги ($45,6 \pm 3,4\%$ групи дослідження та $47,6 \pm 5,3\%$ групи порівняння);

підвищена слабкість і стомлюваність при фізичній нарузі ($48,2 \pm 3,4\%$ і $51,2 \pm 5,3\%$ відповідно); внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися ($36,8 \pm 3,3\%$ і $39,1 \pm 5,2\%$), немотивоване занепокоєння ($35,4 \pm 3,3\%$ і $29,7 \pm 4,9\%$), тривога ($37,2 \pm 3,3\%$ і $35,5 \pm 5,1\%$), дратівливість ($47,3 \pm 3,4\%$ і $45,8 \pm 5,3\%$). $56,2 \pm 3,4\%$ обстежених групи дослідження та $55,2 \pm 5,3\%$ групи порівняння пред'являють скарги на головні болі, переважно у вигляді «шолома», або дифузні, які суб'єктивно характеризуються як здавлення, стягування, поколювання тощо, які підсилюються при різких поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в область шиї, хребта, поширюються на тулуб і кінцівки, на тлі появи шуму і дзенькоту у вухах, запаморочення. У ряді випадків головні болі супроводжуються гіперестезією шкіри, коли до голови неможливо доторкнутися і, навіть, розчісування волосся викликає біль. Інтенсивність головного болю коливається, частіше він виникає або підсилюється після фізичної і розумової напруги. Вищеописана клінічна симптоматика мала різну структуру синдромокомплексу, що виявляється у $57,4 \pm 3,4\%$ обстежених групи дослідження та $51,3 \pm 5,4\%$ групи порівняння в рамках гіперстенічного варіанту перебігу, та у $42,6 \pm 3,4\%$ групи дослідження і $48,7 \pm 5,3\%$ групи порівняння — гіпостенічного. Таким чином, в клінічній картині неврастенії в групі дослідження виявлене переважання гіперстенічного варіанту перебігу, в групі порівняння — гіпостенічного.

Висновки

1. Відмінними рисами клінічної картини невротичних розладів у сільських жителів є наступні:
 - в клінічній картині тривожно-фобічних розладів достовірно частіше, зустрічалися пароксизмальні прояви тривоги, ніж перманентні, переважали сомато-вегетативні симптоми тривоги над емоційними, частіше формувалося стійке зниження настрою з подальшою хронізацією хвороби;
 - серед депресивних розладів виявлене переважання соматизованого та іпохондричного варіантів депресивних розладів та менше представлений тривожний варіант депресивного синдрому;
 - в структурі дисоціативних (конверсійних) розладів достовірно частіше зустрічався астеничний симптомокомплекс;
 - в клінічній картині неврастенії виявлене переважання гіперстенічного варіанту перебігу проти гіпостенічного.
2. Визначені особливості частково пояснюються соціально-психологічними особливостями обстеженого контингенту, частково — особливостями організації медичної допомоги сільському населенню.
3. Проведене дослідження дозволило розробити принципи терапії невротичних розладів та організації допомоги сільському населенню, базовані на визначених особливостях.

Література

1. Зінченко О.М. Характеристика загальних закономірностей психічного здоров'я сільського населення України / О.М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т.18. — № 2 (69). — С. 15–21.
2. Зінченко О.М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села / О.М. Зінченко // Психічне здоров'я. — 2010. — Вип. 1(26). — С. 69–78.
3. Марута Н.А. Критерий качества жизни в психиатрической практике /Н.А. Марута, Т.В. Панько, И.А. Явдак. и др. /Под общ. редакцией Н.А. Маруты. — Харьков: РИФ Ар СИС АтД, 2004. — 240 с.
4. Васильева А.В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий /А.В. Васильева, Т.А. Караваева //Вестник психотерапии. — 2009. — №32. — С.70–77.
5. Караваева Т.А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен /Т.А. Караваева //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2010. — №1. — С. 13–17.
6. Оруджев Н.Я. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике /Н.Я. Оруджев, Е.А. Тараканова //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2008. — №2. — С. 3–6.

УДК 616.89-008.45/47:616.895.4:616.12-008.331.1

Діагностика та терапія депресивних та когнітивних розладів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою



Здорик І. Ф.

Здорик І. Ф.

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

Резюме. Стаття посвящена дослідженню депресії та когнітивних порушень у жінок з гіпертонічною хворобою. Визначено поширеність та вивчено структуру депресивних та когнітивних розладів у даної категорії пацієнтів. Проведено порівняльний аналіз комплексної корекції виявлених порушень з стандартною терапією, оцінено ефективність запропонованої програми терапії.

Ключові слова: діагностика, терапія, депресія, когнітивні розлади, гіпертонічна хвороба.

Diagnosis and therapy of depression and cognitive impairment in patients with hypertension

Zdoryk I. F.

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Resume. The article investigates the depression and cognitive impairment in women with hypertension. To determine the prevalence and study the structure of depressive and cognitive disorders in this group of patients. A comparative analysis of complex correction of impairments to standard therapy, evaluated the efficacy of the proposed program of therapy.

Key words: diagnosis, therapy, depression, cognitive impairment, hypertension.

Широка поширеність депресивних та когнітивних розладів у пацієнтів з соматичною патологією відображена в наукових роботах багатьох авторів [1-2, 5-8].

Згідно існуючим стандартам надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод та рекурентну депресію, лікування проводиться позалікарняно (окрім випадків передбачених протоколом) та включає біологічну та психосоціальну складові. В якості медикаментозного лікування перевага надається монотерапії антидепресантами групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (CІ33С), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, починаючи з мінімальних доз із урахуванням психофармакологічного анамнезу [4]. Психосоціальна терапія має проводитися з першого дня медикаментозного лікування й передбачає психоосвітню роботу з родиною та різні форми психотерапії з пацієнтом.

Відповідно рекомендацій провідних дослідників [9] лікування депресивних розладів у пацієнтів, які страждають на ГХ повинно починатися якомога раніше, враховувати індивідуальні особливості клінічної картини афективної патології та перебіг соматичного захворювання, носити комплексний характер, включати антидепресанти та психотерапію й проводитися трьома послідовними етапами: I етап — активна терапія для формування ремісії, II етап — стабілізуюча терапія для попередження рецидиву в межах поточного епізоду (не менше 6 місяців),

III етап — профілактичне лікування для попередження загострення через 6 місяців після формування повної ремісії [4]. При виборі антидепресанту слід враховувати ефективність, безпечність, переносимість, простоту призначення та вартість препарату [3]. Питання позитивного впливу антидепресантної терапії на наявні когнітивні розлади та зниження ризику розвитку можливих когнітивних порушень потребує подальшого вивчення [6]. Таким чином, депресія, як фактор ризику розвитку когнітивних порушень, стає потенційною мішенню для діагностичних та терапевтичних втручань [11].

До основних напрямків лікування когнітивних розладів у пацієнтів, які страждають на депресивні розлади поєднані з гіпертонічною хворобою належать:

- 1) терапія основної та супутньої патології (лікування депресії та гіпертонічної хвороби);
- 2) виявлення та корекція факторів ризику (модифікація способу життя, дієта, формування «орієнтування на здоров'я», оволодіння пацієнтом навичками боротьби зі стресом, методиками релаксації);
- 3) застосування психокорекції та когнітивних тренінгів;
- 4) лікування хронічних соматичних захворювань;
- 5) призначення препаратів для покращення когнітивних функцій [7, 12].

На сьогоднішній день проводиться пошук засобів та методів оптимізації таких життєво

важливих психофізіологічних функцій людини як пам'ять, увага, сприйняття, периферичний зір, розумова працездатність. Дослідниками пропонуються різні програми та методики когнітивних тренінгів, спрямовані на реалізацію даної мети [10].

Виходячи з вищенаведеного, впливає актуальність проведеного дослідження, **метою** якого було вивчення структури депресивних та когнітивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу та оцінка ефективності комплексної терапії виявлених порушень у дослідженого контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходились 102 жінки, які проходили обстеження та лікування у відділенні гіпертонічної хвороби, поліклінічному відділенні Національного наукового центру «Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України та психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 (м. Київ) в період з 2011 по 2013 р.р. Усі хворі дали інформовану згоду на участь в науковому дослідженні. Вік пацієнтів становив від 45 до 76 років, середній — $61,30 \pm 7,36$ років. Більшість жінок відносилась до групи осіб літнього віку (61,76 %); решта (38,24 %) — до осіб зрілого віку. Усі обстежені мали клінічно верифікований діагноз гіпертонічної хвороби II ст. та отримували серцево-судинні препарати відповідно кардіологічному захворюванню. Додатково терапія включала курс вазоактивних, вітамінних та загальнометаболічних препаратів в середньотерапевтичних дозах. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психометричний, експериментально-психологічний та статистичний. Оцінка вірогідності показників між двома незалежними вибірками проводилась за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні; між двома взаємопов'язаними вибірками — за допомогою критерію Уїлкоксона.

Діагноз депресивного розладу встановлювався згідно дослідницьким діагностичним критеріям депресивного епізоду класифікації психічних та поведінкових розладів МКХ-10. Додатково використовувалася шкала реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера й Ю.Л. Ханіна та шкала Гамільтона для оцінки важкості депресії (HDRS).

Дослідження когнітивних функцій проводилось за допомогою монреальського когнітивного тесту (MoCA). Даний тест дозволяє оцінити загальний рівень когнітивних функцій та надає уявлення про окремі сфери (зорово-конструктивні та виконавчі навички, зоровий гнозис, пам'ять, увагу, особливості мовної функції, здатність до абстракції, орієнтацію). Максимальна

оцінка становить 30 балів. Коливання результату в межах 26–30 балів розцінюється як «норма». Результат 17–25 балів вказує на помірні когнітивні порушення, 16 балів та менше — характерний для деменції. Важливою особливістю використання тесту є можливість поправки загального результату з огляду на отриману освіту. Якщо обстежений має освіту менше за повну середню, до фінального результату додається 1 бал.

Залежно від об'єму терапії когнітивних та депресивних розладів (на вибір пацієнта) хворих було розділено на 2 групи: А (57 осіб) та Б (45 пацієнтів). Групи були співставні між собою за віком, соціальними факторами (рівнем освіти, родинним станом, умовами проживання й рівнем доходу), соматичним станом, ступенем депресивних та когнітивних порушень. Залежно від ступеня виявлених когнітивних порушень кожна група додатково була поділена на 3 підгрупи: I — пацієнти без когнітивних порушень, II — особи з легкими когнітивними розладами, III — хворі з вираженими когнітивними порушеннями. Терапія депресивних розладів була представлена переважно монотерапією антидепресантом групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (сертралін) в стандартній терапевтичній дозі 25–100 мг / добу. Результати лікування оцінювалися клінічно та за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) на початку терапії, через 8 тижнів та 12 тижнів потім. До терапевтичної програми пацієнтів групи А додатково входила психокорекція та тренінг когнітивних здібностей.

Результати та їх обговорення

В ході дослідження було встановлено, що депресивні розлади у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу неоднорідні та представлені тривожно-депресивним (54,9 %), астено-депресивним (37,3 %) та депресивно-іпохондричним (7,8 %) синдромами. Клінічна картина характеризувалася великою кількістю скарг соматичної спрямованості, на тлі яких класичні депресивні симптоми виявлялися переважно при прицільному розпитуванні.

Нозологічна приналежність виявлених депресивних розладів була представлена наступним чином: у 52 (51,0 %) був діагностований органічний депресивний розлад, у 4 (3,9 %) — депресивний епізод, дистимія спостерігалася у 16 (15,7 %) пацієнтів, розлади адаптації — у 30 (29,4 %) жінок.

За даними дослідження з використанням шкали Гамільтона було встановлено, що рівень депресії становив від 12 до 23 балів, середній бал — $15,41 \pm 1,65$. Рівень реактивної тривожності (РТ) за шкалою Спілбергера-Ханіна становив

46,26 ± 5,49; рівень особистісної тривожності (ОТ) — 48,05 ± 8,9. Вихідний рівень когнітивних функцій (згідно монреальського когнітивного тесту, МоСА) склав 24,98 ± 1,91 бали. Розподіл показників вираженості депресивної симптоматики, рівнів РТ та ОТ, показників когнітивних функцій та їх динаміка представлені у табл. 1.

Як видно з наведених даних, на етапі вихідного оцінювання пацієнти обох груп суттєво не відрізнялися між собою за важкістю депресивних розладів, РТ та ОТ, рівнем когнітивного дефіциту (оцінка вірогідності різниці показників проводилась за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні). Виразеність депресії у більшості пацієнтів обох груп (згідно даних HDRS) відповідала малому депресивному епізоду. Для жінок, які страждають на депресивні розлади, поєднані з гіпертонічною хворобою притаманні високі рівні РТ та ОТ, причому високий рівень реактивної тривожності відмічено у 64 хворих (62,7 %), а високий рівень особистісної тривожності спостерігався у 65 осіб (63,7 %). Когнітивний дефіцит (бал за МоСА < 26) спостерігався у більшості учасників обох груп, в цілому зниження було зафіксовано у 92 обстежених.

Нами було оцінено ефективність лікування пацієнтів групи А та Б. Відмічено помітне зменшення депресивної симптоматики у жінок обох груп вже на восьмому тижні лікування (рис.1). Вірогідна різниця між показниками вираженості

симптомів депресії у групах А та Б на восьмому тижні та після лікування свідчить про більш швидку редукцію гіпотимії в пацієнтів, які отримували комплексне лікування.

Високий рівень реактивної тривожності відмічено у 35 (61,4 %) пацієнтів групи А та у 29 (64,4 %) хворих групи Б. Високий рівень особистісної тривожності спостерігався у 34 (59,6 %) та 31 (68,8 %) жінок груп А та Б відповідно. Рівень РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна до та після лікування представлений на рис. 2.

В процесі терапії відзначена позитивна динаміка показників РТ та ОТ в обох групах дослідження. Рівень редукції РТ та зменшення ОТ в групі пацієнтів, які отримували психофармакотерапію та психокорекцію був вірогідно більш значущим.

Одним з головних питань оцінки клінічного стану пацієнтів з депресивними розладами поєднаними з гіпертонічною хворобою є вивчення стану когнітивних функцій. Результати дослідження за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МоСА) виявили зниження показників в когнітивній сфері у 92 жінок (90,2 %). Відсутність когнітивних розладів діагностовано у 10 осіб (9,8 %), легкі когнітивні розлади були у 63 жінок (61,8 %), виражені когнітивні розлади спостерігались у 29 хворих (28,4 %). Розподіл пацієнтів по групах згідно виявленому рівню когнітивних порушень та динаміка показників в процесі терапії представлені у табл. 2.

Таблиця 1

Показники оцінки афективної та когнітивної сфери у пацієнтів груп А та Б

Показник	Група А (n = 57)	Група Б (n = 45)	Достовірність різниці показників між групами, р
HDRS (до лікування)	15,49 ± 1,8	15,31 ± 1,4	0,605
HDRS (через 8 тижнів)	7,72 ± 1,7	9,8 ± 1,4	0,001
HDRS (після лікування)	2,32 ± 0,7	3,2 ± 0,9	0,001
РТ (до лікування)	46,12 ± 5,6	46,4 ± 5,4	0,824
РТ (після лікування)	32,3 ± 2,8	37,0 ± 2,4	0,001
ОТ (до лікування)	47,4 ± 9,3	48,9 ± 8,6	0,479
ОТ (після лікування)	38,7 ± 4,93	43,7 ± 4,9	0,001
МоСА (до лікування)	22,9 ± 1,7	23,2 ± 1,6	0,247
МоСА (після лікування)	25,7 ± 1,6	24,0 ± 1,8	0,001

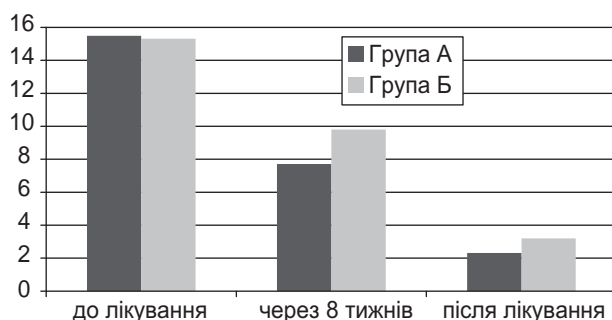


Рис. 1

Редукції депресивної симптоматики в групах А та Б (середні бали за HDRS)



Рис. 2

Динаміка рівнів тривожності пацієнтів груп А та Б за шкалою Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна

Таблиця 2

Динаміка показників когнітивних функцій

Показник	Тип групи		Достовірність різниці показників між групами, р
	Група I А (n = 6)	Група I Б (n = 4)	
МоСА (до лікування)	25,67 ± 0,5	27,17 ± 0,8	0,789
МоСА (після лікування)	25,75 ± 0,5	26,5 ± 0,6	0,165
	Група II А (n = 32)	Група II Б (n = 31)	
МоСА (до лікування)	23,56 ± 0,5	23,67 ± 0,5	0,352
МоСА (після лікування)	26,31 ± 1,3	24,51 ± 0,9	0,001
	Група III А (n = 19)	Група III Б (n = 10)	
МоСА (до лікування)	20,94 ± 1,3	20,8 ± 1,4	0,771
МоСА (після лікування)	24,26 ± 1,3	21,6 ± 1,8	0,001

Різниця показників вихідного рівня когнітивного статусу не була статистично значущою. В результаті лікування когнітивні функції достовірно покращилися в підгрупах I А ($p \leq 0,05$), II А та III А ($p \leq 0,001$), підгрупах II Б ($p \leq 0,001$) й III Б ($p \leq 0,05$). Різниця показників до та після лікування в підгрупі I Б не була статистично вірогідною ($p=0,083$). Оцінка динаміки показників між підгрупами II А та II Б, III А та III Б виявила достовірно більше покращення у пацієнтів, які крім основної терапії виконували тренінг когнітивних функцій.

Найкраща динаміка спостерігалася в групі IIA (пацієнти з ЛКР, які отримували комплексне лікування), що підтверджує уявлення про доцільність та більшу ефективність корекції на ранніх етапах розвитку когнітивного дефіциту.

Висновки

В результаті дослідження відмічена статистично вірогідна редукція депресивної симптоматики, зниження рівнів РТ та ОТ, позитивна динаміка когнітивних функцій в обох групах пацієнтів. Доведено, що розширення терапевтичної програми депресивних та когнітивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу, за рахунок психокорекції та тренінгу когнітивних функцій є доцільним та ефективним. Загальна ефективність впроваджених корекційно-терапевтичних заходів склала 73,6 %. Краща динаміка показників когнітивного статусу у пацієнтів з легкими когнітивними розладами (II А), порівняно з іншими підгрупами, може свідчити про більшу оборотність порушень на початкових етапах патологічного процесу, та підкреслює необхідність ранньої діагностики та комплексної терапії депресивних й когнітивних розладів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою.

Література

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. — Тернопіль : ТЗОВ «Терно-граф», 2010. — 432 с.
2. Васякіна Л. О. Система психокорекції психопатологічних розладів у хворих на пневмокніоз / Л. О. Васякіна // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70). — С. 45-49.
3. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / В. Н. Кузнецов, М. А. Мазуренко, С. А. Маляров [и др.]. — К. — 2004. — 160 с.
4. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод та рекурентну депресію // Бібліотека сімейного лікаря та сімейної медсестри. — 2008. — № 6. — С. 59-61.
5. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями // Г. М. Кожина, В. І. Коростій, О. Л. Товажнянська [та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 44.
6. Копчак О. О. Ефективність застосування антидепресивної терапії у лікуванні хворих з депресивними та когнітивними розладами на фоні хронічної недостатності мозкового кровообігу / О. О. Копчак // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 31-36.
7. Копчак О. О. Лікування помірних когнітивних порушень у пацієнтів з хронічною недостатністю мозкового кровообігу та метаболічним синдромом із застосуванням гліатиліну / О. О. Копчак // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70). — С. 106-109.
8. Левин О. С. Диагностика и лечение постинсультных когнитивных нарушений / О. С. Левин, М. А. Дудорова, Н. И. Усольцева // Consilium medicum. — 2010. — Т. 12. — № 2. — С. 5-12.
9. Марута Н. О. Особливості діагностики та терапії депресивних розладів у віковому аспекті / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 51-52.
10. Проблемы активации психофизиологических функций внимания и периферического зрительного восприятия цветовых аналогов светофора / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, Е. Ю. Гончарова [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 225.
11. Rosenberg P.B. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women / P.B. Rosenberg, M.M. Mielke, Q.L. Xue et al. // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — 2010. — №18(3). — P. 204-211.
12. Tzourio C. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease / C. Tzourio, C. Anderson, N. Chapman et al. // Arch. Intern. Med. — 2003. — № 163. — P. 1069-1075.

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

Роль нехімічних аддикцій у розвитку та перебігу психосоматичних захворювань у молодих осіб



Коростій В. І.

Коростій В. І.

Харківський національний медичний університет

Резюме. Стаття присвячена результатам вивчення нехімічних аддикцій при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб і принципам диференційованої терапії в структурі комплексної системи лікування і психотерапевтичної реабілітації пацієнтів з психосоматичною патологією, яка розроблена автором. В 956 молодих осіб із психосоматичними захворюваннями: бронхіальною астмою, з пептичною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки та з артеріальною гіпертензією з позицій системного підходу досліджена клінічна структура й особливості формування емоційних порушень та нехімічних аддикцій. Виявлене переважання у обстеженого контингенту серед нехімічних аддикцій комп'ютерної залежності вірогідно свідчить про особистісну predisposition, яка визначає схильність як до психосоматичного захворювання, так і до цього виду залежності. Патогенетична роль аддиктивної поведінки у розвитку та перебігу психосоматичних захворювань у молодих осіб полягає у впливові нехімічних аддикцій на ризик розвитку та подальший перебіг психосоматичних захворювань, який переважно опосередкований через емоційні розлади тривожного та депресивного спектрів та поведінкові порушення — порушення циркадних ритмів, гіподинамію.

Ключові слова: психосоматичні захворювання, емоційні розлади, нехімічні аддикції, комп'ютерна залежність, психотерапія.

The role of non-chemical addictions in the development and course of psychosomatic disorders in young people

Korostiy V. I.

Kharkov National Medical University

Resume. Article is devoted to the results of the study devoted to the results of the study of non-chemical addictions in psychosomatic disorders in young people and the principle of differential treatment in the structure of an integrated system of treatment and psychological rehabilitation of patients with psychosomatic disorders, developed by the author. In 956 young people with psychosomatic diseases: asthma, peptic ulcer of the stomach and duodenum and hypertensive system approach to determine the clinical characteristics of the formation and structure of emotional disturbances and non-chemical addictions. The observed predominance of the surveyed contingent of non-chemical addictions computer addiction reliably indicates predisposition personality, which determines the tendency of both the CCL and to this kind of addiction. Pathogenetic role in the development of addictive behavior and course of CCL in young people is the impact of non-chemical addictions at the risk of the further course of CCL, which is predominantly mediated through the EP anxiety and depressive spectra and behavioral disorders — impaired circadian rhythms, physical inactivity.

Key words: psychosomatic disease, emotional disorders, non-chemical addiction, computer addiction, psychotherapy.

Ефективне лікування й профілактика психосоматичних захворювань (ПСЗ) у класичному розумінні цього терміна (бронхіальної астми (БА), пептичної виразки (ПВ), артеріальної гіпертензії (АГ) та ін.) є важливою проблемою у зв'язку з високою частотою хронічного перебігу, ростом захворюваності й поширеності цієї патології [1; 2; 3; 4]. Соматичні за основними своїми проявами, класичні психосоматичні захворювання на всіх етапах свого розвитку тісно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів [6; 9; 12].

Найбільше значення вивчення факторів, які впливають на виникнення та перебіг ПСЗ з метою розробки нових ефективних патогенетичних методів психотерапевтичної корекції та реабілітації має для хворих молодого віку у зв'язку з більш високою медичною, соціальною та економічною ефективністю [4; 5; 7; 8; 10].

Нехімічні аддикції (НА) (комп'ютерна залежність, патологічна схильність до азартних ігор та ін.) останнім часом все більше розповсюджуються. Від 5 % до 14 % користувачів Інтернет страждають комп'ютерною залежністю [9, 11]. Найчастіше — це підлітки та особи молодого віку. Але якщо патологічна схильність до азартних ігор «(гемблінг, ігроголізм, людоманія) згідно МКБ — 10 «виділена в окремий діагностичний таксон, віднесений до розладів звичок і потягів (F63.0), то комп'ютерна залежність, незважаючи на її зростаюче медичне та соціальне значення, не має такої рубрифікації, та кодується F63.8 (Інші розлади звичок та потягів).

Вищевикладене й обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження, метою якого було на основі системного підходу

до вивчення особливостей формування нехімічних аддикцій в осіб молодого віку із ПСЗ визначити їхню патогенетичну роль у розвитку ПСЗ та ЕР у цього контингенту хворих.

Дизайн роботи і контингент обстежених

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2003–2010 років на базі Обласної студентської лікарні м. Харкова (ОСБ) обстежено 956 молодих осіб із ПСЗ (з них 468 чоловіків та 488 жінок). Дослідження проводилося шляхом тотальної вибірки пацієнтів із БА, з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки та з АГ в період їхнього лікування в стаціонарі. В дослідження включені 510 пацієнтів (188 хворих із БА, 162 — з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки, 160 — з АГ), які перед початком комплексної терапії ЕР та ПСЗ були рандомізовані на дві групи: досліджувану (260 осіб) та контрольну (250 осіб). Групу порівняння № 1 (ГП₁) склали 100 пацієнтів (46 чоловіків й 54 жінки) з діагнозами, що відповідали рубрикам F4, F3 МКХ-10, порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками; групу порівняння № 2 (ГП₂) склали 100 практично здорових молодих осіб (48 чоловіків й 52 жінки), порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками. Пацієнти досліджуваної групи (ГД) поряд з лікуванням у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні одержували стандартне лікування й брали участь у реалізації заходів системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації, розробленої автором; пацієнти контрольної групи (ГК) одержували тільки стандартне лікування. Катамнестичне спостереження проводилося протягом 12 місяців.

Верифікація БА ґрунтувалася на загальноприйнятих традиційних рекомендаціях міжнародної групи експертів — Глобальній ініціативі з БА (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NHLBI / WHO Workshop Report, March, 1993). Верифікація діагнозу ПВ проводилася згідно з «Протоколом надання медичної допомоги хворим на неускладнену виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та/або дванадцятипалої кишки» (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005). Діагноз АГ встановлювався відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВІЗ/МІГ, Європейського товариства гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (1999, 2007).

Результати дослідження

Дослідження відбувалося в декілька етапів. Перший етап містив скринінг емоційних

розладів (ЕР) у студентів ВНЗ різного профілю під час профілактичних оглядів. ЕР виявлялися серед молодих людей з ПСЗ частіше ($38 \pm 3,1\%$), ніж серед обстежених цього контингенту в цілому ($25 \pm 3,1\%$). Таким чином, у результаті проведеного скринінгового дослідження виявлена висока коморбідність ПСЗ та ЕР у молодих осіб студентської популяції незалежно від соціально-демографічних та професійних особливостей.

Серед нехімічних аддикцій у обстеженого контингенту виявлена найбільша частота комп'ютерної залежності ($36 \pm 3,1\%$), ігроманії ($9 \pm 1,1\%$) та порушень харчової поведінки ($5 \pm 0,6\%$). Останні суттєво переважали серед жінок, ігromанія — серед чоловіків, комп'ютерна залежність не мала гендерних преференцій. Частота комп'ютерної залежності перевищує таку у здорових молодих осіб ($36 \pm 3,1\%$ проти $17 \pm 2,2\%$), ігроманії ($9 \pm 1,1\%$) та порушень харчової поведінки ($5 \pm 0,6\%$). При чому серед студентів частота комп'ютерної залежності залежить від профілю навчання, та в деяких вищих навчальних закладах досягає 90%.

Серед осіб з комп'ютерною залежністю спостерігалися наступні її типи: нав'язливий серфінг (подорож в мережі, пошук інформації по базах даних і пошукових сайтах); комп'ютерні ігри; віртуальні знайомства; пристрасть до онлайн-азартних ігор; кіберсекс (захоплення порносайтами).

Як видно з табл. 2, загальна сума значно перебільшує 100%, що пов'язано з коморбідністю різних типів комп'ютерної залежності, як правило, 2-3 у одної особи.

Тривалість комп'ютерної аддикції: $45,5 \pm 5,1\%$ — до одного року, $35,2 \pm 4,2\%$ — від одного року до 3 років, $19,3 \pm 3,2\%$ — більше 3 років. $25 \pm 4,2\%$ хворих придбали залежність протягом півроку після початку роботи з комп'ютером, $57,5 \pm 6,3\%$ — протягом другого півріччя, $17,5 \pm 3,2\%$ — через рік.

Серед осіб з нехімічними аддикціями виявлена висока частота коморбідності з хімічними залежностями (тютюнопалінням та зловживанням алкоголем): ігроманії ($70 \pm 1,1\%$), комп'ютерної залежності ($26 \pm 3,1\%$) та порушень харчової поведінки ($15 \pm 0,6\%$).

Таблиця 1

Розподіл типів комп'ютерної залежності

Тип комп'ютерної залежності	Частота
нав'язливий серфінг	$85,2 \pm 6,5\%$
комп'ютерні ігри	$62,5 \pm 5,1\%$
віртуальні знайомства	$25,8 \pm 4,1\%$
онлайн-азартні ігри	$15,5 \pm 3,6\%$
кіберсекс (порносайти)	$35,5 \pm 4,5\%$

Аналіз факторів ризику розвитку емоційних порушень, виявлених в обстежених хворих, дозволив визначити відмінності, характерні для пацієнтів різних нозологічних груп. Доведено, що в зіставленні з пацієнтами ГП₁, в обстежених основної групи виявлені вірогідно більш високі показники конституційно-біологічних факторів ризику розвитку ПСЗ, більш низький соціально-економічний рівень життя, більша частота шкідливих звичок і порушень харчового поведіння ($p < 0,05$). При порівняльному аналізі серед факторів ризику ЕР у молодих осіб із ПСЗ визначені анамнестична обтяженість, невідповідність режиму навчання/роботи фізіологічному циркадному ритму, патогенна особистісна predisпозиція, додаткова соматична обтяженість ($p < 0,05$). Факторами ризику соматизації тривожних розладів є сполучення високого рівня алекситимії й переважання механізму захисту шляхом витиснення. Профіль навчання в студентів, тяжкість соматичного стану не є самостійними факторами ризику, прогностично значущими є тільки в сполученні з патологічною особистісною predisпозицією ($p < 0,05$).

На підставі узагальнення результатів дослідження, ідентифіковані чинники розвитку — фактори ризику ЕР при ПСЗ, які ранжовані за інтенсивністю впливу: вагомий (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,8 та більше), вплив (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,7–0,79), вірогідний (тіснота кореляційного зв'язку між показниками 0,6–0,69). В основу системи прогнозування покладено розподіл чинників розвитку — факторів ризику ЕР при ПСЗ за прогностичною значущістю, які представлено в табл. 1.

Як видно з табл. 2, відносно ризику розвитку ЕР при ПСЗ, наявність аддиктивної поведінки (нехімічної) має вагомий вплив, а шкідливі звички та хімічні аддикції — вірогідний. Відносно ризику розвитку власне ПСЗ, навпаки, вагоме значення мають саме шкідливі звички та хімічні аддикції, зокрема тютюнопаління та зловживання алкоголем. Серед молодих осіб з психосоматичними захворюваннями не виявляється різниці в розповсюдженості ігрової та комп'ютерної залежності у порівнянні з фізично здоровими, але серед осіб з психосоматичними захворюваннями в сполученні з емоційними розладами ігрова та інтернет-залежність спостерігається частіше, а перебіг та прогноз психосоматичного захворювання погіршується.

Патогенетичну роль аддиктивної поведінки у розвитку та перебігу ПСЗ у молодих осіб ми вбачаємо наступним чином. Виявлене переважання серед аддикцій у обстеженого контингенту комп'ютерної залежності вірогідно свідчить про особистісну predisпозицію, яка визначає схильність як до ПСЗ, так і до цього виду залежності. Вплив нехімічних аддикцій на ризик розвитку та подальший перебіг ПСЗ переважно опосередкований через ЕР тривожного та депресивного спектрів та поведінкові порушення — гіподинамію, порушення циркадних ритмів та інші. Таким чином, психотерапевтична корекція нехімічних аддикцій при ПСЗ повинна проводитися комплексно з урахуванням біологічних, клінічних, психологічних та психосоціальних факторів. Типологія чинників розвитку емоційних розладів у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями представлена на рис. 1.

Таблиця 2

Розподіл чинників розвитку ЕР за інтенсивністю впливу

Чинники розвитку емоційних розладів		
Вагомий вплив	Вплив	Вірогідний вплив
Психопатологічна спадкова обтяженість	Крайові типи ВНД	Спадкова обтяженість ПСЗ
Аддиктивна поведінка (нехімічна)	Перехідні періоди року Періоди ПМС	Порушення циклу сон-неспанья
Неврологічна мікросимптоматика	Гострі соматичні стани	Коморбідні соматичні розлади
ДР в анамнезі	ТФР в анамнезі	ЕР в сімейному анамнезі
Умови життя	Зміна середовища	Транскультуральна невідповідність
Низький рівень життя	Зміна соціального стану	Соціальна дезадаптація
Сімейне виховання	Зміна сімейного стану	Негативне ставлення сім'ї до хвороби
Високий рівень алекситимії	Агресивність та ворожість	Низька прогностична здатність
Харчові звички	Недостатній руховий режим	Шкідливі звички та хімічні аддикції
Тривалий конфлікт	Гостра психогенія	Негармонійне відношення до хвороби

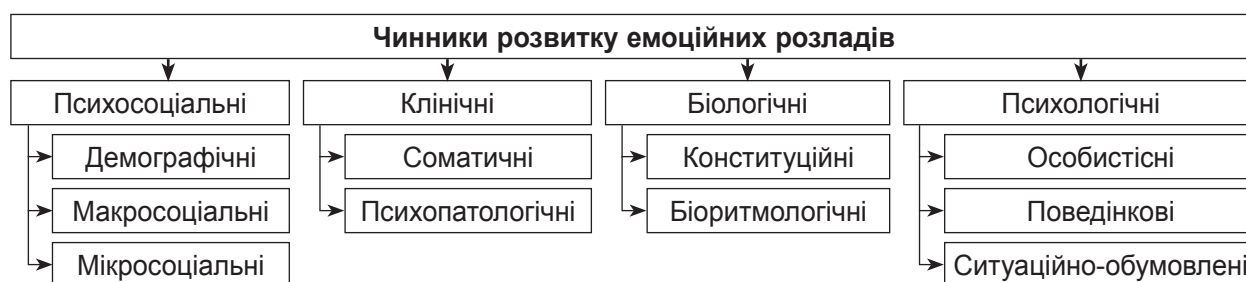


Рис. 1

Типологія чинників розвитку емоційних розладів у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями

Таким чином, згідно до одержаних результатів, поведінкові, харчові та хімічні аддикції є одними з чинників розвитку та погіршення перебігу психосоматичних захворювань. Серед нехімічних аддикцій в студентській популяції найбільша частота комп'ютерної залежності, розповсюдженість в деяких вищих навчальних закладах досягає 90%. Серед молодих осіб з психосоматичними захворюваннями комп'ютерна залежність зустрічається частіше. У молодих осіб в сучасній популяції спостерігається висока інтранозологічна коморбідність різних типів комп'ютерної залежності (до 85%) та міжнозологічна коморбідність з різними формами хімічної залежності та емоційними розладами (15-70%). Не виявляється різниці в розповсюдженості ігрової та харчової залежності у порівнянні з фізично здоровими, але серед осіб з психосоматичними захворюваннями в сполученні з емоційними розладами всі види

нехімічної залежності спостерігаються частіше, а перебіг та прогноз психосоматичного захворювання погіршується.

Виявлене переважання серед аддикцій у обстеженого контингенту комп'ютерної залежності вірогідно свідчить про особистісну предиспозицію, яка визначає схильність як до ПСЗ, так і до цього виду залежності. Патогенетична роль аддиктивної поведінки у розвитку та перебігу ПСЗ у молодих осіб полягає у впливові нехімічних аддикцій на ризик розвитку та подальший перебіг ПСЗ, який переважно опосередкований через ЕР тривожного та депресивного спектрів та поведінкові порушення — гіподинамію, порушення циркадних ритмів та інші. Таким чином, психотерапевтична корекція нехімічних аддикцій при ПСЗ повинна проводитися комплексно з урахуванням біологічних, клінічних, психологічних та психосоціальних факторів.

Література

1. Гавенко В.Л., Коростий В.И. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями. / Экспериментальная і клінічна медицина. — Харків: ХДМУ, 2007. — №3. — С122-124.
2. Довженківські читання: актуальні питання соціальної і клінічної наркології: матеріали IX Укр. наук.-практ. конф. з участю міжнар. спеціалістів, 8–9 квіт. 2008 р., Харків / Ред.: П.В. Волошин; ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України». — Х., 2008. — 384 с. — ISBN 978-966-8922-12-1
3. Кожина Г.М. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі / Краснікова С.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О. // Медична психологія. — Том 6, №3 (23). — 2011. — С.14–17.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
5. Маркова М.В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М.В. Маркова, В.В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. Специализированный выпуск. — 2008. — № 243. — С. 71 — 74.
6. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. — 2010. — №5 (24). — С. 83-90.
7. Михайлов Б.В. Роль і місце психотерапії в формуванні якості життя больних с невротическими и психотическими расстройствами/ Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — №4(14). — С.35–38.
8. Чабан О. С. Багаторівнева корекція психосоматичних розладів в загальномедичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) / О. С. Чабан, М. В. Маркова, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Medix. AntiAging. — 2010. — № 2 (14). — С. 92–97.
9. Юрьева Л.Н., Ботьот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 196 с.
10. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students/ Dale J Terasaki, Bizu S Gelaye, Yemane Berhane [et. al.]/ BMC Public Health. — 2009. — 9:13. — P. 1–25.
11. Orzack M.H. How to recognize and treat computer.com addiction // Clin. Counseling Psychol. — 1999. — Vol. 9, № 2. — P.124-130.
12. Jessop D.C., Rutter D.R., Sharma D., Albery LP. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm. Br.J.Psychol. 2004, 95(Pt2): 127-47.

УДК: 616.89 – 008 – 053.2/5

Биопсихосоциальная модель нарушения формирования психического здоровья у детей



Михановская Н. Г.

Михановская Н. Г.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г Харьков

Резюме. В роботі представлено результати дослідження феноменології розладів формування психічних функцій у дітей раннього віку із наслідками незначного перинатального ураження нервової системи гіпоксично-ішемічного генезу. Показано взаємозв'язок цих порушень із емоційними девіаціями матерів та викривленням материнського поведіння із дітьми, представленість різних варіантів прив'язаності в діадах мати-дитина. Наведено аналіз прогностично значущих біологічних та соціально-психологічних факторів для формування порушень психічного здоров'я у дітей раннього віку.

Ключові слова. Діти раннього віку, перинатальне ураження мозку, емоційні порушення матерів, дитячо-материнські відносини, біологічні та соціально-психологічні прогностичні фактори.

Biopsychosocial model of disorders in formation of mental health in children

Mikhanovskaya N. G.

SI «Institute for Children and Adolescent Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

Resume. The paper presents the results of studying phenomenology of disorders in formation of mental functions in children of an early age with consequences of minor perinatal damages. The relationship of these disorders with emotional deviations in mothers and distortion of maternal behavior with children, as well as the presence of different variants of affection in mother-child diads are given. Analysis of prognostically significant biological and psychosocial factors in the formation of mental health disorders in children at an early age is also shown in our paper.

Key words: children of an early age, perinatal brain damage, emotional disorders in mothers, child-mother relations, biological and psychosocial predictor factors.

В настоящее время смещение дефинитивной отчетливости понятий «нарушение психического здоровья» и «психическое расстройство» позволяют рассматривать и обуславливают изучение психических нарушений в детском возрасте, опираясь на феноменологическую представленность разнообразных отклонений формирования психических функций в раннем нейроонтогенезе.

Одной из ведущих составляющих психики является социально-эмоциональное развитие ребенка, которое формируется в условиях ближайшего семейного окружения либо с участием посторонних, ухаживающих за ребенком взрослых. От того, какой первый эмоциональный опыт приобретает ребенок в раннем детстве, во многом зависит его будущее социальное функционирование, личностная смелость и успешность [1,2,3].

Базовыми потребностями, кроме обеспечения витальных функций в раннем детстве, являются формирование чувства защищенности и уверенности в безусловной поддержке главного взрослого — матери. Важным компонентом, обеспечивающим эти чувства, является формирование надежной привязанности в диаде мать-дитя.

Авторами теории привязанности исторически принято считать Д. Боулби и М. Эйнсворт. Своими исследованиями они доказали, что младенец нуждается в продолжительной, предсказуемой и последовательной заботе матери или замещающего лица, которое осуществляет первичный уход. Реализация этой потребности позволяет младенцу сформировать устойчивую концепцию «Я». В процессе такого взаимодействия между матерью и ребенком устанавливаются связи, возникает привязанность с ее специфическими паттернами детского поведения [4,5].

Отношения в диаде, если они основаны на защищающей безопасной привязанности, позволяют развивающемуся организму конструировать «внутренние модели» себя и других, которые формируются вокруг «внутренних моделей привязанности» и которые, в свою очередь, обеспечивают построение внутренних структур, основанных на взаимодействии между ребенком и объектом привязанности. На основе этой внутренней модели привязанности развиваются системы доверия и когнитивные системы переработки восприятий, с помощью которых ребенок оформляет свой образ окружающего мира. Развитие привязанности происходит на основе реального опыта

со значимыми, а не фантазийными фигурами. Привязанность функционирует как разновидность гомеостатического механизма модулирования тревоги уже на том этапе, когда у ребенка еще не сформирован образ матери, и ребенок не может удержать объект ни физически, ни мысленно, вследствие чего у него возникает сигнальное чувство тревоги. Нарастание тревоги и возбуждения усиливает привязанность, поэтому главными функциями любого объекта привязанности можно считать обеспечение базовой защиты и модулирования тревоги.

Учитывая то, что формирование привязанности в диаде обеспечивается взаимодействием двух субъектов — ребенка и матери, на ее качество влияют особенности обоих. Со стороны ребенка существенную роль играют специфические черты формирующегося характера, темперамента и особенности развития психических функций. Материнский вклад в качество привязанности детерминируется ее эмоциональным состоянием, собственным ранним опытом, интуитивной чувствительностью, обусловленной материнской доминантой.

В экспериментальных исследованиях A. Thomas, Chess (1977), основанных на данных, полученных при интервьюировании матерей, были выделены такие характеристики темперамента детей первых лет жизни, как уровень активности, регулярность, ритмичность, нервозность, отвлекаемость, восприимчивость, адаптивность, готовность к адаптации к новой пище, новым людям и изменениям в режиме, интенсивность, настроение, настойчивость и упорство, гибкость, объем внимания, напряжение, порог реакции. [6].

В соответствии с этими параметрами авторами выделяется 3 группы детей:

- 1) легкие (75 % выборки) — жизнерадостные, адаптивные, редко капризные;
- 2) трудные (10 % выборки) — нервные, напряженные, со страхами перед новыми людьми и ситуациями;
- 3) стеснительные (15 % выборки) — относительно инертные, нервные, склонные к замкнутости и негативному реагированию на перемены.

Установлено, что «трудные» дети чаще всего отличаются серьезными эмоциональными проблемами на протяжении всего периода детства.

Безусловно, можно считать такую оценку достаточно информативной и исчерпывающей, однако она не всегда может дать ответ на вопрос, за счет каких механизмов формируются те или иные варианты качественных характеристик темперамента, какое влияние на них оказывают неблагоприятные перинатальные

факторы (гипоксически-ишемические, инфекционные, генетические, токсические), как они зависят от особенностей детско-материнских отношений, то есть от типа привязанности в диаде. Без учета этих факторов, использование такого подхода значительно ограничивает клиническую квалификацию возможных психопатологических феноменов у детей раннего возраста, тем не менее он указывает направления для выделения их паттернов в качестве диагностических показателей особенностей поведения детей в построении эмоциональных и социальных связей со взрослыми [7].

Цель исследования

На основе определения феноменологических особенностей формирования психики у детей раннего возраста с легким перинатальным поражением нервной системы гипоксически-ишемического генеза и характера детско-материнского взаимодействия, выделить клинические варианты психопатологических расстройств у детей с определением их взаимосвязи с типами привязанности в диадах мать-дети.

Контингент обследованных

Под наблюдением находилось 132 диады, где дети отличались незначительным неврологическим дефицитом в виде легких двигательных ограничений за счет пирамидной недостаточности, моторной неловкости или нормативным статомоторным развитием, транзиторных вегетативно-висцеральных нарушений средней или легкой степени тяжести (1 возрастная группа — 54 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 1, 5 лет и 2 возрастная группа — 78 детей от 1,5 до 3-х летнего возраста).

Методы исследования

В работе использовались клиничко-психопатологический метод, включенное наблюдение и клиническая процедура изучения привязанности в диаде — для оценки особенностей детско-материнского взаимодействия; методы математической статистики — критерий Хи-квадрат, факторный анализ.

Особенности эмоционального реагирования, специфика поведения и отклонения в организации основных физиологических функций позволили выделить 3 клинических варианта психопатологических расстройств у детей — эмоционально-лабильный (64,81 % и 75, 64 % соответственно в 1-й и 2-й возрастных группах), тревожно-апатический (25,93 % и 12,82 % соответственно) и эмоционально-недифференцированный (9,26 % и 11,54 % соответственно).

Симптоматика емоційально-лабільного варіанта була представлена проявленнями емоційальної нестабільності, підвищеної возбудимості, швидкої истощуваності дітей, які корреливали з дизрегуляцією циклу сон-бодрствование.

Тревожно-апатический варіант отличался общенегативной модальностью настроення и апатичностью с немотивированностью аффекта и тревожностью детей при взаимодействии. Эти аффективные феномены коррелировали с дизрегуляцией пищевого поведения.

Емоційально-недифференційований клінічний варіант характеризувався відсутністю, рудиментарністю і неадекватністю емоційального відгук на стимуляцію і взаємодію, а його проявлення також корреливали з дизрегуляцією харчового поведіння.

При оцінці якості прив'язаності в досліджуваних діадах вивчалося поведіння дітей в експериментальній клінічній процедурі «розставання» з матір'ю, коли в присутстві стороннього дорослого мати віддалялась від дитини або покидала приміщення, а потім поверталась.

Була встановлена віксна динаміка представленості різних варіантів прив'язаності. Так, у дітей перших 1,5 років життя в подавляючому числі випадків формувалась надійна прив'язаність, що відповідає її представленості в неклінічних вибірках. В 18,52 % спостережень реєструвалась амбівалентна прив'язаність, в 14,81 % — дезорганізована, в єдиничних випадках — ухиляюча (5,56 %). У дітей 1,5 — 3-х років перше рангове місце займала надійна прив'язаність (41,02 %), друге — ухиляюча (29,49 %), третє — дезорганізована (16,67 %) і четверте — амбівалентна прив'язаність (12,82 %). Характеристики афективних розладів у дітей корреливали з поведінчними «паттернами прив'язаності» формуються варіантів дитячо-материнського взаємодії. Так, у дітей порушення формування надійної прив'язаності включались в симптоматику тривожно-апатического і емоційально-недифференційованого клінічних варіантів психопатологічних розладів. Признаки апатичності корреливали з байдужістю до «розлуку» з матір'ю ($r = 0,46$ і $r = 0,32$ $p < 0,05$ відповідно в обох вікових групах), а також з відсутністю емоційального відгук на її повернення ($r = 0,60$ $p < 0,01$ і $r = 0,37$ $p < 0,05$ відповідно в обох вікових групах), проявлень радості і руху назустріч ($r = 0,43$ і $r = 0,37$ $p < 0,05$ відповідно). Недифференційованість емоційальних реакцій в умовах «розставання»

з матір'ю корреливали з чеплянням за неї ($r = 0,45$ і $r = 0,41$ $p < 0,05$ відповідно в обох вікових групах), байдужістю до сепарації ($r = 0,57$ $p < 0,01$ і $r = 0,44$ $p < 0,05$ відповідно), відсутністю позитивного емоційального відгук на її «повернення» ($r = 0,47$ і $r = 0,37$ $p < 0,05$ відповідно), байдужістю при наближенні ($r = 0,66$ $p < 0,01$ і $r = 0,44$ $p < 0,05$ відповідно), раптовою збудженістю з рухами «від матері» ($r = 0,57$ $p < 0,01$ і $r = 0,37$ $p < 0,05$ відповідно).

Понимание того, что взаимодействие между ребенком и матерью имеет онтогенетические ресурсы для своего формирования и реализуется в адекватной социальной среде, психопатологические расстройства у ребенка оказывают значительное влияние на возможности матери в обеспечении социального взаимодействия с ней. Можно утверждать, что специфика психопатологических расстройств, дизрегуляторные и поведенческие особенности у детей, обуславливают эмоциональные девиации у их матерей. Недостаточность родительской компетентности тем более ожидаема в таких условиях, когда у матерей не сформирован собственный позитивный детский опыт, к которому они могли бы обращаться.

В обследованных диадах, при изучении материнской составляющей в формировании детско-материнских отношений, было установлено, что с первых месяцев жизни ребенка матери не демонстрировали адекватного, комплементарного потребностям младенца, вызванного им социального родительского поведения, имитаций вокального диалога с детьми. Рассказывая о своих детях, матери не придавали личностного эмоционального контекста поведению ребенка, не демонстрировали конгруэнтности в откликах на его сигналы, не всегда понимая и не поддерживая знаки малыша о его готовности к сепарации и самостоятельности.

Феноменологические признаки материнского поведения при взаимодействии с ребенком послужили основанием для выделения четырех поведенческих вариантов: манипулятивно-уходящего (24,07 % и 32,05 % соответственно в обеих возрастных группах), тривожного (46,3 % и 19,23 % соответственно), депрессивного (14,81 % и 23,26 % соответственно) и смешанного (14,81 % и 25,64 % соответственно). Распределение представленности вариантов материнского поведения обуславливало отличия психодинамической составляющей в патогенезе формирования психопатологических расстройств у детей, и отражали специфику емоційальних порушень у матерей.

Анализ прогностически значимых факторов для формирования расстройств прив'язаності

и психопатологических нарушений у детей свидетельствует о комплексе биологических и социально-психологических факторов семейного анамнеза матерей, особенностей гестационного, интра- и постнатального периодов: конфликтные отношения с прародителями, недостаточность семейной аффилиации, отказ от сохранения беременности в случаях угрозы ее прерывания, неполная семья матери, подавленность во время беременности, социально-психологическое напряжение, непринятие беременности членами семьи, физические наказания в семьях матерей, эмоциональное напряжение матерей перед беременностью и незапланированность беременности, рождение ребенка в неполной семье, подавленность матери на протяжении первых месяцев жизни ребенка. чувство вины, манипулятивно-избегающий тип поведения матерей, дезорганизованная привязанность в диаде, депрессивность матери и чувство обиды, смешанный и депрессивный варианты материнского поведения, подавленность матери сразу после родов, избегающая привязанность в диаде, ранняя послеродовая сепарация матери и новорожденного, искусственное вскармливание с рождения, материнская тревожность и тревожный вариант поведения, амбивалентная привязанность, старшие

сибсы в семье, воспитание в неполной семье (прогностические коэффициенты 10,21/2,30; 9,78/3,37; 9,54/13,8; 9,38/1,65; 9,03/1,36; 6,53/2,04; 6,23/-; 4,77/2,63; 4,77/-; 0,77/0,73; -12,22; 16,23/-; 15,31/-; 14,47/15,68; 13,98/11,46; 13,22/-; 13,22/-; 13,01/12,55; 12,79/12,79; 11,46/-; 10,41/16,13; 8,87/17,77; 6,17/13,01; 0,54/1,03; -1,03; -3,14; -1,03; -0,67 соответственно в 1-й/2-й возрастных группах).

Выводы

Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о сложном взаимодействии биологических и социально-психологических факторов в формировании отклонений психического здоровья детей в раннем детстве. Понимание значимости вклада каждого компонента в патогенезе расстройств психики в раннем детском возрасте, значительно расширяет возможности коррекции, регуляции и компенсации не только за счет нивелирования неврологического дефицита вследствие перинатального поражения мозга, но и поддерживающей, психотерапевтической помощи матери с последующим формированием гармоничных, развивающих и эмоционально-позитивных отношений в диаде мать-дитя.

Литература

1. Brazelton T.B. The early mother-infant interaction /T.B.Brazelton, B.Koslowski, M.Main // The effect of the infant on its caregiver Ed. M.Lewis and L. Rosenblum. — New York: Wiley, 1974. — P. 49-77.
2. Макарова И.Ю. Нарушения отношений в системе «мать-ребенок» в механизме развития синдрома гиперактивности /И.Ю.Макарова, Е.В.Семакова //Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии и смежных дисциплин).— 2007. — № 2(7). — С. 103-105.
3. Ветрила Т.Г. О взаимосвязи между состоянием детско-родительских отношений и уровнем психического здоровья и психологического благополучия ребенка// Медицинская психология. — 2008. — Т.3. — №4. — С.30-35.
4. Bowlby J. Pathological mourning /J.Bowlby // Journal of the American Psychoanalytic Association. — 1963. — N 11. — P. 500-541.
5. Ainsworth M.D. An ethological approach to personality development /M.D.Ainsworth, J.Bowlby //Amer. Psychol. — 1991. — Vol. 46. — P. 331-341.
6. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка / Н. Ньюкомб — СПб.: Питер, 2002. — 640 с. — (Сер. Мастера психологии).
7. Киреева И.П. Концепция диатезов в психиатрии / И.П.Киреева, П.В.Арогнов //Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2007. — № 2 (7). — С. 80-86.

УДК 616.89–008.48:616–057:159.972:613.6.02

Аналіз ефективності системи психокорекції та психопрофілактики психологічної дезадаптації у працівників пожежно-рятувальної служби

Чистикова О. І.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме. На основі комплексного клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження 320 осіб — співробітників пожежно-рятувальної служби з психологічною дезадаптацією, виділені мішені її психокорекції, на основі чого обґрунтована й розроблена етапна структурована система заходів її психологічної корекції та профілактики, впровадження якої дозволило значно покращити психоемоційний стан та практично нівелювати прояви професійної дезадаптації у осіб психокорекційної групи, що було доведено піврічним дослідженням.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, працівники пожежно-рятувальної служби, система психокорекції і психопрофілактики.

Efficiency analysis of psychocorrection and psychoprophylaxis system of psychological maladjustment in workers of fire and rescue service

Chystikova O. I.

Resume. Based on a comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic study 320 persons — employees of fire and rescue service for psychological maladjustment allocated target of correction, based on which reasonable and designed landmark structured system of measures of psychological treatment and prevention, the implementation of which has greatly improved psycho-emotional state and almost professional level manifestations of maladjustment in individuals psycho group that has been proven six-month study.

Key words: psychological maladjustment, employees Fire and Rescue Service, the system of psychocorrection and psychological prophylaxis.

Екстремальний характер професійної діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України, які безпосередню беруть участь у ліквідації надзвичайних ситуацій, викликаних подіями техногенного, природного або соціального походження, обумовлює високий рівень професійного стресу, що, у свою чергу, призводить до зниження ефективності професійної діяльності персоналу МНС і визначає необхідність оцінки й формування адаптивних поведінкових стратегій подолання стресу. Проблема психологічної стійкості працівників пожежно-рятувальних підрозділів до стресу є професійно значущою для МНС України, — від неї залежить не тільки ефективність діяльності пожежних-рятувальників, але й порятунок постраждалого населення. Оцінка й формування психологічної стійкості до стресу відносяться до числа пріоритетних завдань психологічного супроводу діяльності персоналу МНС України [1].

З огляду на вищенаведене, для всебічного вивчення феномену психологічної дезадаптації (ПД), яка виникає у співробітників пожежно-рятувальних підрозділів МНС через надмірні вимоги професійної діяльності, нами здійснено комплексне обстеження 320 осіб з ознаками ПД, з числа тих, хто проходив профілактичні огляди на базі науково-дослідного інституту профілактичної медицини (м. Харків) за період 2009–2012 рр. Середній стаж роботи за

їхньою професією склав 7 років. Вік досліджуваних коливався від 20 до 42 років.

В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи дослідження.

Клініко-психопатологічному обстеженню із застосуванням діагностичних критеріїв МКХ–10 передував психодіагностичний скрінінг психопатологічної симптоматики, рекомендований для виявлення окремих проявів або сформованих дезадаптивних реакцій у контингенті аварійно-рятувальних служб [2]. Дана методика була розроблена на основі структурованого клінічного діагностичного інтерв'ю СКІД (SCI-structured Clinical Interview for RDSM) [3], апробована та верифікована на випадковій вибірці 5000 мешканців Київської, Донецької та Львівської областей України за дорученням ВООЗ протягом 2000–2002 рр. [4–8]. Також проводили визначення особистісної і реактивної тривожності за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна, що дало змогу визначити, чи є почуття тривоги конституціональною особливістю респондента, чи воно виникло внаслідок хворобливого стану, або ж є реакцією особистості на стресові події [9].

Визначення ознак професійної дезадаптації та її векторів проводилось з використанням опитувальника «Оцінка професійної

дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною для оцінки робочого стану складальників мікросхем і адаптований для широкого застосування (оцінки стану робочих різних професій) та адаптованого М. А. Дмитрієвою та визначення окремих ознак професійної дезадаптації [10].

Оцінка індивідуально-психологічних особливостей респондентів з акцентом на вольовий потенціал і поведінкові стратегії в стресових умовах здійснювалась за методиками «Індивідуальний особистісний опитувальник» (ІТО) Л. М. Собчик [11], методики діагностики потреба в пошуках екстремальних відчуттів М. Цукермана [9]; опитувальника для дослідження рівню імпульсивності В. А. Лосенкова [12]; методики діагностики рівню особистісної готовності до ризику М. А. Шуберт [12]; методики визначення вольового потенціалу особистості [12]; методики діагностики стратегій поведінкової активності в стресових умовах Л. І. Вассермана і Н. У. Гуменюка [12]. За однойменною методикою, розробленою А. Н. Орлом [12], вивчали схильність до реалізації окремих форм відхиленої поведінки. Потім, з використанням методу комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції за допомогою системи AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом вітчизняних науковців [13], діагностували наявність та вираженість проблем, пов'язаних з реалізацією аддиктивної поведінки.

Розглядаючи ПД працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України як патологічний динамічний процес, який трансформується та прогресує зі збільшенням стажу роботи в умовах підвищеної небезпеки, нами виділені три її стадії, що можуть зустрічатися окремо, або переходити одна в одну в залежності від тривалості дезадаптації (рис. 1). До того ж, нами виокремлені патологічні складові, взаємовплив яких й формує клінічну специфіку

та особливості перебігу даного феномену, а саме, психоемоційна, професійна, особистісна та поведінкова, які і повинні бути головними мішенями заходів психокорекції та психопрофілактики ПД у даного контингенту.

Перша стадія психологічної дезадаптації — *тривожної невпевненості*, — зустрічається, переважно у осіб з досвідом роботи до 5 років і характеризується наявністю тривожно-астенічного симптомокомплексу, професійної дезадаптації у фазі виснаження, тривожно-уникаючого типу комбінації особистісних властивостей респондентів та відсутності схильності до відхиленої поведінки, що зумовлює формування відповідного невпевнено-тривожного поведінкового стереотипу.

За умови відсутності належної медико-психологічної допомоги на цьому етапі психологічної дезадаптації, її подальший розвиток здійснюється за рахунок інверсії патологічної тривоги, як провідного клініко-психологічного феномену, до наступної стадії — *патологічної компенсації ризикованою поведінкою*, яка притаманна, в основному, особам з досвідом роботи від 5 до 10 років, для якої властиві мозаїчні психопатологічні невротичні прояви середнього ступеню вираженості, професійна дезадаптація фази зміни рівню власної участі, сполучення індивідуально-психологічних особливостей у вигляді патологічно ризикованого типу особистості на тлі вираженої схильності до відхиленої поведінки, що детермінує поведінкові зміни у напрямку здійснення необґрунтовано ризикованих дій.

За умови відсутності належної медико-психологічної допомоги на цьому етапі психологічної дезадаптації, зазначена стадія перетворюється в наступну — *емоційного відсторонення і аддиктивного заміщення*, яка зустрічається у осіб зі стажем роботи більше 10 років та

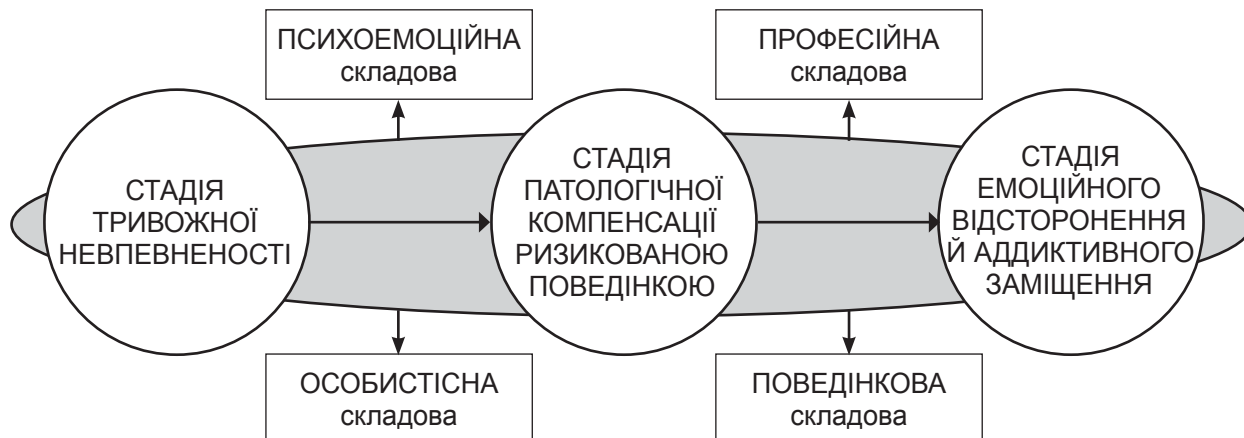


Рис. 1

Стадії розвитку і патологічні складові психологічної дезадаптації у співробітників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України

характеризується не тільки соматизацією психопатологічних проявів, наявністю професійної дезадаптації у фазі деструктивної поведінки, патоперсонологічним емоційно-відстороненим типом, а й вираженою схильністю до адиктивної поведінки з трансформацією патологічно ризикованого поводження у різноманітні варіанти її реалізації (які мають проблемний, проте, переважно, донозологічний рівень її вираженості).

Отже, психокорекційна робота з подолання ПД у працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС являє собою цілеспрямований вплив не тільки з метою приведення психологічного стану до норми, а й для опанування процесу професійної діяльності. Вона спрямована на активне зовнішнє втручання у формування адекватного психічного стану людини, її активності та психологічного комфорту, гармонізації її відносин із соціальним оточенням.

Мішенями психокорекційного впливу при цьому стають:

- а) патологічний психоемоційний стан;
- б) прояви професійної дезадаптації, синдром емоційного вигорання, невдоволеність власними соціальними досягненнями;
- в) патоперсонологічні фактори формування ПД;
- г) помилкові поведінкові патерни.

Відповідно, результатом, що свідчить про дієвість розроблених заходів, стають:

- а) нормалізація психоемоційного стану, нівелювання тривожних психопатологічних проявів;
- б) нівеляція проявів професійної дезадаптації, усунення проявів емоційного вигорання, розвиток навичок психічної саморегуляції, підвищення рівня соціальної адаптованості, відновлення задоволеності соціальними досягненнями;
- в) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізація особистісних ресурсів самозмінення;
- г) оволодіння навичками опанування, підвищення стресостійкості, формування продуктивного копіngu, активація адаптивних особистісних ресурсів.

Засобами психокорекційного впливу при цьому стають: групова, когнітивно-поведінкова та клієнт-центрована психокорекція, техніки релаксації, елементи символдрами та арт-терапії. Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися актуальними цілями конкретної роботи.

За структурою система заходів психокорекції співробітників пожежно-рятувальних підрозділів складається з чотирьох основних етапів:

- а) психодіагностичного;
- б) комплексної психологічної корекції;

- в) моніторингу психологічних особливостей;
- г) психопрофілактики.

Кожен етап припускає різні організаційні і методичні підходи, певні цільові функції і заходи.

Перший етап (1 тиждень) — психодіагностичний, складався, по-перше, із заходів експрес-діагностики психічного стану шляхом скринінгу психопатологічних симптомів, що визначає наявність афективних, астеничних, психосоматичних та ін. невротичних проявів; по-друге — комплексної психодіагностики, яка включала:

- а) визначення патопсихологічного підґрунтя для виникнення психоемоційної дезадаптації (рівень особистісної та реактивної тривожності);
- б) виділення клінічних особливостей професійної дезадаптації;
- в) встановлення патоперсонологічного тла для розвитку особистісної дезадаптації (особистісні особливості й акцентуації, особистісні ресурси адекватної поведінки у стресових ситуаціях);
- г) діагностику схильності до проявів поведінкової дезадаптації (копінг, схильність до відхиленої поведінки, ступінь і види її реалізації).

Другий етап (6 місяців) включав в себе комплексну психологічну корекцію, а саме, редукцію патологічного психоемоційного стану, нівеляцію проявів професійної дезадаптації, корекцію негативних індивідуально-особистісних якостей та помилкових поведінкових патернів, що досягалось з використанням елементів мотиваційної, когнітивно-поведінкової, когнітивно-орієнтованої, емоційно-уявної, клієнт-центрованої та арт-терапії, які реалізовувались як в індивідуальній, так і груповій формі.

Третій етап (1 раз в 6 місяців), а саме моніторинг психологічного стану, був орієнтований на динамічну оцінку (контроль) психологічного статусу пожежників, який оснований на виявленні ознак психоемоційної та професійної дезадаптації. В якості психодіагностичного інструментарію для здійснення моніторингу психологічного стану співробітників пожежно-рятувальних підрозділів, отримані нами дані дозволяють рекомендувати скринінг психопатологічної симптоматики [2], та опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої [10], які відповідають завданню моніторингу психологічного стану співробітників пожежних служб.

Четвертий етап (постійно) — психопрофілактичний, спрямований на запобігання виникнення ПД у співробітників пожежно-рятувальних підрозділів. Нами було проведено

апробацію розробленої цільової програми психологічної профілактики ПД, що включає в себе комплекс, який складається з шести паралельно реалізованих модулів заходів: 1-й модуль — заходи з підвищення соціально-психологічної компетентності; 2-й модуль — заходи із вдосконалення способів професійної діяльності; 3-й модуль — заходи щодо здійснення особистісно-орієнтованої діагностики; 4-й модуль — заходи з оптимізації морально-психологічного клімату в пожежно-рятувальних підрозділах; 5-й модуль — заходи щодо психологічного супроводу професійної кар'єри; 6-й модуль — заходи з оптимізації міжособистісної взаємодії в пожежно-рятувальних підрозділах. Модулі характеризуються власними цільовими установками, тимчасовими рамками і комплексом відповідних заходів, а також реалізуються паралельно в цілісному процесі психологічної корекції ПД у пожежних-рятувальників.

Особливістю розробленої системи заходів психокорекції була її неспецифічність, тобто, відсутність вираженої диференціації в залежності від стадії ПД. Це було зроблено свідомо, так як, на наше переконання, незалежно від стадії ПД та її конкретних клінічних ознак, мішені та засоби психокорекційного впливу від цього якісно не змінюються, тому що механізм виникнення та розвитку ПД є єдиним динамічним процесом, загальним для даного контингенту. Стадія ПД враховувалась нами при складанні індивідуального психокорекційного плану, але це впливало тільки на кількість психокорекційних занять, присвячених досягненню конкретної терапевтичної мети, а не на зміст або мішень психокорекційних інтервенцій.

З огляду на наведене, в рамках підтвердження даної гіпотези, для психокорекційної роботи нами було відібрано 64 особи (23 особи — з ПД у стадії тривожної невпевненості, 20 — з ПД у стадії патологічної компенсації ризикованою поведінкою та 21 особа — з ПД у стадії емоційного відсторонення та аддиктивного заміщення), що відрізнялись високим та вираженим рівнями професійної дезадаптації (що було діагностовано за однойменною методикою Н. О. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої), які склали основну групу (ОГ). Інші 60 осіб з такою ж вираженістю професійної дезадаптації склали контрольну групу (КГ). Періодом визначення ефективності розроблених заходів було обрано період 6 місяців від їх початку. Критеріями ефективності, як вказувалось вище, було обрано психоемоційний стан, динаміку якого визначали за скрінінгом психопатологічної симптоматики, розробленим на основі структурованого клінічного діагностичного інтерв'ю SKID (SCI-structured Clinical Interview for RDSM),

та аналізом вираженості проявів професійної дезадаптації за опитувальником «Оцінка професійної дезадаптації» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої.

Результати аналізу ефективності впровадження системи заходів психокорекції у осіб ОГ в порівнянні з даними обстеження досліджених КГ наведено у табл. 1–3.

За даними таблиці 1, в осіб ОГ після проведення психокорекційної роботи відбулися позитивні зміни у психоемоційному стані. Позитивна динаміка відмічалась за всіма раніше діагностованими психопатологічними симптомами. Так, серед афективних проявів знизилась показники за наступними ознаками: емоційна лабільність (до психокорекції — $39,06 \pm 6,10\%$; після психокорекції — $18,75 \pm 4,88\%$; $p < 0,05$) знизений настрій (до психокорекції — $76,56 \pm 5,30\%$; після психокорекції — $34,38 \pm 5,94\%$; $p < 0,01$), відчуття тривоги (до психокорекції — $82,81 \pm 4,72\%$; після психокорекції — $29,69 \pm 5,71\%$; $p < 0,01$), відчуття страху (до психокорекції — $43,75 \pm 6,20\%$; після психокорекції — $25,00 \pm 5,41\%$; $p < 0,05$).

Також спостерігалось зниження кількості досліджених ОГ, які мали астеничні психопатологічні прояви. Так, роздратованість до проведення психокорекційної роботи визначалась у $71,88 \pm 5,62\%$ обстежених; після проведення корекції даний показник відмічався лише у $28,13 \pm 5,62\%$ досліджених. Схожа картина спостерігалась за іншими показниками астеничного кола: підвищена фізична втома до психокорекції визначалась у $84,38 \pm 4,54\%$, після проведення корекції — у $23,44 \pm 5,30\%$; падіння ініціативи до психокорекції — $75,00 \pm 5,41\%$; після — $20,31 \pm 5,03\%$; пасивність «втома, яка не шукає спокою», нетерпеливість — $64,06 \pm 6,00\%$ (до психокорекції), $29,69 \pm 5,71\%$ (після психокорекції) (різниця за кожним з показників є достовірною, $p < 0,05$).

Зміни вегетативних та психосоматичних проявів були наступними: розлади глибини й тривалості сну до психокорекції $87,50 \pm 4,13\%$, після — $23,44 \pm 5,30\%$, розлади засипання до психокорекції — $79,69 \pm 5,03\%$, після — $21,88 \pm 5,17\%$, підвищений АТ до психокорекції — $78,13 \pm 5,17\%$, після — $21,88 \pm 5,17\%$, вегетативний біль (у тому числі головний) до психокорекції — $95,31 \pm 2,64\%$, після — $35,94 \pm 6,00\%$ (різниця за кожним з показників є достовірною, $p < 0,05$).

Кількість обстежених, які мали нав'язливі прояви (фобії) зменшилась з $60,94 \pm 6,10\%$ до психокорекції до $17,19 \pm 4,72\%$ після психокорекції ($p < 0,05$). Істеричні прояви (тремор) відмічались у $65,63 \pm 5,94\%$ досліджених до проведення корекції, та у $12,50 \pm 4,13\%$ після корекційної роботи ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Динаміка розподілу досліджуваних за наявністю максимально вираженого клінічного синдрому

Назви психопатологічних симптомів	ОГ, n=64				КГ, n=60			
	До психокорекції		Після психокорекції		До психокорекції		Після психокорекції	
	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m
<i>Афективні прояви:</i>								
емоційна лабільність	25	39,06±6,10	12	18,75±4,88*	43	71,67±5,82	40	66,67±6,09
знижений настрій	49	76,56±5,30	22	34,38±5,94**	52	86,67±4,39	49	81,67±5,00
відчуття тривоги	53	82,81±4,72	19	29,69±5,71**	51	85,00±4,61	48	80,00±5,16
відчуття страху	28	43,75±6,20	16	25,00±5,41*	47	78,33±5,32	45	75,00±5,59
<i>Астенічні прояви:</i>								
роздратованість	46	71,88±5,62	18	28,13±5,62**	51	85,00±4,61	49	81,67±5,00
підвищена фізична втома	54	84,38±4,54	15	23,44±5,30**	45	75,00±5,59	41	68,33±6,01
падіння ініціативи, пасивність	48	75,00±5,41	13	20,31±5,03**	41	68,33±6,01	38	63,33±6,22
«втома, яка не шукає спокою», нетерпеливість	41	64,06±6,00	19	29,69±5,71**	43	71,67±5,82	41	68,33±6,01
<i>Вегетативні та психосоматичні прояви:</i>								
розлади глибини й тривалості сну	56	87,50±4,13	15	23,44±5,30**	50	83,33±4,81	47	78,33±5,32
розлади засипання	51	79,69±5,03	14	21,88±5,17**	50	83,33±4,81	46	76,67±5,46
підвищений АТ	50	78,13±5,17	14	21,88±5,17**		0,00		
вегетативний біль, у тому числі головний	61	95,31±2,64	23	35,94±6,00**	58	96,67±2,32	56	93,33±3,22
<i>Нав'язливі прояви:</i>								
фобії (вказати)	39	60,94±6,10	11	17,19±4,72**	32	53,33±6,44	30	50,00±6,45
<i>Істеричні прояви:</i>								
істеричний тремор	42	65,63±5,94	8	12,50±4,13**	37	61,67±6,28	32	53,33±6,44

Примітки: * — різниця достовірна ($p<0,05$), ** — різниця достовірна ($p<0,01$).

Таблиця 2

Динаміка розподілу досліджуваних за рівнем професійної дезадаптації

Рівень дезадаптації	ОГ, n=64				КГ, n=60			
	До психокорекції		Після психокорекції		До психокорекції		Після психокорекції	
	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m
Високий	17	26,56±5,52	0	-	16	26,67±5,71	10	16,67±4,81
Виражений	47	73,44±8,55	14	21,88±5,17**	44	73,33±8,54	41	68,33±6,01
Помірний	0		39	60,94±6,10	0		9	15,00±4,61
Низький	0		11	17,19±4,72	0		0	0,00±0,00

Примітки: * — різниця достовірна ($p<0,05$), ** — різниця достовірна ($p<0,01$).

В КГ, як свідчать дані табл. 1, також спостерігалась деяка редукція психопатологічних симптомів, але вона була незначною і не мала достовірної різниці між показниками на початку та наприкінці дослідження.

Дані динаміки вираженості проявів професійної дезадаптації представлені в табл. 2. Так, після проведення психокорекційної роботи в ОГ високого рівня дезадаптації не мав жоден досліджений, а більшість досліджених мали помірний

(60,94±6,10%) та низький (17,19±4,72%) її рівень. Кількість обстежених ОГ, які мали виражений ступінь дезадаптації значно знизилась: з 73,44±8,55% до психокорекції до 21,88±5,17% після психокорекції ($p<0,05$).

Щодо основних ознак дезадаптації, табл. 3 свідчить про значні позитивні зміни по окремих показниках дезадаптації в ОГ. Так, погіршення самопочуття до корекції відзначалось у 96,88±2,17%, після корекції — у 20,31±5,03%);

Таблиця 3

Динаміка розподілу досліджених за окремими ознаками дезадаптації

Ознака	ОГ, n=64				КГ, n=60			
	До психокорекції		Після психокорекції		До психокорекції		Після психокорекції	
	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m	Абс	%±m
I. Погіршення самопочуття:	62	96,88±2,17	13	20,31±5,03**	57	89,06±4,03	53	88,33±4,14
Емоційні зсуви	56	87,50±4,13	23	35,94±6,00**	49	76,56±5,47	46	76,67±5,46
Особливості окремих психічних процесів	51	79,69±5,31	19	29,69±5,71**	57	89,06±4,03	50	83,33±4,81
Зниження загальної активності	53	82,81±4,72	21	32,81±5,87**	54	84,38±4,69	49	81,67±5,00
Відчуття втоми	54	84,38±4,54	18	28,13±5,62**	54	84,38±4,69	50	83,33±4,81
II. Соматовегетативні порушення	62	96,88±2,17	24	37,50±6,05**	53	82,81±4,87	48	80,00±5,16
III. Порушення циклу «сон — бадьорість»	59	92,19±2,17	15	23,44±6,05**	53	82,81±4,87	49	81,67±5,00
IV. Особливості соціальної взаємодії	61	95,31±2,64	18	28,13±5,63**	51	79,69±5,19	47	78,33±5,32
V. Зниження мотивації до діяльності	62	96,88±2,17	15	23,44±5,30**	49	76,56±5,47	43	71,67±5,82

Примітки: * — різниця достовірна ($p<0,05$), ** — різниця достовірна ($p<0,01$).

емоційні зсуви до психокорекції відчували 87,50±4,13% обстежених, після психокорекції — лише 35,94±6,00%; особливості окремих психічних процесів до корекції у 79,69±5,31%, після — у 29,69±5,71%; зниження загальної активності до корекції — 82,81±4,72%, після — 32,81±5,87%; відчуття втоми до корекції — 84,38±4,54%, після корекційної роботи — 28,13±5,62%). Соматовегетативні порушення спостерігались у 96,88±2,17% до проведення корекції та у 37,50±6,05% після корекції. Порушення циклу «сон — бадьорість» відмічалося у 92,19±2,17% досліджених до проведення психокорекції та у 23,44±6,05% — після). Дезадаптивні особливості соціальної взаємодії

відзначались у 95,31±2,64% до психокорекції та у 28,13±5,63% — після. Також в ОГ значно знизилась кількість осіб зі зниженням мотивації до діяльності (з 96,88±2,17% до 23,44±5,30%). Всі зміни, що відбулися в ОГ були достовірними ($p<0,05$), на відміну від КГ, де незначні зміни також відбулися, але були недостовірними.

Отже, узагальнення наведених результатів дозволяє зробити висновок щодо значної результативності розробленої системи заходів психокорекції ПД у співробітників пожежно-рятувальних підрозділів, впровадження якої дозволило значно покращити психоемоційний стан та практично нівелювати прояви професійної дезадаптації у осіб ОГ.

Література

1. Склень О. І. Психологічні особливості поведінкових стратегій подолання стресу в професійній діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Склень Олександр Іванович; Національний університет цивільного захисту України. — Х., 2008 — 20 с.
2. Гриневич Є. Г. Маркери і діагностика реакцій дезадаптації у рятувальників аварійно-рятувальних служб / Є. Г. Гриневич // Укр. вісн. психоневрології. — 2007. — Т.15, вип. 4 (53). — С. 34–49.
3. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version / First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J.. — New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2002. — 147 p.
4. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / [С. І. Табачников [та ін.] // Арх. психіатрії. — 2002. — №1 (28). — С. 5–8.
5. Деякі особливості клінічної структури й динаміки психічних розладів у постраждалих внаслідок аварій та катастроф техногенного характеру / [С. І. Табачников [та ін.] // Арх. психіатрії. — 2003. — Т.9., № 2 (33). — С. 11–13.
6. Сучасні аспекти надання психіатричної, психотерапевтичної допомоги, а також реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников [та ін.] // Арх. психіатрії. — 2003. — Т.9. — № 4 (35). — С.13–16.

7. Основні принципи та досвід роботи щодо організації забезпечення психолого-психіатричною та психотерапевтичною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру / [С. І. Табачников [та ін.] // *Арх. психіатрії*. — 2004. — Т.10, № 2 (37). — С.8-14.
8. Значение риск-факторов в формировании пограничных психических расстройств у работников угольной промышленности Украины / [С. І. Табачников [та ін.] // *Український медичний альманах*. — 2004. — Т. 7, № 4 (додаток). — С. 146–148.
9. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г.С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. — С.147–151.
10. Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) (Пособие для врачей) / Л. Н. Собчик. — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1999.— 32 с.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
12. 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.
13. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії*. — 2009. — № 2 (16). — С. 56–70.

Можливості фармакотерапії в реабілітації хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією



Отрощенко Н. П.

Отрощенко Н. П.

Кафедра психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Резюме. В роботі представлені результати реабілітації больних с органічеськми психическими расстройтвами, связанными с Чернобыльской аварией. В основную группу включены 38 больных с указанными расстройствами, которые в процессе реабилитации получали ницерииум 30 уно. Контрольная группа, 60 больных с указанными расстройствами, получала традиционную ноотропную и сосудистую терапию. Больные основной и контрольной групп обследованы клиничко-психопатологическим, патопсихологическими, электрофизиологическими и другими методами.

Реабилитация основной группы больных, которые принимали ницерииум 30 уно, оказалась более эффективной. Отмечались улучшения памяти, внимания, уменьшение проявлений несдержанности, эмоциональной лабильности, головной боли, головокружения, слабости, утомляемости, метеочувствительности, вегето-сосудистых расстройств. Препарат положительно переносился больными, улучшал состояние психического здоровья, что улучшало качество жизни и уменьшало дезадаптацию.

Ключевые слова: реабилитация, фармакотерапия, ницерииум 30 уно, органические психические расстройства, Чернобыльская авария.

Possibilities of pharmacotherapy in the rehabilitation of patients with organic mental disorders associated with the Chernobyl accident

Otroshchenko N. P.

Resume. The results of rehabilitation of the patients with organic mental disorders connected with the Chernobyl accident. The study group included 38 patients with these disorders, which are in the process of rehabilitation received nitserium 30 Uno. The control group of 60 patients with these disorders, received traditional nootropic and vascular therapy. The patients and control group were examined clinical-psychopathological, pathopsychological, electrophysiological and other methods.

Rehabilitation of the main group of the patients who received 30 nitserium uno, proved to be more effective. Marked improvement of memory, attention, reducing the symptoms of incontinence, emotional lability, headache, dizziness, weakness, fatigue, meteosensitivity, vegetative-vascular disorders. The drug is positively tolerated, improved mental health, which improved the quality of life and reduced desadaptation.

Key words: rehabilitation, pharmacotherapy, nitserium 30 Uno, organic mental disorders, the Chernobyl accident.

Вступ

Високий рівень індустріалізації суспільства й високі ризики техногенних аварій і катастроф, що зберігаються, є чинниками розвитку психічних розладів, пов'язаних із стресом, кризових станів, соматоформних та неспсихотичних (органічні та інші розлади особистості) психічних порушень, дезадаптує постраждалих до звичних умов життя та трудової діяльності [1, 2, 3].

Катастрофа на Чорнобильській атомній станції (ЧАЕС), масштаби та наслідки якої не мають світових аналогів, поставила перед службою охорони здоров'я безліч складних проблем: диспансерний нагляд постраждалих, диференційна діагностика, прогноз перебігу захворювань, медико-соціальна експертиза, розробка та впровадження лікувальних і реабілітаційних програм та багато інших [4, 5].

Вітчизняна і зарубіжна література останніх років свідчить про наявність гострої дискусії з вказаних питань. Міжнародні експерти Чорнобильського форуму ООН серед актуальних медичних проблем Чорнобилью змушені визначити поруч із психологічними наслідками катастрофи й психіатричні аспекти і ефекти в ЦНС. Причому зазначено такі пріоритетні напрямки:

- 1) пов'язані зі стресом симптоми;
- 2) ефекти радіаційного впливу на головний мозок;
- 3) органічне враження мозку в УЛНА;
- 4) суїциди [5, 6, 7, 8].

Діагностика і верифікація поліетологічних, включаючи радіаційний фактор, органічних психічних розладів, містить:

- а) дозу опромінення понад 0,3 Зв;

б) трансформування соматоформних розладів до органічного ураження головного мозку; в) ознаки поліетіологічних, включаючи радіаційний фактор, органічних психічних розладів в УЛНА; г) відсутність психічної патології іншого генезу [9].

На жаль, має місце тенденція в зарубіжній літературі, всі медичні наслідки Чорнобилью зводити до «жебрацтва та стресу», поряд з недооцінкою медичних та нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи [10, 11].

В той же час, у віддаленому періоді аварії, психічні розлади складають одну з головних медико-психологічних і соціальних проблем. Дослідження спеціалістів свідчать про їх прогресивний перебіг з послідовною зміною етапів вегето-судинних і вегето-вісцеральних порушень, церебрально-органічної і соматогенної патології, що призводить до зниження якості життя, інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих і потребує сучасних підходів до лікування та реабілітації [12, 13].

Однак, залишаються недостатньо вивченими особливості патоморфозу та профілактики зазначених психічних розладів, а саме, органічних, пов'язаних з Чорнобильською аварією. Значна інвалідизація, зниження якості життя, соціальна дезадаптація, загроза формування деменції у таких хворих актуалізують розробку лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів стосовно хворих на органічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією [10, 12].

Важливість і необхідність широкого використання реабілітації взагалі і медичної зокрема пояснюється тим, що в Україні налічується близько 3 млн. інвалідів, в 4 рази більше пенсіонерів і хворих з хронічним перебігом захворювання [1, 12].

В той же час не існує єдиної концепції лікування, профілактики та реабілітації хворих на психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією. Різноманітні підходи до питання реабілітації хворих на зазначені розлади, визначаються багатфакторністю їх етіології та патогенезу, поліморфністю клінічних проявів та типів перебігу, складністю діагностики. Незважаючи на стрімкий розвиток знань в галузі психіатрії, проблема діагностики, лікування та реабілітації психічних розладів, не втрачає своєї актуальності для клінічної практики і теоретичної психіатрії [11, 12].

За останні роки вийшло чимало наукових робіт, які присвячені питанням етіології, патогенезу, клініки, діагностики та лікування психічних порушень, які пов'язані з Чорнобильською аварією. В той же час, зазначені питання щодо органічних розладів, патохарактерологічного, органічного розвитку особистості, а саме,

клініко-діагностичні та лікувально-реабілітаційні заходи, розроблені недостатньо. Вказані розлади за певний період змінили свій характер під впливом складної низки зовнішніх та внутрішніх факторів, тобто відбувся певний патоморфоз.

Таким чином, стає зрозумілим інтерес до патогенетично обґрунтованої фармакотерапії, яка є важливою складовою реабілітації хворих. Не зважаючи на широкий вибір вазотропних і ноотропних препаратів, лише обмежена кількість їх дозволяє вирішити в повній мірі вищевказані завдання. Одним з таких засобів є ніцеріум 30 уно. Фармакологічний спектр його дії характеризується наявністю ноотропного, вазотропного, нейромедіаторного, нейропротекторного, метаболічного, антиагрегантного ефекту, що визначає показання до його застосування в лікуванні та реабілітації хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією [12, 13, 14].

Матеріали та методи дослідження

З метою розробити програму реабілітації хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією, яка представлена ефективною психофармакотерапією, обстежено 98 хворих на зазначені розлади, віком від 42 до 65 років. Серед них 80 (81,6 %) чоловіків та 24 (24,4 %) жінки, які були обстежені амбулаторно на кафедрі психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця та стаціонарно на базі психоневрологічного відділення Центру радіаційної медицини. Ретроспективно були відібрані такі пацієнти, які на підставі архівної медичної документації були здоровими до участі в аварійних роботах з ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Дебютом психічної патології у них була вегетативна дисфункція (астено-вегетативні, вегетосудинні розлади або нейроциркуляторна дистонія). Серед соматичних розладів у обстежених найчастіше зустрічались серцево-судинні розлади, захворювання ендокринної системи, органу зору, ЛОР-органів, шлунково-кишкової системи, крові, шкіри та інші. Соматична патологія могла бути наслідком впливу комплексу чинників Чорнобильської катастрофи. Нерадіаційними чинниками можна вважати травми, інфекційні захворювання.

У зазначених хворих були діагностовані психічні розлади, відповідно до МКХ-10, органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади (F 06.6) — 54 (55,1 %) чоловіків і 10 (10,2 %) жінок; органічні афективні розлади (F 06.3) — 10 (10,2 %) чоловіків і 12 (12,2 %) жінок; легкі когнітивні розлади (F 06.7) — 3 (3 %) чоловіків і 1 (1 %) жінка; органічні розлади особистості (F 07.0) — 7 (7,1 %) чоловіків і 1 (1 %) жінка.

З дослідження були виключені хворі на променево хворобу та психотичні розлади. В той же час, (92,6 %) ліквідаторів мали документально підтверджені дані про дозу опромінення від 3 до 96 Бер.

Основний метод дослідження хворих — клініко-психопатологічний, з урахуванням патопсихологічного обстеження, заключень терапевта, невропатолога, офтальмолога, ендокринолога та інших спеціалістів.

Діагностику психічних розладів проводили за діагностичними критеріями і рубриками розділу МКХ-10 «Захворювання психічних розладів та розладів поведінки у дорослих» (F00-09).

Серед додаткових методів дослідження використовувались патопсихологічні (таблиці Шульте, коректурна проба, проба на запам'ятання з 10 слів, шкала Спілбергера, методика САН, методика психологічної діагностики ставлення до хвороби). Для оцінки ефективності фармакотерапії та реабілітації порівнювались результати клініко-психопатологічного обстеження, дані патопсихологічного обстеження, шкала GAF за 100-бальною системою та методика оцінки якості життя (Mezzlich J., Cohen N.), електрофізіологічні методи (ЕЕГ), інші лабораторні дослідження (загальні та біохімічні аналізи крові та сечі) перед проведенням фармакотерапії та після її завершення.

Результати дослідження

За даними клініко-психопатологічного обстеження у хворих на органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад переважали: емоційна лабільність, нетримання афекту, втомлюваність, головні болі, зниження пам'яті, запаморочення, в'ялість, виснажливості. У всіх хворих на легкі когнітивні розлади виявлялись: зниження пам'яті, концентрації уваги, підвищена психічна втомлюваність, труднощі мислення при вирішенні проблем. Хворі на органічні афективні розлади скаржились на знижений (субдепресивний) настрій, зниження загальної активності, підвищену втомлюваність, порушення сну, апетиту. Наведені скарги наростали в другій половині дня. У хворих на органічні розлади особистості виявлялись скарги на емоційну лабільність, зниження цілеспрямованої діяльності, роздратованість, сплески гніву, агресії, спостерігались розгальмованість потреб і потягів, легкі когнітивні порушення, в'язкість мислення, порушення сексуальної поведінки.

У обстежених хворих виявлена соціальна дезадаптація: сімейна дезадаптація відмічалась у 9 (6,6 %), трудова дезадаптація — у 36 (26,5 %) хворих, зниження загальної оцінки життєдіяльності за шкалою GAF (в середньому 60-51 бал) та зниження якості життя, особливо

показників фізичного здоров'я, працездатності, особистісної реалізації, загального сприйняття життя (4-5 балів).

Результати патопсихологічного обстеження вказаних хворих свідчить про зниження безпосереднього і відстроченого запам'ятовування (з 10 чотириразово повторюваних слів хворі в середньому відтворювали 6 слів), порушення сенсомоторної діяльності, темпа, виснажливості переважно за гіпостенічним типом, зниження функції активної уваги (в коректурній пробі досліджували при виконанні однієї проби припускали 14 помилок), підвищений рівень ситуативної тривожності (за шкалою Спілбергера середній показник 51 бал), низькі показники «самопочуття», «активності», «настрою», неадекватне ставлення до хвороби (більш ніж у половини обстежених відмічається неадекватне ставлення до хвороби, що супроводжується дезадаптивною поведінкою). Проведене дослідження підтверджує наявність екзогенно-органічного патопсихологічного симптомокомплексу різного ступеня вираженості.

Реабілітація хворих починалась на стаціонарному етапі і продовжувалась амбулаторно. Основну групу складали 38 хворих на зазначені розлади, яким призначали ніцеріум 30 уно 60 мг на добу (1 капсула по 30 мг, 2 рази на день) впродовж 21 дня в умовах стаціонару. 60 хворих контрольної групи отримували традиційну фармакотерапію: пірацетам (0,8 г три рази на день впродовж 4-6 тижнів), вінпоцетин (5 мг три рази на день, 21 день), вітамінотерапію в умовах стаціонару. Психотропні препарати не застосовувались. Дослідження проводились тричі: до початку реабілітації, через 21 день та в кінці стаціонарного етапу — через 60 днів.

Вираженість суб'єктивних скарг та об'єктивних симптомів кількісно оцінювалось за трибальною шкалою: симптоми відсутні, помірно виражені, значно виражені. За методикою оцінки якості життя показники суб'єктивного самопочуття покращувались в середньому на 3 бали, виконання соціальних ролей на 2 бали, зовнішніх життєвих умов на 1 бал.

Проведено порівняльний аналіз ефективності реабілітації ніцеріумом 30 уно в основній та традиційної медикаментозної реабілітації в контрольній групі. Встановлено, що на 21 день застосування ніцеріуму 30 уно в дозі 60 мг на добу реабілітаційний ефект був більш виражений, ніж при застосуванні пірацетаму та вінпоцетину при редукції у хворих втомлюваності, головної болі, запаморочення, зниження пам'яті, концентрації уваги, емоційної лабільності, в'ялості, виснажливості, труднощів мислення при вирішенні проблем, зниженого (субдепресивного) настрою, тривоги, занепокоєння, зниження загальної

активності, безсоння. Застосування ніцеріуму 30 уно з метою реабілітації у хворих основної групи виявилось більш ефективним, що підтверджувалось результатами клінічного обстеження, параклінічними методами та підтверджувалось статистично ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$).

Висновки

Питання щодо реабілітації хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією, розроблені недостатньо. Вказані розлади за період після аварії змінили свій характер під впливом складної низки зовнішніх та

внутрішніх факторів, тобто відбувся їх клінічний патоморфоз. У віддаленому періоді після аварії органічні розлади мають переважно прогресивний перебіг і є резистентними до традиційних методів медичної реабілітації, представлені традиційною фармакотерапією. Ефективність реабілітації ніцеріумом 30 уно (60 мг) переважає комплексну традиційну судинно-ноотропну терапію. Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати зазначену фармакотерапію, як важливу складову реабілітації хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з аварією на ЧАЕС.

Література

1. Авраменко М.Л. Становлення і завдання системи професійної реабілітації інвалідів України як складової національної реабілітаційної індустрії/Мед. реабилитация, курортология и физиотер. — Научн.практ. журн. — Одесса, 2005. — №2(42). — С.36-38.
2. Нейропсихіатричні ефекти в УЛНА на ЧАЕС/ К.М. Логановський, О.К. Напрєєнко, Н.Ю. Чупровська, М.О. Бомко, К.Ю. Антипчук, Л.Л. Здоренко, Н.В. Денисюк, Т.К. Логановська, І.В. Перчук, О.О. Колосинська, С.А. Чумак, Г.Ю. Крейнис. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції. — За ред. О.Ф. Возіанова, В.Г. Бебешка, Д.А. Базики. — «ДІА». — Київ, 2007. — С. 251-262.
3. Loganovsky K. Mental health of the Chernobyl accident clean-up workers (liquidators) critical review of the current epidemiological evidences// Health of Liquidators (Clean-up Workers), 20 Years after the Chernobyl Explosion: Proc. of Int. Symposium, Bern, November 12, 2005. — Bern, 2005. — P. 11-14.
4. Loganovsky K.N. Mental, psychological and central nervous system effects: critical comments on the Report of the UN Chernobyl Expert Group «Health» (EGH)/ ECRR, Chernobyl: 20 Years On. Health Effects of the Chernobyl Accident. European Committee on Radiation Protection. Documents of the ECRR, 2006, №1/ C.C. Busby and A.V. Yablokov (Eds). — Aberystwyth, UK: Green Audit Press, 2006. — P.61-89.
5. «Малі дози» іонізуючого опромінення і нейропсихіатричні ефекти: огляд сучасних доказів/ К.М. Логановський, К. Ю. Антипчук, М.О. Бомко та ін.// Ж. практичного лікаря. — 2005. — №4. — С. 19-29.
6. Логановський К.М. Дискусійні питання щодо ролі іонізуючого випромінювання і стресу в генезі нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи// Ж. АМН України. — 2006. — Т.12, №1. — С. 185-190
7. Логановский К.Н., Хавенаар Й.М., Броммет Э.Дж. Психическое здоровье ликвидаторов // Епідеміологія медичних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 20 років по тому Тез. доп. міжнар. наук.-практ. конф, Київ, 9 жовтня 2007 р. — Донецьк: Вебер, 2007. — С. 91-92.
8. World Health Organisation. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group «Health» (EGH)/ Eds. B. Bennet, M. Repacholo, Zb. Carr. — Geneva, WHO, 2006. — 160p.
9. Lloganovsky K. Suicides and exposure to low doses of ionising radiation // Int. J. Low Radiation. — 2007. — Vol. 4, №3. — P. 176-183.
10. Діагностика і лікування пацієнтів з органічними психічними розладами внаслідок радіаційного впливу після аварії на Чорнобильській АЕС / КМ.Логановський, НЮ. Чупровська, КЮ.Антипчук та ін. II Укр. мед. часопис. — 2005. — Т. 47, № 3. — С. 69-75.
11. Логановский К. Н. Атомная нейропсихиатрия: 25 лет после Чернобыльской катастрофы/К. Н. Логановский // Новая медицина тысячелетия. — К.:ООО «Имидж Принт», 2012, N N 2. — С.26-41.
12. Отрощенко Н.П. Особливості реабілітації хворих на депресивні розлади, пов'язані з аварією на Чорнобильській АЕС. — Актуальні проблеми психології. — т.7. — вип.14, Київ, 2008. — С.200-206.
13. Логановский К.Н., Юрьев К.Л. Сермион. Актуальные вопросы применения в клинической практике. II Укр. мед. часопис. — 2005. — Т. 45, № 1. — С. 49-57.
14. Логановский К.Н., Юрьев К.Л. Сермион. Обзор доказательств клинической эффективности и безопасности. II Укр. мед. часопис. — 2005. — Т. 46, № 2. — С. 59-75.

УДК: 616.895.4

Клинические фармакодинамические эффекты антидепрессантов (механизмы действия)



Михайлов Б. В.

Михайлов Б. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. Рассматриваются определение, механизмы патогенеза, диагностические критерии депрессивных расстройств. Показано распространённость депрессий и ее осложнений в современном обществе. Автор дает рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

Ключевые слова: депрессии, первичное медицинское звено, лечение.

Clinical pharmacodynamic effects of antidepressants (mechanism of action)

Mykhaylov B. V.

Kharkov medical academy of postgraduate education

Resume. Definition, pathogenesis mechanisms, diagnostic criteria of depression are considered. Prevalence of depression and its complications are increasing in contemporary population. The author gives the list of procedures recommended for leading of patients suffering depression and anxiety in system primary medical care.

Key words: depression, primary medical care, treatment

На протяжении XX века наблюдался рост депрессивных расстройств во всех развитых странах мира. К началу XXI века депрессивные, тревожные и ассоциированные с ними расстройства заняли первое место в структуре психической заболеваемости. По данным ВОЗ они составили около 40% от общего количества зарегистрированных в мире психических расстройств.

Украина входит в число стран с высокими показателями общей заболеваемости. При этом от 35% до 50% больных депрессией либо вообще не обращаются за помощью в лечебные учреждения, либо лечатся у врачей общесоматической сети, а не в специализированных психиатрических учреждениях. Из числа этих пациентов более половины предъявляют в качестве ведущих жалобы сомато-вегетативного характера. Попытки, в процессе терапии, рационализации состояния, понимания психогенного генеза симптоматики с формированием защитных реакций оппозиционного характера резко негативно воспринимаются. Как правило, негативно-оппозиционную реакцию дают больные не только в отношении психотерапии, но и психофармакотерапии. В формировании депрессивного состояния важную роль играют социальные факторы, о чём свидетельствует исследование распространённости аффективных и тревожных расстройств среди населения, согласно результатам которого у 52, 7% неработающих людей диагностировано состояние, требующее специализированной медицинской помощи. По данным других исследований установлено, что

наибольшее количество депрессивных расстройств (58,1%) отмечается после 6 месяцев регистрации в службе занятости.

Важным является консенсусное, единое междисциплинарное терминологическое понимание депрессии. В термин «депрессия» вкладывается разное наполнение, он используется для описания симптома, синдрома или заболевания. Чаще всего данный термин определяет синдром, который включает психологические, эмоциональные, соматоневрологические и прочие клинические проявления заболевания. Депрессивный синдром в наиболее типичном виде (так называемая простая депрессия) включает сниженное настроение (дистимию), замедление мыслительных процессов (брадипсихию) и двигательную заторможенность (брадикинезию) (депрессивная триада).

По механизмам патогенеза и клиническим проявлениям все депрессивные расстройства можно структурировать следующим образом.

1. Эндогенные депрессии — этиология неустановленной природы;
2. Невротические депрессии — в происхождении ведущую роль играет психогенный фактор;
3. Соматизированные (ларвированные) депрессии проявляются под масками соматических заболеваний.
4. Симптоматические депрессии.
 - Депрессивное расстройство синдромального уровня возникает как следствие невротической реакции пациента на соматическое заболевание.

- Депрессивное расстройство синдромального уровня возникает как следствие нейротоксического эффекта соматического заболевания.
5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и депрессии.

Этиология депрессий окончательно не выяснена. Тот факт, что некоторые эмоциональные нарушения проявляются как наследственные, дает основание думать о роли генетических факторов. Однако свидетельства о наследственности монополярной депрессии неубедительны.

Существуют различные теории этиопатогенеза депрессий. К наиболее распространённым относятся следующие:

- Нейрофизиологическая — постулирует нарушение интегративных регуляторных функций лимбико-ретикулярного комплекса.
- Нейромедиаторная — свидетельствует о нарушениях в основных нейромедиаторных системах — серотонинергической, норадренергической, ГАМК-ергической.
- Психодинамические теории.

Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах.

Несмотря на различные теории генеза депрессий основными задачами их лечения являются:

- уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики;
- восстановление социально-психологических и производственных функций больного на доболезненном уровне;
- сведение к минимуму риска вероятного обострения и повторного приступа.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления: психофармакологическое и психотерапевтическое.

Первое представлено специфической группой препаратов психотропного действия — антидепрессантами.

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

В настоящее время установлены основные механизмы антидепрессантов, основанные на процессах синаптической передачи.

Ингибция обратного захвата моноаминов (процесс реаптейка) не связавшегося с постсинаптическими рецепторами медиатора (серотонина, норадреналина, дофамина) при помощи транспортных белков осуществляет обратный перенос в пресинаптическую терминаль.

Обратный захват моноаминов обеспечивается так называемыми «имипраминавыми рецепторами», функциональная активность которых снижается при депрессиях. Так как при депрессивных расстройствах содержание моноаминов снижено, то ингибция обратного захвата обуславливает повышение концентрации нейромедиаторов в синаптической щели. Такой механизм действия присущ трициклическим и гетероциклическим антидепрессантам, селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) и обратного захвата норадреналина.

Ингибция моноаминоксидазы (ИМАО). Избыточное количество моноаминов находящегося в синаптической щели подвергается ферментативному расщеплению с помощью моноаминоксидазы (МАО). Ингибция МАО приводит к повышению в синаптической щели концентрации моноаминов. Существует два типа МАО — А и Б. МАО типа А дезаминирует норадреналин и серотонин, а МАО типа Б — дофамин. Этот механизм действия свойственен необратимым и обратимым ИМАО.

Блокада постсинаптических и пресинаптических моноаминергических рецепторов.

Этот эффект наиболее характерен для новых поколений антидепрессантов (тразодон, мirtазапин, нефазодон, ритансерин, минаприн). Механизм действия заключается в том, что они частично блокируют постсинаптический рецептор. Это вызывает выброс медиатора в синаптическую щель. Антидепрессанты блокирующие пресинаптические рецепторы вызывают повышение концентрации медиатора в синаптической щели. Антидепрессивный и анксиолитический эффект в основном связан с воздействием этих препаратов на 5-НТ₂ и 5-НТ₃ рецепторы.

Стимуляция постсинаптических моноаминергических рецепторов.

При депрессивных расстройствах обнаруживается снижение чувствительности постсинаптических рецепторов, при этом антидепрессанты — стимуляторы постсинаптических рецепторов — выступают в роли агонистов. Терапевтическое действие антидепрессантов с таким эффектом обусловлено стимуляцией постсинаптических α-адренергических и 5-НТ₁-серотонинергических рецепторов.

Немоноаминовые механизмы

К ним относятся: гиперпродукция норадреналина в пресинаптической мембране, гиперпродукция серотонина в пресинаптическом звене, усиление деятельности ГАМК-ергического звена, общее увеличение проницаемости нейрональных мембран и усиление обмена цАМФ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ**Блокада обратного захвата норадреналина.**

Терапевтический эффект: тимоаналептический, активирующий (уменьшение психомоторной заторможенности без ажитации); противотревожный.

Побочные действия: тремор, тахикардия, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин.

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксефин, дезипрамин, тримипрамин, нортриптилин, азафен, досулепин, дибензепин, мелитрацен, мапротилин, миансерин, мirtазапин, венлафаксин, виллоксазин.

Блокада обратного захвата серотонина.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, нормализация цикла сон-бодрствование, антитревожный, антифобический, антиобсессивный, антикомпульсивный, анальгезирующий, подавление агрессивного и суицидального поведения, редукция влечения к психоактивным веществам.

Побочные действия: «серотониновый» синдром: экстрапирамидные симптомы (неусидчивость, тремор, дизартрия, гипертонус), миоклонические подергивания, гиперрефлексия, головные боли, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин, диспептические жалобы, снижение аппетита, потенцирование действия L-триптофана, ингибиторов MAO.

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, азафен, тримипрамин, нортриптилин, досулепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, миансерин, тразодон, венлафаксин, виллоксазин, милнаципран, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, сертралин, пароксетин, аминептин, инказан, пиразидол.

Блокада обратного захвата дофамина.

Терапевтический эффект: активирующий эффект, антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: ажитация, усиление галлюцинаторно-бредовой симптоматики и снижение эффективности нейрорептиков.

Препараты: имипрамин, тримипрамин, виллоксазин, сертралин, аминептин, бупропион.

Блокада гистаминовых H1-рецепторов.

Терапевтический эффект: седативный, гипногенный, антиаллергический.

Побочные действия: усиление эффекта психоактивных веществ (алкоголь, барбитураты, нейрорептики, бензодиазепины), спутанность сознания, увеличение аппетита и массы тела, артериальная гипотензия.

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, тримипрамин, доксефин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, миансерин, мirtазапин, тразодон, нефазодон.

Блокада мускариновых M1 холинергических рецепторов.

Терапевтический эффект: ослабление ангедонии и ослабление экстрапирамидной симптоматики.

Побочные действия: холинолитический эффект, диплопия, нечеткость зрения, сухость во рту, синусовая тахикардия, задержка мочи, запоры, нарушение памяти, спутанность сознания или холинолитический делирий (у старших возрастных групп), повышение внутриглазного давления, дисфункция предстательной железы, экстрапирамидная симптоматика, потенцирование эффектов антихолинергических средств.

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксефин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, тразодон.

Блокада $\alpha 1$ -адренорецепторов.

Терапевтический эффект: седативный, гипнотический эффект.

Побочные действия: адренолитический эффект, ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, усиление антигипертензивного действия адреноблокаторов.

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксефин, дезипрамин, нортриптилин, тримипрамин, мапротилин, миансерин, тразодон, нефазодон, пиразидол, флувоксамин.

Блокада пресинаптических $\alpha 2$ -адренорецепторов.

Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: приапизм, снижение антигипертензивного действия клофелина и метилдофы.

Препараты: амитриптилин, тримипрамин, миансерин, мirtазапин, тразодон.

Блокада B2-дофаминовых рецепторов.

Терапевтический эффект: антипсихотический, седативный, анальгезирующий, противорвотный (анти-зметический) эффекты.

Побочные действия: экстрапирамидные двигательные расстройства, эректильная дисфункция, гипоталамическая галакторея, дисменорея, аногразмия, дискинезии и психотические эпизоды.

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин.

Блокада B3-, B4-дофаминовых рецепторов.

Клинические эффекты изучены недостаточно.

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин.

Стимуляция постсинаптических 5-HT1-серотониновых рецепторов.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антиобсессивный, тимоаналептический,

антимигренозный, антипсихотический эффекты, улучшение когнитивных функций.

Побочные действия изучены недостаточно.

Препараты: тианептин, буспирон, мirtазапин.

Блокада 5-HT₂-серотониновых рецепторов.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антидефицитарное и частично антипсихотическое действие, тимоаналептический, антиагрессивный эффект, повышают аппетит, улучшают сон (без выраженного гипнотического эффекта) за счет увеличения фазы медленноволнового сна, антимигренозный, антипаркинсонический эффект, уменьшают гиперпролактинемию.

Побочные действия: повышение аппетита; нарушение эякуляции и эрекции у мужчин.

Препараты: амитриптилин, доксепин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, мапротилин, миансерин, мirtазапин, иефазодон, тразодол, пиразидол, ритансерин.

Блокада 5-HT₃-серотониновых рецепторов.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антипсихотический эффект, улучшение когнитивных функций, в т.ч. при деменции, антиэметический (противорвотный) эффект.

Побочные действия: гиперсомния, серотониновый синдром, повышение веса.

Препараты: амитриптилин, миансерин, мirtазапин, флуоксетин, сертралин, пароксетин.

Стимуляция постсинаптических α-адренергических рецепторов.

Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: ортостатическая гипотензия; тахикардия; нарушение сердечного ритма и сократительной способности миокарда; гиперседация.

Препараты: мirtазапин, венлафаксин, виллоксазин, бупропион.

Стимуляция постсинаптических ГАМК-рецепторов.

Терапевтический эффект: анксиолитический эффект.

Побочные действия: гиперсомния.

Препараты: пиразидол, алпразолам уменьшает выраженность когнитивных расстройств.

Блокада опиатных σ-рецепторов.

Терапевтический эффект: анальгезирующий (антиноцицептивный) и модулирующий эффект на дофаминергическую систему.

Препараты: флуоксетин, флувоксамин, сертралин

Стимуляция бензодиазепиновых BZ₁, BZ₂-рецепторов.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антистрессорный, антиагрессивный, гипнотический, противосудорожный.

Побочные действия: миорелаксирующее действие.

Препараты: алпразолам (возможно) обладает такими свойствами.

Ингибирование МАО типа А (дезаминирование серотонина и норадреналина).

Терапевтический эффект: тимоаналептический и активирующий эффект с ажитацией.

Побочные действия: «серотониновый» синдром, усиление тревоги, бессонница, головные боли, нейротоксические расстройства, усиление прессорных эффектов симпатомиметических аминов (адреналин, мезатон), взаимодействие с ТЦА (гипертонические кризы), тираминовые «сырные реакции» (тирамин, фенилэтиламин, копчености, сыр, кофе, пиво, вино) вызывают артериальную гипертензию.

Препараты: ниаламид, инказан, пиразидол, тетриндол, бефол, моклобемид, толлоксатон.

Ингибирование МАО типа Б (дезаминирование фенилэтиламина, бензиламина и дофамина).

Терапевтический эффект: усиление эффекта леводопы, т.е. антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: антигипертензивное нарушение функции печени и лабильность сосудистого тонуса.

Препараты: ниаламид, инказан.

Таким образом, при проведении фармакотерапии депрессивных расстройств необходимо учитывать возможные побочные действия антидепрессантов. Это необходимо для поддержания комплаентных отношений с пациентами, предотвращения самостоятельной отмены терапии и целенаправленной коррекции с учётом основных нейрохимических звеньев.

Литература

1. Гойда Н.Г., Жданова Н.П., Напреевко О.К., Домбровська В.В. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку // Український вісник психоневрології. — 2002. — т.10, вип. 2 (31). — с.9-12.
2. Кутько І. І., Напреевко О. К., Козидубова В. М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К.Напреевко. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353 — 372.
3. Напреевко О. К. Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посібник для поліпшення якості роботи / Під наук. ред. проф. І. П. Смірної. — К., Здоров'я, 1999. — 165 с.
4. Марута Н.А., Мороз В.В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение): Монография. — Харьков: Арис, 2002. — 144 с.

5. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. /Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. — К: Сфера, 1999. — 304 с.
6. Ustun TV, Sartorius N. Public Health aspects of anxiety and depressive disorders. *Int Clin psychopharmacol.* 1993; 8:15-20.
7. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline No 5. Depression in Primary Care: vol 1. Detection and Diagnosis. Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0550.
8. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline No 5. Depression in Primary Care: vol 2. Treatment of Major Depression. Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0551.
9. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике. /Архів психіатрії, т.9, — № 1(32), 2003. — с.69-71.
10. World Health Report. 2001. WHO. — Geneva, 2001. — 178 p.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987. — 567 p.
12. Jenkins R. Depression and anxiety: an overview of preventive strategies. In: Jenkins R. et al., ed. The prevention of depression and anxiety. London, HM Stationary Office, 1992. P. 145– 157.
13. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Факт, 1999. — 272 с.
14. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича — М., 1998. — с. 217-228.
15. Маляров С.А., Демченко В.А., Витебская Т.В.. Проблема выбора базовой терапии биполярного расстройства I типа. — Архив психиатрии, — т. 9., — № 1 (32), 2003., — с. 31-38.
16. Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, С.И. Витенко, В.В. Чугунов. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации. /Х.: Око, 2002, 768 с.
17. Б.В. Михайлов, Т.Е. Яковцова Современное состояние проблемы депрессивных расстройств. /Проблемы медицинской науки та освіти №2, 2006.— С.65-69
18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 2. Пер. с англ.. — М.: Медицина, 1994, 528 с.ил.
19. Depression: social and economic timebomb: Strategies for quality care: Proc. of an intern. Meet. Ed. by A. Dawson, A. Tylle. — 2001
20. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия: Монография. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.
21. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей/ Худож.-оформитель И.В. Осипов. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

УДК 616.89 (092)

Памяти известного отечественного психотерапевта К.М. Дубровского (к 120-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.¹, Петрюк А. П.²

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

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

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

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури, спогадів сучасників і наукових праць наведено нові дані про важкий і надзвичайний життєвий і творчий шлях К.М. Дубровського – відомого талановитого вітчизняного психотерапевта, представника харківської психіатричної школи, творця психотерапевтичних методів директивного групового навчання і одномоментного зняття заїкання, що зіграв велику роль у розвитку нового напрямку в радянській психотерапії – емоційно-стресової психотерапії, який своїми науковими досягненнями та вніс вагомий внесок у розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психотерапевтичної школи.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії та науково-практичної спадщини, зокрема, його українсько-го періоду життя і науково-практичної творчості.

Ключові слова: психотерапевт К.М. Дубровський, біографічні дані, життєвий і творчий шлях, науково-практичний доробок.

In memory of famous domestic psychotherapist K.M. Dubrovsky (To 120-th anniversary)

Petryuk P. T.¹, Petryuk O. P.²

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

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

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

Resume. Based on the sources of literature, memoirs of contemporaries and scientific papers presented new data on the difficult and extraordinary life and work of K.M. Dubrovsky – known domestic talented psychotherapist, a representative of the Kharkiv school of psychiatry, the creator of psychotherapeutic methods of group decision-making suggestion and simultaneous removal of stuttering, which played a big role in the development of a new trend in Soviet Psychotherapy – Psychotherapy emotionally stressful, whose academic achievements contributed to the development of national scientific and practice of psychiatry, including and the Kharkiv school of psychotherapy.

Emphasizes the need for further study of biography and theoretical and practical heritage, in particular, its period of Ukrainian life and theoretical and practical work.

Key words: psychotherapist K.M. Dubrovsky, biographical information, life and career, theoretical and practical basis.

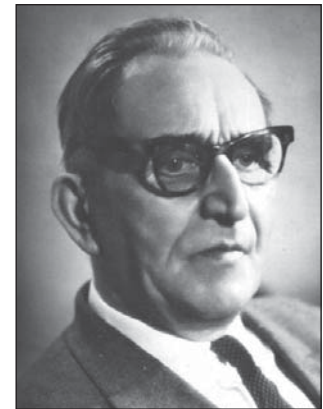
*Способным завидуют, талантливым вре-
дят, гениальным — мстят.
Поганини Никколо*

Дубровский Казимир Маркович (1892-1975) — известный талантливый отечественный врач, психолог и выдающийся психотерапевт, замечательный человек и уникальная личность с трудным и необыкновенным жизненным и творческим путем, необоснованно затравленный после политической реабилитации определенными представителями существующего в то время бюрократического государственного строя, руководитель Республиканского центра лечения логоневрозов в г. Харькове. Пожалуй, он был первым психотерапевтом, который успешно лечил заикание. Человек тяжелой, но интересной судьбы, очевидец есенинской трагедии, бесосновательно репрессированный советским режимом в застенки на многие годы, не потерял человеколюбия и стремился помочь очень многим страждущим. Им были разработаны и успешно применялись «Метод директивного группового внушения» и «Метод одномоментного снятия заикания». Используя элементы внушения в бодрствующем состоянии, Казимир Маркович освобождал от симптомов болезни заикающихся в составе группы из 10-15 человек. Все пациенты начинали сразу свободно говорить, утрачивали страх речи, не боялись большого зала и скопления людей. У К.М. Дубровского лечились от заикания многие известные личности, в том числе С.В. Михалков, Н.С. Михалков, И.С. Глазунов. У него было много учеников, но самой талантливой и успешной он считал Юлию Борисовну Некрасову, которой удалось не только полностью повторить работу Казимира Марковича, но и разносторонне её обогатить.

Несмотря на высокую эффективность данной методики, в настоящее время она практически не применяется из-за неумения врачами-психотерапевтами работать с группой пациентов и в присутствии аудитории, хотя данную методику лечения заикания ранее успешно использовали в своей работе В.М. Шкловский и, как уже справедливо отмечено, Ю.Б. Некрасова [1-9].

К.М. Дубровский родился 18 ноября 1892 года в деревне Ветрино Лепельского уезда Полоцкого наместничества Витебской губернии, Российская империя (ныне городской поселок Ветрино Полоцкого района Витебской области, Республика Беларусь) в семье польских аристократов. Он рано потерял родителей и был взят на воспитание петербургскими родственниками. Ещё в ранние годы появилась яркая одаренность этого человека. Он писал рассказы, стихотворения, прекрасно рисовал,

легко осваивал иностранные языки. Казимир Маркович окончил Академию художеств, где занимался в классе великого русского художника Н.К. Рериха. Затем закончил физико-математический факультет Петербургского университета и Военно-медицинскую академию.



Дубровский К.М.

Получив медицинское образование, К.М. Дубровский занимался микробиологией и физиологией, одно время, сотрудничая с И.П. Павловым и В.М. Бехтеревым. Казимир Маркович был одним из лучших учеников В.М. Бехтерева, который называл его «надеждой русской науки». Обучаясь в академии, он подрабатывал санитаром на «скорой помощи» и был именно в той бригаде медиков, которая приехала в гостиницу «Англетер» снимать с петли Сергея Есенина [1, 2, 10, 11].

Р. Мищенко утверждает, что «описал увиденное в 5-м номере «Англетера» утром 28 декабря 1925 года санитар Казимир Маркович Дубровский. Рассказывал он это, правда, уже через много лет, пережив несправедливый арест, заключение в лагере и как бы все еще опасаясь проронить лишнее: «Там на полу лежала скатерть, битая посуда. Все было перевернуто. Словом, шла страшная борьба...». В другой раз с его же слов стало известно, что «в номере С. Есенина были следы борьбы и явного обыска. На теле были следы не только насилия, но и ссадины, следы побоев. Кругом все разбросано, раскидано, битые разбросанные бутылки, окурки...» [11].

В 1935 году К.М. Дубровский был командирован в Англию для продолжения научной работы. Вернулся в 1937 году в Ленинград, на вокзале был арестован, просидел долгое время в «Большом доме» на Литейном проспекте, а затем, как враг народа, по ложному доносу и сфабрикованному делу был осужден 03.06.1940 года Постановлением Особого совещания при НКВД СССР приговором на 5 лет ИТЛ и отправлен в Воркуту [3, 12]. Так начались этапы «большого пути» длиной в семь лет, с последующей ссылкой, отменённой лишь массовой реабилитацией политзаключённых 1956 года. Самыми страшными, как пишет Казимир Маркович в своей повести «Этапы» были первые два года в следственном изоляторе после ареста, когда сотрудники НКВД всеми

правдами и неправдами добивались признания им мнимой вины. Лишь спустя два-три года состоялся, наконец, суд, где, так и не признав вины, К.М. Дубровский получил свои 5 лет. Зона представлялась уже подарком судьбы, поскольку, будучи дипломированным врачом, оказался там востребованным как специалист. Освободившись в 1947 году, он так бы и закончил свои дни ссылкой в Средней Азии, если бы не хрущёвская реабилитация. И только в том же 1956 году он смог, наконец, оформить свой брак с Е.А. Криницкой, троюродной сестрой, с которой неожиданно повстречался на зоне в 1942 году. Здесь необходимо отметить, что у Казимира Марковича имеется внебрачная дочь Галина Васильевна Савенко, мать шестерых детей, проживающая в Украине на Прикарпатье, приемный сын Всеволод, живущий в г. Харькове, его собственная дочь Марианна, которая в страшном 1937 году официально отказалась вместе с мамой, его первой женой, от родного отца. Галина Васильевна же прилагает отчаянные усилия, чтобы творческое наследие отца не прозябало втуне, но пока, увы, без особого успеха [13].

До 1944 года он находился на Крайнем Севере, а потом был сослан в Среднюю Азию. В 1956 году после смерти И.В. Сталина его полностью реабилитировали, и он переехал в Алма-Ату, где активно занимался врачебной деятельностью. Следует заметить, что в то время наряду с официальной системой логопедической помощи в СССР, в 1970-е годы сложилась школа талантливого врача К.М. Дубровского, разработавшего методику эмоционально-стрессовой психотерапии, элементы которой он увидел у северных шаманов, когда был заключенным ГУЛАГа в Воркуте. После реабилитации Казимир Маркович с успехом применял, как уже подчеркивалось, опыт одномоментного снятия заикания. Он первым понял, используя современные термины, *необходимость в процессе лечения заикания дестабилизации устойчивого патологического состояния*. Он уяснил, что у заикающихся лиц, несмотря на заикание, есть другая память — память о хорошей речи, которую он и вызывал на аффекте.

Итогом развития отечественной науки о заикании в XX столетии стало создание комплексного метода, который включает в себя медицинское, психологическое, педагогическое, социальное, семейное, т.е. всестороннее воздействие на человеческую личность. Комплексный метод являет собой вершину практического подхода к проблеме заикания, основанного на материалистическом видении человеческого существа, исчерпывающегося двумя его проявлениями — физическим и душевным [14].

С середины 50-х годов прошлого века до Москвы стали доходить слухи о том, что в Казахстане живет какой-то необыкновенный психотерапевт, который одномоментно излечивает от многих заболеваний. К К.М. Дубровскому приезжали больные со всех концов страны, и все они получали эффективную, но внешне очень необычную помощь: этот врач вел себя по отношению к больным не как положено представителю этой солидной профессии, а как шаман, что уж вовсе раздражало ученый мир. К Казимиру Марковичу стали наведываться и врачи-психотерапевты, чтобы посмотреть, как же он их лечит. Побывал у него и профессор Илья Захарович Вельвовский — заведующий кафедрой психотерапии, психогигиены и психопрофилактики Харьковского института усовершенствования врачей. Эта кафедра — старейшая в стране — всегда была своеобразным центром психотерапии в СССР, подавляющее большинство советских психотерапевтов старшего поколения — ученики И.З. Вельвовского.

Илья Захарович внимательно познакомился с методикой К.М. Дубровского и предложил ему переехать в г. Харьков. Тот согласился. С тех пор г. Харьков стал ещё в большей степени столицей советской психотерапии: отовсюду приезжали больные, но уже не только к И.З. Вельвовскому (как раньше), а в основном к К.М. Дубровскому. Среди приезжавших было много известных всей стране людей, они в свою очередь тоже разносили славу о чудо-лекаре.

После реабилитации с 1959 года Казимир Маркович работал в Харьковской железнодорожной поликлинике, которая стала неофициальным центром психотерапевтической работы с заикающимися лицами в СССР, руководил Республиканским центром лечения логоневрозов, сотрудничал с первой в стране кафедрой психотерапии под руководством И.З. Вельвовского. По взглядам и методам работы он принадлежал к научной школе В.М. Бехтерева. К К.М. Дубровскому приезжали учиться многие логопеды и врачи: Ю.Б. Некрасова, Л.З. Арутюнян-Андронova, В.М. Шкловский, Б.З. Драпкин, которые стали потом крупными специалистами и авторами методик по коррекции заикания. К Казимиру Марковичу в г. Харьков приезжало огромное число людей. Эти люди упрашивали его записать их на сеанс, потому что смогли вырваться к нему только на несколько дней. Сеансы, проводились по несколько раз в день. Вскоре между И.З. Вельвовским и К.М. Дубровским отношения испортились, Казимира Марковича никто уже не опекал, и он не считался представителем харьковской школы психотерапии, хотя и жил в г. Харькове, и общался с большинством местных психотерапевтов [1].

Отметим вкратце, что суть лечения у К.М. Дубровского в следующем: психическое потрясение может вызвать болезнь, а может её ликвидировать. Весь сеанс лечебного внушения, который проводил Казимир Маркович, и заключается в том, чтобы направленно потрясти больного и тем самым его вылечить. В одних случаях это удается, в других — нет. Эффект от подробной терапии, естественно, различен, как он различен и от других методов. Сам К.М. Дубровский хорошо понимал ограниченность своей методики, но исходил из общего для врачей всех времен правила: **если удалось помочь больному человеку хотя бы на полчаса, удалось облегчить его страдания хотя бы на пять минут, и то хорошо, и то будет оправдан врачебный труд, будет выполнен важнейший девиз медицинской профессии — помогать людям любой ценой и на любое по продолжительности время.**

Многие современные специалисты по лечению заикания учились у К.М. Дубровского, но у них нет и не было той артистичности и убедительности, что у их Учителя. У большинства из них все свелось к мелкому подражанию, порой превращавшемуся в пародию. Они окончательно и дискредитировали метод Казимира Марковича ещё при жизни его создателя. Сам К.М. Дубровский очень переживал это, но ничего поделать уже не мог.

Казимир Маркович был не только талантливым психотерапевтом: он, как и большинство представителей этой профессии, был разносторонне образованным человеком. Давно уже отмечено, что в каждом психотерапевте живет несостоявшийся актер, писатель, художник. К.М. Дубровский был и тем, и другим, и третьим.

В Воркуте он составил альбом кожных заболеваний и признаков дистрофии у заключенных. Этот уникальный альбом Казимир Маркович много раз пытался опубликовать. Во время хрущевского правления перспектив на издание было много, некоторые бывшие пациенты К.М. Дубровского, обладавшие влиянием в Москве, активно помогали изданию, но снятие Н.С. Хрущева ликвидировало все надежды. Альбом по сей день не напечатан.

Казимир Маркович писал стихи и рассказы, а вся его методика лечения — это по существу блестящий спектакль, замечательный актерский монолог. Еще в Воркуте К.М. Дубровский наблюдал за местными шаманами. Как ловко они излечивали людей от самых разнообразных расстройств, как умело они нагнетали ожидание чуда и творили это диво на глазах изумленных и наэлектризованных людей! Все это Казимир Маркович перенял и использовал уже в других

условиях. Поэтому и эффект был, конечно, разный: когда шаман лечил неграмотного и невежественного сородича, он помогал ему в 100% случаев. Лечить же шаманскими приемами образованных и скептически настроенных интеллигентов куда сложнее, а порой и невозможно.

Небезынтересно напомнить, что один удар судьбы может вызвать болезнь, а другой — избавить от нее. Например, после разгрома фашистских войск под Сталинградом и в Курской битве у А. Гитлера развился тяжкий истерический невроз, проявлявшийся в сильной дрожи левой руки и ноги (правое — «эмоциональное» — полушарие головного мозга отвечает за левую сторону тела; при неврозах в первую очередь поражается эмоциональная сфера, потому расстройство проявляется с левой стороны). Однако 20 июля 1944 года все эти невротические расстройства мгновенно прекратились: случилось это сразу же после покушения, совершенного полковником К. Штауффенбергом, когда фюрер благодаря стечению определенных обстоятельств оказался невредим. Через полгода, а особенно весной 1945 года, когда советские войска стояли недалеко от Берлина, болезнь возобновилась и быстро нарастала по мере понимания А. Гитлером безнадежности своего положения [15].

Стрессы, применяемые в лечебных целях, различны, часть из них основаны на искусственной кумиромании: пациентам внушают, что врач — великий целитель, избавитель от всех существующих в природе хворей, что он всесилен и прочее. На людей примитивных, а также на детей и женщин, такая безудержная реклама некоторое время действует, а чем больше веры, тем сильнее лечебный эффект. Конечно, это плохо с точки зрения морали, но если пациент излечивается, а его вера во всемогущество медика безвредна, то уж пусть лучше он верит в хорошего врача, чем в колдуна, экстрасенса, знахаря, вымогателя.

Не меньше любого здравомыслящего человека К.М. Дубровский видел глупость и грубость окружающего мира. Не меньше других он понимал, что обычный человек нуждается в моральном поводе, без которого он быстро озверевает, становится животным, если лишить его душу святых надежд и идеалов. И, тем не менее, Казимир Маркович всегда относился к людям с высочайшей любовью. Этим он резко отличался от большинства своих коллег, пораженных вирусом прагматизма и добывания сиюминутных радостей. Трудно представить, чтобы К.М. Дубровский совершал какие-либо поступки, исходя из циничного принципа «Все дозволено», оправдывающего любые мерзости и предательства [1, 15].

«Вступая в жизнь, каждое новое поколение преисполнено благих намерений, стремления построить отношения на принципах справедливости, доброты, уважения к людям. Проходят десятилетия — что остается от этих прекрасных желаний? Большинство из тех, кто мечтал о братстве, равенстве, любви и других великих идеалах человеческих отношений, сами превращаются в морально-ущербных людей, увеличивающих зло в этом мире. Что же делать, как избежать этой деградации, какой совет дать молодежи? Наверное, советов много. В данной ситуации, как подчеркивал М.И. Буянов, из самых главных, безопасных и действенных такой: **не соучаствовать во лжи и во зле, не увеличивать их, любой ценой избегать личного участия во всех этих безобразиях.** Ведь не все рождаются борцами, не у всех так сильно нравственное начало, как у того, о ком я сейчас говорил, не все способны активно выступать против дьяволов. Но все могут брать пример с К.М. Дубровского, должны хотя бы попытаться» [15].

Не зря прошли уроки рисования у Н.К. Рериха. Видя вокруг себя в местах заключения смерть и анализируя симптомы совсем неизвестной медицинскому миру болезни, возникающей от унижений, голода, безысходности, К.М. Дубровский проследил ее ход, запечатлев свои наблюдения в альбоме рисунков, столь ценных для медицины.

Медицинское издательство отказалось печатать этот замечательный альбом врачебных рисунков на том основании, что в Советском Союзе не может быть такой болезни. А на его предложение — сказать в предисловии, что это почерпнуто из лагерей смерти немецкого фашизма, — издательство не «клянуло». «Власти нас не поймут» — сказали там.

Напомним, что сразу же после октябрьского переворота, как известно, «борцы за свободу и равенство» вышвырнули из всех учебных заведений России детей дворян, промышленников, духовенства и т.д. Та же участь, среди прочих, постигла и любимого ученика В.М. Бехтерева, художника, польского дворянина К.М. Дубровского [10].

Он стал в свое время, как уже отмечалось выше, работать на «скорой помощи». Однажды во время его дежурства зазвонил телефон, и в трубке прозвучала команда: «Немедленно поезжайте в «Англетер». Повесился Сергей Есенин». Он первый вошел в комнату, носящую следы бешеной драки, и увидел, что на фоне красной занавеси, под которой проходила труба отопления (оставившая, как известно, на щеке повешенного багровый след ожога), словно парил в воздухе, чуть-чуть оторванный от земли, будто вставший на цыпочки со свесившейся

копной светлых, как рожь, волос, певец крестьянской Руси Сергей Есенин. Веревка, как и портьера, была тоже красная, и потому впечатление от увиденного было глубоко мистическим и страшным.

Казимир Маркович помнил даже, что скатерть со стоявшей на ней и разбитой вдребезги посудой была стянута со стола, вероятно, во время сопротивления поэта убийцам [10].

Следует обозначить, что К.М. Дубровский занимался также передачей мыслей на расстояние и, доживи он до наших дней, вероятно, не сходил бы с экранов телевидения. Достаточно сказать, что А.М. Кашпировский с большой гордостью говорил И. Глазунову, что учился у Казимира Марковича Дубровского, когда тот, отсидев в лагерях, получил маленькую квартирку в г. Харькове и должность врача в железнодорожной больнице. С кем только он не встречался в местах заключения: бывшие царские министры, члены Временного правительства, сибирские шаманы, художники, философы, ученые, священники...

«Я католик, вера в Бога дала мне силы вынести этот ад, который не мог бы описать даже Данте, — рассказывал К.М. Дубровский. — Я помню каждую минуту, проведенную в этом аду. Сколько людей погибло у меня на глазах, — О! Я многому научился от тех, кого безжалостно уничтожали. Думаю, не просто будет найти огромные ямы и рвы, где, как собаки, закопаны лучшие люди России. Хотя в лагерях сидели не только русские, это был действительно «интернационал» тотального уничтожения. Я старался лечить, внушать людям веру, когда верить нам, казалось, было не во что. Повторяю, это были лагеря смерти...» [10].

В начале 1960-х годов для лечения различных видов неврозов, как уже подчеркивалось, К.М. Дубровский создал метод эмоционально-стрессовой психотерапии, основная идея которого состояла в качественном изменении статуса психотерапии — из сопутствующей коррекционному курсу она стала ведущей в ходе лечебного процесса. В научных работах Казимира Марковича подобного вида психотерапия характеризовалась как концентрированное внушение наяву в форме одномоментного «удара» или «взрыва», имеющего целью в короткий промежуток времени изменить характер отношения больного к своему страданию, т.е. осуществить «реконструкцию поведенческих реакций». При этом К.М. Дубровский подчеркивал большое значение аффективного состояния пациентов для создания «перелома» в лечении. В дальнейшем метод эмоционально-стрессовой психотерапии был научно обоснован в работах В.Е. Рожнова и его школы, хотя, к сожалению, фамилия К.М. Дубровского

в известном отечественном «Руководстве по психотерапии» не упоминается [16].

В современной терапии комплексного заикания «феномен Дубровского» в его различных формах (собственно сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии, «шок-терапии» эмоциями, идеи «взрыва», «подвига») используется многими психотерапевтами [17].

К.М. Дубровским был предложен «Метод одномоментного снятия заикания». Это сугубо психотерапевтический метод, который представляет собой императивное внушение в бодрствующем состоянии. Суть его состоит в следующем. Психотерапевт на сцене большого зала выстраивает у сцены шеренгу тех, кому предстоит сегодня «снятие» заикания. В зале присутствуют родственники больных, их знакомые и те, кто ещё только готовится приступить к лечению. Психотерапевт внушительно и образно говорит о силе слова, которая не только служит средством коммуникации между людьми, но и может иметь физиологическое, а следовательно, и лечебное значение. Проводятся для демонстрации пробы на внушаемость. Фиксируется внимание на могущественной силе слова психотерапевта. Если слово психотерапевта способно вызвать одеревенелость пальцев рук и заставляет падать человека, то он способен словом разомкнуть существующую у заикающихся в коре головного мозга патологическую связь и тем самым расковать его речь. После этого происходит сам сеанс снятия заикания, который выражается в том, что резким движением рук возле висков пациента психотерапевт снимает заикание. Он говорит: «Теперь вы будете всегда говорить свободно! Вы чувствуете громадное облегчение! С вас сорваны путы трудной речи! Вы свободный человек, со свободной раскованной речью! Мы можем! Мы всё можем! Человек всё может! Поддерживая высокое эмоциональное напряжение пациентов и, применяя сначала облегчённые формы речи, психотерапевт переходит к демонстрации свободной речи [4, 5, 8, 9, 18].

В связи с тем, что метод К.М. Дубровского приобретал всё большую известность в СССР, в конце 50-х, начале 60-х годов XX века он стал объектом рассмотрения специалистов и чиновников Министерства здравоохранения СССР. В г. Харькове проходили дискуссии по поводу этого метода, в которых принимали участие известные в СССР психиатры. К.М. Дубровский был человеком бескомпромиссным и всегда жёстко отстаивал свою точку зрения. В инструктивном письме Министерства здравоохранения СССР по поводу метода К.М. Дубровского была отражена точка зрения специалистов — психиатров и логопедов, которые выезжали в г. Харьков для изучения метода К.М. Дубровского. В письме

сказано, что в психотерапии метод императивного внушения в бодрствующем состоянии не нов. Однако этот известный метод по-новому использован К.М. Дубровским в лечении заикания. Были высказаны критические замечания по поводу излишнего афиширования метода, отмечена сомнительная категоричность установки на одномоментность снятия заикания. Отмечались нередкие случаи недостаточного обследования и отбора больных для сеанса. Однако, в принципе, как психотерапевтический метод лечения заикания он может быть использован в комплексе с другими методами. По поводу метода К.М. Дубровского существуют разные позиции в профессиональной среде логопедов, психологов и врачей. **Его ученица Л.З. Арутюнян-Андропова считает К.М. Дубровского гениальным психотерапевтом, которого незаслуженно затравили в период советской власти** [5]. Специалист по заиканию В.И. Селиверстов, который ездил изучать метод К.М. Дубровского в составе комиссии Министерства здравоохранения, поскольку был тогда логопедом-методистом Минздрава СССР, отмечает, что конечно, об одномоментном снятии заикания у всех пациентов речь не шла. Пациенты Казимира Марковича, которых просматривала комиссия после сеансов лечения, заикались, но при этом отстаивали успешность метода К.М. Дубровского. Анализ деятельности Казимира Марковича и его метода позволяет сделать выводы о том, что сам метод не являлся панацеей от заикания. Скорее всего, у части больных снимался страх речи и развивались волевые качества, которые помогали им бороться с заиканием. Как и многие другие методы, метод К.М. Дубровского держался, прежде всего, на его личности. Как указывает известный специалист по заиканию М.И. Буянов, ещё при жизни Казимира Марковича никто не мог повторить на таком высоком уровне его сеанс. Метод К.М. Дубровского привлёк к себе такое внимание, потому что на тот момент в Советском Союзе практически не было реальных методов по эффективной коррекции заикания. Более того, те методы, которые были, не включали в себя ни психологический компонент, ни, тем более, терапевтический. С точки зрения истории проблемы заикания метод К.М. Дубровского интересен тем, что, во-первых, до него именно таких методов, основанных только на личности психотерапевта, не предлагалось, во-вторых, саму идею К.М. Дубровского развили, изменили и ввели в свои методы такие учёные, как Ю.Б. Некрасова и Л.З. Арутюнян-Андропова [5, 8, 9, 15].

После оглушительной славы, после публикаций в газетах, у К.М. Дубровского сразу появилось много «учеников и последователей»,

которые переняли только внешние формы его методики шокотерапии, целью которой было направленно потрясти больного и тем самым вылечить. Настоящий психотерапевт — это непременно уникально талантливая личность. Он одновременно и врач, и философ, и писатель, и художник. А масса подражателей-ремесленников, ринувшихся зарабатывать деньги на больных, очень скоро дискредитировала всё это направление психиатрии. Начались гонения и на самого Казимира Марковича, приклеивание ярлыка лжеученого, как властями, так и завистливыми коллегами. Человеком он был очень прямым, не признававшим никаких компромиссов. Он не мог молчать во время дискуссий, которые тогда постоянно проходили в Харькове, и наживал себе новых и новых недоброжелателей. В конце концов, его объявили шарлатаном, причем сделано это было публично и официально через прессу. Это было самое отвратительное, поскольку это был талантливейший ученый. По всем медицинским учреждениям был разослан приказ о запрете использования его методики. Это были 1963-1964 годы. Здесь уместно повторно напомнить, что Казимир Маркович был одним из лучших учеников В.М. Бехтерева, о чем тот сказал в своей книге.

У К.М. Дубровского было много учеников — он обучал не менее сотни человек. После официального запрета его методики остались единицы. Причина понятна. Тут ещё накатила старость, а с нею и болезни. Оставив работу в железнодорожной поликлинике, он, нищий и больной, вынужден был перебраться поближе к своим дальним польским родственникам на Западной Украине, где и завершил, всеми забытый, свои дни [5, 19].

Насколько мне помнится, вспоминает Илья Глазунов, он не брал денег с больных и говорил, что если бы он прожил еще сто лет, то каждый день должен был бы принимать по двести человек — столько было желающих получить его помощь. [10].

Илья Глазунов подчеркивает, что «несмотря на то, что Казимир Дубровский показал пути и горизонты науке XX века, — врачи, чиновники советской медицины, увидев, что его личность и возможности составляют тайну его внутренней жизни, начали против него кампанию травли, называя его шарлатаном и мистиком. Не помогали и тысячи писем от людей, которых он вылечил, так же как не помогла и грамота от харьковской милиции (помог найти пропавшего мальчика — доп. П.Т., А.П.). Очевидно, многие пытались вырвать у него тайну его воздействия на людей, но не смогли. Я слышал, что ему даже запретили лечить. Он умер в

нищете и безвестности. Альбом его, как мне известно, несмотря на старания Михалкова, до сих пор не вышел в свет. Издание его было бы самым страшным документом о человеческой психике, раздавленной победоносным шествием глубоководного и безжалостного масонского «Коминтерна», прокладывающего путь к «новому мировому порядку», основанному на геноциде разноплеменных народов мира. Россия оказалась самым трудным орешком... Но они упорно ведут нас «от разочарования к разочарованию». Так задумано и осуществлено! Но не до конца! Мы у врат адовых...Верно, не одолеют...» [10].

Жизнь для него была и мукой, и адом. Но любовь к людям и вера в добро — бесконечной. Повторяю, акцентирует Илья Глазунов, **это один из самых интересных людей, которых я встречал в жизни.** Для меня, как и для многих, знавших его, он навсегда остался загадкой. Мир праху твоему, великий русский ученый! [10]. Следует отметить, что профессор Ю.Б. Некрасова посвятила своему учителю К.М. Дубровскому книгу «Лечение творчеством» (2006).

Он мечтал умереть на работе, но ушел из жизни вдали от г. Харькова, от своих пациентов. К.М. Дубровский умер 12 декабря 1975 года. Похоронен Казимир Маркович на городском кладбище г. Сарны Ровенской области. На его могиле выбиты слова «Он любил вас, люди». Рядом с могилой К.М. Дубровского покоится прах его супруги Елены Дубровской (1912-1991) и её младшей родной сестры Наталии Криницкой (1934-1994).

Таким образом, К.М. Дубровский, будучи ярким и талантливым представителем харьковской психиатрической школы, внес определенный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т.ч. и Харьковской психотерапевтической школы, сыгравшего большую роль в развитии советской психотерапии на основе физиологического учения И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, в частности, метода эмоционально-стрессовой терапии заикания, курения, алкоголизма. Вне сомнения, биография и научное наследие Казимира Марковича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно его украинский период жизни и научно-практического творчества.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность заслуженному деятелю науки и техники Украины, профессору, доктору медицинских наук И.И. Кутько за ценные замечания, которые помогли устранить недочеты при работе над более ранней версией данной статьи.

Література

1. Дубровский Казимир Маркович — Биография: Материал из Википедии — свободной энциклопедии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://pomnipro.ru/memorypage25938/biography>.
2. Скобликова С.Б. Заикание в вопросах и ответах (справочник родителя) / С.Б. Скобликова. — М.: С.Б. Скобликова, 2011. — 274 с.
3. Книга Памяти. Дубровский Казимир Маркович: Материалы к книге памяти Тамбовской области [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.uznal.org/book_of_memory.php?bukva=4&name=63&surname=71&repression=73.
4. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий: Уч. пособие / В.И. Селивестров. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ВЛАДОС, 1994. — 200 с.
5. Андропова-Арутюнян Л.З. Доктор Дубровский Казимир Маркович: Воспоминания Лилии Зиновьевне Андроновой-Арутюнян об Учителе / Л.З. Андропова-Арутюнян [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.nekrasova.ru/method.php?id=7&sp=9>.
6. Дубровский К.М. Методика директивного группового внушения / К.М. Дубровский // Психотерапия в курортологии / Под ред. И.З. Вельвовского. — Киев, 1966. — С. 233-235.
7. Дубровский К.М. Одномоментный метод снятия заикания / К.М. Дубровский // Материалы заседания Харьковского научного медицинского общества. — Киев, 1966. — 150 с.
8. Некрасова Ю.Б. Лечение творчеством / Ю.Б. Некрасова / Под ред. Н. Л. Карповой. — М.: Смысл, 2006. — 223 с.
9. Некрасова Ю.Б.: Некролог // Вопросы психологии. — 2004. — № 4. — С. 157-158.
10. Глазунов И. О «Казимире Кронштадтском»: «Мы можем!» / Илья Глазунов // Глазунов Илья. Россия распятая. — С. 124-127 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.litmir.net/br/?b=5&p=124-127>.
11. Мищенко Р. Смерть поэта / Руслан Мищенко [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://tululu.net/blog/mysli-v-sluh/page3/>.
12. Корень А. Що Дубровиця дала світові та Україні? / А. Корень // Дубровицький вісник. — 21.12.2012. — № 51 (929) — С. 3-4.
13. Андреев Г. Дубровский — этапы / Г. Андреев [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://garus37.livejournal.com/tag>.
14. Иеромонах Иоанн (Заяц). «И разрешились узы его языка...». Избавление от заикания (логоневроза): духовно-ориентированный подход в контексте святоотеческого учения о человеке // Духовно-нравственное воспитание. — 2012. — № 7. — С. 14-20.
15. Буянов М.И. Лики великих, или знаменитые безумцы / М.И. Буянов. — М.: Российское общество медиков-литераторов, 1994. — 120 с.
16. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., доп. и перераб. — Т.: Медицина, 1985. — 719 с.
17. Карпова Н.Л. Дубровский Казимир Маркович / Н.Л. Карпова. Материал из Дельфии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://wiki.myword.ru/index.php>.
18. Гордеев М.Н., Евтушенко В.Г. Техники гипноза / М.Н. Гордеев, В.Г. Евтушенко. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 245 с.
19. Андреев Г. Дубровский — судьба / Г. Андреев [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.liveinternet.ru/users/3256143/post127210234/>.

УДК 616. 641. 6.23

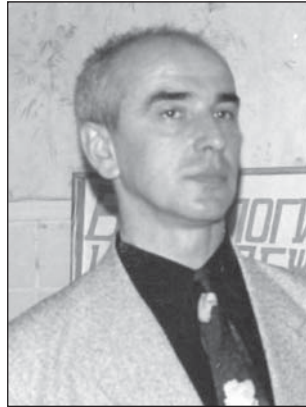
Александр Грин. Психологический портрет, вехи биографии, значение творческого наследия для психотерапии и библиотерапии



Кутько И. И.



Терешин В. А.



Пересадин Н.А.

Кутько И. И., Терешин В. А., Пересадин Н. А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Резюме. В статье охарактеризована жизнедеятельность, литературное творчество, история болезни и смерти А.С. Грина.

Ключевые слова: А.С. Грин, жизнь, литература, творческая деятельность, болезнь

Alexander Green. Psychological portrate, history of a life, role literary creativity for psychotherapy and bibliotherapy

Kutko I. I., Teryshin V. A., Peresadin N. A.

Resume. In article it is characterised vital activity, literary creativity, a case history and A.S.Green's morses.

Key words: A.S.Green, life, the literature, creative activity, disease.

«Как-то мы заговорили о так называемых чудаках. Вспомнили, конечно, Дон Кихота, мистера Пиквика, князя Мышкина... Грин принадлежал к этой славной компании чудаков особого, российского, пошиба и, конечно, в самом тончайшем и изысканном смысле.»

Николай Вержбицкий (1899-1973) – литератор, поэт, журналист, один из близких друзей А. С. Грина

Осмысливая ключевые вехи судьбы писателя-романтика Александра Грина и неувядающие идеи, ярко выраженные им в обширном литературном наследии, задумываешься о полноте духовной жизни, о ясном и оптимистическом, креативном, психическом здравии человека, которое, как правило, достигается в тех случаях, когда природа наша приходит к высшей степени своего совершенства, простоты и духовности. Это возвышенное и необычайно естественное (преестественное)

состояние, это вдохновенное упоение метаморфозами бытия свойственно пережить далеко не каждому и великое счастье посещает тех избранных, кому Фортуна даровала подобную возможность. Еще более значимы для нас те люди, которые в своем творчестве сумели донести до нас, живущих в XXI веке, всепобедительное торжество духа и ослепительную истину любви к людям. Побывав этим летом в Коктебеле, Старом Крыму и Феодосии, авторы статьи еще больше, еще глубже прониклись идеями замечательного писателя-романтика, удивительного человека и близко познакомились с хранителями его творческого наследия – Ольгой Байбургской, Аллой Ненадой и другими «маленькими великими людьми» (термин А. М. Горького), хранящими и приумножающими то, что мы, медики, называем «гринотерапией».

В ставшем довольно быстро книжной редкостью — двухтомном биобиблиографическом

словаре «Русские писатели» [32], включающем более 300 статей, материалы об Александре Грине занимают менее трёх страничек. В самом начале словарной критической статьи приводятся сведения о том, что Александр Грин, настоящее имя которого Гриневский Александр Степанович, «прозаик и поэт». Никаких эпитетов, прилагательных, уточнений и дополнений. Между тем этот талантливейший человек оставил после себя незабываемые романы, изданные и неоднократно переиздававшиеся практически во всех странах мира, интересные повести, несколько сотен оригинальных рассказов, стихи, басни, юморески. Багаж более чем солидный даже для двадцати пяти лет неустанной творческой работы. Литературная деятельность Грина зарождалась в Петрограде и Феодосии, а завершилась в Старом Крыму.

Имя этого прекрасного писателя — романтика, известного всей читающей России, было прочно забыто на три десятилетия сразу же после его кончины в июле 1932 года, всплыв из небытия только в годы хрущёвской оттепели... Ренессанс произведений Грина был воспринят в 60-е годы XX века как откровение, как глоток свежего воздуха, как искреннее и волнующее обращение к духовному миру и тончайшим переживаниям человека, актуальным во все времена. Произведения Александра Грина обращают внимание читателя на самые интимные движения, совершающиеся в человеческой душе, отмечая даже малейшие её шевеления, показывая зарождение душевного подъёма и возникновение страсти, когда чувства и эмоциональные порывы превалируют над рассудочной деятельностью. Книги Грина выставляют напоказ людские страдания, сердечные муки и скорбь, телесные боли, самоотречение, сознательное принятие на себя подвига мученичества — через всё это писатель в полной мере прошёл сам, через это же в той или иной степени проходит почти каждый из нас. Весьма короткая по меркам XX века, но очень яркая и напряжённая жизнь писателя Александра Грина напоминает увлекательный приключенческий роман, насыщенный необычайными взлётами и падениями, одним словом — авантюрами в хорошем смысле этого слова, в трактовке Александра Александровича Любичева (1890-1972). Ещё при жизни Грина о нём ходили разнообразные легенды. Злые языки (как некогда про Михаила Шолохова с его «Тихим Доном») утверждали, что будто бы молодой и дерзкий Александр Гриневский, плаваая матросом на судне, лишил жизни какого-то английского капитана, украв при этом у него ящик рукописей, будто бы подготовленных этим талантливым мореходом-беллетристом, а теперь печатает

хорошо продаваемые произведения, под своим собственным именем. Никто и на дух не верил, что Грин совершенно не знает иностранных языков. Судачили: «Притворяется, что не знает, почему-то скрывает истину, а фамилию специально укоротил на заграничный лад». Очень многим Грин казался подозрительным и странным: он никогда не мог естественным образом вписаться в общепринятый круг представлений, господствовавших в тогдашнем обществе. Более романтично настроенные обыватели, в особенности лица женского пола утверждали также, что Грин — превосходный стрелок, добывающий охотой пищу и обитающий в диком лесу подобно героям Фенимора Купера.

Александр Грин прожил неординарную, до обидного коротенькую жизнь — всего 51 год и несколько месяцев, однако вклад его в мировую литературную сокровищницу, уже частично изученный, но до сих пор не до конца оценённый, поистине велик и уникален.

Дождаться лавров всенародного признания при жизни Грину не посчастливилось. Критика к необычному писателю относилась свысока, упрекая автора в уходе от действительности, в подражании буржуазным литераторам, не признавая ни его удивительного дара, ни большого писательского мастерства. Какие-то загадочные тропические острова, необычайные ситуации в жизни ярких людей, таинственные коралловые рифы, шумный плеск экзотических южных морей, невиданные алые паруса... Только в 60-х годах XX века к читателю вновь пришли красивые мужественные люди Грина, живущие в необыкновенных сказочных городах; на страницах его книг добро всегда побеждало зло, а над бескрайними водами Великого Океана гулял вольный ветер увлекательных странствий и обитала Её Величество Мечта.

Как известно, мечта — не просто «продукт» нашего воображения, представляемый с помощью интеллектуально-мыслительной работы. Мечту волевые люди страстно желают исполнить, к ней стремятся всеми силами сердца, она включает наши безудержные фантазии и представляет собой прихотливую игру мыслей и чаяний человека. Именно в подобном виде мечта живёт в нашем сознании. Грин своими книгами призывал читателей свято верить в свою высокую мечту, искренне советовал защищать её, считал, что с мечтой бодрее идти по жизни. Она побуждает к активному деянию, вселяет огромный заряд энергии и оптимизма, мудрости и веры в возможности человека, не давая ему упасть духом или поддаться унынию и расслабляющей лени. В мечту этот талантливый автор верил всегда. Жизнь этот неисправимый романтик понимал не как «количество

прожитых дней, и даже не их, закреплённых памятью, а дни, когда мы оставляли людям что-то доброе». Книги Александра Грина — это манифест решительного действия, отважного риска, реального жизнеутверждения. Кредо автора-романтика — брать от жизни всё прекрасное, воспаряя на крыльях необыкновенной мечты, а это значит не бояться делать то, что хочешь, что замыслил, что видится тебе в твоём воображении. Грин — реалист страстно верил и чётко осознавал, что корабль с алыми парусами в конце концов обязательно придёт к тому, кто научился мечтать.

Почему писатель связывал мечту именно с парусами? Прежде всего, потому, что на страницах многих его романов, повестей и новелл море является одним из самых главных «героев» и символов. Необъятностью и безмерностью моря писатель выразил неиссякаемую мощь и высокую энергетику человеческого духа. Как с помощью парусов корабль резво мчится вперёд по волнам, так и мечта движет всеми поступками личности. В своём оригинальном творческом наследии писатель естественным образом соединил уникальное, исключительное, фантастическое (в том числе в психической сфере человека) с рядовым, реальным, обыденным. Грин боролся, как мог, стремился, жил полной жизнью, падал и поднимался, шел вперёд, не взирая ни на какие житейские обстоятельства. Он лелеял и тщательно сохранял необходимую творцу внутреннюю сосредоточенность и достаточно творческого задора в сердце, что делало любую цель вполне по силам. Главное в своей жизни он совершил, оставив заметный след на земле.

Вглядимся же в эту жизнь пристальнее, всмотримся в неё более внимательным, исследовательским взглядом. Родился Саша Гриневский 11 (23) августа 1880 года в уездном городе Слободской Вятской губернии. Отцом его был Стефан Евзбиевич Гриневский, польский дворянин, который шестнадцатилетним юношей за причастность к польскому восстанию против царизма в 1863 году был схвачен охранкой и сослан в Сибирь. Отец, таким образом, был «вечным поселенцем» (без права выезда в европейские губернии России) и служил конторщиком пивоваренного завода. В дальнейшем семья перекочевала в губернский город Вятку, который в то время был глубокой российской провинцией. После переезда семьи в Вятку Саша Гриневский был обречён на прозябание в «удушливой пустоте и немоте» города дремучего невежества, объективно описанного в герценовских «Былом и думах».

Единственной отдушиной в этой провинциальной жизни для мальчика были книги.

Довольно рано научившись читать, он с удовольствием прочитывал всё, что могло его заинтересовать, в особенности рассказы о путешествиях и приключениях в далёких странах. И вот, по окраинным улицам и пустырям Вятки задумчивый мальчуган бродил в серой заплатанной одежде (другой у него просто не было), изображая в этом уединении в лицах своих любимых литературных героев. Слыл в округе мальчишка гордым и странным, производил всевозможные алхимические опыты, а, начитавшись книг по хиромантии, пытался предсказывать окружающим судьбу по линиям руки и даже пытался создать «философский камень», за что получил прозвище «колдун» [1-5].

Более-менее Саше хорошо было до девяти лет, а после того, как он пошёл учиться в реальное училище, всё изменилось кардинально. Учился мальчишка в целом вполне сносно, однако поведение его было вызывающим и прямо-таки хулиганским, что раздражало и озлобляло не только преподавателей, но и родителей. Между тем семья Гриневских росла, её доходы из года в год падали. Работая скромным бухгалтером земской больницы, его отец, Степан Евсеевич, никак не мог прокормить своих домочадцев [14, 16].

Саша Гриневский учился сначала в Вятском земском училище, затем в городском училище, которое окончил в 1896 году. Как мы уже отмечали, очень рано Александр пристрастился к чтению. Больше всего он увлекался рассказами, повестями и романами о путешествиях, мореплаваниях, отважных охотниках. В своей «Автобиографической повести» Грин писал: «... В 12 лет ... знал русских классиков до Решетникова включительно» [7]. Необыкновенно притягательным был для Саши Гриневского также мир зарубежной приключенческой литературы. Грин всю жизнь признавал большое влияние на него таких знаменитых писателей как Фенимор Купер, Эдгар По, Александр Дюма-отец, Даниэль Дефо, Жюль Верн, Томас Майн Рид, Густав Эмар, Луи Жаколио, Роберт Льюис Стивенсон, Оскар Уайльд. Нередко бывало, уединившись подальше от чужих глаз, запоем читал он романы Виктора Гюго и Чарльза Диккенса; почти все стихи и новеллы своего самого любимого автора Эдгара Аллана По (1809-1849) он знал наизусть. Не чужд был Александр и книгам сугубо научного содержания — историческим, географическим и даже экономическим. Но более всего его, тогда ещё мальчишку, властно манило к себе море и «живописный труд мореплавания». Кто может сегодня представить как именно зарождались эти грёзы о парусах и ветре, синих просторах вечно живого моря в душе парнишки, жившего

в глухой Вятке. Саша пробовал сам писать стихи — о «безнадёжности... разбитых мечтах и одиночестве». Можно вполне вообразить, что поначалу юный поэт сочинял, подражая всему тому, что печаталось в периодике того времени. Условия провинциального захолустного быта с их «свинцовыми мерзостями» будней усиливали в Саше застенчивость и крайнюю чувствительность, гордость и непокорность — качества характера, доставшиеся юноше от его отца. Видимо, «ген бунтарства» был доминирующим у семьи Гриневских [6-9].

Домашние попрекали его книгами, настольным чтением, говорили, что он «зачитавшись, сойдёт от них с ума», бранили за своеволие, звали к «здравому смыслу» («Ниже тоненькой былиночки надо голову клонить» — эти слова некрасовской нянечки из «Песни Ерёмушке» часто повторяли обыватели своим детям). «Я не знал нормального детства», — писал Грин незадолго до смерти. «Меня в минуты раздражения, за своеволие и неудачное учение, звали «свинопасом», «золоторотцем», прочили мне жизнь, полную пресмыкания у людей удачливых, преуспевающих». [7].

В своё время Александра глубоко потрясла чеховская «Моя жизнь» с решительно поясняющим все подзаголовком «Рассказ провинциала». Молодой человек убеждённо считал, что это чеховское произведение наилучшим образом передаёт атмосферу провинциального быта глухого, Богом забытого города. «Когда я читал этот рассказ, я как бы полностью читал о Вятке», — говорил писатель в своей «Автобиографической повести». В удушливой пустоте и пошлой грязи вятского быта у Саши рождались стихи о безнадёжности, беспросветности, разбитых мечтах и томительном одиночестве. «Со стороны можно было подумать, что их пишет сорокалетний чеховский герой, а не мальчик...» [10].

Приходилось искать не забвения, а именно спасения в книгах и увлекательной лесной охоте. Произведения эти питали чуткую душу мальчика поистине живительными соками. Со страниц приключенческих романов и повестей он получил первое представление о большом мире. Представление это было возвышенным, прекрасным и восхитительным. Там царили любовь, добро и благородные идеалы. В серой действительности всё было совершенно иначе: ни любви, ни добра, ни возвышенного.

«Бегством» мечтающего о путешествиях и бредящего романтикой приключений шестнадцатилетнего мальчугана стал отъезд из Вятки в Одессу. Это было его первое в жизни настоящее большое путешествие. Александр только что закончил городское училище с вполне обычными средними оценками. В Вятке работы по

душе не находилось, а заниматься чем попало, перебиваясь случайными заработками, совершенно не хотелось. Увидев на одном вятском паренёнке матросскую бескозырку с ленточками, услышав от этого молодого «морского волка», «как будто открывшего пятьсот Америк», возбуждающие воображение рассказы о штормах, приливах, муссонах и пассатах, Александр тоже решил стать моряком, ибо почувствовал, что это самая привлекательная профессия на свете. Откуда же в вятском подростке вдруг возникла такая реальная тяга к морским просторам?

Как уже сказано, родился он в сухопутном маленьком городке Слободском, находившемся в тридцати километрах от тихой и сонной Вятки. «Мы, вятские, ребята хватские, всемером одного не боимся, а лежачего у нас не бьют» — так говорили (да и сейчас нередко поговаривают о себе) вятчи. Отец Саши — не моряк, не капитан, не штурман, не боцман, а обычный конторщик при пивоваренном заводе, а затем скромный бухгалтер земской больницы, бывший дворянин. Известно, что за участие в польском восстании 1863 года, будучи ещё подростком, Степан (Стефан) Евсеевич (Евзибиевич) Гриневский был арестован и сослан в Сибирь на вечное поселение. Может бунтарский дух отца по-новому выразился в юноше именно в те же самые шестнадцать лет? Совпадение или нечто большее? Отец Саши освобождён был по амнистии и из Тобольской глуши пешком (!) добрался до Вятской губернии, где и осел, женившись на «девице из мещанского сословия» Анне Степановне Ляпковой [11, 12].

У родителей Саши в течение семи лет брака не было детей, поэтому первенец, да ещё сын стал долгожданным ребёнком, с которым счастливые родители постоянно возились, его любили и баловали. Отец научил мальчика читать, а мама — письму.

Одна из легенд гласит, что когда Саше было пять лет, в его уме впервые слилось значение первых букв и следующего слога, и он гордо воскликнул: «море!». Это было самое первое слово, полностью прочитанное им! Что интересно, Грин, как и Герберт Уэллс, научился читать в пятилетнем возрасте. Море теперь отныне стало сопровождать Сашу и на страницах многочисленных приключенческих произведений, которые он жадно проглатывал, с увлечением проживая в своём воображении жизни литературных героев, знаменитых капитанов и наводивших ужас на обывателей страшных. Первой книгой, самостоятельно прочитанной в детстве маленьким Шуриком, стала знаменитый свифтовский роман «Путешествия Гулливера». Особенно любил мальчик читать о

далёких неведомых странах и населявших их народах, о морских плаваниях, о затерянных в беспредельных океанских просторах таинственных островах [17].

Когда в июне 2011 года мы посетили в Феодосии Дом-музей Александра Грина, оформленный по проекту знаменитого художника и архитектора, лучшего иллюстратора Грина Саввы Бродского, то спросили экскурсовода о портрете, висевшем в кабинете писателя-романтика, в том самом, где были написаны многие его широко известные произведения. Оказывается, это был даггеротип именно Эдгара По — любимейшего автора Александра Грина. Станным образом судьба поэта-романтика и автора фантастических новелл Эдгара Аллана По повторилась в перипетиях жизни Грина. Также, как и американец, вятский юноша довольно рано лишился матери, также, как и Эдгар По, он скитался, бродяжничал, голодал, короткое время провёл в американских казармах и рано, пристрастившись к чтению, начал пробовать свои силы сначала в стихосложении, а затем и в сочинении новелл. Грин довольно много и часто хворал (как и любимый им «неистовый Эдгар», фотографию которого Александр всегда и всюду возил с собой) и умер, не дожив до 52 лет от тяжелой, неизлечимой в те годы болезни. Оба испытывали тягу к спиртному (а Грин ещё был и заядлым курильщиком), и русскому и американцу пришлось сильно пострадать от нападков критики. Вот такие неожиданные параллели в судьбах двух литераторов нам удалось проследить в самом беглом взгляде на жизни этих выдающихся мастеров пера.

Литературоведы и биографы в один голос говорят, что до девяти лет Саша переживал золотую пору беззаботного детства, однако после того, как он пошел в школу, всё в жизни мальчика кардинально переменилось. Учился в целом он довольно неплохо, однако поведение его было вызывающе-хулиганское: он бегал по классу, толкался, дрался со сверстниками, на уроках пускал бумажных голубей, кидался камнями и землёй. По поведению за учебный год Саша Гриневский получил только три балла и родителям настоятельно порекомендовали обратить пристальное внимание на неудовлетворительное поведение непокорного сына. Его усиленно принялись наставлять на путь истинный, однако строптивый мальчуган «дрессировке» не поддавался. Пришлось в полной мере испытать горечь обид и унижения, побоев, порки ремнём, стояния на коленях. Это испытал в детстве и кумир Саши Эдгар По, воспитывавшийся опекуном Д. Алланом.

И всё-таки эти «педагогические мероприятия» не помогли: за вызывающее поведение

Саша Гриневский был исключён из реального училища на год и полностью отстранён от учёбы. Целых двенадцать месяцев он был предоставлен исключительно самому себе. Он был вынужден бродить с самодельным луком и стрелами по берегам рек и по лесам, мечтая подстрелить для пропитания какую-либо птицу. Товарищей у него не было. В уединении мечтательный мальчик часто изображал в лицах героев своих многократно перечитываемых книг — капитана Гаттераса, рыцарей Вальтера Скотта с благородными сердцами и широкой душой. Потом Александр вновь пошёл учиться, однако его погубило сочинительство и донос соседа по парте. Как-то Саше довелось прочесть шуточное стихотворение Пушкина «Собрание насекомых» и, в подражание великому поэту, Гриневский написал юмористическое стихотворение с «портретами» своих учителей. Так, он сочинил стихотворную пародию на учителя немецкого языка: «Вот, немец, рыжая оса. Конечно, перец, колбаса». Разразился грандиозный скандал, из училища исключили его на сей раз окончательно, и Саша решил сбежать в Америку. Но этот замысел не удался, пришлось переходить в другое учебное заведение, (городское училище) что было рангом ниже предыдущего (аналог школы — восьмилетки советского периода). Родители тяжело переживали всё происходящее с сыном. Окружающие удивлялись: в кого он такой «совсем пропащий». Однако сделать с Сашей никто ничего не мог. Отец всё время был на службе, зарабатывая скромные средства к существованию семьи. Мать была измучена работой и множавшимися год от года заботами. Измученная непосильным трудом и изнурительной, никогда не кончавшейся домашней работой, не отличавшаяся крепким здоровьем, мать Саши умерла, когда ему только исполнилось 13 лет. С тех пор одиночество на долгие годы стало постоянным другом и спутником Саши Гриневского [19].

После смерти матери жить стало ещё тяжелее. Отец Саши довольно скоро женился на вдове псаломщика; этого поступка подросток-максималист простить ему не мог, хотя в семье было кроме него мал мала меньше — четверо братишек и сестрёнок, которые элементарно нуждались в заботе и уходе. С мачехой и её сыном ладить никак не получалось, Саша постоянно с ними по поводу и без повода конфликтовал. Пришлось даже отселить его на другую квартиру. Александр ни с кем не мог жить в мире и дружбе — ни с домашними, ни с учителями, ни со сверстниками. Успехи в учёбе были не ахти какие, однако литература и Закон Божий давались ему сравнительно легко. Также Саша начал писать стихи и отсылать

их в столичные журналы «Нива» и «Родина», ответы откуда однако же никогда не приходили. Стихи эти были наполнены пессимизмом, горечью, одиночеством, разбитыми мечтами и мрачными предчувствиями, «безнадёгой». Приходилось искать подработки. Пробовал Саша взяться за переплётное дело, переписывал роли для городского театра и за этот труд ему разрешали бесплатно посещать спектакли, а иногда даже играть на сцене в эпизодических ролях с минимумом текста или в массовке.

После окончания учёбы оставаться дома не имело никакого смысла: всюду он был лишним, нежеланным, «изгоем», которого сторонились.

Саша был очень одинок, его не понимали ни родные, ни одноклассники, а выручал только увлекательный и манящий мир книг. Мечталось о море, дальних странах, бурях и штормах, морских сражениях, битвах с кровожадными пиратами, вызволении из тяжкой неволи пленительных красавиц. В начале лета 1896 года в неполные шестнадцать лет Саша Гриневский направляется в Одессу — крупный портовый город, шумный, многоликий, многоязычный, ставший для будущего писателя точкой, откуда начались все «кругосветные плавания в Великом океане мечты». И вот пред ним предстала во всём своём величии не только «жемчужина у моря», но и само море, о котором он так долго грезил в ставшей теперь сразу очень далёкой Вятке. Море было живое, огромное, оно постоянно менялось и никогда не надоедало, оно притягивало взор и манило разноцветными огнями. Море явилось перед молодым человеком как дорога в неведомую Вселенную, лежавшую за горизонтом, покрытым туманной дымкой. В том притягательном мире была совсем другая жизнь, где не находилось места скуке и было полно невероятных приключений и упоительных заманчивых странствий, заставлявших сладко биться юношеское сердце и вызывающих восхищение, будоражащих воображение этого практически «профессионального» мечтателя. Любой встреченный им моряк казался необыкновенным героем, тянуло очень быть похожим на этих неординарных, влюблённых в морские стихи людей. Но чтобы быть моряком, требуется большая физическая сила, ловкость, масса умений и навыков. Ничего этого у слабо-сильного, тщедушного и мало приспособленного к жизни юноши не было и в помине. Кроме того, Саша отличался неуживчивым и весьма строптивым характером; он плохо сходился с незнакомыми людьми и никогда не имел ни друзей, ни товарищей.

Добрые люди всё же нашлись, они помогли устроиться в береговую команду на полное довольствие, а осенью (Александру уже пошёл

семнадцатый год) посчастливилось даже участвовать в двух рейсах вдоль Черноморского побережья на корабле с диковинным названием «Платон». Саша устроился на него учеником, продав пару белья и купив матросскую бескозырку и новую ленту с надписью «Платон». Дни первых плаваний стали счастливейшими днями в жизни, оставив неизгладимый след в памяти и наполнив душу незабываемыми впечатлениями. По весне удалось даже побывать за границей: на судне «Цесаревич» сходили в Египет, в Александрию. Однако и тут не обошлось без происшествий: Саша поссорился с капитаном корабля и назад плыл уже в качестве пассажира. Ловчить, подстраиваться под кого-то, изворачиваться он так и не научился. Был наш мечтатель неуступчив, отличался очень обострённым чувством справедливости, серьёзно обижался на малейшие насмешки и на дух не переносил брани. Больше работу найти так и не удалось, поэтому моряком Саша не стал, однако любовь к морю не угасала до конца его дней. Эта любовь перешла на страницы его произведений, восхищая и вдохновляя миллионы читателей во всём мире. Карьера моряка не удалась, пришлось перепробовать множество профессий — грузчика, рабочего при пекарне, землекопа, рыбака, гасильщика нефтяных пожаров (в Баку), чернорабочего в железнодорожном депо, лесоруба, плотогона и даже золотоискателя.

Литературоведы сравнивают юношеские биографии Алексея Горького и Александра Грина и находят много сходного. Оба будущих знаменитых писателя рано ушли из дома, скитались по Руси, перепробовали множество профессий. Но Горький прошёл этот путь раньше и рассказы о «босях», которыми зачитывалась вся Россия были хорошо известны Саше Гриневскому. В «Автобиографической повести» Александр Грин о Горьком напишет: «Я воодушевлённо отстаивал любимого тогда автора», Грин искренне был влюблён и в саму романтику скитаний, о которой так восхищённо писал нижегородец Алексей Пешков, выбравший себе псевдоним «Горький». В беллетризованном романе — биографии Леонида Борисова «Волшебник из Гель-Гью», созданном в 1944 году, описывается восторженное отношение литераторов России и всей Европы к Максиму Горькому, признанному широкой публикой и читательскими массами в качестве мэтра. В этом романе личная встреча Грина с Горьким так и не состоялась, хотя в действительной реальной жизни Горький очень поддержал Александра Грина и многократно помогал талантливому литератору. Написав почти пятьсот (!) рассказов, повестей, очерков и

новелл, пять романов Грин прожил небольшую по меркам XX века жизнь — неполных 52 года, умерев от рака желудка.

Однако вернёмся к молодости нашего героя. Основные даты жизни А.С. Грина включают такие данные: 1889 год — девятилетней мальчик поступает в вяткинское реальное училище, 1892-1896 гг. — годы учёбы в городском училище. Лето 1896 года — первая встреча с Севастополем на корабле «Платон», заход «Платона» в Южную бухту. Весной 1897 года на корабле «Цесаревич» Александр совершает рейс в Александрию. В 1898 году — поездка на Каспий, а затем в течение нескольких лет — странствия по России. Голод, нищета, болезни преследовали Грина все эти годы, однако своеобразная «романтика» скитаний властно звала его к себе, насыщала его память многочисленными образами, типами и человеческими характерами, которые, в дальнейшем, выплавившись в творческой лаборатории писателя, естественно и плавно ложились на страницы его талантливых произведений [13, 15, 20].

Как сын дворянина Грин не подлежал армейскому призыву, но, чтобы хоть как-то прокормиться (все случайные заработки оставляли будущего писателя полуголодным), он добровольно пошёл в солдаты. «Моя служба прошла под знаком непрерывного и неистового бунта против насилия» — напишет он позднее в новелле «Тридцать дней». В 1902 году молодой двадцатидвухлетний солдат, оказавшись в 213-м Оровайском резервном пехотном батальоне в Пензе, примыкает к эсерам. С их помощью он бежит из армии и привлекается как связной к подпольной работе эсеровских организаций в Киеве, Одессе, Нижнем Новгороде, Симбирске (нынешнем Ульяновске). Активного молодого человека эсеры готовили к проведению террористического акта, но он, в отличие от героев его новелл, в последний момент отказался от участия в кровавой драме. В эсеровской программе Александра привлекала звучная революционность лозунгов, отсутствие строгой партийной дисциплины, манящее обещание всеобщего счастья после победы революции.

11 ноября 1903 года за активную революционно-пропагандистскую работу среди матросов Севастополя Александр Грин впервые был арестован. За попытку к бегству из тюрьмы он был приговорён к строгому режиму заключения в крепости, в условиях которого находился в течение двух тяжелейших лет, освободившись из неволи по амнистии 1905 года. Тюрьма ещё больше подорвала здоровье юноши, однако резервы молодого организма, к счастью, ещё окончательно не были исчерпаны. Случилось это на двадцать пятом году жизни молодого

пропагандиста, который, не отказавшись от эсеровских убеждений, продолжил дело революционной агитации. Повторно его схватили в Петербурге 7 января 1906 года и выслали на четыре года в г. Туринск Тобольской губернии (ныне Тюменской области). Весной того же года (спустя четыре месяца после прибытия в Туринск) отважный молодой человек бежит из ссылки в родную Вятку и вскоре с чужим паспортом умершего в местной больнице «личного почётного гражданина» А.А. Мальгинова навсегда покидает город, в котором прошло его детство. Паспорт тайно достаёт ему отец, работавший бухгалтером в больнице.

В Москве Грин охотно принимает предложение соратников по партии написать агитационную брошюру для распространения среди военнослужащих. Так в 1906 году родился первый рассказ Грина «Заслуга рядового Пантелеева», подписанный А.С.Г. — начальными буквами имени, отчества и фамилии молодого автора. Однако весь тираж первого произведения Грина был конфискован в типографии и сожжён полицией. Подобная печальная участь постигла также гриновскую брошюру «Слон и Моська». Оба произведения выставили на яркий свет надоедливую армейскую муштру, а также зверскую расправу царизма над крестьянами после подавления революции 1905 года.

Рассказ «В Италию», опубликованный в широкоизвестной газете «Биржевые ведомости» 5(18) декабря 1906 года за подписью «М-въ, А.А.» стал началом цикла гриновских произведений о революционной борьбе. Подпись «А.С. Грин» впервые появилась под рассказом «Случай» в петербургской газете «Товарищ» 25 марта (7 апреля) 1907 года [21]. Эта оригинальная подпись была частью настоящей фамилии автора, которого в то время усиленно разыскивала царская охранка по всей России. По некоторым иным данным подпись «А.С. Грин» появилась впервые только в рассказе «Апельсины» (1908) [22]. На протяжении 1907-1908 гг. в газетах и журналах публикуются многочисленные рассказы А. Грина, связанные с его личным опытом политической борьбы («Ночь», «Марат», «Третий этаж»), а в 1908 году выходит в свет первый сборник произведений «Шапка-невидимка», имевший подзаголовок «Рассказы о революционерах». Двадцативосьмилетний автор в этих рассказах проявляет сочувствие эсерам, отвергая, однако, их идейно-теоретический базис и авантюристические методы борьбы, которые не приносили должного результата и не находили искреннего сочувствия у народа.

В июле 1910 года тридцатилетний уже довольно известный литератор А.С. Грин подвергается аресту за проживание по чужому

паспорту. Опять тюремные застенки, вновь ссылка, которую Грин отбывал до 15 мая 1912 года в Архангельской губернии (Пинега, Кегостров). Здесь, в северной ссылке, состоялось его близкое знакомство с некоторыми социалистами-революционерами, которым Грин посветил несколько интересных рассказов («Зимняя сказка», «Ксения Турпанова»). Герои этих и иных «северных» рассказов Грина — люди безвольные, снедаемые скукой бытия, мелкобуржуазные «интеллигентки». Лейтмотив их тревожной и в целом никчемной жизни выражается словами: «человека нет!». Подобный горький пафос разочарования, подсмотренный Грином у ссыльных эсеров, звучал и в его бытовых новеллах, весьма далёких от политики («Лебедь», «Игрушка», «Рай», «Ночлег», «Ерошка», «Пассажир Пыжиков», «Бытовое явление»). В этих рассказах резко осуждалась жестокость и совершеннейшее убожество «судорожной, грошовой, ломаной» (выражения Грина) тогдашней жизни.

Современные авторы, работающие в области социальной психологии, убеждённо считают, что «сегодня индивидуализм необходим не меньше, а даже больше, чем когда бы то ни было». В известной книге «Организационный человек» У.Х. Уайт писал: «В чём мы нуждаемся, так это не в возвращении, а в переинтерпретации, в применении к нашим проблемам базовой идеи индивидуализма, а не древних её деталей». Таким образом, идея ранних произведений А.С. Грина о том, что высшей целью развития должен быть индивид, а не общество в целом, находит яркое подтверждение и в работах социальных психологов XXI века, предполагающих, что «если мы вправду верим, что индивид превосходит в творчестве группу, то именно в повседневной рутине можно извлечь из этого в высшей степени практическую пользу. Сократите время, которое индивид вынужден тратить на совещания, встречи и командные игры... Климат мог бы стать свежим и бодрящим...» [24]. Свобода «манёвра», которую ещё с детских и подростковых лет почувствовал в себе Саша Гриневский, стала для молодого революционера и писателя А. Грина поистине сладостной и упоительной.

В своё время французский философ Паскаль Блэз тонко подметил, что если кто-то достаточно долго ведёт себя так, словно он верит, благодать веры в конце концов снизойдёт на этого человека. Именно так и произошло с самим Грином. Молодой писатель ориентировался на богатые традиции русской реалистической литературы первого десятилетия XX века; смутное ощущение того, что дальше так жить невозможно, свойственное также героям

Горького и Куприна, рождало двойственные образы ранних рассказов Грина: их героям была равно неприятна не только окружающая их серая унылая действительность но и собственные тщетные и неуклюжие попытки выбраться из неё. Где-то в глубинах подсознания этих людишек гнездится какая-то надежда на романтическое приключение, на «взрыв скучной действительности». Одной из причин увлечения романтизмом у Грина было однообразное давление на него «томительно бедной жизни», вызывавшее жгучее желание приукрасить обыденное прозябание вымыслом, фантазией, «выдумкой». Обездоленный счастьем, любовью, добротой, долго скитавшийся по великой империи и перепробовавший массу всяких профессий (от работы на рыбных промыслах до тушения нефтяных пожаров в Баку), многократно осужденный (даже военно-морским судом), отбывавший сроки в тюрьмах и крепостях (Севастополя, петербургских «Крестах»), ссылках, Александр Грин испытывал неуёмную жажду к романтическому, возвышенному. Превосходный пейзажист и тонкий психолог, он смело раздвигал узкие рамки скучной обыденности и умел обнаружить в окружающей жизни её поэтические стороны. Необычайной силой воображения писатель вызывал к жизни никогда не существовавшие страны и города, диковинные события и героические характеры. Редкостный дар романтической фантазии отличал Грина от всех тогдашних писателей и литераторов. Важным источником его перехода от революционных и бытовых новелл к романтическому творчеству было и сильное книжное влияние. Сам Грин впоследствии писал об этом так: «Прочитанное в книгах, будь то самый дешёвый вымысел, всегда было для меня томительно желаемой действительностью» [7].

В романтической повести Л.И. Борисова «Волшебник из Гель-Гью» образ Александра Грина, обаятельный и человечески очень светлый, чистый, резко отделён от петербургской литературной богемы. В этой повести Грин изображён благородным рыцарем, удивительно напоминающим сервантесовского Дон-Кихота. Неуёмная гриновская фантазия, порождённая романтическим отрицанием грубого и столь несправедливо устроенного мира, в своей основе была оптимистичной, активной и жизнеутверждающей. Об этом замечательно сказал литературный критик М. Щеглов в получившей большой резонанс статье: «Корабли Александра Грина»: «Если всмотреться в мир образов А. Грина, во все частности его художественных картин, то мы рядом с уходом от действительности увидим *преображение действительности* волшебным андерсеновским

прикосновением... В романтике гриновского типа «покоя нет, уюта нет», она происходит от нестерпимой жажды увидеть мир совершеннее, возвышеннее, и потому душа художника столь болезненно реагирует на всё мрачное, скорбное, приниженное, обижающее гуманность» [25]. «Таким образом, — заключает автор этой критической статьи, романтика в творчестве А. Грина по существу своему, а не по внешне несбыточным и неизбежным проявлениям должна быть воспринята не как «уход от жизни», но как *приход* к ней со всем очарованием и волнением веры в добро и красоту людей, в расцвете иной жизни на берегах безмятежных морей, где ходят отраднo стройные корабли» [25].

Первой романтической новеллой сам А. Грин считал «Остров Рено» (апрель 1909 г.), где уже явно обнаруживается разрыв героя с миром, его острое стремление к иной, лучшей жизни, трагическая неспособность и даже невозможность достигнуть желаемого идеала в одиночку.

С 1909 по 1918 гг. в романтическом творчестве Грина его герой — индивидуалист переживает сложную эволюцию, перепробовав всевозможные пути и способы «бегства» от социума, от людей и возвращения к ним. Таковы — Тарт («Остров Рено»), Горн («Колония Ланфиер», Тинг («Трагедия плоскогорья Суан»), Рег («Синий каскад Теллура»), Валу («Зурбаганский стрелок»), Дюк («Капитан Дюк»), Битт-Бой, приносящий счастье («Корабли в Лиссе»). Нравственный максимализм и действенный гуманизм становятся доминантой творческого кредо писателя, произведения которого все больше и больше завоёвывают любовь и уважение читателя. Грина завораживает и полностью захватывает идея «движения» человека к мечте, к совершенству. Хорошо иллюстрирует это эпизод из упоминавшейся нами повести Л.И. Борисова «Волшебник из Гель-Гью». Беседуя с питерским критиком В.Я. Ленским, уже популярный в северной столице, да и во всей России, Александр Грин восклицает: «... А я не понимаю, как это может рассказ выиграть, если вы положите героев своих на травку и дадите им десять страниц на болтовню про своих жен и служебные успехи! Не понимаю! Скучно, Владимир Яковлевич! Дьявольски скучно! Бог накажет за такие рассказы! Он даже ногою топнул. — Ужо напишу рассказ о том, как ... нет, не рассказ, а роман о том, как человек летает. Подобно птице. Без помощи аэропланов. Подскочит и полетит. — Это будет сказка? — спросил Ленский. — Зачем? Не сказка, а роман. В нём всё будет поэтично, всё полно романтики. Никаких чахоток и туманов,

никаких отрывков после еды, психологизмов и скуки. Одно лишь солнце, счастье и сумасшедшая радость! Он взял Ленского под руку и, забыв что тому нужны творческая помощь и советы, принялся говорить о своих замыслах. Это сны и выдумки, реальное и вовсе невозможное, поэзия и живопись, это было подлинное искусство, и Ленский, способный увлекаться всем, что носило на себе печать талантности, забыл о своих трудностях и весь обратился в слух, радуясь тому обстоятельству, что Грин, видимо, намерен провожать его до дому, — он шёл и без умолку повествовал о всевозможных капитанах и дочерях лесничих, весёлых портных и несчастных миллионерах, о кладах и золотых цепях. Подобной откровенности за ним не водилось, — тем драгоценнее был сегодняшний его припадок писательской доброты и щедрости. — Я откровенен потому, милейший Владимир Яковлевич, что некому украсть у меня, — не родился тот вор, который стянeт мой сюжетик!».

Грин поэтизировал бескорыстие, честность, стремление к «полёту мечты», способность видеть своим «внутренним зрением» добрые начала в каждой человеческой личности. Одна из важных опор нравственного кодекса гриновских героев — их отношение к женщине, к любви. Могучая сила любви помогает герою выстоять, сохранить мужскую честь и достоинство (новеллы «Сто вёрст по реке», «Жизнь Гнора», «Позорный столб»). Идея любви в произведениях Грина приобретает философский смысл — она вырастает до идеи смысла самой жизни и резко противопоставляется декадентской позиции женоненавистничества, адепты которой подкрепляли свои взгляды цитатами и ссылками на Гартмана, Шопенгауэра и Ницше.

Источником оригинальности творчества Грина стала его необычайная способность впитывать достижения разных культур и «сплавлять» их со своим неповторимым отношением к миру. Это возвышенное отношение не перешили ни тюрьмы, ни ссылки, ни вечная нужда, ни скитания, ни голод. Жизненный путь его как отмечал сам Грин, был усыпан не розами, а усеян острыми гвоздями... Отец Александра рассчитывал, что из его старшего сына — в нём преподаватели видели незаурядные способности! — выйдет хороший инженер или врач, потом он был согласен уже и на чиновника, на худой конец, даже на писаря, жил бы Сашка только «как все люди», выкинув из головы «фантазии». А из его сына получился превосходный писатель-романтик, «сказочник странный», как назвал его замечательный поэт Виссарион Саянов.

Вот это место из саяновской поэмы «Грин».
«Он жил среди нас, этот сказочник странный,
Создавший страну, где на берег туманный
С прославленных бригов бегут на заре
Высокие люди с улыбкой обманной,
С глазами как отсвет морей в янтаре,
С великою злобой, с могучей любовью,
С солёной, как море, бунтующей кровью,
С извечной, как солнце, мечтой о добре».

Всматриваясь пристально в автобиографические произведения писателей, пробивавшихся в начале XX века в литературу из «низов», можно чётко видеть в них такую общую черту: талант, творческую искру часто замечали в юной душе не записные литераторы и маститые критики, а обыкновенные рядовые люди, встречавшиеся на, как правило, нелёгком жизненном пути. С особой любовью и нежным вниманием вспоминал Грин об уральском богатыре-лесорубе Илье, который обучал его премудростям лесоповала, а долгими зимними вечерами заставлял рассказывать сказки. Сценка, напоминающая ситуацию из романа-эпопеи «Иосиф и его братья» Томаса Манна, когда Иосиф, будучи рабом в египетском плену, рассказывал на ночь своему господину удивительные истории (Своеобразный вариант Шахерезады из «Тысячи и одной ночи») ...

... Жил тогда Александр с лесорубом Ильёй вдвоём в бревенчатой хижине под старым могучим кедром. Кругом стояла дремучая таёжная чащоба, лежал непроходимый снег, выли злые волки, а ветер звучно гудел в трубе тесной печурки... За две недели Грин исчерпал весь свой богатый запас волшебных сказок Шарля Перро, братьев Гримм, Ганса Кристиана Андерсена, русского сказочника Афанасьева, а затем принялся импровизировать, сочиняя сказки сам, воодушевляясь восхищением своего «постоянного слушателя». Кто знает, может быть, именно там, в лесной хижине, под мощным вековым кедром, у пляшущих огней самодельной печурки фактически и родился писатель Грин, автор сказочных «Алых парусов» и непревзойдённой «Бегущей по волнам». Молодому таланту крайне важно, чтобы в него поверили люди, а лесоруб Илья по-детски верил гриновским сказкам, искренне восхищаясь их вдохновенным сочинителем.

Грин — фантазёр и романтик стремился обогатить, украсить, приумножить радость, расцветить «томительно бедную жизнь» необычайными своими «выдумками» и у него это славно получалось. Уже в 1913 году выходит в свет первое собрание сочинений Грина в трёх томах, отпечатанное в Санкт-Петербурге. В 20-е годы издаётся несколько сборников рассказов А. Грина — «Белый огонь. Рассказы.» (1922), «Сердце пустыни.» (1924), «На облачном

берегу (1925), «Брак Августа Эсборна» (1927), «По закону» (1927).

Дореволюционное творчество, ставшее уже весьма востребованным у читателя Александра Грина, особым вниманием критики отмечено практически не было. Писавшие о Грине в тот период обвиняли романтического автора в подражательстве, высказываясь о его творчестве преимущественно в пренебрежительном тоне. На этом заунывном фоне высокомерных критиков, о которых сейчас никто и не вспоминает, светлыми пятнами выделяются отзывы А. Горнфельда и Л. Войтоловского, которые сумели разглядеть в новеллах писателя его искреннюю тревогу о своём времени и о месте человека в нём [5].

В воспоминаниях об А.С. Грине часто подчёркивалось, что в основе фантастических рассказов писателя лежат вполне реальные, имевшие место в жизни, чуть ли не документальные события. Так, например, в сюжет знаменитого рассказа «Крысолов», вошедшего во все антологии, А. Грин включил историю, рассказанную ему Э. Арнольди, о недействующем телефоне, который неожиданно стал звонить. Писатель пообещал написать новеллу «о телефоне в пустой квартире» [2, 34]. Рассказ как таковой им создан так и не был, однако эпизод этот вошёл в «Крысолов», хотя и в несколько изменённом виде. По воспоминаниям вдовы писателя Нины Николаевны Грин, в основе истории с английской булавкой, которой девушка, увиденная героем, заколола ему ворот пальто, лежит следующий эпизод: встретив как-то Грина на толкучке, где он пытался продать «полученное на паёк мыло», Нина Николаевна «позвала его в ближайшую подворотню и сколола булавкой воротник его пальто. Здесь, — пишет она в воспоминаниях, — на сыром камне грязной подворотни рынка, мелькнуло начало «Крысолова», замысел которого возник ещё раньше, в Доме искусств» [12]. Александр Грин по мнению знаменитого автора «Двух капитанов» и «Открытой книги» Вениамина Каверина, «в одном из своих лучших рассказов «Крысолов»... показал фантастичность геометрично-пустого Петрограда, с его оглохшими, саботирующими учреждениями, заваленными канцелярской бумагой» [18]. И в то же время отклике на гриновский сборник «На облачном берегу» (1925), куда входила новелла «Крысолов», литературный критик некий Г.Лелевич провозгласил Грина «последышем того слоя русской интеллигенции, который не приобщился к буржуазному миру и в то же время не пошёл за пролетариатом, цепляясь за свою мнимую самостоятельность». И данная книга, по его мнению, является «одним из ярких проявлений последней стадии этого

вырождения» [23]. По мнению Г.Лелевича, «талантливый эпигон Гофмана, с одной стороны, Эдгара По и английских авантюрно-фантастических беллетристов — с другой, Александр Грин временами умел давать если не очень нужные, то по крайней мере оригинальные и интересные произведения. Но невозможно жить на проценты с гофмановско-стивенсоновского капитала на восьмой год пролетарской революции». Анализируя характеры гриновских героев, критик писал, что «это — либо сумасшедшие, либо неврастеники, либо, в лучшем случае, мечтатели и визионеры». По мнению этого, сейчас уже забытого критика, «декадент Грин — певец смутных стихийных душевных движений, тёмных инстинктов, господствующих над разумом...». В совершенно ином тоне звучала рецензия на этот сборник А. Придорогина, который явственно ощутил изысканный «психологизм» гриновских новелл, отметив, тем не менее, что «рецензируемая книга свидетельствует не только о высоком литературном мастерстве автора, но и о полной оторванности его от запросов современности» [28].

В 1938 году в «Литературном обозрении» Александру Грину посвятил свою статью знаменитый воронежец Андрей Платонов. По мнению уже упоминавшегося нами В. Каверина, эта статья — «пример столкновения двух глубоко искренних писателей, идущих в диаметрально противоположных направлениях». Их «столкновение» основано не только на прочном убеждении Платонова, что произведения романтические «не способны дать той глубокой радости, которая равноценна помощи в жизни». Это — суровый, крайне серьёзный взгляд мастера, для которого литература является не развлечением, а кровью и потом. На самом деле, считает В. Каверин, Грин «не хитрит с читателем. Он как бы заранее заключает с ним договор, в котором ясно и недвусмысленно сказано, что его творчество не имеет ничего — или почти ничего — общего с действительностью. Требовать от Грина, чтобы он перестал быть Грином, бесполезно... Фантазии Грина нечего делать в Моршанске, так же как и герои Платонова почувствовали бы себя растерянными и оскорбленными в Гель-Гью или Зурбагане» [18]. Сравнивая литературный язык А. Платонова и А. Грина, В. Каверин подчеркивает, что «... у Платонова — свой, особенный язык, основанный на скромной, но непреклонной простоте, на едва заметных сдвигах разговорной речи, оставляющих впечатление свежести и новизны. У Грина вы редко останавливаетесь на отдельной фразе — он пишет страницами, в неудержимом разбеге» [18].

Литературовед из Душанбе М.Саидова, анализируя романтические новеллы Грина, считает, что его творчество относится к «лейтмотивной прозе», которая получает распространение с начала XX века и строится «по законам музыки». В гриновских рассказах, по мнению М. Саидовой, «характер лейтмотива приобретает не слово, а небольшой эпизод, который запечатлелся в сознании героя, появляющийся в самые напряженные драматические моменты его жизни». Так, девушка «с английской булавкой» из новеллы «Крысолов», возникающая в сознании героя, становится «символом Чистоты, Доброты, Чуткости». Её образ «символизирует высокую мечту, которая противопоставлена всему пошлому, злому и ненавистному, которое олицетворяет «Избавитель» [33]. Герой новеллы возвышает образ девушки «над обыденной повседневностью». И благодаря этому создаётся живой контраст «между действительными событиями, происходящими с героем, и его мыслями, чувствами, его воображением, создавшим идеальный образ, олицетворяющий всё прекрасное» [31].

Разделяя выбранную М. Саидовой тональность и характер интерпретации новеллистики А. Грина, В. Ковский пишет, что она первая, пожалуй, погружается в проблему «поэтического на уровне поэтики Грина и ... показывает, как постепенно утверждается в романтических новеллах писателя стиль «свободного порядка», ассоциативно-произвольной связи компонентов изображаемого, как моменты формы САМИ становятся содержанием произведений, строящихся «по законам музыки», как создаётся «система переплетающихся между собой тематических сфер» [20].

Задумаемся, однако, так ли уж далеки гриновские романтические вымыслы от реальности, от тревог и волнений быстротекущей жизни? Герои новеллы Грина «Акварель» — безработный корабельный кочегар Классон и его жена прачка Бетси — неожиданно-негаданно попадают в картинную галерею, где обнаруживают висящий на стене этюд, на коем, к их глубокому изумлению, они узнают свой собственный домик, своё неказистое казалось бы жилище. Дорожка, крылечко, поросшая плющом кирпичная стена, окна, ветви клёна и дуба, между которыми прачка Бетси протягивала бельевые верёвки, — всё было на картине то же самое, что и в жизни... Талантливый художник лишь бросил на листву, на дорожку полосы преобразующего света, подцветил крыльцо, окна, кирпичную стену живыми красками раннего тёплого утра, и кочегар с женой увидели свой домишко новыми, просветлёнными глазами: «Они оглядывались с гордым видом, страшно

жала, что никогда не решатся заявить о принадлежности этого жилья им. «Снимаем второй год», — мелькнуло у них. Классон выпрямился. Бетси запахла на истощённой груди платок...» [8]. Картина неведомого художника расправила их скомканные жизнью души, «выпрямила» их самих.

Ощущение счастья от соприкосновения с подлинным искусством, с доброй и интересной книгой испытывают многие герои произведений Александра Грина. Анатолий Франс утверждал: «Мечта могущественнее реальности. И может ли быть иначе, если сама она высшая реальность? Она душа сущего». Грин всеми силами сердца искренне верил, что у каждого настоящего человека теплится в груди романтический огонёк и тлеет неумирающая мечта. Дело только в том, чтобы наполнить жизнью, раздуть этот огонёк и укрепить, дать силу мечте. Когда гриновский рыбак закидывает удочку, он мечтает о том, что обязательно поймает огромную рыбу, такую большую, «какую никто не ловил». Угольщик, наполняющий «чёрным золотом» корзину, внезапно видит, что его корзина вдруг... зацветает, а из обожженных им сучьев «поползли почки и брызнули листьями»... Девушка Ассоль из рыбацкого посёлка, наслушавшись дивных сказок, наяву грезит о необыкновенном мореплавателе принце, который приплывет за нею на корабле с алыми парусами. И так сильна, так необычайно страстна её дивная мечта, что всё, задуманное ею, совершенно сбывается. И необычайный мужественный мореплаватель и невиданные алые паруса...

Ещё в 1919 году в стихотворении «Движение» А.С. Грин писал:

*«Мечта разыскивает путь, —
Закрывают все пути;
Мечта разыскивает путь, —
Намечены пути;
Мечта разыскивает путь, —
Открыты ВСЕ пути»*

Заряженные могучей мечтой обо всём высоком и прекрасном, авантюрные по своим сюжетам книги Грина духовно богаты, они по-человечески тепло и ненавязчиво учат читателей мужеству и радости жизни. Отталкиваясь от увлекательных книг, прочитанных им в детстве и юности, от колоссального множества живых жизненных наблюдений, Грин созидал свой особый мир, свою страну воображения, какой, понятно, нет ни на каких географических картах, но какая, несомненно, есть — писатель в это твёрдо и свято верил... Она существует на картах поэтического воображения, в той особой вселенной, где мечта и действительность живут и действуют друг возле друга.

Странен и непривычен был Грин в обычном кругу писателей-реалистов («бытовиков», как их именовали в просторечье). «Чужаком» он был и у акмеистов, футуристов. Даже идеолог и глава школы символизма В.Я. Брюсов (1873–1924), очень нравившийся Грину, один из самых замечательных поэтов своего времени, эрудит, законодатель литературных мод, прозаик, драматург, литературный критик, утверждавший, что «искусство есть постижение мира иными, нерассудочными путями», редактировавший литературный отдел знаменитого журнала «Русская мысль», отверг гриновскую повесть «Трагедия плоскогорья Суан» (1911) как вещь талантливую, красивую, но слишком уж экзотическую. Если даже Валерию Брюсову, толковавшему, что «искусство — это то, что в других областях называют откровением», выдающемуся поэту, необычайно чуткому и отзывчивому на таланты и литературную новизну, гриновская повесть показалась «избыточно экзотической», то каково же было отношение к необычному, странному вещам романтического автора в других российских периодических изданиях? Между тем «Трагедия плоскогорья Суан» была произведением вполне обычным и характерным для творчества Александра Грина. Его художественным методом, его творческим стилем было внедрение необычного, «экзотического», неординарного, романтического в обыденную действительность. Писатель хотел резче, чётче и яснее обозначить роскошное великолепие или чудовищное уродство жизни тех или иных его героев. Первый сборник его рассказов со сказочным названием «Шапка-невидимка», был своего рода иллюстрацией поисков выхода из невыносимой скуки окружающей жизни и автор их сам метался до тех пор, пока не понял, что именно романтика — как раз то, что ему необходимо, как воздух. Она стала его литературной нишей, его будущей «Гринландией» и Александр Грин ухватился за неё обеими руками, начав писать о том, о чём мечтал с детских лет: о странствиях и приключениях на суше и на море, о весёлых и страстных людях со смелым сердцем и открытой душой, о прекрасных чудесных землях, полных душистых зарослей и щедрого солнца, об удивительных событиях, кружащих голову, как глоток изысканного вина.

Дореволюционные российские критики и литературоведы упорно сравнивали Грина с американским романтиком XIX века Эдгаром По. По свидетельству современников, Э. По создатель популярной в годы гриновской юности поэмы «Ворон», которую Саша знал наизусть, был любимым автором нашего героя. Фантазию юного мечтателя воспламеняли все произведения Эдгара По и его неординарная

биография. В этой биографии рано ушедшего из жизни писателя, которого многие литературные мэтры XIX-XX века считали своим предтечей и учителем (об этом твердили Артур Конан Дойл, Герберт Уэллс и многие другие знаменитые писатели), Грин видел многие черты своей горькой, бесприютной юности, в которой, как нарочно, всё складывалось так, чтобы сделать из молодого жителя провинциальной Вятки преступника или озлобленного жизненными невзгодами обывателя. Было совершенно непонятно, как этот угрюмый долговязый неразговорчивый человек, пронёс через мучительное существование старой России дар мощного воображения, чистоту чувств и застенчивую, почти детскую, улыбку. Что касается громогласной популярности Эдгара По, чьи стихотворения и будоражающие воображения «страшные» новеллы переводились и печатались в предреволюционной стране в великом множестве, то они были востребованы не только читающей публикой, но и такими совершенно разножанровыми авторами, как, например, А. Блок и А. Куприн, высоко ценившие творчество американского фантаста. Стихи Блока, посвящённые «неистовому Эдгару», не сходили с уст читающей молодёжи, а прозаик А.И. Куприн метко сказал о том, что «Конан Дойл, заполонивший весь земной шар детективными рассказами, всё-таки умещается вместе со своим Шерлоком Холмсом, как в футляре, в небольшое гениальное произведение Э. По «Преступления на улице Морг...» Александр Грин считал автора «Ворона» и упоминавшейся новеллы превосходным поэтом, блестящим мастером фантастического и приключенческого жанра, нередко сам пользовался методами и стилизованными приёмами американского «основоположника детектива», учился у него видеть и демонстрировать фантастическое и необычное в реальных деталях существования, виртуозно владеть пружиной литературного сюжета. Но на перечисленном сходство А. Грина и Э. По заканчивается. У русского автора не так много хитросплетений детективной интриги, органически свойственной американцу, он не тяготеет к натуралистическим подробностям «страшного и ужасного». А. Грина глубоко волнует нравственное начало в происходящем, моральный смысл происшествий, которые изображаются в его рассказах; он всегда умел защитить и уберечь свои произведения от влияния тлетворной «моды». Через всю свою нелёгкую, порой невыносимую жизнь Грин пронёс целомудренное отношение к женщине, благоговейное удивление перед удивительной силой любви к ней. Однако не той любви, страстно-гибельной, мистической, погребальной, перед которой склонял голову

и преклонял колени Э. По, утверждавший, что «смерть прекрасной женщины есть, бесспорно, самый поэтический в мире сюжет...». Грин боготворил любовь живую, осязаемо-земную, полную прелести и нежного очарования и ... несокрушимого упрямства. Даже в образе сказочной, воздушной «бегущей по волнам» Фрези Грант — и в той, по убеждению писателя, «сидел женский чёрт». Сравнивая любую из жизнеутверждающих, светлых и лиричных новелл Грина о любви, таких, как «Позорный столб» или «Сто вёрст по реке» с любым из «страшных» рассказов американского автора, становится совершенно ясно, что романтика у них диаметрально противоположна и они похожи друг на друга «как лёд и пламень».

«Пред Гением Судьбы пора смириться, сэр», — наставляет поэта «безумный Эдгар» в блоковском стихотворении. Смирение от безнадёжности, упоение горем и страданием, покорность перед необратимостью жестокого Рока полностью владеют смятенными душами фантастических персонажей американского романтика. Характернейшей чертой гриновских героев является не пассивная покорность, не усталое смирение, а наоборот, противостояние, мятеж, непокорность коварной судьбе. Герои Грина нисколько не верят в Гений Судьбы, они громко смеются над зловещим роком и перестраивают судьбу по-своему. По основному содержанию творчества, эмоциональному влиянию на души читателей А. Грина и Э. По — писатели полярно разные, абсолютно противоположные (как тот же Эдгар По и Эрнест Теодор Амадей Гофман).

Примечательной является одна из рецензий в журнале «Русское богатство», который редактировал знаменитый В.Г. Короленко. Эта рецензия начинается со слов, которыми в те времена обычно пользовались при оценке гриновских рассказов: «Произведение господина А. Грина легко принять за рассказ Эдгара По. Так же, как По, Грин охотно даёт своим рассказам особую ирреальную обстановку, вне времени и пространства, сочиняя необычные вненациональные собственные имена; так же, как у По, эта мистическая атмосфера замысла соединяется здесь с отчётливой и скрупулёзной реальностью описаний предметного мира...». Заканчивается же эта рецензия выводом неожиданным и прицельно-точным: «Грин — незаурядная фигура в нашей беллетристике; то, что он мало оценён, коренится в известной степени в его недостатках, но гораздо более значительную роль здесь играют его достоинства... Грин всё-таки не подражатель Эдгара По, не усвоитель Трафарета, даже не стилизатор; он самостоятелен более, чем многие пишущие заурядные реалистические

рассказы, литературные источники которых лишь более расплывчаты и потому менее очевидны... Грин был бы Грином, если бы и не было Эдгара По» [26, 27].

Неизбыточная мечта о гордом и красивом человеке бьётся, как пульс, в книгах Грина не прикрито, яростно и обнажённо, делая его одним из самых оригинальных авторов, истоки творческой манеры которого базируются на народных сказаниях, повестях Н.В. Гоголя, некоторых рассказах В.М. Достоевского, прекрасных произведениях Н.П. Вагнера (1829-1907), писавшего под сказочным псевдонимом Кот Мурлыка (Книжки русского фантаста Н.П. Вагнера Саша Гриневский хорошо знал с раннего детства).

Вниманием публики и критиков Грин избалован никогда не был и поэтому очень ценил даже самую обычную в дружеских отношениях ласку или добрый поступок, которые вызывали у него большое душевное волнение. Так случилось, когда жизнь впервые близко столкнула Грина с Максимом Горьким. Было это в 1920 году, когда Александра Грина призвали в ряды Красной Армии, служить тогда довелось в городе с необычным названием — Островнеподалёку от города Пскова. Там сорокалетний Грин заболел сыпным тифом. Его привезли в Петроград и вместе с сотнями сыпнотифозных больных поместили в бараки Боткинской лечебницы. Болел Грин очень тяжело и долго, выйдя из больницы почти инвалидом. Без крова, полубольной и голодный, астенизированный, с тяжёлыми головокружениями, бродил он в поисках пропитания и тепла. То было время длинных людских очередей, пайков, коптилок и «буржук», чёрствых корок хлеба и обледенелых квартир. Неотступные мысли о смерти делались у писателя всё назойливее и неотвязнее.

«В это время, — пишет в своих воспоминаниях жена писателя Н. Н. Грин, — спасителем Грина явился Максим Горький. Он узнал о тяжёлом положении Грина и сделал для него всё. По просьбе Горького, Грину дали редкий в те времена академический паёк и комнату на Мойке, в «Доме искусств», — тёплую, светлую, с постелью и со столом. Замученному Грину особенно драгоценным казался этот стол — за ним можно было писать. Кроме того, Горький дал Грину работу. Из самого глубокого отчаяния и ожидания смерти Грина был возвращён к жизни рукою Горького. Часто по ночам, вспоминая свою тяжёлую жизнь и помощь Горького, ещё не оправившийся от болезни Грин плакал от благодарности» [12].

В 1924 году семья Грина переехала в Феодосию и начался крымский период творчества писателя, который стал для него второй «болдинской осенью» (не менее половины из

всего написанного А.С. Грином было создано на крымской земле). В произведениях этих восьми последних лет жизни Грина стала отчётливее и яснее проявляться их социальная доминанта, их неразрывная связь с живой действительностью. Черноморские наблюдения и впечатления этих да и ранних лет, пробуждённые к жизни воспоминаниями о местах давних странствий, естественным образом вступали на пространства гриновских книг 1924-1932 годов. Например, вся вторая часть бесподобного романа «Дорога никуда», где действие происходит в Гертоне, написана по севастопольским впечатлениям. Во многом автобиографичен и шестнадцатилетний юнга Санди, герой романа «Золотая цепь». Приморская жизнь была той питательной средой, которая давала возможность писателю творить, выдумывать, сталкивая разные характеры и переменчивые судьбы героев. В Феодосии Грин прожил до 1930 года, почти до своего пятидесятилетия. Тут он довольно много писал. Делал он это в основном зимой, в утреннюю пору. Долгими часами писатель сидел в кресле, курил и думал в одиночестве, и в это время его нельзя было отвлекать и трогать. В подобные часы раздумий и свободной игры воображения предельная интеллектуальная сосредоточенность была Грину нужна гораздо больше, чем во время непосредственного писательского труда. Грин погружался в свои мысли столь глубоко, что казался глухим и слепым, и вывести его из этого «оцепенения» было практически невозможно [29, 30].

Летней порой Грин отдыхал: изготавливал охотничьи луки, бродил вдоль моря, возился с беспризорными собаками, приручал раненых птиц, много читал, играл на бильярде с весёлыми феодосийскими жителями — потомками генуэзцев, греков и армян. Грин очень любил Феодосию — знойный город у зелёного, пропахшего водорослями моря, построенный на белой каменистой земле. Из Коктебеля к нему приходил иногда Максимилиан Волошин и два великих художника слова общались друг с другом, делясь творческими замыслами и обсуждая новости. В Феодосии Грин заболевает какой-то неясной лихорадочной болезнью и, поскольку в юности он перенёс малярию, загорать и купаться врачи ему запрещают. В городе было две книжные лавки, куда семья Гринов любила часто заглядывать. Первой крупной книжной покупкой стал как раз тот самый много томный энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона, украшающий и до сих пор кабинет писателя. Он стал для Грина другом, путеводителем по чужим странам, далёким и близким временам. Писатель любил читать и перечитывать тома словаря, весьма дорожил этим

первым основательным книжным приобретением. Один из героев «Дороги никуда» Урбан Футроз безумно любил чтение (и это очень напоминало самого Грина). «Книга заменяла ему друзей, путешествия, работу, спорт, флирт и азарт. Иногда он посещал клуб или юбилейные обеды своих сверстников, выдвинувшихся на каком-либо поприще, но, затворясь в библиотеке, с книгой на коленях, сигарами и вином на столике у покойного кресла, Футроз жил так, как единственно мог и хотел жить: в судьбах, очерченных мыслями и пером авторов» [9].

Грин покупает много книг иностранных писателей, для того, чтобы постоянно быть в литературной струе своего времени. С той же целью А.С. Грин посещает Коктебель, где у Волошина всегда жило много писателей, поэтов, деятелей искусств. Он знакомится и близко сходится с К.Ф. Богаевским, известным крымским художником, сразу расположившим к себе Грина. Пейзажи ученика великого Куинджи Константина Богаевского прославляют неповторимую природу Восточного Крыма, они имеют светлые и радостные, «поющие» тона и краски, о чём Александр Степанович прямо говорит Богаевскому.

Осенью 1930 года Грин переезжает из Феодосии в Старый Крым — город душистых цветов, упоительной тишины и живописных развалин. Здесь писатель и скончался от мучительной болезни — рака желудка и метастазов в лёгких. Умирал Грин так же тяжело, как и жил. Он попросил поставить его кровать к окну. За окном синели далёкие крымские горы и летнее небо сияло, как отблеск любимого и навсегда обрётённого моря. В одной из новелл Грина, называющейся «Возвращение», есть строчки, написанные им практически предвосхищая собственную кончину. Они очень точно передают обстановку умирания самого писателя: «Конец наступил в свете раскрытых окон, перед лицом полевых цветов. Уже задыхаясь, он попросил посадить его у окна. Он смотрел на холмы, вбирая кровоточащим обрывком лёгкого последние глотки воздуха» [11].

Перед смертью Грин сильно тосковал о людях — этого раньше за ним никогда не наблюдалось. Сильные боли вынуждали принимать морфий. Врачебный консилиум 30 июня выносит безжалостный приговор: рак желудка. Неожиданно, пока медики совещались, почтальон приносит увесистую бандероль с авторскими экземплярами «Автобиографической повести», на что Грин грустно замечает: «Да ... это моя последняя рубашка. С кожей содранная». За два дня до кончины 6 июля 1932 года писатель захотел увидеть священника. По христианскому обычаю, Грин исповедался и

причастился. В это скорбное время рядом с ним только самые близкие люди. Он уходит в мир иной под вечер, оставляя после себя любовь и благодарность искренне любящей его супруги за великое счастье, подаренное им.

Последним словом Грина был не то стон, не то шепот: «Помираю...» Ушёл из жизни писатель-романтик тихо, похоронили его на скромном старокрымском кладбище. Проводить великого человека в последний путь пришли только родные и жители Старого Крыма. Никого из литераторов не было. Газета «Известия» опубликовала сообщение о смерти Александра Грина только 17 июля — спустя почти полторы недели после кончины великолепного романтика, прекрасного пейзажиста, замечательного тонкого психолога.

Нина Николаевна Грин продолжала упорно бороться за память мужа. Она будет писать мемуары, будет писать о том, как он умирал, брошенный собратьями по перу, как его не печатали, как велась тяжба с издательствами, как он и его семья голодали. В 1933 году в издательстве «Красная новь» выйдут в свет рассказы Грина, которые не были опубликованы при его жизни. Предисловие к сборнику напишет Мариэтта Шагинян и это будут тёплые, искренние слова. Александр Фадеев и Юрий Либединский в начале 1933 года напишут в издательство «Советская литература» следующее: «Обращаемся в издательство с предложением издать избранные произведения покойного Александра Степановича Грина. Несомненно, что А.С. Грин является одним из оригинальнейших писателей в русской литературе. Многие книги его, отличающиеся совершенством формы и столь редким у нас авантурным сюжетом, любимы молодёжью...». Это предложение поддержали краткими позитивными отзывами (их копии и подлинники имеются в феодосийском Доме-музее Грина) десять литераторов: Николай Асеев, Эдуард Багрицкий, Всеволод Иванов, Валентин Катаев, Леонид Леонов, Александр Малышкин, Николай Огнев, Юрий Олеша, Михаил Светлов, Лидия Сейфуллина.

Нина Николаевна Грин начинает скрупулёзно и тщательно собирать материалы для воспоминаний о своём супруге, а в 1934 году выходит замуж за врача П. Нания, лечившего Грина. Они строят себе добротный крепкий дом, а домик, в котором умер писатель-романтик, Нина Николаевна превращает в частный музей.

«Воспоминания об Александре Грине» Нины Николаевны будут опубликованы лишь в 2005 году, после её амнистии (после Великой Отечественной войны она попала в лагеря и провела там почти десять лет)...

Только 60-е годы вновь открыли нам Грина, его книги снова стали издавать, они стали появляться в библиотеках. В 1965 и в 1980 гг. выходят в свет собрания сочинений А.С. Грина в 6-ти томах. Грину посвящают великое множество стихов, что стало настоящим феноменом в современной литературе. Столько посвящений есть только у А.С. Пушкина. Напишут по гриновским мотивам множество песен, рок-оперу и балет «Алые паруса» (композитор — Никита Богословский), снимут художественные фильмы по его произведениям. Среди этих кинолент — «Алые паруса», «Бегущая по волнам», «Колония Ланфиер», «Рыцарь мечты», «Блистающий мир». Именем Грина назовут малую планету за № 2786, а также пассажирское судно с портом приписки Ялта. В 1970 году открылся Дом-музей Грина в Феодосии, а через год — его филиал в Старом Крыму. К 100-летию со дня рождения на могиле Грина появилась скульптура Т. Гагариной «Бегущая по волнам» и открылся его музей в Кирове, бывшей Вятке.

Юрий Нагибин как-то очень метко сказал о Грине — «Если любовь к Грину сохранится в зрелые годы, значит, человек уберёт своё сердце от постарения», а Данил Гранин написал о нём так: «Грин — один из немногих, кого следует иметь в походной аптечке против ожирения сердца и усталости. С ним можно ехать в Арктику, и на целину, и идти на свидание. Он поэтичен, он мужествен» Грин умер, оставив нам, его потомкам, решать извечный вопрос, нужны ли такие неистовые мечтатели, каким был этот человек? Живущие в XXI веке убеждены: да, нам необходимы мечтатели. Пора, наконец, избавиться от ироничного отношения к этому слову. Многие, очень многие не умеют мечтать и, может быть, по этой причине они никак не могут стать вровень с временем. Какие уроки могут извлечь медики из короткой, но удивительно яркой и чрезвычайно насыщенной событиями жизни А.С. Грина? Чтобы ответить на этот вопрос обстоятельно и толково, нам пришлось обратиться к книжным сокровищам одной из наиболее фундаментальных библиотек нашей страны — Национальной парламентской библиотеке Украины, расположенной в самом центре Киева неподалёку от республиканского стадиона им. Валерия Лобановского и непосредственной близости от Майдана Незалежности и Крещатика. В зале каталогов мы обнаружили 156 карточек с описаниями произведений А.С. Грина, изданных в СССР и в новейшее время в независимой Украине и в Российской Федерации (некоторые произведения, правда, дублировались, т.е. их в хранилище было по 2-3 экземпляра). Картотека книг о

самом Грине оказалось более скромной — всего 25 единиц. К последним мы и обратились.

Нам удалось установить, что первым предложил романтический мир писателя-романтика назвать «Гринландия» Корнелий Зелинский — один из известных литературоведов.

В книгах Е.Н. Иваницкой, В.Е. Ковского, Е.И. Прохорова, в очерках и тезисах К.Г. Паустовского, А.Б. Гудович, Л.М. Варламовой, И.К. Дунаевской, в сборниках воспоминаний о писателе, и особенно в книге воспоминаний Нины Николаевны Грин, напечатанный в Феодосии в 2005 году, удалось обнаружить массу интересных подробностей.

Большую помощь нам оказала книга статей, очерков и исследований, составленная А.А. Ненадой [1]. Этот 182 страничный сборник, вышедший в Феодосии в 2010 году, внёс существенный вклад в гриноведение и, по нашему мнению, должен иметься в качестве настольной книги у каждого, кто серьёзно интересуется фактами жизни и творчества выдающегося художника слова, знаменитого писателя-романтика. Николай Гумилёв в своё время сказал, что «для поэта важнее всего сохранить детское сердце и способность видеть мир преображённым». Грину это удалось в полной мере. Жизнь, как известно, его не баловала, хотя и была полна странствий и приключений. Абсолютно не случайно то, что многие места последнего произведения Александра Грина, его «Автобиографической повести», авторские экземпляры которой были получены писателем за несколько дней до кончины, так ясно и живо напоминают горьковские страницы из «Моих университетов» и повести «В людях». И у Горького и у Грина с большой художественной силой запечатлены данные биографии людей из низов, поднявшихся к вершинам культуры, творчества, к борьбе за свободу. Жизнь Грина, как отмечают все исследователи и биографы, было тяжёлой и драматичной, она вся была в стычках и в столкновениях со «свинцовыми мерзостями» повседневного бытия царской России. Когда читаешь «Автобиографическую повесть», эту искреннюю исповедь исстрадавшейся души, с большим трудом, только под давлением беспристрастных фактов, веришь, что одна и та же рука писала заражающие своим жизненным рассказом о морях и путешествиях, «Дорогу в никуда», «Блистающий мир» и «Алые паруса»... Жизнь, казалось, сотворила всё, чтобы очерствить, ожесточить сердце, уничтожить романтические мечты и устремления, навсегда убить веру во всё самое хорошее, светлое и прекрасное. Вернемся к биографии.

В 1920 году Грин был призван в ряды Красной Армии, однако он довольно скоро заболел сыпным тифом, долго хворал и вышел из больницы «почти инвалидом». Спас семью писателя А.М. Горький, выхлопотавший ему академический паёк и жильё на Мойке, в «Доме искусств».

В 1924 году семья писателя переехала в Феодосию и там прожила до 1930 года. А.С. Грин много писал в эти годы. Литературоведы подсчитали, что примерно половина литературного наследия писателя создана им именно на крымской земле. К сожалению, тяжба с книжными издательствами отнимала очень много сил у Александра Степановича, издательство «Мысль» приостановило издание Полного собрания сочинений писателя, гонорары перестали поступать. От несносных литературных критиков, как писал гораздо позднее Владимир Высоцкий, «не было житья». После публикации в мае 1930 года романа «Дорога никуда» на Грина обрушился «девятый вал» критики. Произведение было воспринято как вызов новому общественному строю. Герой романа ведёт ожесточённый бой с представителями власти, с таможенниками. Он водит дружбу с контрабандистами, друзья у него все люди с тёмным прошлым, игроки, пьяницы и авантюристы. Литературная критика становится всё более яростной и ожесточённой. Критики приписывают Грину «воинствующую буржуазность», упрекают в отходе от реальной жизни, обвиняют в подражании Западу. Раздражает критику и то, что имена у героев Грина — все сплошь иностранные. А действие его произведений происходит тоже неизвестно в каком краю, а главное — не в родной стране. «Специальности по литературному процессу» очень не советуют читать рабочим и крестьянам книги этого «ненадёжного» писателя. И Грина помаленьку начинают вытеснять из литературного процесса, а значит, и из жизни.

Усугубляет положение дел ухудшившееся состояние здоровья. Голодные годы, тюрьмы, ссылки, безденежье, тяжёлый труд, перенесённая в молодые годы тяжёлая малярия, очень тяжело протекавший сыпной тиф, едва не превративший писателя в инвалида,

изнурительное курение... всё это вместе взятое (не говоря уже об алкоголе, к которому был очень равнодушен и его отец) привело к тому, что Грину требовалось чрезвычайное напряжение всех духовных и физических сил, воли, характера на самом излёте его короткой жизни. Под натиском нужды Грин принимается за «Автобиографическую повесть». Очень нужны деньги. Примеры биографий есть. Их уже написали А.Н. Толстой, И.А. Бунин, М.М. Пришвин, Б.Л. Пастернак, А.И. Куприн. Но главный ориентир среди них — Максим Горький. Биография у Грина богатейшая, материала набирается на целый авантурный роман. Он начинает писать о голоде, холоде, безденежье, болезнях, через которые многократно в своей жизни проходил. Так было в юные годы, продолжалось в скитаниях по стране, так было в сыром и холодном Петрограде в гражданскую войну, и вот снова он стоит на пороге тяжких испытаний. Получается так, что от чего ушел когда-то в неполные шестнадцать лет, к тому и приходит снова в свои полвека.

Почему всё так произошло? Почему нет счастья, а близится неумолимый крах? И тут, как назло, перед Грином остро встаёт квартирный вопрос: дом, в котором он жил с Ниной Николаевной, муниципализирован, цены на жильё возрастают. Приходится переезжать в Старый Крым, который становится последним причалом великого писателя-романтика.

Известный поэт новейшего времени Борис Чичибабин очень образно сказал о творчестве А. Грина: «Но если станет вдруг вам ваша жизнь полынная, и век пахнет чужим, и кров ваш обречён, послушайте меня, перечитайте Грина, Вам нечего терять, не будьте дурачком» [35, 36]. Доктор филологических наук, профессор Казютинский В.В., работающий в Институте философии РАН, друживший и переписывавшийся с вдовой писателя Ниной Николаевной, подчёркивал: «Нельзя, прочитав Грина, выпить пива и пойти на футбол или хоккей. Грин — для тех, кто ревниво оберегает свой внутренний мир от развязанности и пошлости, нас окружающих». Авторы статьи целиком разделяют это мнение замечательного гриноведа.

Литература

1. Александр Грин: жизнь, личность, творчество: Статьи, очерки, исследования / Сост. А.А. Ненада. — Феодосия: изд-во «Арт Лайф», 2010. — 182 с.
2. Арнольди Э.Г. Беллетрист Грин / Э.Г. Арнольди. — Воспоминания о Грине. — Л.: Лениздат, 1972. — 298 с.
3. Борисов Л.И. Волшебник из Гель-Гью / Л.И. Борисов. Л.: Лениздат, — 1960. — 804 с.
4. Варламова Л.М. Музей Грина. Феодосия / Л.М. Варламова. — Симферополь, 2005. — 164 с.
5. Войтоловский Л.А. Летучие наброски: Александр Грин / Л.А. Войтоловский // Киевская мысль. — 1914. — 3 мая.
6. Воспоминания об Александре Грине. — Л., 1972. — 362 с.

7. Грин А.С. Автобиографическая повесть / А.С. Грин. — Л., 1932. — 214 с.
8. Грин А.С. Алые паруса. Блестящий мир / А.С. Грин. — Л.: Лениздат, 1975. — 261 с.
9. Грин А.С. Избранное / А.С. Грин. — М.: Худ. литература, 1956. — 279 с.
10. Грин А.С. Собрание сочинений / А.С. Грин. — М.: изд-во «Правда», 1965. — Т.6. — 231 с.
11. Грин А.С. Собрание сочинений в 6 томах / А.С. Грин. — М.: изд-во «Правда», 1980. — Т.1. — 496 с.
12. Грин Н.Н. Воспоминания об Александре Грине / Н.Н. Грин. — Феодосия, 2005. — 154 с.
13. Гринфельд А.И. Рецензия на книгу: Грин А. Искатель приключений. Рассказы / А.И. Гринфельд. — М.: Русское богатство. — 1917. — № 6. — С. 279-282.
14. Гудович А.Б. Александр Степанович Грин, 1880-1980 к (100-летию со дня рожд.) / А.Б. Гудович: методич. рекоменд. — М., 1980. — 23 с.
15. Дунаевская И.К. Этико-эстетическая концепция человека и природы / И.К. Дунаевская. — Рига, 1988. — 268 с.
16. Жизнь Александра Грина, рассказанная им самим и его современниками. — М.: Изд-во Лит. ин-та им. А.М. Горького; Феодосия: Издат. Дом Коктебель, 2012. — 560 с.
17. Зелинский К.Б. Вступительная статья. Грин А.С. Фантастические новеллы / Зелинский К.Б. — М., 1934. — 302 с.
18. Иваницкая Е.Н. Мир и человек в творчестве А.С. Грина / Е.Н. Иваницкая. — Ростов н/Д: изд-во Рост. ун-та, 1993. — 64 с.
19. Каверин В.А. Грин и его «Крысолов» / В.А. Каверин // Собрание сочинений в 8-ми томах. — М.: изд-во «Правда», 1982. — Т. 6. — С. 504-518.
20. Ковский В.Е. Александр Грин. Преображение действительности / В.Е. Ковский. — Фрунзе: Илим, 1966. — 126 с.
21. Ковский В.Е. Романтический мир Александра Грина / В.Е. Ковский // М.: Наука, 1969. — 296 с.
22. Краткая литературная энциклопедия [в 9 т.] / Гл. ред. А.А. Сурков. — М.: Сов. Энциклопедия, 1964. — Т. 2. — С. 386-387.
23. Кто есть кто в мире / гл. ред. Г.П. Шалаева. — М.: Слово; Эксмо, 2006. — С. 392-394.
24. Лелевич Г.В. Рецензия на книгу «На облачном берегу» / Г.В. Лелевич. — Л.: Печать и революция, 1925. — № 7. — С. 271.
25. Литературный энциклопедический словарь. — М.: Сов. Энциклопедия, 1987. — 752 с.
26. Михайлова Л. Александр Грин. Жизнь, личность, творчество / Л. Михайлова. — М., «Худож. л-ра», 1972. — 192 с.
27. Паустовский К.Г. Собрание сочинений [в 6-ти томах] — Т. 5. Рассказы, сказки, литературные портреты, заметки / К. Паустовский. — М.: Худ. литература, 1958. — 664 с.
28. Паустовский К.Г. Жизнь Александра Грина / В кн.: Близкие и далёкие. — М.: Молодая гвардия, 1967. — С. 286-301.
29. Потенко А.А. Старый Крым: город музеев, город-музей: историко-краеведческие очерки. — Симферополь. Изд-во: «Салта» ЛТД». 2009. — 254 с.
30. Придорогин А.Е. Грин А.С. и его фантастические новеллы / А.Е. Придорогин // Книгоноша. — 1925. — № 21. — С. 18.
31. Прохоров Е.И. Александр Грин / Е.И. Прохоров. — М.: Просвещение, 1970. — 119 с.
32. Романюта Е.В. А. Грин. Несбывшееся / Е.В. Романюта. — Симферополь: Бизнес-Информ, 2010. — 152 с.
33. Россельс Вл. К 100-летию столетию со дня рождения А.С. Грина // В кн.: Мир приключений, 1980. — [в 6т.]. — Т. 5. — С. 314-315.
34. Русские писатели / Под. ред. П.А. Николаева. — М.: Просвещение, 1990. — 432 с.
35. Саидова М.О. Поэтика А. Грина (на материале романтических новелл) / М.О. Саидова. — Душанбе, 1976. — 128 с.
36. Советский русский рассказ 20-х годов / Под ред. Е.Б. Скороспеловой. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 460 с.
37. Чичибабин Б.А. Гармония. Книга лирики / Б.А. Чичибабин. — Харьков: Прапор, 1965. — 96 с.
38. Чичибабин Б.А. В стихах и прозе / Б.А. Чичибабин. — Харьков: Фолио, 1998. — 469 с.

УДК 616.89:159.9:001.89

Академик Алексей Николаевич Леонтьев — выдающийся отечественный психолог и руководитель известной Харьковской группы психологов (К 110-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Иваничук О.П.

Петрюк П. Т.¹, Иваничук О.П.²

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

² Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведено нові біографічні дані та спогади сучасників про творчий та життєвий шлях академіка О.М. Леонтьєва — видатного психолога сучасної епохи, котрий у свій час працював на Сабуровій дачі та створив відому Харківську групу психологів, який своїм науковим доробком вплинув на розвиток вітчизняної психологічної науки цілої епохи. Приводиться аналіз творчої еволюції його поглядів та наукових досягнень. Підкреслюється необхідність та значення подальшого вивчення наукового доробку ювіляра.

Ключові слова: академік О.М. Леонтьєв, біографічні дані, спогади сучасників, наукові досягнення.

Academician Alexej Nikolayevich Leont'ev is a prominent domestic psychologist and leader of the known Kharkiv group of psychologists (To 110th anniversary)

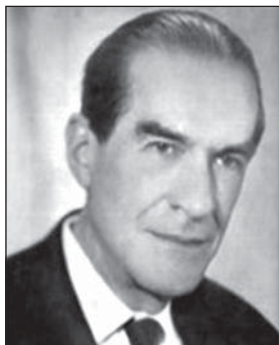
Petryuk P. T.¹, Ivanychuk O.P.²

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

² Kharkiv medical academy of postgraduate education

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 academician A.N. Leontiev — prominent psychologist of modern epoch, which at one time worked on the Saburova dacha and created the created known Kharkiv group of psychologists, which influenced the scientific reserve on development of domestic psychological science of whole epoch. An analysis over of creative evolution of his looks and scientific achievements is brought. A necessity and value of subsequent study of scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined.

Key words: academician A.N. Leont'ev, biographic information, flashbacks of contemporaries, scientific achievements.



Леонтьев А. Н.

*Честь российского народа требует,
чтобы показать способность и
остроту его в науках.
М.В. Ломоносов*

Алексей Николаевич Леонтьев (1903-1979) — один из основателей и лидер отечественной психологической науки в самые трудные для науки времена, отнюдь не входит в число «забытых» авторов: несмотря на неоднозначное отношение к его теоретическому наследию, что во многом связано с принятием им марксизма в качестве методологического основания психологической науки, его имя и идеи живут и активно работают не только в трудах его прямых учеников и учеников его учеников,

но и во всем научном сообществе. Более того, он — один из немногих создателей научных школ, ученики которых не ограничились перепевами и конкретизацией идей учителя, но в очень многих отношениях продвинулись далеко вперед, на новые теоретические рубежи.

А.Н. Леонтьев — выдающийся отечественный психолог современной эпохи, одно время работавший на Сабуровой даче — бывший сабурянин, который создал известную Харьковскую группу психологов и является автором общепсихологической теории деятельности. Алексей Николаевич широко известен как признанный лидер советской психологии 40-70-х годов XX века. Он был инициатором создания Общества психологов СССР. Его заслуги перед отечественной наукой велики и разносторонни [1-9].

А.Н. Леонтьев разрабатывал в 20-х годах прошлого века совместно с Л.С. Выготским и А.Р. Лурия культурно-историческую теорию, провел цикл экспериментальных исследований, раскрывающих механизм формирования высших психических функций (произвольное внимание, память) как процесс «вращения», интериоризации внешних форм орудийно-опосредованных действий во внутренние психические процессы. Экспериментальные и теоретические работы посвящены проблемам развития психики (её генезису, биологической эволюции и общественно-историческому развитию, развитию психики ребенка), проблемам инженерной психологии, а также психологии восприятия, мышления и другим вопросам.

Опираясь на идеи культурно-исторической теории, А.Н. Леонтьев выдвинул и детально разработал общепсихологическую теорию предметной деятельности, являющуюся одним из влиятельных и новых теоретических направлений в отечественной и мировой психологии. Содержание этой концепции тесно связано с проведенным Алексеем Николаевичем анализом возникновения и развития психики в филогенезе, возникновения сознания в антропогенезе, психического развития в онтогенезе, структуры деятельности и сознания, мотивационно-смысловой сферы личности, методологии и истории психологии, раскрывающим механизмы происхождения сознания и его роли в регуляции деятельности человека. На основе предложенной А.Н. Леонтьевым схемы структуры деятельности (деятельность — действие — операция — психофизиологические функции), соотнесенной со структурой мотивационной сферы (мотив — цель — условие), изучался широкий круг психических явлений (восприятие, мышление, память, внимание и другие), среди которых особое внимание уделялось анализу сознания (выделение значения, смысла и «чувственной ткани» в

качестве главных его компонентов) и личности (трактовка её базовой структуры как иерархии мотивационно-смысловых образований). Концепция деятельности Алексея Николаевича получила развитие в различных отраслях психологии (общей, детской, педагогической, медицинской и социальной), в свою очередь обогащаясь ее новыми данными. Сформулированное А.Н. Леонтьевым положение о ведущей деятельности и её определяющем влиянии на развитие психики ребенка послужило основанием для концепции периодизации психического развития детей, выдвинутое Д.Б. Элькониним. Психология рассматривалась А.Н. Леонтьевым как наука о «порождении, функционировании и строении психического отражения реальности в процессах деятельности» [1, 9-14].

Алексей Николаевич Леонтьев окончил факультет общественных наук Московского университета (1924), доктор психологических наук (1941), академик АПН СССР (1950), лауреат Ленинской премии (1963). После окончания университета работал в Институте психологии (1924-1927), Академии коммунистического воспитания им. Н.К. Крупской (1927-1931), Всеукраинской психоневрологической академии и Харьковском педагогическом институте (1931-1935), Всесоюзном институте экспериментальной медицины, Высшем коммунистическом институте просвещения (1935-1936), Институте психологии (1936-1963). В 1942-1945 годах возглавлял научную работу Опытного восстановительного госпиталя под Свердловском. С 1941 года — профессор Московского государственного университета (МГУ), с 1950 года — заведующий кафедрой психологии, с 1963 года — заведующий отделением психологии философского факультета, а с 1966 года — декан психологического факультета МГУ. Академик-секретарь отделения психологии (1950-1957) и вице-президент (1959-1961) АПН РСФСР [1, 3, 9].

А.Н. Леонтьев родился в Москве 5 февраля 1903 года в семье служащих. Отец его, Николай Владимирович, по происхождению был мещанином Панкратьевской слободы города Москвы, а по профессии финансовым работником, специализировавшимся в области кинопроката. Мать его, Александра Алексеевна, происходила из семьи волжского пароходчика, т.е. купеческой. Естественно, они хотели дать Алексею хорошее образование. Поэтому неудивительно, что научная деятельность Алексея Леонтьева берет начало еще со студенческих лет. В 1924 году он окончил факультет общественных наук Московского университета, где выдающийся русский философ и психолог, профессор Г.И. Челпанов читал общий курс психологии.

Однако, как о том пишут А.А. Леонтьев и Д.А. Леонтьев (сын и внук ученого, также психологи) в комментариях к его биографии, на самом деле окончить университет ему не удалось, он был исключен. О причинах существуют две версии. Более интересная: будучи студентом, он в 1923 году заполнял какую-то анкету и на вопрос «Как вы относитесь к Советской власти?» якобы ответил: «Считаю исторически необходимой». Так рассказывал он сам своему сыну. Вторая версия: всеми нелюбимому лектору по истории философии А.Н. Леонтьев прилюдно задал вопрос, как следует относиться к буржуазному философу Уоллесу, биологизатору и вообще антимарксисту. Не очень образованный лектор, испугавшись, что его поймут на недостатке эрудиции, долго и убедительно разъяснял затаившей дух аудитории ошибки этого буржуазного философа, выдуманного студентами накануне лекции. Эта версия тоже восходит к устным мемуарам Алексея Николаевича.

Именно в конце 1923 года А.Н. Леонтьев был оставлен при университете «для подготовки к профессорской деятельности», т.е. в аспирантуре. Причем оставлен профессором Г.И. Челпановым. Интересно, что такого студента, который весной того же года был исключен из университета по чистке за розыгрыш, учиненный группой студентов на занятиях преподавателя исторического материализма (Алексей Николаевич был вынужден в том же году доучиваться экстерном, и получил диплом с задержкой на два года), в последующие десятилетия того времени, да и сейчас, ни под каким видом не приняли бы в аспирантуру.

В университете А.Н. Леонтьев слушал лекции самых разных ученых. Среди них были философ и психолог Г.Г. Шпет, филолог П.С. Преображенский, историки М.Н. Покровский и Д.М. Петрушевский, историк социализма В.П. Волгин. В коммунистической аудитории МГУ тогда впервые читал курс исторического материализма Н.И. Бухарин. Довелось Алексею Николаевичу послушать и лекции И.В. Сталина по национальному вопросу, о которых, впрочем, через полвека он отзывался более чем сдержанно [8].

Г.И. Челпанов руководил в те годы Институтом психологии при МГУ, возглавляя группу студентов, которая занималась исследовательской работой. Именно в стенах этого университета Алексеем Николаевичем были написаны первые научные работы — реферат «Учение Джемса об идеомоторных актах» и работа о Г. Спенсере. По окончании университета Алексей Николаевич стал аспирантом, как уже отмечалось выше, Института психологии.

Именно здесь в 1924 году и произошла встреча А.Н. Леонтьева с Л.С. Выготским и А.Р. Лурией, после которой в скором времени началась их совместная работа, поскольку эти три человека с выдающимися способностями быстро нашли общий язык, и их союз предвещал много полезного. Но, к большому сожалению, эта деятельность прервалась после смерти Л.С. Выготского. За столь короткий срок совместной работы результаты их деятельности оказались все же впечатляющими. Выпущенная в свет А.Н. Леонтьевым и А.Р. Лурией статья «Природа человеческого конфликта» имела ошеломляющий успех, т.к. именно в ней была представлена методика «сопряженных моторных реакций» и родилась идея овладения аффектом через речевой выход. Далее Алексей Николаевич самолично разработал идею и воплотил ее в статье под названием «Опыт структурного анализа цепных ассоциативных рядов». Эта статья, напечатанная в Русско-немецком медицинском журнале, основывается на том, что ассоциативные реакции определяются смысловой целостностью, которая лежит «за» ассоциативным рядом. Но именно эта разработка не получила достойного признания.

Со своей женой он познакомился в 1929 году, когда ему исполнилось 26 лет. После кратковременного знакомства они поженились. Его жена никогда не препятствовала научной деятельности, наоборот, помогала и поддерживала его в самые трудные моменты. Интересы А.Н. Леонтьева лежали в самых различных областях психологии: от психологии творческой деятельности до экспериментального человеческого восприятия предметности. И к необходимости поиска совершенно нового подхода к предмету и содержанию психофизиологических исследований, развивающихся сейчас из общей системы психологического знания, Алексей Николаевич обращался много раз.

В конце 1925 года зарождается его знаменитая «культурно-историческая концепция», которая основывалась на известной формуле Л.С. Выготского S-X-R, где S — стимул, мотив; X — средство; R — результат деятельности. А.Н. Леонтьев начал развивать идеи этой работы, но в Институте психологии, который на тот момент был занят совсем другими вопросами, реализовать это начинание не представлялось возможным. Именно по этой причине А.Н. Леонтьев и А.Р. Лурия перешли в Академию коммунистического воспитания, работая также одновременно во ВГИКе, в ГИТИСе, в клинике Г.И. Россолимо и в Институте дефектологии.

И еще одно, что повлияло на дальнейшую судьбу А.Н. Леонтьева: в конце 20-х — начале

30-х годов прошлого века стали одно за другим закрываться, порой с политическим скандалом, научные и педагогические учреждения, где он сотрудничал. Например, сразу в двух центральных газетах появился «подвал» о ВГИКе под угрожающим названием «Гнездо идеалистов и троцкистов». Одним из последствий этой статьи был вынужденный уход Алексея Николаевича из ВГИКа в 1930 году. Оплот группы Л.С. Выготского — Академия коммунистического воспитания — в 1930 году тоже попала в немилость, её факультет общественных наук был объявлен «троцкистским», и в 1931 году её «сослали» в Ленинград и переименовали в институт. Во всяком случае, А.Н. Леонтьев был уволен из нее с 1 сентября 1931 года. О работе в Институте психологии нечего было и думать, хотя после ухода К.Н. Корнилова идеи Л.С. Выготского и его школы были использованы в новой научной программе института. Впрочем, согласно документам, в декабре 1932 года Алексей Николаевич еще числился там «научным сотрудником 1-го разряда». В МГУ психология с 1931 года не преподавалась вообще. Так что работать А.Н. Леонтьеву было негде — он одно время даже служил в Высшем Совете Народного Хозяйства СССР в должности «консультанта техпропа» (технической пропаганды).

Поэтому все трое — Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и А.Н. Леонтьев — стали искать такое место работы, где можно было бы продолжить начатый цикл исследований. Им повезло: всем троим (а также Л.И. Божович, А.В. Запорожцу и М.С. Лебединскому) — в конце 1930 года пришло приглашение из Харькова, бывшего тогда столицей Украинской ССР, от самого украинского наркома здравоохранения С.И. Канторовича. Наркомздрав УССР решил создать в Украинском психоневрологическом институте (позже, в 1932 году, его преобразовали во Всеукраинскую психоневрологическую академию) сектор психологии («психоневрологический сектор»), который размещался, как известно, на Сабуровой даче. Л.С. Выготский, вспоминал Алексей Николаевич, участвовал в переговорах. Пост заведующего сектором был предложен А.Р. Лурии, пост заведующего отделом экспериментальной психологии (позже он назывался отделом общей и генетической психологии) — А.Н. Леонтьеву. Официально Алексей Николаевич был зачислен на работу с 15 октября 1931 года. В ноябре 1931 года в должности заведующего кафедрой генетической психологии Государственного института подготовки кадров Наркомздрава УССР был утвержден Л.С. Выготский. Однако он, в отличие от А.Р. Лурии и А.Н. Леонтьева, в Харьков не переехал, хотя постоянно там бывал — выступал

с докладами, читал лекции, сдавал экзамены в качестве студента-заочника медицинского института, куда он поступил в том же 1931 году. Впрочем, в его семье переезд в Харьков не раз обсуждался и даже стоял вопрос об обмене московской квартиры на квартиру в Харькове. Почему переезд не состоялся — до сих пор неизвестно. По мнению Е.А. Лурия (в ее мемуарах об отце), дело было в том, что у Л.С. Выготского и А.Р. Лурии не сложились отношения с руководством Всеукраинской психоневрологической академии. Но Алексей Николаевич рассказывал, что Л.С. Выготскому были предложены прекрасные условия переезда, и мотивы отказа Л.С. Выготского от приглашения остались для него непонятными [1, 3, 4, 8].

В конце 1931 года А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович и А.В. Запорожец переезжают в Харьков и поселяются в большой квартире, которую снял для московской коммуны профессор Л.Л. Рохлин, где некоторое время они жили в ней действительно все вместе.

А.Р. Лурия в течение трех лет, до 1934 года, бывал в Харькове наездами — по его собственным воспоминаниям, «курсировал» между Харьковом и Москвой (а Л.С. Выготский — между Харьковом, Ленинградом и Москвой). Недолго пробыла в Харькове и Л.И. Божович, которая вскоре переехала в соседнюю Полтаву, в педагогический институт, хотя продолжала постоянно сотрудничать с «харьковчанами». Время от времени к ней в Полтаву наезжал и Л.С. Выготский [1, 15].

А.Н. Леонтьев остался в Харькове почти на 5 лет. Он не только возглавлял отдел и был действительным членом Всеукраинской психоневрологической академии, но — после окончательного отъезда А.Р. Лурии — принял у него руководство всем сектором психологии (еще раньше, в 1932 году, он был заместителем заведующего сектором). Следовательно, взяв всю работу на себя, Алексей Николаевич позже стал лидером известной Харьковской группы психологов. Кроме того, он был заведующим кафедрой психологии Медико-педагогического института Наркомздрава УССР, а позже заведующим кафедрой психологии Харьковского педагогического института и НИИ педагогики (еще позже — Всеукраинский институт научной педагогики). Среди мест работы Алексея Николаевича в Харькове была и достаточно экзотическая должность профессора в Харьковском дворце пионеров и октябрят им. П.П. Постышева. «В том же году я был утвержден Центральной квалификационной комиссией НКЗ УССР в звании профессора, а с введением закона о степенях и званиях я был оформлен в звании действительного члена Института Центральной квалификационной

комиссией НКЗ УССР и в звании профессора Центральной квалификационной комиссией НКП УССР», — сообщает А.Н. Леонтьев в своей опубликованной автобиографии (А.Н. Леонтьев, 1999, с. 366) [1].

Помимо А.В. Запорожца и Т.О. Гиневской, вокруг Алексея Николаевича стали группироваться харьковские психологи. Это были П.Я. Гальперин, группа аспирантов пединститута и НИИ педагогики — П.И. Зинченко, В.И. Аснин, Г.Д. Луков, затем К.Е. Хоменко, В.В. Мистюк, Л.И. Котлярова, Д.М. Дубовис-Арановская, Е.В. Гордон, Г.В. Мазуренко, О.М. Концевая, рано погибший А.Н. Розенблюм, Т.И. Титаренко, И.Г. Диманштейн, Ф.В. Бассин и другие. Так родилась Харьковская группа психологов, достойно вошедшая в историю советской и мировой психологии.

«Годы моей работы на Украине, — пишет А.Н. Леонтьев в своей автобиографии, — ...составили... период пересмотра прежних позиций и самостоятельной работы над общепсихологическими проблемами, которая продолжала идти по линии преимущественно экспериментальных исследований. Этому благоприятствовали и особенные условия и задачи, которые встали тогда передо мной: нужно было организовать новый коллектив из совсем молодых сотрудников и квалифицировать их в процессе развертывания работ. Так создавалась харьковская группа психологов... В этот период мною и под моим руководством был выполнен ряд экспериментальных исследований, шедших уже с новых теоретических позиций в связи с проблемой психологии деятельности» [1, 3, 4, 16].

И совершенно не случайно программа конкретных экспериментальных исследований Харьковской группы психологов всеми своими корнями уходит в философско-методологическую проблематику. Изложим здесь очень кратко данную самим А.Н. Леонтьевым характеристику основных этапов исследований Харьковской группы психологов.

Первый цикл исследований (1932-1933) касался проблемы «образ–процесс». Здесь исследовались: соотношение речи и практического интеллекта (Л.И. Божович), дискурсивное мышление дошкольника и развитие значений (А.В. Запорожец, Л.И. Божович) и овладение понятием в процессе учения (А.Н. Леонтьев). К этому времени относится начало экспериментов П.И. Зинченко над забыванием и разработка А.В. Запорожцем проблемы «восприятие как действие». Результатом этого цикла явилось, во-первых, положение о том, что в переносе значение и обобщение не только раскрываются, но и формируются, и что перенос — не только адекватный метод исследования обобщения

(Л.С. Выготский), но и сам процесс обобщения. Общение есть частное условие переноса. Во-вторых, положение о двух разных видах переноса (применение практического действия в ситуации и дискурсивный процесс) и соответственно — разных уровнях обобщения. Образ «отстает» от процесса (эксперименты с разведением значения и операции).

Второй цикл исследований (1934-1935) преследовал следующую цель: вынести исследуемые процессы «наружу» и проследить их во внешней деятельности. Здесь возникает прежде всего проблема орудия как предмета, в котором фиксирован общественно выработанный прием. Оно отличается от средства (подчиненного «естественной психологии»). Сюда относятся известные эксперименты П.Я. Гальперина, в 1935 году описанные в его диссертации, работы П.И. Зинченко и В.И. Аснина, А.В. Запорожца и Л.И. Божович. Общим результатом этого цикла исследований явился вывод: «овладеть орудием, как и значением, значит овладеть процессом, операцией. Происходит ли это в общении или в «изобретении» — безразлично» (А.Н. Леонтьев). Чем же определяется сама операция? Во-первых, объективными свойствами предмета. Но, во-вторых, то, как выступает предмет, зависит от отношения человека, от процесса в целом. «А этот процесс есть жизнь».

Основная идея третьего цикла исследований (1935-1936) заключалась в следующем: «Ключ к морфологии сознания лежит в морфологии деятельности». Сюда относятся работы В.И. Аснина, Т.О. Гиневской, В.В. Мистюк, К.Е. Хоменко и других, но в первую очередь Г.Д. Лукова, показавшего в эксперименте взаимоотношения теоретической и практической деятельности на материале осознания в процессе игры. В исследовании В.И. Аснина возникает идея структуры деятельности как целого (зависимость эффективности решения задачи от цели, мотивации, характера всей деятельности).

Четвертый цикл исследований (1936-1940) исходил из предпосылки: «все внутренние процессы построены по образцу внешней деятельности и имеют то же строение». Здесь исследований было множество, прежде всего П.И. Зинченко о непроизвольном запоминании (память как действие), А.В. Запорожца о восприятии как действии, Г.Д. Лукова об игре (экспериментальное «разведение» смысла и значения) и целый ряд других; интересно, что в это время объектом изучения харьковчан в значительной мере стало восприятие искусства [1].

Какова была личная роль А.Н. Леонтьева в работах Харьковской группы психологов в целом?

Следует начать с того, что постоянно он находился в Харькове только до конца 1934 — начала 1935 года, после чего вернулся в Москву и бывал в Харькове только время от времени (например, письмо Д.Б. Эльконину от 26 июня 1936 года написано из Харькова). Но и после этого он оставался, как говорят в социальной психологии, и «инструментальным», и «экспрессивным» лидером группы. Именно ему принадлежит заслуга методологического и общетеоретического обоснования всей экспериментальной деятельности харьковчан. Это ни в коей мере не принижает роли других членов группы, например А.В. Запорожца или П.И. Зинченко; «харьковская» психология создавалась коллективными усилиями, но А.Н. Леонтьев был всегда в центре деятельности харьковчан. Все они это признавали и указывали в своих (к сожалению, очень немногочисленных) публикациях.

До сих пор мы не упоминали еще об одном направлении исследований Харьковской группы психологов, в первую очередь самого А.Н. Леонтьева — исследовании генезиса чувствительности и вообще психики в животном мире и этапов развития ее. Очевидно, что это направление было тесно связано с другими. И когда в харьковской лаборатории А.Н. Леонтьева, как он рассказывал незадолго до смерти, стали появляться «дафнии, рыбы и коты» и молодой тогда (впрочем, как и все члены Харьковской группы) Филипп Вениаминович Бассин начал «гонять дафний», это исследование экстраполяционных рефлексов хорошо ложилось в единую методологическую концепцию развития психики. Кстати, через много лет именно экстраполяционные рефлексy сделали знаменитым бельгийского психолога А. Мишотта; но его работы шли независимо, и о работах А.Н. Леонтьева А. Мишотт, вероятно всего, узнал только после их личной встречи, в 50-х годах прошлого столетия.

В харьковский период, в 1933-1936 годах, Алексей Николаевич разрабатывал (теоретически и экспериментально) прежде всего гипотезу о принципиальном генезисе чувствительности как способности элементарного ощущения. Она не была тогда опубликована и лишь излагалась в устной форме — в докладах, делавшихся в Харькове и Москве. Первая публикация на эту тему появилась только в 1944 году (А.Н. Леонтьев, 1944). Параллельно он занимался проблемой периодизации филогенетического развития психики в животном мире, проблемой соотношения врожденного и приобретенного опыта. А в 1936 году параллельно в Харькове (совместно с В.И. Асниным) и в Москве (совместно с Н.Б. Познанской) велось систематическое экспериментальное исследование

формирования чувствительности к неадекватному раздражителю — проще говоря, «видения кожей»... Но все это было одной и, возможно, не самой главной частью гигантского проекта, предпринятого А.Н. Леонтьевым во второй половине 30-х годов XX века.

Разрабатывая все новые и новые проекты, Алексей Николаевич выпустил в свет книгу «Деятельность. Сознание. Личность», где отстаивает свою точку зрения о том, что человек не просто подстраивает свою деятельность под внешние условия общества, а эти же условия общества несут в себе мотивы и цели его деятельности. Параллельно А.Н. Леонтьев начинает работу над проблемой развития психики, а именно — исследование экстраполяционных рефлексов у животных особей. В 1936 году Алексей Николаевич возвратился в Институт психологии, где и работал до ухода на отделение психологии МГУ. В институте он занимается вопросом фоточувствительности кожи. В то же время А.Н. Леонтьев преподавал во ВГИКе и ГИТИСе. Он сотрудничает с С.М. Эйзенштейном и ведет экспериментальное изучение восприятия кинофильмов. В предвоенные годы он становится заведующим кафедрой психологии в Ленинградском государственном педагогическом институте им. Н.К. Крупской. Во второй половине 1930-х годов Алексей Николаевич разрабатывал следующие проблемы: а) филогенетическое развитие психики, и, в частности, генезис чувствительности; б) «функциональное развитие» психики, т.е. проблема формирования и функционирования деятельности; в) проблема сознания. Эти проблемы были хорошо освещены в докторской диссертации А.Н. Леонтьева «Развитие психики», защищенной в ЛГПИ им. А.И. Герцена в 1940 году. В диссертацию была включена лишь часть результатов его исследований, но, к сожалению, полностью эта работа А.Н. Леонтьева не сохранилась. Диссертация содержала статьи, посвященные, в частности, памяти, восприятию, эмоциям, воле и произвольности. Там же есть глава под названием «Деятельность—действие—операция», в которой дается основная концептуальная система деятельности психологической теории. По мнению Алексея Николаевича, деятельность неотделима от предмета своей потребности, и для овладения этим предметом необходимо ориентироваться на такие его свойства, которые сами по себе витально безразличны, но тесно связаны с другими жизненно значимыми свойствами объектов, т.е. «сигнализируют» о наличии или отсутствии последних. Таким образом, благодаря тому, что деятельность животного приобретает предметный характер, в зачаточном виде возникает

специфическая для психики форма отражения — отражение предмета, обладающего свойствами, жизненно значимыми, и свойствами, о них сигнализирующими. Чувствительность, А.Н. Леонтьев определяет, соответственно, как раздражимость по отношению к такого рода воздействиям, которые соотносятся организмом с другими воздействиями, т.е. которые ориентируют живое существо в предметном содержании его деятельности, выполняя сигнальную функцию. Алексей Николаевич предпринимает исследование в целях проверки выдвинутой им гипотезы. Сначала в Харькове, а потом и в Москве, с помощью разработанной им методики эксперимента он воспроизводит в искусственно созданных условиях процесс превращения неосязаемых раздражителей в осязаемые (процесс возникновения у человека ощущения цвета кожей руки). Таким образом, А.Н. Леонтьев впервые в истории мировой психологии сделал попытку определить объективный критерий элементарной психики, учитывая источники ее происхождения в процессе взаимодействия живого существа с окружающей средой. Подводя итоги накопленных в области зоопсихологии данных и основываясь на собственных достижениях, Алексей Николаевич разработал новую концепцию психического развития животных как развития психического отражения действительности, обусловленного изменениями условий существования и характера процесса деятельности животных на разных стадиях филогенеза: стадии сенсорной, перцептивной и интеллектуальной психики. Данное направление работы А.Н. Леонтьева было напрямую связано с разработкой вопроса деятельности и проблемы сознания. Разрабатывая проблему личности, Алексей Николаевич придерживался двух направлений своей деятельности. Он трудился над проблемами психологии искусства. По его мнению, нет ничего такого, где человек мог бы реализовать себя так целостно и всесторонне, как в искусстве. К сожалению, на сегодняшний день почти невозможно встретить его работы по психологии искусства, хотя при жизни Алексей Николаевич много работал над этой темой. В 1966 году А.Н. Леонтьев окончательно перешел на факультет психологии МГУ, с того времени и до последнего дня своей жизни Алексей Николаевич был бессменным деканом и заведующим кафедрой общей психологии данного университета. А.Н. Леонтьев покинул наш мир 21 января 1979 года; переоценить его научный вклад невозможно, ведь именно ему удалось многих заставить пересмотреть свои взгляды и совершенно с другой стороны подойти к предмету и содержанию психофизиологических исследований.

С 1954 года перед Алексеем Николаевичем открываются новые возможности. В этом году впервые было принято решение о посылке на очередной, четырнадцатый Всемирный психологический конгресс, созываемый на этот раз в Канаде (Монреале), представительной советской делегации, в состав которой вошли А.Н. Леонтьев, Б.М. Теплов, А.В. Запорожец, Е.Н. Соколов, Г.С. Костюк, физиолог Э.А. Асратян. Руководителем делегации был назначен А.Н. Леонтьев, хотя, как и его коллеги, он — если не считать кратковременного пребывания в детстве в австрийском санатории — никогда не бывал за границей. Кажется, это вообще была первая — после почти тридцатилетнего перерыва — поездка советских ученых на международный конгресс.

Об этой поездке, как и о других зарубежных поездках Алексея Николаевича (США, Франция, Бельгия, Италия, Венгрия, Румыния, ФРГ, ГДР, Голландия, Великобритания, Югославия, Швейцария) мы знаем довольно много — у А.Н. Леонтьева была привычка после возвращения из поездки переносить беглые блокнотные записи в альбом и вклеивать в него фотографии, документы и прочее. Но поездка в Канаду была особая, и эта ее «особость» в альбоме почти не отразилась. Был самый разгар «холодной войны», и появление советских ученых сопровождалось листовками, демонстрациями, «потерянными» сборниками докладов, попыткой силой вломиться в номер гостиницы, где жили переводчицы, и так далее. И А.Н. Леонтьеву как руководителю приходилось буквально каждый день принимать ответственные решения — делал он это весьма успешно. Чего стоит хотя бы история о том, как на стульях в зале конгресса были разложены листовки с требованием «освободить советских психологов от гнета КГБ». И вот в президиуме конгресса поднимается Жан Пиаже и призывает всех участников конгресса «поступить так же, как поступаю я». Затем он берет листовку, демонстративно рвет ее и бросает на пол... И весь огромный зал рвет и бросает листовки.

После этого А.Н. Леонтьев множество раз был за границей (он возглавлял советские делегации на XV, XVI, XVII международных конгрессах по психологии), но особенно часто и с особым удовольствием он бывал во Франции. Алексей Николаевич был избран вице-президентом общества «СССР–Франция», а потом — вместе с И. Эренбургом и известным журналистом-международником Ю. Жуковым — стал его сопредседателем. Следует подчеркнуть, что, в отличие от большей части тогдашней советской научной интеллигенции, Алексей Николаевич прекрасно владел французским языком (почти

на уровне носителя языка) и мог немного объясняться по-немецки и по-английски.

Поездки за рубеж были важны для А.Н. Леонтьева хотя бы потому, что давали возможность для личных и научных контактов с иностранными психологами. Хорошими друзьями Алексея Николаевича были Ж. Пиаже, П. Фресс, Р. Заззо, Ж. Нюттен, а среди его личных знакомых были А. Мишотт, Ф. Бартлетт, Г. Мэрфи, Г. Айзенк, Д. Хэбб, У. Пенфилд, О. Клинеберг, Н. Миллер, Х. Томэ, Дж. Брунер, А. Пьерон — словом, цвет мировой психологии. Начиная со второй половины 1950-х годов, многие из них приезжали и в Советский Союз. В 1955 году, вскоре после монреальского конгресса, в Москву приехали Ж. Пиаже, П. Фресс и Р. Заззо — с целью ознакомления и установления контактов [1].

«В 1954 году после моей первой поездки в Канаду на Международный психологический конгресс у меня стала складываться некоторая программа организационного развития психологической науки в стране. Мне представилось, что наша психология должна войти «на равных» в мировую. Отсюда и возник первый пункт «программы»: организация национального психологического общества, которое станет членом Международного союза научной психологии. К этому пункту далее прибавились следующие три: 2) создать настоящую университетскую подготовку специалистов — факультетов или институтов психологии на правах факультетов; 3) определить статус психологии как особой области знания, т.е. ввести ее в официальный перечень наук и установить ученые степени кандидата и доктора психологических наук; 4) включить психологию в число наук, представленных в АН СССР. Итак, программа из 4-х пунктов.

Сегодня, накануне моего 70-летия, думаю о том, что программа эта является выполненной и, главное, что другой, дальнейшей организационной программы у меня нет. Здесь подведена черта.

...Это написано перед 5 февраля 1973 года, накануне 70-летия. Начал писать в контексте раздумий над собственной жизнью, которая переламывается на настоящую старость (до сих пор это слово звучит для меня как-то непривычно; оно еще по-настоящему не приобрело личностного смысла, хотя это — странно) ...» [1].

Важнейшими работами А.Н. Леонтьева являются: «Развитие памяти» (1931); «Восстановление движения» (в соавт., 1945); «Очерк развития психики» (1947); «Психологическое развитие ребенка в дошкольном возрасте» (1948); «Ощущение, восприятие и внимание детей младшего школьного

возраста» (1950); «Умственное развитие ребенка» (1950); «Психология человека и технический прогресс» (в соавт., 1962); «Потребности, мотивы и эмоции» (1973); «Деятельность. Сознание. Личность» (1977); «Проблемы развития психики» (1981); «Категория деятельности в современной психологии» (1979); «Избранные психологические произведения. — В 2-х томах» (1983); «Дискуссия о проблемах деятельности» (в соавт., 1990) и другие.

Вместе с тем публикация и анализ его научного наследия далеки от завершения. Огромный архив А.Н. Леонтьева, хранящийся в его семье, до сих пор разобран лишь частично. После смерти Алексея Николаевича было опубликовано и продолжает публиковаться множество его неопубликованных рукописей и стенограмм; только книг, полностью или частично основанных на архивных материалах, насчитывается уже четыре, что сопоставимо с числом его (разных) прижизненных книг! Работа же с другими биографическими источниками, проливающими свет на перипетии его жизненного пути, занимает еще больше времени и намного кропотливее, чем работа с рукописями. Более того, интернет предоставляет оптимальные возможности для работы с материалами научных архивов, позволяя делать доступными при минимальных расходах архивные материалы, интересные обычно ограниченному кругу читателей [6].

Здесь уместно привести слова самого профессора А.Н. Леонтьева: «Автобиография не может, мне кажется, ограничиваться официальным списком выполненных работ. Лично меня всегда больше интересовали субъективные аспекты описаний жизни учёных: как учёный пришел в науку; каковы были внутренние мотивы его научной жизни; как он сам воспринимал её события и что субъективно выступало для него — на том или ином этапе — как сделанное им «открытие» [1].

Е.Е. Соколова справедливо подчеркивает, что современные молодые психологи не ценят традиций, оставленных нашими предшественниками и, в частности, А.Н. Леонтьевым. Участники историко-психологического интервью, делившиеся воспоминаниями об Алексее Николаевиче, говорили о методологической беспечности многих современных работ, о прагматической их ориентации взамен глубокой теоретической и методологической обоснованности, об отсутствии критичности в восприятии зарубежного опыта и игнорировании опыта отечественной психологии, о девальвации нравственных ценностей в практической психологической работе и т.п. По мнению Е.Е. Соколовой, подобного рода нигилизм молодого поколения психологов объясняется не только существенно

изменившимися социокультуральными условиями работы психологов в нашей стране, но и недостаточным знанием и преподаванием «живой» истории психологии. Поэтому сбор материалов «устной истории» психологической науки в нашей стране остается весьма актуальной задачей как собственно историков психологии, так и всех тех, кто уверен, что в психологии необходимо «работать» на опережение [2, 17].

А.Н. Леонтьев много лет (с 1957 до 1976 года) был членом исполнительного комитета Международного союза научной психологии, а одно время его вице-президентом, возглавлял Международное общество эргономики и Психологическую ассоциацию стран французского языка. К практически неизвестным фактам его биографии относится то, что в 1960 году его кандидатура рассматривалась в числе других для занятия должности директора департамента образования ЮНЕСКО, но в итоге был выбран другой кандидат, о чем свидетельствует письмо Витторино Веронезе, генерального директора ЮНЕСКО, А.Н. Леонтьеву от 16.01.1961 года.

В 1990-е годы, после распада СССР и социалистического лагеря и начала всеобщей аллергической реакции на все, ассоциирующееся с марксизмом, книги А.Н. Леонтьева практически не выходили за рубежом, однако в последние годы в мире поднимается новая волна интереса к его работам: вышли книги Алексея Николаевича во Вьетнаме, Греции, Дании, Германии, готовится издание в США. Он был почетным доктором Сорбонны и Будапештского университета, почетным членом Венгерской академии наук, почетным членом национальных психологических обществ ряда стран, был награжден медалью имени П. Раншбурга. В СССР он был удостоен ордена Ленина (1951), ордена «Знак Почета» (1967), ордена Трудового Красного Знамени (1978) и нескольких медалей, в том числе почетной медали имени К.Д. Ушинского.

Академик А.Н. Леонтьев очень много сделал для развития отечественной психологии, для утверждения достойного места советской психологии в мировом психологическом сообществе! Это заслуга Алексея Николаевича, что в крупных университетах нашей страны отделения психологии при философских факультетах были преобразованы в самостоятельные психологические факультеты; что ВАК выделил психологические науки (в составе 12 дисциплин) в самостоятельную группу из общего состава педагогических наук; что психология была введена в номенклатуру АН СССР и Отделение философии и права этой Академии было переименовано в Отделение философии,

психологии и права; что Сектор психологии Института философии АН СССР был преобразован в самостоятельный Институт психологии; что при факультете психологии МГУ был создан новый журнал «Вестник психологии».

Благодаря его усилиям и под его председательством в 1966 году в Москве был проведен XVIII Международный конгресс научной психологии, который, по мнению зарубежных психологов, был одним из наилучшим образом организованных конгрессов Международной ассоциации [1, 18, 19].

Следует отметить, что с самого дня кончины А.Н. Леонтьева и доныне находились и находятся люди, как будто поставившие себе жизненной целью дискредитировать личность и деятельность Алексея Николаевича, усердно создавая вокруг него определенный ореол. Для этой малопочтенной цели искусственно подбираются и тенденциозно интерпретируются какие-то отдельные факты его биографии. А такие факты, как самоотверженная борьба А.Н. Леонтьева за судьбы его прямых и даже не прямых учеников или демонстративный его отказ уволить с факультета М.К. Мамардашвили; как то «прикрытие», которое создавал своим немалым весом Алексей Николаевич для спокойной работы факультета, — сошлемся на воспоминания С.Г. Якобсон, где говорится: «С появлением отделения психологии я попала из этой малоприятной советской действительности, с ее доносами, персональными делами и прочей возней в совершенно другой мир — мир вечных ценностей, стремления к истине, в мир совершенно других людей»; как почти невероятный в советское время поступок, когда по инициативе А.Н. Леонтьева была провалена докторская диссертация секретаря факультетского партбюро, — все эти и многие другие факты, рисующие подлинный образ Алексея Николаевича как кристально честного, глубоко порядочного и редкостно принципиального человека и руководителя, попросту игнорируются.

Ученики и соратники А.Н. Леонтьева, хорошо знавшие его, подтверждают, что этот непростой человек, умевший быть нетерпимым, жестким и непримиримым, но, когда надо было для дела, гибким, толерантным и компромиссным, — был именно таким, как о нем говорят, — честным, смелым, порядочным и принципиальным, — и таким он остался в нашей общей памяти о нем.

Его бывший студент Федор Ефимович Василюк говорит в своих опубликованных воспоминаниях об А.Н. Леонтьеве: «...Мы интуитивно чувствовали его необыкновенный масштаб и профессиональный, и человеческий... Он был человеком из какого-то другого мира,

Мира Великих Людей...» [20-23]. П.Я. Гальперин справедливо подчеркивает, что в истории психологии его имя будет стоять в первом ряду ее выдающихся строителей! [19].

Вне сомнения, академик Алексей Николаевич Леонтьев внес существенный научный вклад в развитие отечественной психологии, обогатив её крупнейшими достижениями. Его высокая принципиальность как гражданина и учёного, широта научных интересов и

оригинальность мышления, добросовестность и настойчивость в работе являются наилучшим примером для молодежи, которая решила посвятить себя науке. Бесспорно, творческая биография и научные достижения Алексея Николаевича имеют большой интерес для отечественной психологической и психиатрической науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно что касается работы Харьковской группы психологов.

Литература

1. Леонтьев А.А. Алексей Николаевич Леонтьев: деятельность, сознание, личность: Монография / А.А. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Е.Е. Соколова — М.: Смысл, 2005. — 431 с.
2. Соколова Е.Е. А.Н. Леонтьев и его время глазами очевидцев / Е.Е. Соколова // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24. — № 1. — С. 22-28.
3. Леонтьев А.А. Леонтьев Алексей Николаевич // История психологии в лицах: персоналии [Электронный ресурс] / А.А. Леонтьев, Д.А. Леонтьев // Режим доступа: <http://slovari.yandex.ru/dict/psychlex/article/PS1/ps1-0348.htm?text/>.
4. Ковалева Г. Время памяти / Г. Ковалева // Слобода: Газета Харьковского городского совета. — 18.11.2003. — № 92. — С. 11.
5. Леонтьев Алексей Николаевич // 100 великих психологов / Автор-составитель В. Яровицкий. — М.: Вече, 2004. — С. 79-82.
6. Леонтьев Алексей Николаевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.anleontiev.smysl.ru>.
7. Леонтьев Алексей Николаевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
8. Степанов С. Алексей Николаевич Леонтьев [Электронный ресурс] / С. Степанов // Режим доступа: http://psy.1september.ru/2001/14/4_5/htm.
9. Петрюк П.Т. Академик Алексей Николаевич Леонтьев — выдающийся психолог современной эпохи и бывший сабурянин (К 105-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, О.П. Петрюк // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — № 3. — С. 128-132.
10. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — 2-е изд. / А.Н. Леонтьев. — М.: Политиздат, 1977. — 304 с.
11. Леонтьев А.Н. Категория деятельности в современной психологии / А.Н. Леонтьев // Вопросы психологии. — 1979. — № 3. — С. 11-15.
12. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии: Учеб. пособие / Под ред. Д.А. Леонтьева, Е.Е. Соколовой. — 4-е изд., стереотип. / А.Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 2007. — 511 с.
13. А.Н. Леонтьев и современная психология: Сб. ст. памяти А.Н. Леонтьева / Под ред. А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, О.В. Овчинниковой (отв. редактор), О.К. Тихомирова. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — 288 с.
14. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. / Под ред. В.В. Давыдова и др. / А.Н. Леонтьев. — М.: Педагогика, 1983. — Т. 1. — 391 с.; Т.2. — 318 с.
15. Леонтьев А.А. Миф о разрыве: А.Н. Леонтьев и Л.С. Выготский в 1932 году: К 100-летию со дня рождения А.Н. Леонтьева / А.А. Леонтьев, Д.А. Леонтьев // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24. — № 1. — С. 14-22.
16. А.Н. Леонтьев. Мой путь в психологии (рукопись).
17. Соколова Е.Е. А.Н. Леонтьев и его школа: опыт устной истории / Е.Е. Соколова // Журнал практического психолога. — 2003. — № 1-2 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.anleontiev.smysl.ru/vospomin/jpp.htm>.
18. Леонтьев Алексей Николаевич // Большая советская энциклопедия [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://slovari.yandex.ru/dict/bse/article/00042/01800.htm?text>.
19. Гальперин П.Я. К воспоминаниям об А.Н. Леонтьеве / П.Я. Гальперин // А.Н. Леонтьев и современная психология: Сб. ст. памяти А.Н. Леонтьева / Под ред. А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, О.В. Овчинниковой (отв. редактор), О.К. Тихомирова. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — С. 240-244.
20. Леонтьев А.А. Жизненный и творческий путь А.Н. Леонтьева: Текст вечерней лекции [Электронный ресурс] / А.А. Леонтьев // Режим доступа: <http://www.psy.msu.ru/people/leontiev>.
21. Леонтьев А.А. Жизненный путь Алексея Николаевича Леонтьева / А.А. Леонтьев // А.Н. Леонтьев и современная психология: Сб. ст. памяти А.Н. Леонтьева / Под ред. А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, О.В. Овчинниковой (отв. редактор), О.К. Тихомирова. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — С. 6-39.
22. Эльконин Д.Б. Воспоминания о соратнике и друге / Д.Б. Эльконин // Там же. — С. 244-251.
23. Ярошевский М.Г. Несколько штрихов к портрету ученого / М.Г. Ярошевский // Там же. — С. 251-255.

З глибоким сумом сповіщаємо про втрату двох членів редакційної колегії журналу «Психічне здоров'я»

10 жовтня 2013 року на 67 році життя після важкої хвороби помер Президент Української асоціації сімейної медицини, визначний діяч вищої медичної освіти та науки, директор Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Лисенко Григорій Іванович.

Це непоправна втрата для галузі та колективу Національної медичної академії післядипломної освіти, з якою нерозривно була пов'язана доля та життя фундатора української сімейної медицини, відомого ученого та освітянина, професора Лисенка Григорія Івановича.

Г.І. Лисенко у 1971 році закінчив з відзнакою Київський орден Трудового Червоного Прапора медичний інститут ім. академіка О.О. Богомольця. У 1988 році захистив докторську дисертацію, присвячену питанням лікування аутоімунної патології шляхом імуносупресії. З 1993 року очолював кафедру терапії, а згодом сімейної медицини Київського інституту удосконалення лікарів. У 1996–1999 працював деканом терапевтичного факультету Київської медичної академії післядипломної освіти. У 2009 році він став директором першого у країні Інституту сімейних лікарів Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. З моменту організації у 1997 році очолював Українську асоціацію сімейних лікарів.

Його життя було прикладом служіння Батьківщині та людям. Держава та міжнародна спільнота достойно відзначала подвижницьку працю Григорія Івановича Лисенка у вітчизняній охороні здоров'я, особливо у сфері сімейної медицини. Йому було присвоєне почесне звання «Заслужений діяч науки і техніки України», він неодноразово був відзначений Почесними грамотами та Подяками Міністерства охорони здоров'я України. Г.І. Лисенко був обраним членом Королівського Коледжу лікарів загальної практики (Великобританія), Всесвітньої (WONCA) та Європейської організації сімейних лікарів. У 1995–2002 рр. працював заступником голови Вченої медичної ради МОЗ України. Був членом Правління Українського товариства терапевтів та ревматологів.

Пішла у вічність чуйна та щиросердечна людина, яка все своє життя присвятила найбагороднішій праці — вихованню та навчанню не одного покоління сімейних лікарів для нашої країни.



Лисенко Г. І.

2 жовтня 2013 року на 61-му році пішов з життя відомий український психіатр, доктор медичних наук Валерій Іванович Свінар'єв.

Після закінчення Івано-Франківського державного медичного інституту у 1981 р. Свінар'єв В.І. працював у КМКПЛ №1 лікарем-ординатором, зав.відділенням, заступником головного лікаря з медичної частини. З 2008 р. керував амбулаторно-консультативним відділенням (з функціями РПКЦ) КМКПЛ №1.

Працюючи у практичному відділі закладу охорони здоров'я він підготував та захистив кандидатську та докторську дисертації.

Лікарсько-діагностичну роботу Свінар'єв В.І. успішно поєднував з науковою та педагогічною діяльністю. Надруковано 62 наукових публікацій в різних виданнях. Випустив свою монографію. Мав 10 років педагогічного стажу — викладав психіатрію на кафедрі психіатрії Українського національного університету ім. О.О.Богомольця.

Нагороджувався грамотами, подяками МОЗ України, ГУОЗ м.Києва, орденом, почесним знаком за заслуги в науковій та практичній медицині.



Свінар'єв В. І.

*Висловлюємо глибоке співчуття рідним та близьким.
Редакція журналу «Психічне здоров'я».*

До уваги авторів:

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

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



Перша Національна Соціальна Програма
“З турботою про співвітчизника”

КАРБАМАЗЕПІН-ФС

КАРБАМАЗЕПІН



ГАБАНТИН 300

ГАБАПЕНТИН



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія



Ми робимо якісне лікування доступним!

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

10 лет успешного опыта применения
в психиатрической практике

Зипрекса®
Оланзапин
ПОМОГАЕТ ЖИТЬ

Оптимальное решение на всех этапах терапии шизофрении и биполярного расстройства

Мое будущее было
ограничено
больничными стенами

Разнообразные формы выпуска препарата Зипрекса®:

- Помогают подобрать лечение
согласно индивидуальным
потребностям каждого пациента^{1,2,4}
- Обеспечивают преемственность
этапов терапии^{3,5}

	Комплаентность	Низкая	Высокая
Ажитация			
Высокая			
Низкая			

Теперь я хочу большего

ЗИПРЕКСА® (ZYPREXA®). 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 и 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, акатию, 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.** Спирок 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. Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению.

1. Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Polvin AH, Andersen SW, Beasley CM Jr, Tollefson GD: Double blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. J Clin Psychopharmacology 1997;17:407-418. 2. Beasley Jr CM et al: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. J Clin Psychopharmacology 2003;23:582-594. 3. P. Wright, M.R.C. Psych, M.D., et al, A Comparison of the Efficacy and Safety of Olanzapine Versus Haloperidol During Transition from Intramuscular to Oral Therapy. Clinical Therapeutics. 2003;25(5):1420-1428. 4. Kinnon BJ et al: Olanzapine Orally Disintegrating Tablets in the Treatment of Acutely Ill, Non-compliant Patients with Schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 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

Регистрационные номера: UA/7871/02/01, UA/7871/02/02, UA/7871/01/01, UA/7871/01/02, UA/0911/02/01 – Украина;
12163, 12164 – Армения; 10-00068 – Азербайджан.
№ 8144/07/10, № 8497/08/13, № 9945/12 – Беларусь; 17292, 17356, 17357, 18676, 18677 – Молдова.

CNS - AD - 3 - 220612.

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