

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

1-2 (42-43) 2014

MENTAL HEALTH

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Любов БАРАНОВСЬКА

к.мед.н., заступник головного редактора, завідувач міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги (ТМО «Психіатрія» у м. Києві)



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 президентіві України



Галина ПИЛЯГІНА

д.мед.н., професор кафедри дитячої соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика



Сергій МАЛЯРОВ

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



Валентина МЕЛЬНИК

заступник головного редактора, д.мед.н., директор Центру медицини 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 ТМО «Психіатрія» у м. Києві, 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



Олег ЧАБАН

д.мед.н., проф., завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії Українського НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України, проф. каф. загальної і медичної психології та педагогіки НМУ ім. О.О. Богомольця



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 Буканова 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.

Територіальне медичне об'єднання
«Психіатрія» у м. Києві (Міський науковий
інформаційно-методичний центр з організації
психіатричної допомоги).

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

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 4 від 09.04.2014 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 06/05/2014 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1785.

© Психічне здоров'я, 2014

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Кутько І.І., Терьошина І.Ф.</i> Показники енергетичного метаболізму у хворих на рекурентні депресивні розлади	4
<i>Мерліч С.В.</i> Особливості відношення до хвороби в пацієнтів з онкопатологією, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми	10
<i>Морванюк Г.В.</i> Аналіз розповсюдженості та особливостей протікання шизофренії з урахуванням гендерних відмінностей.	14
<i>Гнатишин М.С., Буздиган О.Г.</i> Особливості продуктивної та негативної симптоматики шизофренії у чоловіків та жінок.	18
<i>Ніконенко В.А.</i> Клініко-психопатологічні особливості хворих з тривожно-депресивними розладами при артеріальній гіпертензії.	23
<i>Пшук Є.Я.</i> Дослідження взаємозв'язку якості життя та ресурсу сімейної підтримки у референтних родичів пацієнтів з шизофренією	29
Дитяча та підліткова психіатрія	
<i>Аймедов К.В., Кривоногова О.В.</i> Дослідження властивостей довільної уваги у старших дошкільників в умовах дитячої освітньої установи компенсуючого типу	33
Медична психологія та психотерапія	
<i>Онищенко І.В.</i> Індивідуально-психологічні та особистісно- психологічні особливості хворих на псоріаз та їх роль в розвитку дезадаптації особистості.	37
<i>Зінченко О.М.</i> Особливості психотерапевтичної корекції непсихотичних психічних розладів і у жителів сільської місцевості	41
Етичні та правові аспекти психічного здоров'я	
<i>Васильєва Н. Ю.</i> Аналіз проблеми жіночої злочинності та агресивної кримінальної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.	46
<i>Илейко В.Р., Шлимили С.Л.</i> К вопросу реализации положений ст. 508 уголовного процессуального кодекса Украины (проект инструкции)	53
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Пінчук І.Я.</i> Наукове обґрунтування нової моделі надання психіатричної допомоги населенню України	58
<i>Возний Д.В.</i> Стандарти організації медико-психологічної допомоги особам з алкогольною залежністю в Україні.	67
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Петрюк П.Т., Кузнецов В.Н., Петрюк А.П., Каленюк А.Ф., Дойчук П.Л.</i> Профессор Карл Леонгард — выдающийся немецкий психиатр, психопатолог, невролог и психолог (к 110-летию со дня рождения)	72
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	80

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)
 В. А. Шумлянський (Україна)
 В. Д. Юрченко (Україна)
 Л. М. Юр'єва (Україна)
 В. С. Ястребов (Росія)

Contents

The opening word of editor-in-chief	3
Mental and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Kutko I.I., Teryshina I.F.</i> Indexes of the energy metabolism in patients with recurrent depressive disorders	4
<i>Merlych S.V.</i> Features of attitude toward illness in cancer patients who underwent surgery with forming of intestinal stoma	10
<i>Morvaniuk A.V.</i> Analysis of distribution and peculiarities of schizophrenia considering gender differences	14
<i>Gnatyshin M.S., Buzdygan O.G.</i> Especially productive and negative symptoms of schizophrenia in men and women	18
<i>Nikonenko V. A.</i> Clinico- psychopathological features of patients with anxiety and depressive disorders with arterian hypertensiya	23
<i>Pshuk Y.Y.</i> The study of the relationship of quality of life and family resource support referential relatives of patients with schizophrenia	29
Children's psychiatry	
<i>Aymedov K.V., Kryvonogova O.V.</i> Research of properties of arbitrary attention in senior under-fives in the conditions of child's educational establishment of compensating type	33
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Onyshchenko I.V.</i> Individually-psychological and personality-psychological features of patients by psoriasis and their role in development of desadaptation of personality	37
<i>Zinchenko A.M.</i> Features of the psychotherapeutic correction nonpsychotic mental disorders in residents of rural areas	41
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Vasilyeva N. Y.</i> Analysis of the problem of female crime and aggressive criminal behavior of women who have committed crimes against life and health.	46
<i>Ileyko V.R., Shlimili S.L.</i> For the issue of implementation of the provisions st. 508 Criminal Procedural Code of Ukraine (project manual)	53
Organization and management in mental health care	
<i>Pinchuk I.Y.</i> Scientific basis a new model of psychiatric care to ukrainian population	58
<i>Vozniy D.V.</i> Standards of the medical and psychological assistance to persons with alcohol dependence in Ukraine	67
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Petryuk P.T., Kusnetsov V.M., Petryuk O.P., Kalenyuk A.F., Dojchuk P.L.</i> Professor Karl Leonard is prominent an German psychiatrist, psychopathologist, neurologist and psychologis (to the 110-anniversary of birthday)	72
The notice for our authors (requipments to the articles)	80

Шановні читачі!

7 квітня 2014 року — Всесвітній день здоров'я. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

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

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні Україна і кожна європейська країна, проблеми в цій галузі виникають практично в кожного четвертого жителя Європи протягом його життя. Відсоток різного роду психічних захворювань, що виникають у певні періоди, дуже високий у Європі. З 850 мільйонів, що проживають на території Європейського регіону, близько 100 мільйонів, за підрахунками ВООЗ, страждають на тривожні стани і депресії; більше 21 мільйона чоловік страждають від наслідків алкогольної залежності; більше 7 мільйонів уражені хворобою Альцгеймера й інших форм слабоумства; більше 4 мільйонів чоловік — шизофренією; 4 мільйони підвладні маніакально-депресивним станам; 4 мільйони — розладам панічного типу. Нервові і психічні хвороби являють собою другу за величиною загрозу в Європі після серцево-судинних захворювань. Вони є причиною 19,5% випадків непрацездатності. Тільки депресивні стани складають одну третину від загального тягара хвороб і є причиною 6,2% випадків непрацездатності.

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

Проведення національних оцінок стану психічного здоров'я населення України — один з найбільш ефективних підходів, який сприяє національному плануванню й інвестиції в галузі психічного здоров'я, а також проведенню оцінки впливу змін соціальної політики на психічне здоров'я населення.

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

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

Показники енергетичного метаболізму у хворих на рекурентні депресивні розлади



Кутько І. І.



Терьошина І. Ф.

Кутько І. І., Терьошина І. Ф.

ДЗ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Резюме. Проаналізовано показники енергетичного метаболізму у хворих на рекурентні депресивні розлади (РДР). Встановлено наявність порушень з боку аденілової системи крові та активності ЛДГ й її ізоферментного спектру, які є характерними для процесів активації анаеробного гліколізу, тобто перебудові енергетичного метаболізму на анаеробний тип. Застосування загальноприйнятої терапії не забезпечує нормалізації вивчених показників енергетичного метаболізму в хворих на РДР.

Ключові слова: рекурентні депресивні розлади, енергетичний метаболізм, аденілова система, лактатдегідрогеназа, загальноприйняте лікування, патогенез.

Indexes of the energy metabolism in patients with recurrent depressive disorders

Kutko I. I., Teryshina I. F.

SE «Neurology, Psychiatry and Narcology Institute of UAMS»

SE «Lugansk state medical university»

Resume. The energy metabolism indexes in patients with recurrent depressive disorders (RDR) was analysed. It was set adenyl system violations and LDH and its enzyme spectrum violations. This process characterized activation of anaerobic glycolysis. Implementation of the common therapy is unable to provide full recovery of studied indexes in patients with RDR.

Key words: recurrent depressive disorders, energy metabolism, adenyl system, lactate dehydrogenase, general accepted treatment, pathogenesis.

Вступ. Відомо, що депресивні розлади, незважаючи на значні успіхи сучасної психіатрії, в теперішній час залишаються актуальною проблемою в усьому світі [1, 5, 8-11, 15-16, 18-23]. Аналізуючи дані статистичних досліджень останніх років, можна констатувати, що депресивні розлади виходять на лідируюче місце серед причин втрати працездатності населення економічно розвинутих країн, при цьому хворі з даною патологією в середньому проводять близько 10% життя в психіатричних стаціонарах та близько 30% з цим захворюванням у стані депресії, що неминуче призводить до

різкого зниження соціальної активності пацієнта та його якості життя [8, 9]. Не дивлячись на наявність повноцінних інтеремісій, рекурентна депресія є тяжким дезадаптующим захворюванням [11, 15, 16]. Тому вельми важливим та актуальним для клінічної практики є детальне дослідження патогенетичних особливостей депресивних розладів та розробку на підставі отриманих даних раціональних підходів до терапії даного захворювання.

Раніше нами вже було встановлено, що у хворих на РДР відмічається погіршення низки імунологічних показників, зокрема має місце

активація імунотоксичних процесів та дисбаланс цитокінового профілю крові [12, 14]. При дослідженні стану метаболічного гомеостазу у хворих на РДР встановлено розвиток синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації з накопиченням у сироватці крові так званих «середніх молекул» [13]. Однак залишається невідомим стан енергетичного метаболізму в хворих на РДР, якому належить важлива роль у забезпеченні нормального функціонування органів і тканин усього організму [6]. Слід підкреслити, що ще у класичній монографії І.А. Поліщука [7] підкреслена патогенетична значущість типових біохімічних синдромів при психічних хворобах, в тому числі так званого «синдрому гіпоенергетизму», вельми характерному для більшості психічних розладів, однак детально ця проблема стосовно РДР не була розглянута. Тому ми вважали доцільним та перспективним провести такі дослідження із застосуванням сучасних біохімічних методів дослідження, що дозволить отримати нові дані щодо ролі порушень енергетичного метаболізму в патогенезі РДР.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до сумісного комплексного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» та ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР «Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного ґенезу та їх корекція» (№ держреєстрації 0108U009465).

Метою роботи було вивчення показників енергетичного метаболізму в хворих на РДР.

Об'єкт та методи дослідження.

Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 117 хворих на РДР. Діагноз «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.00) був встановлений у 32 (27,4%) пацієнтів, «РДР триваючий епізод помірної ваги» (F33.1) — у 44 (37,6%) хворих, «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2) — у 41 (35,0%) осіб. Хворі з діагнозом «РДР триваючий епізод тяжкий з психотичними симптомами» нами не розглядалися, оскільки вони потребували лікування в умовах психіатричного стаціонару. Середній вік хворих був 34,4±6,8 років, жінок серед хворих було 82 (70,1%), чоловіків — 35 (29,9%). Спостереження за станом пацієнтів проводилось один раз на місяць на протязі 24 міс. В ході спостереження проводилась реєстрація захворювання всіх загострень та повторних епізодів з ознакою ступеню важкості,

часу виникнення та їх довготривалістю. Під рецидивом слід розуміти розвиток депресивної симптоматики, яка зберігалась не менш двох тижнів і яка відповідає критеріям МКХ-10 для легкого (F33.00), помірного (F33.1) та тяжкого епізоду без психотичних симптомів (F33.2). При виникненні депресивного розладу поміж запланованими візитами проводилось допоміжне обстеження хворих.

Для реалізації мети роботи нами аналізувалися показники аденілової системи, а саме аденозинтрифосфат (АТФ), аденозиндифосфат (АДФ) та аденозинмонофосфат (АМФ) у гомогенаті еритроцитів периферичної крові методом тонкошарової хроматографії [3]. Загальну активність ЛДГ (КФ 1.1.1.27) як ключового ферменту анаеробного гліколізу та вміст її фракцій вивчали модифікованим методом, розробленим на основі класичного метода Sevela и Tovarek [4]. Ізоферменти ЛДГ (КФ 1.1.1.27) визначали електрофоретично на пристрої для електрофорезу ПЕФ-3 з використанням полістиролової камери горизонтального електрофорезу [2].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали за допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и BioStat [17].

Результати та їх обговорення. При проведенні спеціального біохімічного дослідження до початку лікування було встановлено, що у хворих на РДР відмічалось зниження вмісту АТФ у сироватці крові, при цьому одночасно у обстежених пацієнтів рівень інших макроергічних сполук (АДФ та АМФ) підвищувався. Слід відмітити, що ступінь змін вивчених показників прямо корелювала зі ступенем тяжкості захворювання (табл. 1).

Таблиця 1

Показники аденілової системи крові у хворих на РДР до початку лікування (M±m)

Біохімічні показники	Хворі на РДР (n=117)		
	F 33.0 (n=32)	F 33.1 (n=44)	F 33.2 (n=41)
АТФ, мкмоль/л	418,1±5,6 P<0,001	364,2±5,9 P<0,001	316,5±6,1 P<0,001
	Норма 642,0±9,0 мкмоль/л		
АДФ, мкмоль/л	291,3±5,3 P<0,05	328,1±6,1 P<0,01	371,6±6,2 P<0,001
	Норма 232±5,2 мкмоль/л		
АМФ, мкмоль/л	76,3±1,3 P<0,001	89,2±1,4 P<0,001	104,1±1,6 P<0,001
	Норма 53,5±1,6 мкмоль/л		

Так, рівень АТФ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) до початку лікування був у середньому в 1,54 рази нижче норми і дорівнював ($418,1 \pm 5,6$) мкмоль/л ($P < 0,001$), у пацієнтів з діагнозом РДР (F 33.1) — у 1,76 рази нижче норми і складав ($364,2 \pm 5,9$) мкмоль/л ($P < 0,001$), у осіб з діагнозом РДР (F 33.2) — у 2,03 рази і досягав значень ($316,5 \pm 6,1$) мкмоль/л ($P < 0,001$) (табл. 1). Вміст АДФ в крові на момент першого обстеження у хворих з діагнозом РДР (F 33.0) складав в середньому ($291,3 \pm 5,3$) мкмоль/л, що перевищувало відповідні значення норми цього показника в 1,25 рази ($P < 0,05$), у осіб, що страждають на РДР (F 33.1) — в середньому ($328,1 \pm 6,1$) мкмоль/л, що було вище за норму в 1,41 рази ($P < 0,01$), у пацієнтів з РДР (F 33.2) — в середньому ($371,6 \pm 6,2$) мкмоль/л, що було в 1,60 рази більше норми (табл. 1). До початку лікування вміст АМФ в сироватці крові у пацієнтів з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» дорівнював в середньому ($76,3 \pm 1,3$) мкмоль/л, що перевищувало відповідні значення норми цього показника в 1,43 рази ($P < 0,01$), у пацієнтів з діагнозом «РДР триваючий епізод помірної ваги» — в середньому ($89,2 \pm 1,4$) мкмоль/л, що було вище за норму в 1,67 рази, у осіб з діагнозом «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» — в середньому ($104,1 \pm 1,6$) мкмоль/л, що було в 1,95 рази більше норми (табл. 1).

Таким чином, отримані нами дані свідчать про порушення зі сторони аденінової системи, які перш за все характеризуються пониженням вмісту у крові основної макроергічної сполуки — АТФ. Збільшення вмісту в гомогенаті еритроцитів АДФ і АМФ може бути оцінене двояко: по-перше, як компенсаторне в плані попередників ресинтезу АТФ по схемі АМФ — АДФ — АТФ [17] і, по-друге, як наслідок посиленого утилізації клітинними елементами АТФ при недостатній швидкості ресинтезу цієї основної макроергічної сполуки. Можливо, що мають місце обидва механізми формування зсувів зі сторони аденінової системи і енергетичного метаболізму в цілому в хворих на РДР.

Це важливе положення знаходить своє підтвердження і при вивченні динаміки активності ключового ферменту анаеробного гліколізу — ЛДГ, а також її ізоферментного спектру, особливо ЛДГ₃ та суми ізоферментів ЛДГ₄₊₅. Слід відзначити, що ступінь зрушень вивчених біохімічних показників також залежала від ступеня тяжкості захворювання (табл. 2).

Як відображено у табл. 2, загальна активність ЛДГ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) до початку проведення лікування в АУ складала в середньому ($259,5 \pm 4,3$) МО/л, тобто була збільшена в середньому в 1,1 рази стосовно

Таблиця 2

Активність ЛДГ та її ізоферментний спектр у хворих на РДР до лікування ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Хворі на РДР (n=117)		
	F 33.0 (n=32)	F 33.1 (n=44)	F 33.2 (n=41)
ЛДГ, МО/л	$259,5 \pm 4,3$ $P < 0,05$	$271,0 \pm 4,8$ $P < 0,05$	$289,0 \pm 4,7$ $P < 0,05$
	Норма $240,0 \pm 5,0$ МО/л		
ЛДГ ₁₊₂ , МО/л	$188,8 \pm 3,5$ $P < 0,05$	$195,7 \pm 3,6$ $P < 0,05$	$198,3 \pm 3,3$ $P < 0,05$
	Норма $186,0 \pm 3,0$ МО/л		
ЛДГ ₃ , МО/л	$46,5 \pm 2,6$ $P < 0,05$	$51,0 \pm 3,3$ $P < 0,05$	$55,2 \pm 3,4$ $P < 0,01$
	Норма $38,9 \pm 2,6$ МО/л		
ЛДГ ₄₊₅ , МО/л	$24,2 \pm 0,5$ $P < 0,01$	$24,3 \pm 0,6$ $P < 0,01$	$35,5 \pm 1,1$ $P < 0,001$
	Норма $15,1 \pm 0,7$ МО/л		

значень норми ($P < 0,05$). У пацієнтів з діагнозом «РДР триваючий епізод помірної ваги» загальна активність ЛДГ була у 1,13 рази вище норми і складала в середньому ($271,0 \pm 4,8$) МО/мл ($P < 0,05$), у осіб з наявністю РДР (F 33.2) до початку проведення лікувальних заходів загальна активність ЛДГ була збільшеною у 1,2 рази стосовно норми і досягала значень ($289,0 \pm 4,7$) МО/мл ($P < 0,05$).

Активність суми фракцій ЛДГ₁₊₂ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) до початку терапевтичних заходів вірогідно від норми не відрізнялася, однак у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) була в 1,05 рази вище норми та становила в середньому ($195,7 \pm 4,6$) МО/мл ($P < 0,05$), у хворих на РДР (F 33.2) — в 1,06 рази більше норми та рівнялася ($198,3 \pm 4,3$) МО/мл ($P < 0,05$).

Активність проміжного ізоферменту ЛДГ₃ у хворих на РДР змінювалася більш значно, при цьому в пацієнтів з наявністю РДР (F 33.0) в цей період дослідження середній показник активності ЛДГ₃ становив в середньому ($46,5 \pm 2,6$) МО/мл, що було в 1,2 рази більше норми ($P < 0,05$), у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) — ($51,0 \pm 3,3$) МО/мл, що було в 1,31 рази вище норми ($P < 0,05$), у хворих на РДР (F 33.2) — ($55,2 \pm 3,4$) МО/мл, що було в 1,42 рази більше норми ($P < 0,01$).

Найбільш суттєві зміни спостерігалися з боку активності суми фракцій ЛДГ₄₊₅, при цьому в осіб з наявністю РДР (F 33.0) вона дорівнювала в середньому ($24,2 \pm 0,5$) МО/мл, що було в 1,6 рази більше норми ($P < 0,001$), у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) — ($24,3 \pm 0,6$) МО/мл, що було в 1,61 рази вище норми ($P < 0,001$), у хворих на РДР (F 33.2) — ($35,5 \pm 1,1$) МО/мл, що було в 2,35 рази більше норми ($P < 0,001$).

Таким чином, до початку лікування у хворих на РДР були виявлені чітко виражені зсуви як з боку загальної активності ЛДГ, так і з боку ізоферментного спектру ЛДГ у сироватці крові обстежених осіб, при цьому показово, що кратність збільшення активності даних показників була більш значущою при тяжкому перебігу захворювання.

При проведенні спеціального біохімічного дослідження після завершення лікування в АУ із застосуванням загальноприйнятих препаратів було встановлено, що в обстежених осіб, незважаючи на деяку позитивну динаміку, в більшості випадків нормалізації вивчених показників не відбувалося.

Так, рівень АТФ у сироватці крові хворих на РДР (F 33.0) дорівнював на момент завершення лікування в середньому $(561,6 \pm 5,4)$ мкмоль/л, що було в 1,15 рази нижче норми ($P < 0,05$), у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) — складав $(508,9 \pm 5,5)$ мкмоль, що було в 1,26 рази менш норми ($P < 0,05$), у осіб з діагнозом РДР (F 33.2) — рівнявся $(429,2 \pm 5,7)$ мкмоль/л, що було в 1,5 рази менш відповідного показника норми ($P < 0,01$) (табл. 3).

Вміст АДФ в сироватці крові на момент завершення лікування у хворих на РДР (F 33.0) складав в середньому $(260,7 \pm 5,4)$ мкмоль/л, що було більше норми даного показника в 1,12 рази ($P < 0,05$), у хворих на РДР (F 33.1) — в середньому $(297,6 \pm 5,6)$ мкмоль/л, що було вище норми в 1,28 рази ($P < 0,05$), у пацієнтів з РДР (F 33.2) — в середньому $(345,7 \pm 5,8)$ мкмоль/л, що було в 1,49 рази вище норми ($P < 0,01$). У хворих на РДР (F 33.0) рівень АМФ на момент завершення лікування становив в середньому $(59,2 \pm 1,4)$ мкмоль/л, що перевищувало значення норми для даного показника в 1,12 рази ($P < 0,05$), у пацієнтів з наявністю РДР (F 33.1) — в середньому $(70,4 \pm 1,4)$ мкмоль/л, що було вище норми в 1,32 рази, у осіб з діагнозом РДР (F 33.2) — в середньому $(83,5 \pm 1,3)$ мкмоль/л, що було в 1,56 рази вище норми ($P < 0,01$).

Загальна активність ЛДГ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) та у пацієнтів з діагнозом РДР (F 33.1) на момент завершення лікування досягала верхньої межі норми та складала в середньому $(245,8 \pm 4,2)$ МО/л та $(254,7 \pm 4,4)$ МО/мл ($P < 0,05$) відповідно. У осіб з діагнозом РДР (F 33.2) загальна активність ЛДГ в цей період дослідження складала в середньому $(268,6 \pm 4,5)$ МО/мл, що було в 1,12 рази вище норми ($P < 0,05$) (табл. 4).

Активність суми фракцій ЛДГ₁₊₂ у крові хворих усіх трьох підгруп на момент завершення лікування вірогідно від норми не відрізнялася. Активність фракції ЛДГ₃ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) в цей період дослідження

складала в середньому $(40,9 \pm 2,3)$ МО/мл, що дорівнювало верхній межі норми для даного показника, у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) — $(45,1 \pm 2,8)$ МО/мл, що було в 1,16 рази вище норми ($P < 0,05$), у хворих на РДР (F 33.2) — $(49,2 \pm 3,0)$ МО/мл, що було в 1,26 рази більше норми ($P < 0,05$). Активність суми фракцій ЛДГ₄₊₅ у крові хворих з наявністю РДР (F 33.0) в цей період дослідження складала в середньому $(17,5 \pm 0,5)$ МО/мл, що було в 1,16 рази більше норми, у хворих з діагнозом РДР (F 33.1) — $(19,4 \pm 0,6)$ МО/мл, що було в 1,28 рази вище норми ($P < 0,05$), у хворих на РДР (F 33.2) — $(25,4 \pm 0,5)$ МО/мл, що було в 1,68 рази більше норми ($P < 0,001$).

Таким чином, як видно з отриманих даних, у хворих на РДР спостерігається наявність порушень, які є характерними для процесів активації анаеробного гліколізу, тобто перебуванні енергетичного метаболізму на анаеробний

Таблиця 3

Показники аденілової системи крові у хворих на РДР після завершення лікування ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Хворі на РДР (n=117)		
	F 33.0 (n=32)	F 33.1 (n=44)	F 33.2 (n=41)
АТФ, мкмоль/л	$561,6 \pm 5,4$ $P < 0,05$	$508,9 \pm 5,5$ $P < 0,05$	$429,2 \pm 5,7$ $P < 0,01$
	Норма $642,0 \pm 9,0$ мкмоль/л		
АДФ, мкмоль/л	$260,7 \pm 5,4$ $P < 0,05$	$297,6 \pm 5,6$ $P < 0,05$	$345,7 \pm 5,8$ $P < 0,01$
	Норма $232 \pm 5,2$ мкмоль/л		
АМФ, мкмоль/л	$59,2 \pm 1,4$ $P < 0,05$	$70,4 \pm 1,4$ $P < 0,05$	$83,5 \pm 1,3$ $P < 0,01$
	Норма $53,5 \pm 1,6$ мкмоль/л		

Таблиця 4

Активність ЛДГ та її ізоферментний спектр у хворих на РДР після лікування ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Хворі на РДР (n=117)		
	F 33.0 (n=32)	F 33.1 (n=44)	F 33.2 (n=41)
ЛДГ, МО/л	$245,8 \pm 4,2$ $P > 0,05$	$254,7 \pm 4,4$ $P > 0,05$	$268,6 \pm 4,5$ $P < 0,05$
	Норма $240,0 \pm 5,0$ МО/л		
ЛДГ ₁₊₂ , МО/л	$187,4 \pm 3,2$ $P > 0,05$	$190,2 \pm 4,6$ $P > 0,05$	$194,0 \pm 4,1$ $P > 0,05$
	Норма $186,0 \pm 5,0$ МО/л		
ЛДГ ₃ , МО/л	$40,9 \pm 2,3$ $P = 0,05$	$45,1 \pm 2,8$ $P < 0,05$	$49,2 \pm 3,0$ $P < 0,05$
	Норма $38,9 \pm 2,6$ МО/л		
ЛДГ ₄₊₅ , МО/л	$17,5 \pm 0,5$ $P < 0,05$	$19,4 \pm 0,6$ $P < 0,05$	$25,4 \pm 0,5$ $P < 0,001$
	Норма $15,1 \pm 0,7$ МО/л		

тип. На момент завершення курсу лікування у переважної більшості хворих, незважаючи на деяку позитивну динаміку, зберігаються зміни з боку показників енергозабезпечення організму. Виходячи з цих даних, можна вважати доцільним та перспективним включення до загального комплексу лікування хворих на РДР метаболічно активних препаратів, які спроможні забезпечити відновлення метаболічного гомеостазу у хворих, та зокрема показників аденілової системи крові та активності ЛДГ та її ізоферментного спектру, що має велике значення у енергетичному обміні організму людини.

Висновки

1. У даній роботі наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної наукової задачі в галузі клінічної психіатрії — підвищення ефективності лікування хворих на РДР різного ступеню тяжкості в АУ.
2. У хворих на РДР до початку лікування виявлені суттєві порушення показників аденілової системи крові, а саме зниження концентрації провідної макроергічної сполуки — АТФ у гомогенаті еритроцитів периферійної крові хворих на тлі компенсаторного підвищення вмісту інших аденінових

нуклеотидів — АДФ та особливо АМФ, що можна також пов'язати з підвищенням розпадом АТФ у організмі хворих у зв'язку зі збільшеними потребами в енергії.

3. У хворих на РДР відмічено підвищення загальної активності сироваткової ЛДГ (КФ 1.1.1.27) та зміни з боку її ізоферментного спектру, особливо з боку активності «проміжного» ізоферменту ЛДГ₃ та суми катодних «анаеробних» ізоферментів ЛДГ₄₊₅.
4. Найбільш виражені зсуви з боку аденілової системи крові та активності ЛДГ та її ізоферментного спектру встановлені при наявності тяжкого епізоду РДР без психотичних симптомів (F33.2), найменш виражені зсуви — при наявності епізоду РДР легкого ступеня (F33.1). При наявності «РДР триваючий епізод помірної ваги» вивчені показники займали проміжне положення.
5. Застосування загальноприйнятих препаратів у комплексі лікування хворих на РДР не забезпечує нормалізації вивчених показників енергетичного метаболізму.
6. Результати проведених досліджень дають підставу вважати використання сучасних метаболічно активних препаратів в комплексній терапії хворих на РДР доцільним та перспективним.

Література

1. Вертоградова О.П., Петухов В.В. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15. — №. 4. — С. 18-23.
2. Герман Н.Г., Гудуман В.С., Мадак Н.И. Электрофоретическое разделение изоферментов лактатдегидрогеназы в геле агарозы // Лабораторное дело. — 1982. — №9. — С. 33-35.
3. Иванов Н.Р., Рубин В.И. Обмен веществ и способы его биохимической оценки / Саратов: изд-во СГУ, 1992. — 286 с.
4. Кошкина И.Д. Биохимические исследования в клинике / М.: Медицина, 2004. — 344 с.
5. Мосолов С.Н. Сучасні біологічні гіпотези рекурентної депресії (огляд) // Журнал неврології і психіатрії. — 2012. — №. 11. — С. 29-40.
6. Мушамбаров Н.Н. Метаболізм: структурно-хімічний і термодинамічний аналіз. У 3-х томах. — Т. 2. Обмін вуглеводів і енергетичний метаболізм. — М.: Хімія, 1988. — С. 345 — 650.
7. Поліщук І.А. Біохімічні синдроми в психіатрії. — Київ: Здоров'я, 1967. — 136 с.
8. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2011 рр. — К.: МОЗ України, 2012. — 152 с.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей // М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 170 с.
10. Смулевич А.Б. Подходы к терапии депрессий в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11. — №. 21. — С. 3.
11. Суровцева А.К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами: автореф. дис.... канд. псих. наук. — Томск, 2005. — 23 с.
12. Терьошина І.Ф. Вплив сучасного імуноактивного препарату аміксину на рівень циркулюючих імунних комплексів у хворих на рекурентний депресивний розлад різного ступеню важкості при лікуванні в амбулаторних умовах // Український медичний альманах. — 2011. — Том 14, № 6. — С. 198-201.
13. Терьошина І.Ф. Патогенетична значущість синдрому «метаболічної інтоксикації» у хворих на рекурентний депресивний розлад // Український медичний альманах. — 2012. — Т. 15, № 5. — С. 152-154.
14. Терьошина І.Ф. Концентрація протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад // Український медичний альманах. — 2012. — Том 15, № 6. — С. 165-167.
15. Хмаин С. Значення проблемно-дозволяючої психотерапії в комплексному лікуванні хворих з рекурентним депресивним розладом // Медицина третього тисячоліття : сб. тез. міжвуз. конф. молодих учених, Харків, 15-16 січня 2013 м. / Харк. нац. мед. ун-т. — Харків, 2013. — С. 260-261.

16. Цидик Л.И. Оцінка вираженості тривоги у хворих депресивними розладами // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 55-річчю установи освіти «Гродненський державний медичний університет» «Актуальні проблеми медицини» (3-4 жовтня 2013 г). — Гродно, 2013. — С. 365.
17. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб, 2005. — 126 с.
18. Glen A.I.M., Ongley G.C., Robinson K. Diminished membrane transport in manic — depressive psychosis and recurrent depression // *The Lancet*. — 1968. — T. 292. — №. 7562. — С. 241-243.
19. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic — depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. — Oxford University Press, 2007. —
20. Kaymaz N. et al. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta — analysis of placebo — controlled randomized trials // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2008. — Vol. 69. — № 9. — С. 1423.
21. Muglia P. et al. Genome — wide association study of recurrent major depressive disorder in two European case — control cohorts // *Molecular psychiatry*. — 2010. — Vol. 15. — № 6. — P. 589-601.
22. Munshi K., Eisendrath S., Delucchi K. Preliminary long-term follow — up of Mindfulness-based cognitive therapy — induced remission of depression // *Mindfulness*. — 2013. — Vol. 4 (4). — P. 354-361.
23. Perris C., d'Elia G. A study of bipolar (manic — depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. X. Mortality, suicide and life — cycles // *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. — 2001. — Vol. 194. — P. 172-189.

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

Особливості відношення до хвороби в пацієнтів з онкопатологією, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми



Мерліч С. В.

Мерліч С. В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Резюме. В основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого і чинник хвороби. Для того, щоб правильно оцінити психічний стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень.

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 311 осіб, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, у віці від 32 до 63 років. Метою дослідження було вивчення типу відношення до хвороби в пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Визначено, що серед хворих на онкопатологію найчастіше зустрічаються тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби. Гармонійного типу відношення до хвороби в виборці не виявлено.

Ключові слова: внутрішня картина хвороби, тип відношення до хвороби, онкологічне захворювання, оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Features of attitude toward illness in cancer patients who underwent surgery with forming of intestinal stoma

Merlych S.V.

Odesskiy National Medical University, Odessa, Ukraine

Resume. In basis of individual distinctions in the reactions of oncologic patients on the circumstances related to the disease, co-operation of two basic factors lies: factor of personality of patient and factor of illness. In order that it is correct to estimate the mental condition of patient it is necessary to estimate both these factors — at that rate the conduct and opinions of patient acquire clinical sense and allow to define наиболее optimum approaches to facilitation of emotional and поведенческих violations.

On condition of the informed consent on the base of the Odessa regional oncologic dispensary a 311 patient is inspected, all from which carried operative interference with forming of intestinal stomy, in age from 32 to 63 years. The study was a research purpose as attitude toward illness at patients which carried operative interference with forming of intestinal stomy. It is certain that among the cancer patients more frequent than all meet anxious, hypochondria, neurasthenic, melancholy, apathetic and sensitive types of attitude toward illness. The harmonious type of attitude toward illness in a selection not is discovered.

Key words: internal picture of disease, the type of relationship to disease, cancer, surgery of intestinal stoma formation.

Вступ

Концепція «внутрішньої картини хвороби» (ВКХ) виходить з того факту, що будь-яка хвороба (реальна або тільки уявна) не є нейтральною подією в житті людини, як новий компонент реальності вона вбудовується в діяльність суб'єкта, в систему його відносин. ВКХ є динамічною системою, в якій можливі взаємні переходи як в напрямі від пов'язаних з хворобою відчуттів до сенсу, так і від смислових утворень до відчуттів [2].

В процесі формування ВКХ спостерігається певна «міфологізація» свого стану на підставі існуючих побутових уявлень про рак, що сприяє розвитку у хворого часто неправомірних уявлень про безнадійність ситуації [1]. Існує мало

хвороб, що несуть таке ж могутнє стресуюче навантаження, як злоякісна пухлина. Структура ВКХ має тісний зв'язок з особливостями реакції пацієнта на онкологічну патологію.

У основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого (що сформувалася задовго до встановлення онкологічного діагнозу) і чинник хвороби (темپ прогресування, тяжкість симптомів і ускладнень, терапія, прогноз) [3].

Для того, щоб правильно оцінити психічний стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити

найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень [3].

Ще один аспект, який необхідно відзначити — «неодномоментність» виникнення ВКХ, або просто реакції на хворобу: виявляються виразні відмінності психогенних реакцій на різних етапах діагностики і лікування онкологічного захворювання [4].

Метою даного дослідження було вивчення типу відношення до хвороби в пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Контингенти і методи

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 311 осіб, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, у віці від 32 до 63 років, з яких було сформовано дві групи дослідження за статеву належністю

(154 чоловіка — Г1 та 157 жінок — Г2). Відношення до хвороби в групах досліджених вивчали за допомогою опитувальника ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтерєвського інституту).

Результати, їх обговорення

В переважній більшості випадків серед хворих обох груп дослідження зустрічались тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби (рис. 1-2).

Дані рис. 1. свідчать про те, що у всіх чоловіків, хворих на онкопатологію, зустрічались дисгармонійні типи відношення до хвороби, гармонійного типу в даній чоловічій виборці не було виявлено.

За даними рис. 2., серед жінок, хворих на онкопатологію, не зустрічалось гармонійного та ергопатичного типів відношення до хвороби.

Узагальнені дані щодо типів відношення до хвороби в обох групах наведено в табл. 1.

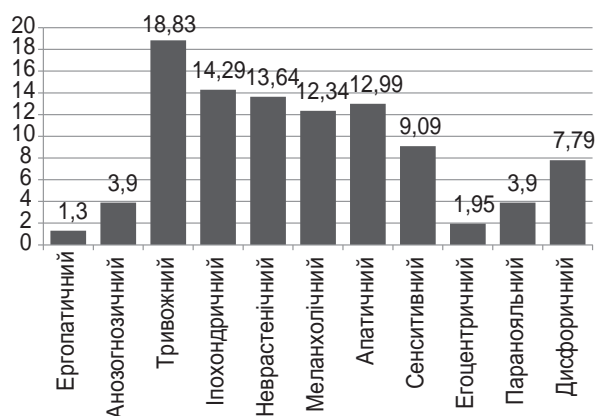


Рис. 1

Типи відношення до хвороби в Г-1 (чоловіки)

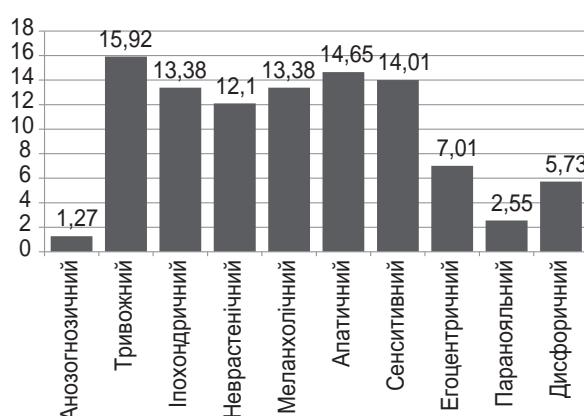


Рис. 2

Типи відношення до хвороби в Г-2 (жінки)

Таблиця 1

Розподіл хворих на онкопатологію за типами відношення до хвороби

Типи відношення до хвороби	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Гармонійний	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
Ергопатичний	2	1,30±0,91	0	0,00±0,00
Анозогнозичний	6	3,90±1,56	2	1,27±0,90
Тривожний	29	18,83±3,15	25	15,92±2,92
Іпохондричний	22	14,29±2,82	21	13,38±2,72
Неврастенічний	21	13,64±2,77	19	12,10±2,60
Меланхолічний	19	12,34±2,65	21	13,38±2,72
Апатичний	20	12,99±2,71	23	14,65±2,82
Сенситивний	14	9,09±2,32	22	14,01±2,77
Егоцентричний	3	1,95±1,11	11	7,01±2,04*
Паранояльний	6	3,90±1,56	4	2,55±1,26
Дисфоричний	12	7,79±2,16	9	5,73±1,86

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

Для хворих з тривожним типом відношення до хвороби (Г1 — 29 осіб — 18,83%; Г2 — 25 осіб — 15,92%; $p > 0,05$) характерними були та впевненість у несприятливому перебігу хвороби, занепокоєння щодо можливих ускладнень, віра в неефективність і лікування, постійний пошук нових способів терапії, загальний тривожний стан.

Неврастенічний (Н) тип відношення до хвороби був властивий в Г1 — 21 особі (13,64%); в Г2 — 19 особам (12,10%); $p > 0,05$). В таких осіб спостерігались спалахи роздратування, агресії, особливо при наявності неприємних відчуттів або у випадках неефективності лікування. Хворі з даним типом відношення до хвороби схильні були звинувачувати інших осіб у виникненні захворювання, а також приписування їм байдужого ставлення.

Сенситивний (С) тип відношення до хвороби спостерігався в Г1 — у 14 осіб (9,09%); в Г2 — у 22 осіб (14,01%); $p > 0,05$). Він проявлявся в надмірному хвилюванні щодо 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 онкопатологією зустрічався апатичний (А) тип відношення до хвороби (Г1 — 20 осіб — 12,99%; Г2 — 23 особи — 14,65%; $p > 0,05$). При цьому мала місце повна байдужість до своєї долі, до ускладнень в перебігу хвороби, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересів, апатія.

Іпохондричний (І) тип зустрічався в Г1 — у 22 осіб (14,29%); в Г2 — у 21 особи (13,38%); $p > 0,05$) та проявлявся в надмірному зосередженні на суб'єктивних та інших неприємних відчуттях, прагненні постійно розповідати оточуючим про симптоми хвороби.

Меланхолічний (М) тип відношення до хвороби характеризував в Г1 — 19 осіб (12,34%); в Г2 — 21 особу (13,38%); $p > 0,05$). В таких пацієнтів спостерігались пригніченість хворобою, невіра в одужання, в можливість покращення і ефект лікування, депресивні висловлювання, невіра в успіх лікування, навіть при наявності об'єктивних ознак покращення.

В значній кількості випадків в досліджених групах відмічався дисфоричний тип відношення до власного захворювання (в Г1 — у 12 осіб (7,79%); в Г2 — у 9 осіб (5,73%); $p > 0,05$). В даному випадку в пацієнтів домінував похмуро-агресивний настрій, негативне ставлення

до здорових оточуючих, 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 догождати хворому.

Достовірність відмінностей між групами спостерігалась в єдиному випадку — в Г2 достовірно частіше зустрічався егоцентричний тип відношення до хвороби (11 осіб — 7,01%) на відміну від Г1, в якій даний тип був притаманним лише 3 особам (1,95%). При егоцентричному (Я) типі у хворих спостерігався своєрідний «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 свого хворобливого стану.

В поодиноких випадках в Г1 та Г2 зустрічались анозогнозичний (в Г1 — у 6 осіб (3,90%); в Г2 — у 2 осіб (1,27%); $p > 0,05$), та паранояльний (в Г1 — у 6 осіб (3,90%); в Г2 — у 4 осіб (2,55%); $p > 0,05$) типи відношення до хвороби. Анозогнозичний (З) тип проявлявся в активному відкиданні думок про хворобу та про її можливі наслідки. Спостерігались приписування проявів хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування, зневага до порад лікарів та медичного персоналу, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

Для хворих з паранояльним (П) типом відношення до хвороби характерною була впевненість у тому факті, 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.

Ергопатичний тип зустрічався виключно в Г1 у 2 осіб (1,30%). Ергопатичний (Р) тип характеризувався занадто відповідальним, одержимим ставленням до роботи, вибірковим ставленням до обстеження та лікування, обумовленим прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

Висновки

1. В основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого і чинник хвороби. Для того, щоб правильно оцінити психічний

стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень.

2. Серед хворих на онкопатологію найчастіше зустрічаються тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби.
3. Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

Література

1. Герасименко В.Н. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных / В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко, А.Ш.Тхостов // Вопросы онкологии. — 1982. — Т. 28. — № 2. — С. 48-52.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. — 2001. — № 1. — С. 5–11.
3. Монтгомери Ч. Психоонкология: достижение зрелости / Ч. Монтгомери // Psychiatric Bulletin.— 1999.— Vol. 23.— P. 431-435.
4. Approaching difficult communication tasks in oncology / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile// CA CancerJ. Clin.— 2005.— Vol. 55.— P. 164–177.

УДК: 616.895.8-08:316.6

Аналіз розповсюдженості та особливостей протікання шизофренії з урахуванням гендерних відмінностей



Морванюк Г. В.

Морванюк Г. В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Резюме. Питання шизофренії у сучасній науці не повністю вивчене. Через не достатню кількість досліджень залишається відкритою проблема причин виникнення та лікування цієї хвороби. Поза увагою більшості досліджень залишається і вплив статевих відмінностей при перебігу та лікуванні шизофренії. В статті описані результати дослідження зарубіжних та вітчизняних науковців стосовно особливостей розповсюдження та перебігу шизофренії з урахуванням гендерних відмінностей, розглянуті відмінності певних психофізіологічних структур хворих жінок та чоловіків, що в свою чергу впливає на ефективність лікування.

Ключові слова: шизофренія, параноїдна форма шизофренії, гендерні відмінності, розповсюдженість, тип перебігу хвороби.

Analysis of distribution and peculiarities of schizophrenia considering gender differences

Morvaniuk A. V.

Odesskiy National Medical University, Odessa, Ukraine

Resume. Question of schizophrenia in modern science is not fully understood. Because not enough research is still open problem of the causes and treatment of this disease. Out of sight most of the research remains and the impact of sex differences in the course and treatment of schizophrenia. This article describes the results of the study of foreign and domestic scholars regarding features distribution and course of schizophrenia with gender-specific differences considered certain psycho physiological structures sick women and men, which in turn affects the effectiveness of treatment.

Key words: schizophrenia, paranoid type of schizophrenia gender differences, prevalence, type of disease.

Вступ.

Проблема протікання та лікування шизофренії на даний момент не вивчена повністю. У багатьох країнах світу накопичена велика кількість матеріалів про поширеність шизофренії. Статистика поширеності грає значну роль при плануванні обслуговування хворих, а дані захворюваності являють собою більш точний показник частоти випадків хвороби і частіше використовуються при розробці етіологічних гіпотез [10].

Гендерний аспект має значну роль при розгляді розповсюдженості та особливостей перебігу різних патологічних станів. В психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, паничні атаки, афективні розлади, аддиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії [1]. Саме тому аналіз поширення шизофренії серед жінок та чоловіків є актуальною для розгляду проблемою.

Викладення матеріалу

Літературних джерел про різний перебіг психічних захворювань залежно від статі поки небагато і вони дуже суперечливі. Спочатку розглянемо дослідження зарубіжних дослідників стосовно розповсюдженості та перебігу шизофренії з урахуванням гендерних особливостей.

Більшість психіатрів-дослідників шизофренії вважають, що чоловіки на відміну від жінок починають хворіти раніше, мають більш низький рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності в структурних та функціональних порушеннях мозку.

Хефнер Х., який дотримується естрогенової теорії, вважає, що найбільше значення мають жіночі статеві гормони, а саме естрадіол, який має нейропротективну дію, тому знижує вразливість нервової системи під час стресових ситуацій, що сприяє зміщенню початку захворювання на пізніший час [12].

Сімен М. пов'язує більш сприятливий розвиток шизофренії у перші 10 років у жінок з їх кращою преморбідною адаптацією і сформованими поведінковими копінг-стратегіями [13].

Голдстейн Дж. відмітив, що негативні симптоми хвороби більш розповсюджені серед чоловіків, а афективні розлади — серед жінок. Багатьма авторами виявлені також гендерні відмінності динаміки параноїдної форми шизофренії, різниця в ефективності традиційних антипсихотиків в залежності від статі; доведено, що для жінок характерна краща комплаєнтність під час психофармакотерапії [11].

Ризик розвитку шизофренії у чоловіків і жінок і відповідно до показників захворюваності,

за даними більшості вітчизняних авторів, не мають значних відмінностей. Цьому відповідають і показники поширеності захворювання, що наводяться Сейко Ю.В. і співавторами у 1998 році: 7,7 на 1000 у чоловіків і 8,2 у жінок. Слід зазначити, що за даними цих дослідників захворюваність безперервним типом перебігу шизофренії у чоловіків, порівняно з жінками вище [9].

Жаріков Н.М. досліджував вплив соціальних факторів на розповсюдженість шизофренії та її перебіг. Отримані результати дозволили йому зробити висновок про те, що до числа клініко-епідеміологічних закономірностей, що відображають загальні патогенетичні механізми захворювання, відносяться однотипність форм перебігу і збереження зв'язку виникнення тих чи інших його форм з такими біолого-демографічними ознаками, як стать і вік хворих. Жаріков Н.М. виявив, що більш ранній початок всіх форм перебігу шизофренії, більш ранній початок злоякісної і уповільненої шизофренії, а також велика їх частота спостерігається у чоловіків, пізніший початок параноїдної форми і більша її частота виявлена серед жінок. Разом з тим такі характеристики, як частота захворювання, його представленість у різних вікових контингентах, співвідношення форм течії і структури, істотно змінювалися в залежності від соціально-економічних умов регіону та особливостей культури [3].

Коробова Е.Л. проводячи дослідження когнітивних стилів та соціального функціонування хворих на шизофренію у групах чоловіків і жінок виявила наступне. Хворі жінки відрізняються від хворих чоловіків більшою полезалежністю. Хворі чоловіки більш емоційно вразливі, більше схильні до стресових впливів, частіше вдаються до інтелектуалізації в якості психологічного захисту, ніж хворі жінки. Так само, як і хворі чоловіки, хворі жінки часто використовують захист — «реактивні утворення». Однак самооцінка хворих жінок відрізняється від самооцінки здорових жінок тільки за двома шкалами («щасливий — нещасний» і «сильний-слабкий інтелект»), а у чоловіків — за всіма сімома, що досліджувались. Хворі жінки так само більш схильні до депресії та соціальної замкнутості, як і хворі чоловіки, проте жінки більш стійкі до стресів і краще можуть використовувати свій інтелект для адаптації.

На основі отриманих даних дослідження Коробова Е.Л. зробила наступні висновки. У чоловіків більше тендітна і нестійка самооцінка, менша стійкість до стресів і фрустрацій, їх его менш стабільне, вони менш психологічно витривалі, ніж жінки; в ситуації психічної хвороби особистісні порушення у чоловіків сильніше [4].

Волков В.В. в ході своїх досліджень виявив гендерні відмінності особистісної організації при параноїдній шизофренії, яка відрізняється специфічними факторами, їх комплексами і блоками. Виявлено, що у жінок, хворих на параноїдну шизофренію блок тривоги, когнітивний блок, комплекс чинників «супер-его» включені в загальну структуру особистості і принципово відрізняються від організації особистості здорових жінок. У структуру особистості чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію, входять блок тривоги, когнітивний блок, комплекс чинників «супер-его», а відрізняє блок інтроверсії. Дослідником були визначені та сформульовані механізми взаємозв'язку патології потягів і дезорганізації особистості у чоловіків і жінок, хворих параноїдною шизофренією. Патологія психодинаміки потягів у жінок характеризуються адинамізмом сексуального потягу, пов'язаного з порушенням динаміки пароксизмального та его-потягу. На рівні особистісної організації це пов'язано з комплексом тривоги і порушенням інтелектуальної переробки інформації. У чоловіків дезорганізація динаміки пароксизмального потягу і адинамізм сексуального, пов'язані з блоком інтроверсії і супроводжуються порушенням переробки інформації [2].

Прощенко І.В. разом із Зінковським А.К. провели аналіз даних суцільного не вибіркового дослідження контингенту хворих параноїдною формою шизофренії (390 осіб), що знаходилися на диспансерному спостереженні, в ході чого були виявлені їх певні особливості. Так, серед чоловіків переважали хворі у вікових групах 31-50 років, а у жінок у виборці достовірно частіше зустрічалися хворі старших вікових груп, з них більше половини були у віці 51-54 роки.

При цьому найчастіше зустрічалися чоловіки, які страждають параноїдною формою шизофренії з безперервним типом перебігу, в той же час серед жінок більше половини хворих страждали параноїдною формою шизофренії з епізодичним типом перебігу. На момент обстеження у половини хворих чоловіків спостерігалися продуктивні психопатологічні синдроми, серед яких найбільш часто зустрічалися, неврозоподібні, психопатоподібні, маячні і галюцинаторно-маячні, рідше парафренного типу. У той же час серед більшості жінок достовірно спостерігалися продуктивні психопатологічні синдроми, з переважанням неврозоподібних, психопатоподібних, парафренних, рідше маячних і галюцинаторно-маячних розладів [7].

Проте Прощенко І.В. та Зінковський А.К. не зупинилися на цьому і провели кореляційний аналіз отриманих даних, який дозволив виявити наступні достовірні взаємозв'язки.

Так, у чоловіків з наростанням негативної симптоматики збільшувалася кількість госпіталізацій, а при досягненні ремісії хворі припиняли приймати підтримуючу терапію, незважаючи на те, що всі хворі з початку захворювання знаходилися на диспансерному спостереженні. Водночас з наростанням негативних розладів хворі частіше зверталися до лікаря і отримували підтримуючу терапію.

Зазначалося, що чим старше були хворі, тим менше вони потребували допомоги з працевлаштуванням, а з наростанням негативної симптоматики у хворих зменшувалась установка на трудову діяльність і зростала інвалідизація, внаслідок чого у більшості з обстежених хворих основним джерелом коштів на існування була пенсія по інвалідності. Встановлено взаємозв'язок між наростанням негативних розладів у хворих чоловіків з проблемами в спілкуванні, тобто хворі частіше надмірно опікувалися родичами і тим самим ще більше відсторонювались від соціальних контактів [5].

Аналіз показав, що серед жінок більшість хворих з початком захворювання хворі перебувають під диспансерним наглядом, при цьому у них поступово наростає негативна симптоматика, збільшується кількість госпіталізацій і в результаті вони частіше надмірно опікуються родичами [6].

Говорячи про дослідження гендерних відмінностей хворих на шизофренію людей слід згадати не давні дослідження Руденко С.Л. Виходячи з формальних даних, дослідження дозволило виявити порушення процесу при сприйнятті хворими на параноїдну форму шизофренії елементів, класів, відносин, систем поведінки, перетворень поведінки, а так само при сприйнятті його результатів. Статеві відмінності виявляються в тому, що хворі чоловіки гірше передбачають наслідки поведінки, менш точно

розуміють зміну значення східних вербальних реакцій залежно від контексту ситуації і логіки розвитку ситуацій взаємодії, значення поведінки людей в цих ситуаціях. Хворі жінки гірше, ніж чоловіки здатні до логічного узагальнення, виділенню загальних істотних ознак у різних невербальних реакціях людини, менш ефективно визначають гнів по обличчю. [8].

У зв'язку з появою результатів досліджень, що свідчать про вплив статі пацієнта на поширення та перебіг шизофренії, все більш актуально постає проблема розробки новітніх методів лікування з урахуванням гендерних особливостей.

Висновки

1. Вплив фактору статі залишається до теперішнього часу відносно мало вивченим аспектом в клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією серед головних біологічних, медичних та соціальних проблем. В психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, аддиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії.
2. В ході теоретичного аналізу досліджень впливу статі на виникнення та протікання шизофренії було виявлено, що данні не завжди співпадають, а інколи навіть протиставляються одні одним. Це на сам перед може бути зумовлено різноманітністю поглядів на шизофренію та методик дослідження в різних країнах та в різні часи.
3. Більшість досліджень свідчать про наявність відмінностей у виникненні та протіканні шизофренії серед чоловіків і жінок, що в свою чергу спонукає до розробки новітніх методів лікування з урахуванням гендерних відмінностей.

Література

1. Березанцев А.Ю. Гендер, комплайенс и качество жизни больных шизофренией / А.Ю. Березанцев, О.И. Митрофанова // Рос.психиатр.журн. — 2009. — Т. 1. — С. 24-32.
2. Волов В.В. Психодинамика влечений, организация личности и гендерные различия при параноидной шизофрении: дис. канд. психол. наук: 19.00.01, 19.00.04 — Казань, 2005. — 176 с.
3. Жариков Н.М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н.М. Жариков, Е.Д. Соколова // Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. — 1989. — № 5. — С. 63-66.
4. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. — СПб., 2006. — Вып. 71. — С. 62-80.
5. Проценко И.В. Гендерные особенности качества жизни больных шизофренией / И.В. Проценко. // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных (Материалы Российской конференции) / [Под ред. А. К.Зиньковский И. В.Проценко]. — М.: 2006. — 427 с.
6. Проценко И.В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты): автореф. дисс. на соиск.уч. ст. кан. мед.наук, спец. 14.00.18 / Проценко И.В. — М., 2008.

7. Прощенко И.В. Особенности социального функционирования мужчин и женщин, больных параноидной формой шизофрении / И.В.Прощенко, А.К.Зиньковский // 14 съезд психиатров России (Материалы съезда, 15–18 ноября 2005г.). — М., 2005. — С.79.
8. Руденко С.Л. Нарушение социального восприятия у больных параноидной шизофренией: predispositional факторы и исходы / С.Л. Руденко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. — Т. 17, №6. — Электронный доступ к статье: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_6_17/nomer/nomer10.php.
9. Тиганов А. С. Шизофрения // Руководство по психиатрии / [А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова]. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 407-555.
10. Чуркин А.А. Основные тенденции распространенности шизофрении в современном мире / А.А. Чуркин // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. — М., 1999. — С. 183-197.
11. Goldstein J. Gender differences in the course of schizophrenia / J. Goldstein // Am. J. Psychiatry. — 1988. — №2. — p. 24-53.
12. Hafner H. Gender differences in schizophrenia / H. Hafner // Psychoneuroendocrinology. — 2003. — № 28 (suppl 2). — P. 17-54.
13. Seeman M.V. Women and schizophrenia / M.V. Seeman // Medscape Women's Health. — 2000. — Vol. 5. — P. 2.

УДК: 616.895.87-075.8

Особливості продуктивної та негативної симптоматики шизофренії у чоловіків та жінок

Гнатишин М. С., Буздиган О. Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. При обстеженні 420 хворих на шизофренію за шкалою PANSS виявлено гендерні особливості проявів продуктивної та негативної симптоматики.

Ключові слова: шизофренія, гендерні особливості, шкала PANSS

Especially productive and negative symptoms of schizophrenia in men and women

Gnatyshin M., Buzdygan O.

Vinnitsa National Medical University memory M. Pirogov

Resume. The examination of 420 patients with schizophrenia using the PANSS revealed gender-specific manifestations of productive and negative symptoms.

Keywords: schizophrenia, gender specific, PANSS

Вступ

Шизофренія являє собою одну з центральних проблем сучасної психіатрії. Виключне медичне і соціальне значення шизофренії полягає у значній поширеності її у популяції (від 0,3% до 2,0 %), ураженням найбільш продуктивної вікової категорії населення (близько 90 % хворих складають особи у віці від 15 до 55 років), а також тим, що хворі на шизофренію є основним контингентом при наданні амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги.

Гендерний аспект захворюваності на шизофренію перебуває у центрі уваги дослідників протягом тривалого часу. Однак, незважаючи на значний обсяг накопичених наукових даних, відомості щодо впливу гендерного фактору на перебіг шизофренії та її наслідки є суперечливими. Так, хоча у більшості досліджень йдеться про переважання у чоловіків негативної, а у жінок — афективної симптоматики та когнітивних порушень [1, 2, 3, 4], деякі автори [5] повідомляють про відсутність суттєвих розбіжностей у симптоматичності та перебігу шизофренії між чоловіками та жінками. У ряді досліджень наводяться переконливі докази сучасного патоморфозу шизофренії в частині статевого диморфізму під впливом терапії нейролептиками. Зокрема, Л.Н. Горобець [6] зазначає більш часте формування ускладнених форм захворювання у жінок під впливом терапії атипичними нейролептиками, а В.Б. Вильянов [7] зазначає, що за останні 30 років ефективність традиційних нейролептиків суттєво знизилася у чоловіків і не зазнала суттєвих змін у жінок. Л.М. Юр'єва [8] вважає, що посилення гендерного фактору можна

розглядати як одну з ознак сучасного патоморфозу шизофренії. Водночас, Wahl O.F., Hunter J. [9] звертають увагу, що відомості про шизофренію переважно базуються на даних чоловіків, оскільки у більшості досліджень у вибірках вони суттєво переважають жінок, їх співвідношення визначається як 2 до 1. В зв'язку з цим зростає актуальність виявлення клінічних особливостей шизофренічного процесу, пов'язаних із впливом гендерного фактору, на достатньо великих репрезентативних вибірках, у яких рівною мірою представлені обидві статі. Ці дані можуть бути використані як для теоретичного розуміння патогенетичних механізмів шизофренії, так і для удосконалення існуючих схем лікування та реабілітації шизофренії.

Завданнями дослідження було вивчення гендерних особливостей виразності продуктивної та негативної симптоматики шизофренії, аналіз окремих проявів шизофренії у зв'язку зі статевим фактором.

Відповідно до поставлених завдань було проведено клінічне обстеження 420 хворих на шизофренію (210 чоловіків та 210 жінок), що забезпечує достатню репрезентативність (рівень точності $\pm 5\%$ при 95% довірчому інтервалі для простої випадкової вибірки при відносно гетерогенній сукупності обсягом понад 100 тис. об'єктів) [10]. Усі зазначені хворі перебували на стаціонарному лікуванні в різних відділеннях Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка протягом 2007–2013 років, і їм було встановлено діагноз «параноїдна шизофренія» відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік

обстежених чоловіків склав $43,9 \pm 9,6$ років, жінок $44,7 \pm 13,2$ років.

Оцінку виразності позитивної та негативної симптоматики шизофренії проводили за допомогою шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [11]. При цьому проводилася як стандартизована оцінка інтенсивності продуктивної та негативної симптоматики, композитного індексу, виразності інших психічних порушень, анергії, порушень мислення, збудження, параноїдної поведінки та депресії.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів (критерій Манна-Уїтні, критерій χ^2 Пірсона).

Одержані результати

Узагальнені дані аналізу показників за шкалою PANSS у чоловіків та жінок, хворих на шизофренію, наведено у табл. 1.

Аналіз загальної виразності продуктивної симптоматики за шкалою PANSS з урахуванням гендерного фактору свідчить про її більшу поширеність у жінок. Статистичний аналіз за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні довів значущість виявлених розбіжностей ($p=0,044$). При цьому слід враховувати, що при загальному переважанні вираженості продуктивної симптоматики у жінок, співвідношення окремих симптомів у чоловіків і жінок є не однаковим.

Найбільш поширеними серед продуктивних симптомів є маячня та розлади мислення. Середнє значення за шкалою маячні у чоловіків склало $4,8 \pm 1,3$ бали, у жінок — $4,9 \pm 1,2$ бали. У чоловіків, хворих на шизофренію, дещо більшою виявилася поширеність вкрай сильної, сильної, слабкої та дуже слабкої маячні, а також випадків відсутності маячні, а серед жінок — дуже сильної та помірної маячні, однак, виявлені розбіжності не є статистично значущими ($p>0,05$).

Щодо розладів мислення, то тут розбіжності є більш вираженими. Середній бал за розладами мислення у всієї групи обстежених склав $3,9 \pm 1,0$ балів, у чоловіків — $4,0 \pm 1,0$ балів, у жінок — $3,7 \pm 0,9$ балів. При цьому серед чоловіків переважають більш виражені порушення мислення: дуже сильні, сильні та помірні, а у жінок більшою є питома вага слабких і дуже слабких, та відсутності порушень мислення на момент обстеження ($p<0,05$).

Натомість, галюцинації є більш поширеним симптомом серед жінок. Середній бал за виразністю галюцинацій у чоловіків склав $3,0 \pm 1,6$ балів, у жінок — $3,4 \pm 1,8$ балів. Серед жінок частіше спостерігалися галюцинаторні переживання дуже сильної та сильної виразності; натомість, більш слабкі галюцинації (помірного та слабого ступеню) і відсутність галюцинацій частіше виявляються у чоловіків ($p<0,05$). Аналогічні закономірності спостерігаються і при аналізі проявів збудження, підозрілості, ідей переслідування та ворожості. Середній бал за виразністю збудження у чоловіків склав $3,4 \pm 1,0$ балів, у жінок — $3,7 \pm 0,9$ балів, підозрілості та ідей переслідування — відповідно $3,3 \pm 1,3$ балів та $3,7 \pm 1,3$ балів, ворожості — відповідно $3,0 \pm 1,0$ балів та $3,4 \pm 1,0$ балів. При цьому у жінок є більш поширеними важкі та помірні форми цих розладів, а серед чоловіків більше хворих зі слабкими, дуже слабкими, та відсутніми проявами ($p<0,05$).

Щодо ідей величі, то розбіжності не є статистично значущими ($p>0,05$).

Важливі закономірності виявлені також при аналізі гендерних розбіжностей у проявах негативної симптоматики шизофренії. При загальній оцінці її вираженості було виявлено, що вона є дещо більшою у чоловіків, однак, статистичний аналіз не виявив значущих розбіжностей ($p=0,122$); водночас, при аналізі оцінок за окремими шкалами кластеру негативної

Таблиця 1

Основні кількісні показники за шкалою PANSS у чоловіків, хворих на шизофренію

Показник	чоловіки				жінки				p
	M	m	min	max	M	m	min	max	
Сумарний бал	98,2	14,5	61	147	99,6	16,2	58	151	0,377
Важкість продуктивної симптоматики	22,9	4,7	10	35	23,9	4,9	10	36	0,044
Важкість негативної симптоматики	25,3	6,7	9	49	24,3	7,1	9	48	0,122
Композитний індекс	-2,4	6,8	-25	16	-0,5	6,3	-21	16	0,001
Виразність інших психічних порушень	49,9	6,6	33	71	51,4	7,6	31	74	0,038
Анергія	12,8	3,4	4	25	11,9	3,3	4	23	0,006
Порушення мислення	9,9	2,9	5	19	9,7	2,7	5	18	0,873
Збудження	9,2	2,1	3	17	10,0	2,1	4	17	0,001
Параноїдна поведінка	10,3	2,9	3	19	10,6	2,9	4	19	0,287
Депресія	11,2	3,0	4	21	12,2	3,1	5	21	0,001

симптоматики були виявлені значущі розбіжності між чоловіками та жінками, що, на наш погляд, дає підстави пояснити відсутність таких розбіжностей у загальних показниках взаємним нівелюванням значень окремих шкал у чоловіків і жінок.

Так, виразність притупленого афекту, емоційної відгородженості і труднощів у спілкуванні у чоловіків, хворих на шизофренію, є більшою, ніж у жінок. У них значуще частіше виявлялося помірні, сильні і вкрай сильні ступені виразності цих синдромів, тоді як у жінок — слабкі та дуже слабкі. Середній бал за виразністю притупленого афекту у чоловіків склав $4,3 \pm 1,2$ балів, у жінок — $3,9 \pm 1,2$ балів, емоційної відгородженості — відповідно $4,2 \pm 1,2$ та $3,8 \pm 1,3$ балів, труднощів у спілкуванні — відповідно $4,1 \pm 1,1$ та $3,8 \pm 1,1$ балів ($p < 0,05$). Закономірним наслідком цих проявів є відмінності у виразності пасивно-апатичної соціальної відгородженості: в цілому у чоловіків вони сильніші (майже вдвічі); однак, при цьому питома вага хворих з дуже сильними проявами пасивно-апатичної соціальної відгородженості є незначно більшою серед жінок (на 1,0%). Середній бал за виразністю пасивно-апатичної соціальної відгородженості у чоловіків склав $4,3 \pm 1,1$ балів, у жінок — $3,9 \pm 1,2$ балів ($p < 0,05$).

До складу кластеру негативної симптоматики шкали PANSS входять також шкали, які оцінюють порушення когнітивної та вербальної функції у хворих: шкала оцінки порушень абстрактного мислення і порушень спонтанності і плавності мови. Виявлені тут розбіжності виявилися складними і неоднозначними.

Так, поширеність порушень абстрактного мислення важких ступенів є дещо більшою серед жінок. Середній бал за виразністю порушень абстрактного мислення у чоловіків склав $2,8 \pm 1,0$ балів, у жінок — $3,1 \pm 1,2$ балів; серед останніх частіше виявлялися важкі та помірні ступені порушень, а серед жінок — легкі ступені ($p < 0,05$).

Середній бал за порушенням спонтанності і плавності мови у чоловіків склав $3,0 \pm 1,0$ балів, у жінок — $2,8 \pm 0,8$ балів; при цьому вкрай сильні порушення спонтанності і плавності мови виявлені у однакової кількості чоловіків і жінок, дуже сильний ступінь, сильний та помірний частіше зустрічаються у чоловіків, а слабкі і дуже слабкі — у жінок ($p < 0,1$).

Прояви стереотипного мислення виявилися більшою мірою притаманними жінкам. Так, середній бал за виразністю стереотипного мислення у чоловіків склав $2,6 \pm 1,0$ балів, у жінок — $2,9 \pm 1,1$ балів; закономірності щодо розподілу за ступенями тут є іншими: вкрай сильний ступінь виявлений однаково часто у чоловіків та жінок, дуже сильний, сильний помірний і слабкий — у жінок, дуже слабкий — у чоловіків ($p < 0,05$).

Окрім оцінки вираженості позитивної та негативної симптоматики, шкала PANSS дає можливість кількісно оцінити виразність загальної симптоматики шизофренії як сумарно, так і в розрізі 16 окремих шкал. Дані аналізу загальної симптоматики дають можливість скласти більш повну картину патологічних змін психіки під впливом шизофренічного процесу.

В цілому середній сумарний рівень загальної симптоматики шизофренії у жінок виявився більшим, ніж у чоловіків ($p < 0,05$), однак при цьому виявлені суттєві відмінності у виразності окремих синдромів.

Так, середній рівень показника виразності почуття провини у чоловіків склав $1,2 \pm 0,7$ балів, у жінок — $1,4 \pm 0,9$ балів, при цьому у жінок частіше зустрічалися сильні та помірні його прояви.

Дещо інші закономірності виявлені при аналізі виразності проявів напруження: в цілому жінкам притаманне переважання сильніших ступенів напруження, а чоловікам — більш слабких. Середній рівень показника проявів напруження у чоловіків склав $4,2 \pm 1,0$ балів, у жінок — $4,5 \pm 0,9$ балів ($p < 0,05$).

Ще більш складні закономірності виявлені при аналізі проявів депресії в структурі шизофренії. Так, дуже сильний і сильний ступені виразності депресивних розладів частіше виявляється у жінок, натомість, у чоловіків частіше виявлялися депресивні розлади помірного ступеню вираженості, слабкі і дуже слабкі. Середній рівень показника депресії у чоловіків склав $3,8 \pm 1,2$ балів, у жінок — $4,1 \pm 1,1$ балів ($p < 0,05$).

Тривожність, яка тісно пов'язана із напруженістю і депресією, також більшою мірою виражена у жінок. Так, дуже сильний, сильний і помірний рівні тривоги частіше виявлялися у жінок, а слабкий та дуже слабкий — у чоловіків; однак, рівень значущості при аналізі розподілу за групами був менший за прийнятий ($p < 0,1$). Водночас, середній рівень показника тривожності у чоловіків склав $4,1 \pm 1,1$ балів, у жінок — $4,4 \pm 0,9$ балів, і розбіжності при порівнянні середніх рівнів тривожності у чоловіків та жінок є статистично значущими ($p < 0,05$).

Щодо вираженості манірності і позування, то тут також виявлено складні залежності. Так, у чоловіків більшою є питома вага важких ступенів: дуже сильного і сильного. Слід зауважити, що в структурі цього синдрому у чоловіків переважають явища стереотипії і застигання, а у жінок — манірності. Середній рівень показника манірності і позування у чоловіків склав $1,6 \pm 1,1$ балів, у жінок — $1,8 \pm 1,1$ балів.

Ознаки моторної загальмованості більшою мірою виражені у чоловіків: у них частіше виявлялися дуже сильний, сильний і помірний

ступені, а у жінок — слабкий і дуже слабкий ступінь. Середній рівень показника моторної загальмованості у чоловіків склав $3,2 \pm 1,3$ балів, у жінок — $2,9 \pm 1,1$ балів ($p < 0,05$).

Малоконтактність, що значною мірою пов'язана із вираженістю негативної симптоматики, більше поширена серед чоловіків. У них частіше виявлявся сильний, дуже сильний і помірний ступінь, а у жінок — слабкий і дуже слабкий. Середній рівень показника малоконтактності у чоловіків склав $3,9 \pm 1,2$ балів, у жінок — $3,6 \pm 1,2$ балів ($p < 0,01$).

Дезорієнтованість не є поширеним симптомом у хворих на шизофренію. Середній рівень показника дезорієнтованості у чоловіків склав $1,1 \pm 0,5$ балів, у жінок — $1,3 \pm 0,7$ балів.

Порушення уваги більшою мірою притаманне жінкам. Наявність цього симптому значною мірою пов'язане із когнітивними порушеннями та психоемоційним збудженням, які більше виражені у жінок. У них частіше спостерігалися дуже сильний, сильний і помірний ступені вираженості, а у чоловіків слабкий і дуже слабкий. Середній рівень показника порушень уваги у чоловіків склав $3,7 \pm 1,0$ балів, у жінок — $3,9 \pm 0,9$ балів ($p < 0,01$). При аналізі ступеню зниження критичності в гендерному аспекті були виявлені складні закономірності. Екстремальні ступені зниження критичності (вкрай сильний і дуже сильний, а також слабкий і дуже слабкий) більшою мірою притаманні жінкам, натомість, сильний та помірний ступені зниження критичності частіше виявлялися у чоловіків. Середній рівень показника зниження критичності у чоловіків склав $4,7 \pm 1,1$ балів, у жінок — $4,7 \pm 1,3$ балів; розбіжності у рівнях статистично не значущі ($p > 0,05$).

Абулічний синдром, значною мірою пов'язаний із вираженістю негативної симптоматики, у сильних ступенях частіше виявлявся у чоловіків: вкрай сильний — у 2,4% проти 1,4%, дуже сильний — у 4,3% проти 3,3%, сильний — у 31,0% і 25,2% відповідно. У жінок суттєво більшим є поширення помірних і дуже слабких форм абулії, а у чоловіків — слабких. Середній рівень показника порушень волі у чоловіків склав $4,0 \pm 1,2$ балів, у жінок — $4,0 \pm 1,1$ балів, і він виявився нечутливим до гендерних розбіжностей ($p > 0,05$).

Послаблення контролю імпульсивності, що пов'язане із емоційною нестійкістю і збудженням, більшою мірою притаманне жінкам, хоча у чоловіків частіше зустрічаються його крайні форми. Середній рівень показника послаблення контролю імпульсивності у чоловіків склав $2,5 \pm 0,9$ балів, у жінок — $2,7 \pm 0,9$ балів ($p < 0,01$).

При аналізі стану завантаженості психічними переживаннями з урахуванням гендерного

фактору були виявлені складні закономірності. Вкрай сильний ступінь завантаженості психічними переживаннями виявлений однаково часто у чоловіків і у жінок, дуже сильний частіше виявлявся у чоловіків, а сильний більш притаманний жінкам. Питома вага помірного і дуже слабого ступеню завантаженості психічними переживаннями є більшою у чоловіків, а слабого — у жінок. Середній рівень показника завантаженості психічним переживаннями у чоловіків склав $4,3 \pm 0,9$ балів, у жінок — $4,2 \pm 0,8$ балів; розбіжності, як і для абулії, виявилися статистично не значущими ($p > 0,05$).

Результатом глибоких змін у психіці під впливом шизофренічного процесу є не лише пасивна, а й активна десоціалізація. При аналізі стану активної соціальної ізоляції чоловіків і жінок, хворих на шизофренію, було виявлено, що важкі ступені активної десоціалізації частіше виявляються у жінок: вкрай сильний, дуже сильний і сильний. Помірний та слабкий ступені активної соціальної відстороненості більшою мірою притаманні чоловікам. Середній рівень показника активної соціальної відстороненості у чоловіків склав $3,9 \pm 1,1$ балів, у жінок — $4,2 \pm 1,2$ балів ($p < 0,05$).

При аналізі виразності таких загальних симптомів шизофренії як соматична заклопотаність і незвичний зміст думок значущих розбіжностей між чоловіками і жінками виявлено не було ($p > 0,05$).

Аналіз показників за додатковими шкалами PANSS виявив ряд важливих закономірностей. Так, рівень анергії у чоловіків є значущо вищим, ніж у жінок, а рівень збудження і депресії — навпаки, у жінок ($p < 0,01$).

Щодо решти двох додаткових шкал PANSS — порушення мислення і параноїдної поведінки — значущих розбіжностей за ними між чоловіками та жінками не виявлено.

Висновки

Таким чином, аналіз вираженості позитивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за шкалою PANSS дозволив виявити ряд гендерних особливостей: у чоловіків більшою мірою виражені розлади мислення, притуплення афекту, емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні, пасивно-апатична соціальна відгородженість, моторна загальмованість і малоконтактність. У жінок більшою мірою виражені галюцинації, збудження, підозрілість і ідеї переслідування, ворожість, порушення абстрактного мислення, стереотипне мислення, почуття провини, напруженість, депресія та порушення уваги. Складні і неоднозначні гендерні закономірності виявлені для манірності і позування, зниження критичності до свого

стану, розладів волі, завантаженості психічними переживаннями та активної соціальної ізоляції. Щодо вираженості маячні, ідей величі, порушення спонтанності і плавності мови, соматичної заклопотаності, тривоги та незвичного змісту думок, значущих розбіжностей між

чоловіками та жінками за цими ознаками не виявлено. Також було встановлено більші значення сумарного балу у жінок за продуктивною і загальною симптоматикою, а також за додатковими шкалами збудження і депресії, а у чоловіків — за додатковою шкалою енергії.

Література

1. Соколов Р.Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / Соколов Р.Е. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — № 5. — С. 9–15.
2. Ciompi L. The influence of aging on schizophrenia / Ciompi L. // Triangle. — 1993. — № 32. — P. 25–31.
3. Leung A. Sex differences in schizophrenia: A review of the literature / Leung A., Chue P. // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2000. — № 101. — P. 3–38.
4. Лепилкина Т.А. Влияние фактора пола на выраженность когнитивных нарушений и связи когнитивного функционирования с психопатологическими проявлениями у больных параноидной шизофренией / Лепилкина Т.А., Морозова М.А. // Психологические исследования. — 2012. — № 5. — С. 5.
5. Biehl H. Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics: result of a prospective 5-year follow-up study / Biehl H., Maurer K., Shubart C. // European Archive Psychiatry Neurology Scientific. — 1986. — № 236. — P. 139–147.
6. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в условиях современной антипсихотической терапии: автореф. дис... докт. мед. наук: 14.00.18 / Людмила Николаевна Горобец; Московский НИИ психиатрии. — М., 2008. — С. 43
7. Вильянов В.Б. Современные тенденции патоморфоза шизофрении: гендерный фактор и эффективность психофармакотерапии / Вильянов В.Б. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2004. — № 4. — С. 115–117.
8. Юрьева Л.Н. Шизофрения. Клиническое руководство для врачей / Юрьева Л.Н. — К.: , 2010. — с. 24
9. Wahl O.F. Are gender effects being neglected in schizophrenia research / Wahl O.F., Hunter J. // Schizophrenia Bulletin. — 1992. — № 18. — P. 313 — 318.
10. Taro Y. Elementary Sampling Theory / Taro Y. — NJ.: Prentice-Hall, 1967. — P. 398.
11. Kay S.R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S.R. Kay. — N.Y.: Brunner/mazel, 1991. — 216 p.

УДК: 616.891-06:616.12-008.331.1}-072.85-085

Клініко-психопатологічні особливості хворих з тривожно-депресивними розладами при артеріальній гіпертензії



Ніконенко В. А.

Ніконенко В. А.

Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня

Резюме. Данная статья посвящена описанию результатов клинико-психологического, психодиагностического исследования патоперсоналогических характеристик лиц с гипертонической болезнью и коморбидными тревожно-депрессивными непсихотическими расстройствами. Показано, что для пациентов характерны достаточно высокие показатели уровня нейротизма и психотизма. Подчеркнуто, что для более поздних этапов заболевания характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения заболевания в сочетании с сосредоточенностью на собственных неприятных и болезненных ощущениях, переоценкой факта самой болезни и ее возможных последствий.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, тревожно-депрессивные расстройства, психодиагностика, клинико-психологические особенности, патоперсоналогия, тип отношения к болезни.

Clinico-psychopathothological features of patients with anxiety and depressive disorders with arterial hypertension

Nikonenko V. A.

Dnepropetrovsk regional psychiatric clinical hospital

Resume. This article describes the results of clinical, psychological, psychodiagnostic studies pathopersonology characteristics of persons with hypertension and comorbid anxiety and depression non-psychotic disorders. It is shown that for patients characterized sufficiently high levels of neuroticism and psychotism. Emphasized that for the later stages of the disease is characterized by continual anxiety and mistrust on the adverse course of the disease in conjunction with the concentration on their own unpleasant and painful sensations, the revaluation of the fact of the disease itself and its possible consequences.

Key words: hypertension, anxiety and depressive disorders, psycho-diagnostics, clinical and psychological characteristics, pathopersonology, the type of relationship to the disease.

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) на сьогодні є однією з найбільш поширених розладів серцево-судинної системи, потребуючих індивідуалізованого лікування та підходів до комплексної реабілітації й профілактики рецидивів [1, 12].

Як і будь-яке соматичне захворювання АГ здатна викликати спектр психічних феноменів. Вони проявляються у зміні психологічного сприйняття факту хвороби, внутрішнього особистісного моделювання установок на видужання, подальший розвиток, прогноз та фінал захворювання [2, 3].

Психосоматичні теорії пояснюють взаємозалежність соматичного стану здоров'я із психічним відреагуванням. Вони включають розвиток непсихотичних психічних розладів на підґрунті соматичного, а також зміну соматичного стану як реакцію організму на формуючись донозологічні і нозологічні прояви психічних розладів [4, 10, 11].

Серед найбільш розповсюджених психічних порушень внаслідок відреагування на АГ є тривожно-депресивні розлади (ТДР). Частково

вони формуються на патопластичному й персонічному тлі реакцій на зовнішні та внутрішні події. Тривожність як особистісна реакція провокує закріплення патернів на біологічному та психологічному рівні. Більшість авторів погоджуються з тим, що тривожність є донозологічним початком психічної і соматичної тривоги [5, 6, 9, 12].

Однак у сучасних нейронауках не проводилось клініко-психологічних досліджень особистості пацієнтів з АГ та коморбідними ТДР. Не відображеними залишаються патоперсоналогічні порівняльні характеристики ставлення хворих до своїх серцево-судинних проблем в залежності від їх стадійності [7, 8].

Таким чином, запити теорії та практики вимагають від дослідників у галузі охорони психічного здоров'я узагальнення клініко-психологічних закономірностей та особливостей особистісного відреагування у хворих на АГ та коморбідні ТДР. Сукупність вказаних обставин і обумовила актуальність даного дослідження в галузі охорони психічного здоров'я в клініці соматичних захворювань.

Мета дослідження — на підґрунті поглибленого клініко-психологічного обстеження та психодіагностики хворих з тривожно-депресивними розладами при артеріальній гіпертензії виявити їх основні персоніологічні особливості в залежності від стадії захворювання.

Завданнями дослідження було:

1. Виокремити соціально-демографічні та нозологічні особливості обстежених;
2. Вивчити клініко-психологічні та персоніологічні особливості перебігу ТДР неспихотичного рівня у хворих на АГ 1 та 2 стадії.
3. Зробити висновки щодо клініко-психологічних та персоніологічних особливостей перебігу ТДР неспихотичного рівня у хворих на АГ 1 та 2 стадії.

Методи дослідження — клінічний, клініко-психологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, методи математичної статистики.

Дизайн й контингенти обстежених

За усвідомленою інформованою згодою і відповідно до принципів доказової медицини в умовах ЛПО «Міського клінічного психоневрологічного центру» м. Дніпропетровськ та звичайної терапевтичної поліклініки було обстежено 194 особи. Контингенти було розподілено на наступні групи.

Основний контингент обстежених (156 осіб) склали хворі, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні неврозів психоневрологічного центру. 38 хворих були обстежені в умовах поліклініки та склали вибірку контрольних груп. Контингенти були розподілені на клінічні та контрольні групи згідно стадійності перебігу АГ.

Першу основну клінічну групу (110 осіб) склали хворі з 1 стадією АГ, відповідну контрольну групу з 1 стадією АГ склали 22 особи з поліклініки. Другу клінічну групу (46 осіб) склали хворі з 2 стадією АГ, відповідну контрольну групу з 2 стадією АГ склали 16 осіб з поліклініки (рис. 1).

Соціально-демографічний аналіз виявив однорідність показників, що було підґрунтям для висновку про гомогенність груп і репрезентативність отриманих даних.

Середній вік стаціонарних хворих психоневрологічного центру склав — 41 рік, хворих з терапевтичної поліклініки — 44 роки. Серед хворих з АГ 1 стадії переважали пацієнти у віці від 31 до 40 і від 41 до 50 років (34,5% і 32,7% від загальної кількості хворих в основній групі і 13,6% і 86,4% від кількості хворих в контрольній групі). Серед хворих з 2 стадією АГ переважали пацієнти у віці від 41 до 50 і від 51 до 60 років (37% і 45,7% від загальної кількості хворих в

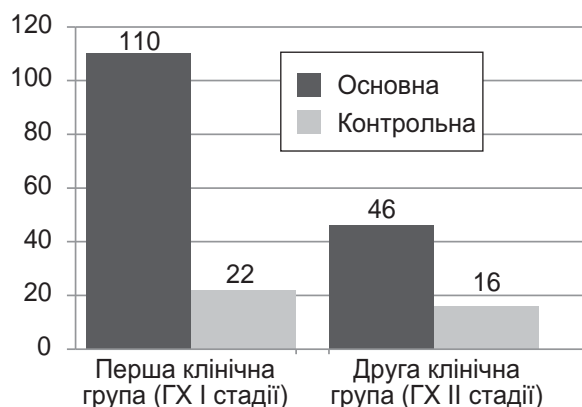


Рис. 1

Представленість контингентів обстежених

основній групі і 43,8% і 25% від кількості хворих в контрольній групі). Тобто, це люди працездатного віку від 31 до 60 років (78,7% від загальної кількості хворих в основній групі і 94,7% від кількості хворих в контрольній групі).

У групах обстежених переважали пацієнти із середньою освітою серед хворих з 1 стадією АГ (50,9% хворих основної групи і 59% хворих контрольної), серед хворих з 2 стадією АГ — пацієнти з вищою освітою в основній групі (50%) і з середньою освітою в контрольній (68,8%).

Серед обстежених груп хворих на АГ відзначався різний освітній рівень. У всіх хворих відзначалась відповідність освіти та соціального становища хворих. За професійним складом в клінічних групах переважали робітники (46,8% хворих з основної групи і 72,7% — з контрольної) і службовці (37,2% хворих з основної групи і 26,3% — з контрольної), то є пацієнти працездатного віку.

Серед контингентів хворих переважали одружені (88,5% хворих з основної групи і 86,8% — з контрольної). Отже, наявність неспихотичних психічних розладів у хворих на АГ 1 і 2 стадії істотно не впливає на соціальну активність і здатність до нормального сімейного функціонування.

Підгострий початок захворювання АГ мав місце у 69% хворих основної групи і у 92% з контрольної групи. Гострий початок захворювання відзначався рідше, однак супроводжувався частіше подальшим приєднанням неспихотичних психічних розладів. Велика частина обстежених проходила курс лікування в соматичному стаціонарі з приводу АГ, що, однак, не перешкоджало розвитку у них неспихотичних розладів. Підкреслимо, що лікування у психіатричному стаціонарі отримували хворі АГ основної групи. При цьому велика частина обстежених в стаціонар була госпіталізована вперше (65,5% хворих з I стадією і 71,7% хворих з II стадією).

До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження з вивченням соматичного, неврологічного, психічного та статусів; усім хворим проводилось психодіагностичне обстеження.

Психодіагностичний метод у вигляді методик був спрямований на виявлення окремих клініко-психологічних та особистісних характеристик обстежених:

- особистісний опитувальник Айзенка (G. Eysenck, S. Eysenck, 1969) задля отримання характеристик про основні якості особистості у вигляді екстраверсії-інтроверсії, нейротизму та психотизму;
- характерологічний опитувальник визначення рис акцентуацій характеру (K. Leonhard — G. Smishek, 1970) використовувався задля визначення варіацій акцентуації характеру обстежених, їх патоперсоналогічної складової характеру;
- опитувальник вивчення ставлення до свого хворобливого стану «Тип відношення до хвороби» (Л.І. Вассерман, Б.В. Іовлев і співавт., 2005) був застосований для визначення типу ставлення до хворобливого гіпертонічного стану.

Для статистичної обробки даних використовувались методи описової статистики, математичної статистики за таблицями відсотків та помилок.

Результати дослідження

Особистісні особливості у хворих на Г за результатами опитувальника Айзенка виглядають так. Для хворих АГ 1 стадії характерний середній (54,5% хворих основної групи і 50% — контрольної) та високий (45,5% хворих основної групи і 50% — контрольної групи) рівні психотизму. Низький рівень психотизму не визначався. У хворих основної групи частіше визначався високий рівень нейротизму (у 78%).

Навпаки, у хворих контрольної групи частіше діагностували низький рівень нейротизму (66%). У хворих АГ 1 стадії переважали екстраверти (56% хворих основної групи і 59% — контрольної групи). Нещирість відповідей при бажанні пацієнта «давати гарні відповіді» була зареєстрована в 1 хворого (табл. 1).

Для хворих АГ 2 стадії характерний високий (97,8% хворих основної групи і 87,5% — контрольної групи) рівень психотизму. Рідше відзначався середній рівень (2% хворих основної групи і 12,5% — контрольної групи). Низький рівень не визначався.

У хворих АГ 2 стадії частіше визначався високий рівень нейротизму (41,8% хворих основної групи і 68% — контрольної групи). У хворих контрольної групи також діагностували середній рівень нейротизму у 1 хворого.

У хворих АГ 2 стадії переважали інтроверти (65% хворих основної групи і 68,8% — контрольної групи). Нещирість відповідей при бажанні пацієнта «давати гарні відповіді» була зареєстрована в 1 хворого.

Таким чином, для хворих АГ були характерні досить високі показники рівню нейротизму, що може свідчити про високий ризик розвитку невротичної симптоматики, а також високий рівень психотизму, що може свідчити про ризик розвитку психічного розладу взагалі. Для хворих АГ 1 стадії характерне переважна більшість екстравертів, а для хворих 2 стадії — інтровертів. Вказані особливості свідчать про більшу глибину виразності психічних розладів у хворих на 2 стадії АГ, тобто на більш пізніх її етапах, що диктує необхідність ранньої діагностики і корекції цих порушень.

Дослідження темпераменту за опитувальником Айзенка показали, що у хворих на АГ 1 стадії були визначені всі чотири типи темпераменту (табл. 2).

Таблиця 1

Результати за особистісним опитувальником Айзенка

Параметри опитувальника		Відсоткові показники за контингентами, %			
		1 стадія АГ		2 стадія АГ	
		Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
психотизм	низький	0	0	0	0
	середній	54,50	50,00	2,20	12,50
	високий	45,50	50,00	97,80	87,50
нейротизм	низький	1,80	63,60	0	0
	середній	20,00	18,20	0	4,50
	високий	78,20	18,20	41,80	68,20
екстраверсія		56,40	59,10	17,40	12,50
амбіверсія		25,50	31,80	17,40	18,80
інтраверсія		18,20	9,10	65,20	68,80
щирість		99,90	100,00	100,00	93,80
нещирість		0,90	0	0	6,30

При цьому у хворих з основної групи найчастіше визначався холеричний (71,8% хворих) і меланхолійний (26,4% хворих) типи темпераменту. Навпаки, у хворих з контрольної групи найчастіше відзначався сангвінічний (59% хворих) тип темпераменту. Дещо рідше визначався флегматичний (18% хворих) і меланхолійний типи (13,6% хворих).

У хворих АГ 2 стадії визначалися тільки меланхолійний (73,9% хворих основної групи і 87,5% — контрольної групи) і холеричний (26% хворих основної групи і 12,5% — контрольної групи) типи темпераменту.

Отже, у хворих на АГ найбільш часто визначаються меланхолійний і холеричний типи темпераменту. У хворих АГ 1 стадії виявляється представленість усіх 4 типів темпераменту. Прояв темпераменту у хворих 2 стадії АГ характеризується великою одноманітністю і обмежується описаними вище типами темпераменту, що, можливо, пояснюється більшою стійкістю типологічних особливостей на більш пізніх стадіях захворювання.

За результатами дослідження характерологічного опитувальника визначення рис акцентуацій характеру нами були визначені середні показники визначеності акцентуацій характеру за групами (табл. 3).

Серед хворих на АГ 1 стадії переважали гіпертимні (24,5% хворих основної групи і

27% — контрольної), дистимні (12,7% хворих основної групи і 31,8% — контрольної), і екзальтовані (40% хворих основної групи і 22,7% — контрольної). У меншій мірі представлені збудливі і невірні (2,7% хворих основної групи і 4,5% — контрольної). Крім цього, у хворих контрольної групи визначався емотивний (у 10 хворих, 9% від загальної кількості хворих в групі), тривожний (у 14 хворих, що склало 12,7% від загальної кількості хворих в групі хворих в групі), циклотимність (у 5 хворих, що склало 4,5%), і педантичний тип акцентуації особистості (у 1 хворого). Демонстративного типу не було виявлено.

При цьому у хворих на АГ 1 стадії по середній вираженості ознак акцентуації характеру власне ступеня акцентуації (тобто більше 12 балів) сягала лише вираженість гіпертимності ($12,63 \pm 1,27$ балів у хворих основної групи і $12,59 \pm 1,30$ балів у хворих контрольної групи). Також значною була вираженість екзальтованості ($14,82 \pm 1,49$ балів у хворих основної групи і $10,64 \pm 1,06$ балів у хворих контрольної групи).

Отже, у хворих на АГ 1 стадії найбільшої вираженості досягають афективні риси характеру — гіпертимні, екзальтовані і дистимні, а найменшою вираженості — демонстративні і педантичні акцентуовані риси характеру.

Серед хворих з ГХ 2 стадії переважали тривожні (47,8% хворих основної групи і

Таблиця 2

Результати дослідження темпераменту за опитувальником Айзенка

Типологія темпераменту	Відсоткові показники за контингентами, %			
	1 стадія АГ		2 стадія АГ	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
холерик	71,80	9,10	26,10	12,50
сангвінік	0,90	59,10	0	0
флегматик	0,90	18,20	0	0
меланхолік	26,40	13,60	73,90	87,50

Таблиця 3

Результати визначення рис акцентуацій характеру

Характеристика за шкалами опитувальника	Кількість хворих (осіб)			
	1 стадія АГ		2 стадія АГ	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
Гіпертимний	24,70	27,30	0	0
Емотивний	9,10	0	4,30	12,50
Тривожний	12,70	0	47,80	37,50
Демонстративний	0	0	0	6,30
Дистимний	12,70	31,80	41,30	31,30
Збудливий	2,70	4,50	2,20	0
Педантичний	1	0	0	0
Циклотимний	4,50	0	2,20	0
Невірні	2,70	4,50	0	0
Екзальтований	40,00	22,70	2,20	0

37,5% — контрольної), дистимні (41% хворих основної групи і 31% — контрольної) та екзальтовані особистості (4% хворих основної групи і 12,5% — контрольної). У меншій мірі представлені збудливі і неврівноважені особистості (по 2,7% хворих основної групи і 4,5% — контрольної). Крім цього, у хворих основної групи визначався збудливий, циклотимний і екзальтований (1 хворий) тип акцентуації особистості. Гіпертимний, педантичний і неврівноважений типи акцентуації у хворих на АГ 2 стадії виявити не вдалося.

При цьому у хворих АГ 2 стадії по середній вираженості ознак акцентуації характеру власне ступеня акцентуації (тобто більше 12 балів) сягала лише вираженість тривожного ($15,98 \pm 1,60$ балів у хворих основної групи та $13,69 \pm 1,37$ балів у хворих контрольної). Також значною була вираженість дистимних рис характеру ($14,74 \pm 1,50$ балів у хворих основної групи і $13,06 \pm 1,31$ балів у хворих контрольної).

Отже, у хворих на АГ 2 стадії за даними аналізу найбільшої вираженості досягають афективні риси характеру, тривожні та дистимні, а найменшою вираженості — демонстративні, педантичні і неврівноважені.

Таким чином, методика дозволила констатувати в більшості випадків наявність акцентуації в тому чи іншому варіанті. У хворих АГ найчастіше зустрічаються дистимні риси характеру і не визначаються риси педантичності. Крім того у хворих АГ 1 стадії переважають риси екзальтованого і гіпертимного типів, а у хворих АГ 2 стадії переважають риси тривожного типу. Гіпертимні риси акцентуації, характерні для хворих 1 стадії АГ у хворих 2 стадії не виявлялися.

За допомогою особистісного опитувальника «Тип ставлення до хвороби» було отримано наступні результати. Серед хворих на АГ 1 стадії

переважав ейфорійний (38% хворих основної групи і 40,9% — контрольної), анозогнозичний (17% хворих основної групи і 22,7% — контрольної) та тривожний тип ставлення до хвороби (11,8% хворих основної групи і 9% — контрольної групи) (табл. 4).

Значно рідше визначався егоцентричний (10,9% хворих основної групи і 4,5% — контрольної) та неврастенічний (5,5% хворих основної групи і 4,5% — контрольної) типи ставлення до хвороби. Крім цього, у хворих основної групи визначався іпохондричний (у 6 хворих, що складало 5,5% від загальної кількості хворих в групі), гармонійний, obsесивно-фобічний і сенситивний (по 4 хворих, що складало по 3,6% від загальної кількості хворих в групі) типи ставлення до хвороби. У 2 хворих основної групи визначався апатичний і у 2 хворих — ергопатичний типи ставлення до хвороби.

Отже, для більшості хворих 1 стадії АГ характерними є ейфорічний, необґрунтовано безтурботний настрій у поєднанні з активним запереченням факту самої хвороби і її можливих наслідків.

Серед хворих ГХ 2 стадії переважав тривожний (45,7% хворих основної групи і 50% — контрольної) та неврастенічний (17% хворих основної групи і 37,5% — контрольної) типи ставлення. Значно рідше визначався ейфорічний (10,9% хворих основної групи і 12,5% — контрольної) та obsесивно-фобічний (2% хворих основної групи і 6% — контрольної), егоцентричний (4,30% хворих основної групи і 6% — контрольної) та ергопатичний (4% хворих основної групи і 12,5% — контрольної) типи ставлення. Крім цього, у хворих основної групи визначався іпохондричний (у 8 хворих, 17% від загальної кількості хворих в групі) і сенситивний (у 2 хворих, що складало 4% від загальної кількості хворих в

Таблиця 4

Виявлені типи ставлення до хвороби

Тип ставлення до хвороби	Відсоткові показники за контингентами, %			
	1 стадія АГ		1 стадія АГ	
	Основна група	Основна група	Основна група	Основна група
Гармонійний	3,60	0	0	6,30
Тривожний	11,80	9,10	45,70	50,00
Іпохондричний	5,50	0	17,40	0
Меланхолійний	0	0	0	0
Апатичний	1,80	0	0	6,30
Неврастенічний	2,50	4,50	17,40	37,50
Obsесивно-фобічний	3,60	0	2,20	6,30
Сенситивний	3,60	0	4,30	0
Егоцентричний	10,90	4,50	4,30	6,30
Ейфорічний	38,20	40,90	10,90	12,50
Анозогнозичний	17,30	22,70	2,20	0
Ергопатичний	1,80	0	4,30	12,50
Паранояльний	0	0	0	0

групі) типи ставлення до хвороби. У 1 хворого основної групи визначався анозогнозичний і в 1 хворого з контрольної групи — апатичний типи ставлення до хвороби.

Отже, для більшості хворих 2 стадії АГ характерно безперервне занепокоєння і недовірливість у відношенні несприятливого перебігу захворювання у поєднанні з зосередженістю на власних неприємних і хворобливих відчуттях і переоцінкою факту самої хвороби і її можливих наслідків.

Висновки:

1. Для пацієнтів з АГ характерні досить високі показники рівню нейротизму, а також високий рівень психотизму, що може свідчити про ризик розвитку психічного розладу взагалі. Для хворих АГ 1 стадії характерне переважання екстравертів, а для хворих 2 стадії — інтровертів. Вказані особливості свідчать про більшу глибину виразності психічних розладів у хворих на 2 стадії АГ, тобто на більш пізніх її етапах, що диктує необхідність ранньої діагностики і корекції цих порушень.
2. У хворих на АГ 2 стадії за даними аналізу найбільшої вираженості досягають афективні риси характеру, тривожні та дистимні, а

найменшою вираженості — демонстративні, педантичні і невірні. Існує варіативність акцентуованих рис характеру. У хворих АГ найчастіше зустрічаються дистимні риси характеру і не визначаються риси педантичності. Крім того у хворих АГ 1 стадії переважають риси екзальтованого і гіпертичного типів, а у хворих АГ 2 стадії переважають риси тривожного типу. Гіпертичні риси акцентуації, характерні для хворих 1 стадії АГ у хворих 2 стадії не виявлялися.

3. Ставлення до хвороби у хворих на різних стадіях АГ є різним. Для початкових етапів хвороби (1 стадія) більш характерно ейфоричний, необґрунтовано безтурботний настрій у поєднанні з активним запереченням факту самої хвороби і її можливих наслідків. Для більш пізніх етапів захворювання (2 стадія) характерним є безперервне занепокоєння і недовірливість у відношенні несприятливого перебігу захворювання у поєднанні з зосередженістю на власних неприємних і хворобливих відчуттях і переоцінкою факту самої хвороби і її можливих наслідків. Для хворих АГ не є характерним пригнічення хворобою з невір'ям в одужання, а також впевненість у тому, що хвороба є результатом чогось злого наміру.

Література:

1. Агеенкова Е. К. Психосоматические соотношения и особенности личности больных гипертонической болезнью / Е. К. Агеенкова // Съезд невропатологов и психиатров Белоруссии. — Мн., 1986. — С. 238–239.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. — М.: ЮНИТИ, 2007. — 435 с.
3. Аршава І. Ф. Психологія здоров'я: Навчальний посібник / І. Ф. Аршава, О. Г. Капшукова. — Д.: ВРК ДНУ, 2006. — 92 с.
4. Брицина Н. Н. Роль психосоматических факторов в прогнозировании развития гипертонической болезни / Н. Н. Брицина // Актуальные вопросы исследований природных ресурсов, профилактики, лечения и реабилитации больных на курортах Латвийской ССР. Тезисы межреспубликанской научной конференции, посвященной 150-летию курорта Кемери (20–21 октября 1988 года, г. Рига). — 1988. — С. 192.
5. Володина О. В. Специфическая и не специфическая тревожная симптоматика при расстройствах адаптации у пациентов с гипертонической болезнью / О. В. Володина // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т. XXI, Вып. 3. — С. 29–35.
6. Гавенко В. Л. Психиатрия и наркология: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации / В. Л. Гавенко (ред.) / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко, В. А. Абрамов, И. И. Влох. — К.: Медицина, 2009. — 488 с.
7. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика / В. Я. Гиндикин. — М.: Трида-Х, 2000. — 256 с.
8. Козідубова В. М. Надання допомоги лікарями загальної практики психічно хворим: Навч.-метод. посіб. / В. М. Козідубова, І. С. Вітенко, Е. М. Баричева, Р. Б. Брагін, С. М. Долуда // Харківська медична академія післядипломної освіти / В. М. Козідубова (ред.), І. С. Вітенко (ред.). — Х.: Прапор, 2004. — 248 с.
9. Липгарт Н. К. Клиническая характеристика и дифференцированная диагностика неврозов и неврозоподобных состояний при гипертонии / Н. К. Липгарт // Принципы патогенетического лечения сосудистых заболеваний головного мозга. — Х., 1983. — С. 81–84.
10. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: (Психологическое исследование) / В. В. Николаева. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 168 с.
11. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М., 1986. — 384 с.
12. Штарик С. Ю. Взаимосвязь артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения г. Красноярск / С. Ю. Штарик, М. М. Петрова // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — Т. 3. — № 37. — С. 93–95.

УДК 616.895.4-085:615.851

Дослідження взаємозв'язку якості життя та ресурсу сімейної підтримки у референтних родичів пацієнтів з шизофренією



Пшук Є. Я.

Пшук Є. Я.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

Резюме. Вивчені конструкти якості життя референтних родичів пацієнтів з шизофренією та ресурс сімейної підтримки в контексті динаміки розвитку хвороби; встановлені мішені психокорекційної роботи для родичів, які опікуються хворим на шизофренію.**Ключові слова:** якість життя, шизофренія, сімейний ресурс, соціальне функціонування, референтний родич.

The study of the relationship of quality of life and family resource support referential relatives of patients with schizophrenia

Pshuk Y. Y.

Department of Medical Psychology and Psychiatry at the course of post-graduate education. Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Resume. The quality of life constructs reference relatives of patients with schizophrenia and family support resources in the context of the dynamics of the disease; set targets for psycho-work relatives who care for patients with schizophrenia.**Key words:** quality of life, schizophrenia, family life, social functioning, relative reference.

У сучасній психіатричній практиці оцінка якості життя передбачає інтегративний підхід до визначення характеристики, що відбиває особистісний зміст здоров'я і хвороби. [2,4] На нинішньому етапі з'ясовані основні клінічні складові шизофренії, особливості перебігу, однак не уточнено яким чином хвороба впливає на перспективи подальшого соціального функціонування і якість життя не лише хворих на шизофренію, а й їх референтних родичів. Саме завдяки сімейному оточенню підвищується або ж знижується ефективність лікування хворих. [5]. Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування загалом у соціумі [6,8,11]. Були виокремлені два основних чинника, які характеризують відношення в сім'ї, де проживає хворий на шизофренію — соціальне дистанціювання сім'ї та надто високі очікування з боку референтного родича, з яким проживає хворий на шизофренію [6]. В дійсний час дана проблема функціонування сім'ї психічно хворого розглядається у відносно новому аспекті — з питанням якості життя не лише хворих на шизофренію, але й найближчого оточення пацієнта. Якість життя хворих на шизофренію розглядається як широка модальність їх життєдіяльності, яка залежить від ступеня психологічної адаптації, від впливу екзогенних та психогенних чинників, від соціально-рольового

функціонування та міжособистісних стосунків, від сімейного мікросоціального середовища. Найважливішим інтегративним чинником, що впливає на якість життя хворого на шизофренію є особливості його соціального функціонування, які визначають загальний рівень його життєдіяльності [7,9]. Для загальної оцінки життєдіяльності хворого необхідно враховувати не лише психічний, соціальний, трудовий статус пацієнта, але й його найближчого оточення, тих людей які найчастіше та найближче контактують з пацієнтом (дружина, батько, мати, чоловік) в контексті загального клініко-психопатологічного профілю хвороби.

Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище може надавати як адаптивний так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль щодо профілактики повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [5,8,10].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей якості життя референтних родичів пацієнтів з шизофренією та особливостей ресурсу їх сімейної підтримки.

За умови інформованої згоди було обстежено референтних родичів (168 осіб, РР) хворих на параноїдну шизофренію. Серед обстежених було 47 дружин, 51 чоловік, 70 — один з батьків. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 29 до 76 років (середній вік: «дружини» 44,7±0,9 років, «чоловіка» 53,3±0,5

та «один з батьків» $62,8 \pm 2,2$ роки). Більшість родичів (54,5%) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 47,1%. 63,4% РР оцінили сімейний побутовий стан як задовільний, а 76,1% вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи психічно хворої людини в сім'ї. Аналіз сімейних стосунків показав, що наявність адекватних стосунків констатували 33,7% РР, в той час коли на конфліктні та емоційно-нестійкі сімейні стосунки вказали, відповідно, 30,2% та 36,1% опитаних РР. З метою оцінки якості життя та соціального функціонування, референтні родичі хворих на шизофренію були розподілені на 3 групи. Відповідно, при тривалості хвороби у пацієнтів до 4 років - 1 ОГ група ($n=57$), 4-8 років — 2 ОГ ($n=58$) група та більше 8 років — 3 ОГ ($n=53$) група. В 1 ОГ було 16 дружин хворих, 14 чоловіків та 27 осіб (один з батьків); в 2 ОГ та 3 ОГ, відповідно, 18, 17, 23 та 13, 12 та 28 осіб. Групу контролю склали 55 психічно здорових осіб, в сім'ях яких не проживають психічно хворі особи. Методи дослідження: психосоціальні та психологічні особливості референтних родичів ідентифікували за допомогою психодіагностичного методу із використанням методики оцінки якості життя (ЯЖ) SF-36 [12]. Опитувальник відображає загальне благополуччя та ступінь задоволення такими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я і складається з 36 питань, які згруповані у вісім шкал та формують психологічний і фізичний компоненти здоров'я. Дослідження ресурсу сімейної підтримки проводили за опитувальником оцінювання сімейного ресурсу [1]. Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики [3].

Як показало проведене дослідження (табл. 1) якість життя та соціальна активність були неоднорідними в трьох досліджуваних групах РР. Отримані нами дані демонструють зниження якості життя у дружин, чоловіків та батьків обстежених нами пацієнтів 1 ОГ за такими конструктами як «загальне здоров'я»,

«життєва активність, життєздатність», «емоційне функціонування» та «психічне здоров'я».

Так, за показником загального здоров'я, найбільша розбіжність виявилась між обстеженими групи контролю та одним із батьків хворих (відповідно, $86,2 \pm 0,3$ бали проти $81,4 \pm 1,2$ бали $P < 0,001$). Внутрішньогруповий аналіз даного показника свідчить про те, що саме батьки обстежених нами пацієнтів мають проблеми зі здоров'ям, труднощами при виконанні фізичних навантажень, що можливо пояснюється і віковими їх характеристиками.

Життєва активність, стрижньовими елементами якої є бадьорість або ж зниження енергетичного тону, в'ялість була достовірно ($P < 0,05$) зниженою у обстежених нами референтних родичів у порівнянні з респондентами групи контролю. Між тим, внутрішньогрупові достовірні відмінності не виявлялись.

За конструктом «емоційне функціонування» міжгрупові відмінності не були значимими, в той час коли визначалось зниження вказаного показника у порівнянні з контрольною групою ($P < 0,001$).

Психічне здоров'я, яке формують емоційно-вольові компоненти та здатність до формування власної індивідуально-психологічної адаптації було суттєво зниженим у всіх групах референтних родичів у порівнянні з групою контролю ($P < 0,001$). Звертає увагу на себе та особливість, що мали місце і міжгрупові відмінності у референтних родичів. Так у групі «один з батьків» показники були достовірно ($P < 0,05$) найменшими, відповідно $58,4 \pm 0,7$ балів проти $60,5 \pm 1,2$ балів у групі чоловіків пацієнток та проти $60,1 \pm 0,4$ балів у групі дружин, у яких чоловік страждає на шизофренію.

Аналіз показників якості життя та соціального функціонування референтних родичів у другій групі обстежених (2 ОГ) показує, що бальна вираженість за всіма конструктами у референтних родичів є зниженою практично за всіма конструктами у порівнянні з групою контролю. Однак, найбільш суттєві відмінності

Таблиця 1

Показники якості життя та соціального функціонування референтних родичів пацієнтів з шизофренією

Показники	Середній бал ($M \pm m$)			
	1 ($n=13$)	2 ($n=12$)	3 ($n=28$)	КГ ($n=55$)
Загальне здоров'я (GH)	$72,4 \pm 0,3$	$71,9 \pm 0,2$	$72,2 \pm 0,6$	$86,2 \pm 0,3$
Фізичне функціонування (PF)	$63,1 \pm 0,2^*$	$64,2 \pm 0,7$	$60,5 \pm 1,4^*$	$71,9 \pm 1,9$
Рольове функціонування (RP)	$66,2 \pm 0,9^*$	$65,9 \pm 0,4$	$65,1 \pm 0,3$	$72,4 \pm 0,5$
Біль (P)	$66,9 \pm 1,1$	$67,1 \pm 0,7$	$66,1 \pm 0,5$	$71,0 \pm 0,7$
Життєздатність (VT)	$57,1 \pm 0,5^*$	$56,9 \pm 1,3$	$53,3 \pm 0,1^*$	$71,3 \pm 0,5$
Соціальне функціонування (SF)	$50,3 \pm 0,9$	$50,1 \pm 0,4$	$49,4 \pm 1,2^*$	$69,2 \pm 0,3$
Емоційне функціонування (RE)	$46,6 \pm 0,2$	$45,3 \pm 1,2$	$47,1 \pm 0,5^*$	$59,7 \pm 1,1$
Психічне здоров'я (MH)	$50,1 \pm 0,4$	$51,5 \pm 0,9$	$50,9 \pm 1,1$	$66,6 \pm 1,2$

Примітка: При позначці $*p < 0,05$ (внутрішньогруповий аналіз)

визначались за такими конструктами як «загальне здоров'я», «життєздатність», «соціальне функціонування» «емоційне функціонування», «психічне здоров'я» ($P < 0,001$).

Внутрішньогруповий аналіз свідчив про те, що за конструктом «загальне здоров'я» найменші показники визначались в групі «один з батьків» $77,9 \pm 1,3$ проти $81,4 \pm 0,3$ у дружин та $80,9 \pm 1,2$ у чоловіків ($P < 0,001$).

«Фізичне функціонування» також мало найменші показники в групі «один з батьків», однак достовірних відмінностей по групі «референтні родичі» не виявилось ($P > 0,05$).

Також ми не виявили внутрішньогрупових відмінностей за конструктами «рольове функціонування» та «біль». Між тим, «життєздатність» була достовірно вищою у чоловіків 2ОГ ($67,4 \pm 0,1$ проти $65,6 \pm 1,4$ у батьків, $P < 0,05$).

Показники конструктів «соціальне функціонування» та «емоційне функціонування» за груповим аналізом, виявились достовірно зниженими у групі «один з батьків» $51,5 \pm 0,4$ бал проти $53,7 \pm 1,1$ балів у чоловіків та $53,4 \pm 0,9$ бали у жінок (різниця між дружинами та чоловіками пацієнтів не достовірна $P > 0,05$). Також не виявилось внутрішньогрупових відмінностей за показниками конструкта «психічне здоров'я». Між тим, за конструктом «життєздатність» найбільша бальна оцінка виявилась в групі чоловіків наших пацієнток і були достовірно вищими у порівнянні з групою «один з батьків» ($P < 0,05$).

Таким чином, в 2ОГ суттєвих відмінностей щодо зниження якості життя та соціального функціонування між дружинами, чоловіками та одним з батьків не виявлено, за виключенням конструктів «загальне здоров'я», «психічне здоров'я», «емоційне функціонування», «життєздатність».

Як свідчать отримані дані, порівняння показників за всіма конструктами соціального функціонування показало достовірну суттєву різницю ($P < 0,001$) між респондентами контрольної групи та групою референтних родичів (табл. 2). Тобто, визначається зниження показників як загального так і психічного здоров'я в сім'ях, де проживає хворий на шизофренію, що може свідчити про зниження якості життя таких сімей загалом.

Внутрішньогруповий аналіз показників соціального функціонування в 3ОГ референтних родичів, в сім'ях яких проживає хворий на шизофренію, свідчив про те, що практично за всіма конструктами шкали SF-36 показники у дружин пацієнтів, чоловіків хворих на шизофренію та у одного з батьків перебували в межах одних цифрових показників та не мали суттєвої достовірно значущої відмінності. Лише за показниками конструктів «життєздатність» та «фізичне функціонування» визначалась достовірно значуща відмінність між групою

Таблиця 2

Вираженість ресурсу сімейної підтримки РР у пацієнтів з шизофренією в залежності від тривалості хвороби

Тип ресурсу	1ОГ (n=57)		2ОГ (n=58)		3ОГ (n=53)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
достатній	26	45,6	19	15,5	4	7,5
обмежений	23	40,3	27	46,5	21	36,2
низький	8	14,1	22	37,9	28	52,3

«один з батьків» ($60,5 \pm 1,4$ балів) та групами жінок пацієнтів ($63,1 \pm 0,2$ бали) і чоловіків ($64,2 \pm 0,7$ бали) $P < 0,01$.

Одним із важливих чинників, який впливає на загальну ефективність лікування хворих на шизофренію є ресурс сімейної підтримки пацієнта, завдяки якому визначається готовність референтних родичів надати допомогу та підтримку хворому. Перед тим, як проводити структуроване інтерв'ю, ми надавали РР інформацію про клінічні особливості захворювання, його динаміку, подальший соціальний прогноз, про особливості терапевтичної тактики, про необхідність підтримуючого лікування, соціальної та емоційної підтримки в сімейному середовищі. Акцентували увагу на тому, що лише сімейна підтримка може допомогти пацієнту налагодити його стосунки з оточуючими, розширити соціальні контакти, використовувати адекватну ситуації соціальну роль та необхідні навички, формувати систему самообслуговування.

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки у обстежених нами РР дав змогу виявити, що у 35 (20,8%) він був достатнім (бальна оцінка $12,4 \pm 0,9$). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне відношення до проблем та труднощів пацієнта, намагались надати емоційну та фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними і нереальними очікуваннями.

Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом функціонування сім'ї загалом. Тому, більшість РР, незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчують себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людині надто обтяжливим елементом власного життя.

У 84 РР (50,0%) реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (бальна оцінка

26,2±1,3), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити об'єм необхідної для хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення сімейного психологічного мікроклімату.

Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що референтні родичі надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше чим це є необхідним. Звужується їх круг інтересів, бажань, потреб, виникає страх щодо соціальної ізоляції, виникають стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, тому що страждають і не задовольняються власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті, тощо.

Низький ресурс сімейної підтримки виявлявся у 49 (29,2%) референтних родичів пацієнтів з шизофренією (31,5±0,4 бал), що свідчило про наявність дисбалансу між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його відношення до терапії.

Аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки в залежності від загальної тривалості хвороби показав, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією до 4-х років переважає достатній та обмежений ресурс сімейної підтримки (85,9%), в той час коли при тривалості хвороби від 4 до 8 років та більше років та 8 років в більше переважає обмежений та низький сімейний ресурс, відповідно, 84,4% та 88,5%.

Дослідження взаємозв'язку між показниками якості життя та певним типом ресурсу сімейної підтримки показало наявність позитивної кореляції між фізичним функціонуванням, життєздатністю та достатнім ресурсом сімейної підтримки ($r = 0,632$ та $r = 0,548$); дещо знижений кореляційний зв'язок визначався між емоційним функціонуванням та обмеженим ресурсом сімейної підтримки ($r = 0,237$).

Узагальнюючи результати щодо дослідження соціального функціонування та якості життя референтних родичів, де проживає хворий на шизофренію, ми прийшли до висновку, що у всіх групах обстежених в динаміці розвитку хвороби спостерігається погіршення їх соціального функціонування та якості життя. Встановлені особливості свідчать про те, що по мірі розвитку шизофренії у члена сім'ї (РР) нівелюються емпатійно-аффіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування, що необхідно враховувати при розробці психоосвітніх програм.

Література

1. Абрамов В.А. Психосоціальна реабілітація больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. — Донець: Каштан, 2009. — 584 с.
2. Гурович И.Я. Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація в психіатрії / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. — М.: 2004. — 492 с.
3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. — К: Морион, 2000. — 320 с.
3. Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А., Семькина Е. Е., Колядко С. П., Каленская Г. Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Под общ ред. Н. А. Маруты. — Харьков: Арсис, 2004. — 240 с.
4. Прибытков А.А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012 — Т.22 — №4. — С.27-29
5. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т.22. — №4. — С.30-35
6. Шевченко В.А. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной профессиональной психиатрической помощи / Шевченко В.А., Шмуклер А.Б., Гаврилова Е.К. // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 5. — С. 70–7.
7. Brissos S. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia / Brissos S., Molodynski A., Dias V.V // Ann. Gen. Psychiatry., 2011. — Vol. 10. — P. 18-19.
8. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 6. P. 403–418.
9. Figueira M.L. Measuring psychosocial outcomes in schizo-phrenia patients / Figueira M.L., Brissos S.D. // Curr. Opin. Psychiatry, 2011. — Vol. 2. — P. 91–99.
10. Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / Jukel G., Morosini P.L. // Curr. Opin. Psychiatry, 2008. — Vol. 6. — P. 630–639
11. Ware J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view. BMJ 1993; 306: 1429–1430.

УДК: 616.89-008.47

Дослідження властивостей довільної уваги у старших дошкільників в умовах дитячої освітньої установи компенсуючого типу



Аймедов К. В.



Кривоногова О. В.

Аймедов К. В., Кривоногова О. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. В статті приведено дослідження особливостей произвольного внимания у дітей старшого дошкільного віку, які виховувались в умовах дитячого освітнього закладу компенсуючого типу. Описані основні типи порушень уваги у даній категорії досліджуваних.

Ключевые слова: произвольное внимание, нарушение внимания, старший дошкольный возраст, детское образовательное учреждение компенсирующего типа

Research of properties of arbitrary attention in senior under-fives in the conditions of child's educational establishment of compensating type

Aymedov K. V., Kryvonogova O. V.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Resume. In the article research of features of arbitrary attention is resulted in children of senior preschool age, which were educated in the conditions of child's educational establishment of compensating type. The basic types of violations of attention are described at this category of investigational.

Key words: arbitrary attention, violation of attention, senior preschool age child's educational establishment of compensating type.

Постановка проблеми. Увага, що забезпечує через особовий інтеграл доступ як до зовнішнього, так і внутрішньому світу індивіда, є не тільки обов'язковим атрибутом, але і чинником творчого мислення [3, 9]. Не випадково цілий ряд учених указує, що особи, що володіють високим творчим потенціалом, відрізняються високим розвитком тих або інших функцій уваги: зокрема, концентрацію виділяють Б.Т. Тітченер, Э. Мейман, І.С. Сумбаєв, А.П. Нечаєв, І.А. Китов, об'єм і розподіл — Я.А. Пономарев, В.Д. Шадріков, К.Т. Текекс, Б. Уайт, перемикання додають Г. Клаус, К.К. Платонов і М.А. Холодная [1-9].

Відомо, що добре розвинуті властивості уваги і її організованість є факторами, які безпосередньо визначають успішність навчання в молодшому шкільному віці [6]. Як правило, учні,

які краще навчаються, мають кращі показники розвитку уваги [2, 5].

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 48 дітей старшого дошкільного віку, що були вихованцями дитячого саду компенсаторного типу для дітей з легкими і затухаючими формами туберкульозу; з них 21 були дівчатками, 27 — хлопчиками. Вік досліджуваних був від 5,5 до 7 років. Для реалізації мети дослідження була складена батарея психологічних тестів, що включала методики дослідження особливостей уваги старших дошкільників.

Для дослідження особливостей уваги були використані психологічні методики: «Коректурна проба» (тест Бурдона), «Лабіринти» (частина методики Забраміної С.Д.), методика «Простав

значки». Для оцінки виснажуваності уваги використовували «Тепінг-тест».

Результати дослідження, їх обговорення

Для виявлення рівня розвитку уваги використовувалися такі критерії:

- Рівень розвитку стійкості уваги;
- Рівень концентрації уваги;
- Рівень обсягу уваги;
- Рівень швидкості переключення уваги;
- Рівень розподілу уваги.
- На основі виділених критеріїв, а також для аналітичної обробки результатів дослідження та отримання кількісних показників було виділено три рівня розвитку уваги у дошкільника: низький, середній і високий.

Під час обстеження вівся протокол і фіксувалися запропоновані завдання, а також рівень їх виконання, характер контакту з дорослим, ставлення до виконання завдань, рівень активності при виконанні завдань.

В нашій виборці ми вивчали стійкість уваги, використовуючи метод спостереження та психометричний метод. Розподіл досліджуваних старших дошкільників за середньою тривалістю діяльності та відволікань наведено у додатках. В середньому тривалість діяльності в даній групі старших дошкільників відповідала віковій нормі та складала 62, 5 хвилин. Середня тривалість відволікань в групі складала 1,5 хвилини. Але в 12,4% випадків в групі досліджених спостерігалось зниження стійкості уваги за рахунок зменшення тривалості діяльності та збільшення часу відволікань.

Рівень розвитку інших властивостей уваги, а саме концентрації, обсягу, швидкості

переключення, рівень розподілу уваги вивчалися за допомогою психодіагностичних методик «Коректурна проба» (тест Бурдона), «Лабіринти» (частина методики Забраїної С.Д.), методика «Простав значки».

Концентрацію уваги вивчали за допомогою тесту «Коректурна проба» (тест Бурдона).

В нашому дослідженні у більшості дітей старшої групи ДООу компенсуючого типу відмічався низький рівень концентрації уваги ($63 \pm 7\%$). Порівну розділились дошкільники за високим та низьким рівнем концентрації уваги — відповідно по $19 \pm 6\%$. Слід зазначити, що діти, у яких не розвинена концентрація уваги, бувають розсіяними і незібраними. Нездатність дитини концентрувати увагу може негативно позначитися на її успішності в навчанні.

Рівень розвитку обсягу уваги вивчали за допомогою методики «Лабіринти». В нашій виборці проблеми звуження об'єму уваги та зниження здатності до його розподілу визначалось в рівній мірі у $60 \pm 7\%$ дошкільників. Високий рівень об'єму уваги спостерігався у $15 \pm 5\%$ дітей, середній — у $25 \pm 6\%$.

Здатність до переключення уваги також вивчалась за методикою «Коректурна проба».

В дослідженій виборці низький рівень переключення уваги відмічався в $60 \pm 7\%$ досліджених. $12 \pm 5\%$ мали високий рівень розвитку переключення уваги, $27 \pm 6\%$ - середній рівень.

В результаті дослідження в групі старших дошкільників виявлені наступні порушення уваги: звуження об'єму, зниження переключення уваги, зниження концентрації уваги.

Звуження об'єму спостерігалось у $2 \pm 2\%$ дошкільників, зниження концентрації — в $4 \pm 3\%$

Таблиця 1

Порівняльна характеристика середніх термінів роботи і відволікань дітей дошкільного віку

Вік дітей, роки	Середня тривалість діяльності, хв	Середня тривалість відволікань, хв
2,5-3,5	17,5	7,8
3,5-4,5	37,4	7,5
4,5-5,5	51,4	6,4
5,5-6,5	62,8	1,6

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних за рівнем розвитку окремих властивостей уваги

Рівні розвитку	Концентрація уваги		Розподіл уваги		Об'єм уваги		Переключення уваги	
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%
Високий	9	19 ± 6	8	17 ± 6	7	15 ± 5	6	12 ± 5
Середній	9	19 ± 6	11	23 ± 6	12	25 ± 6	13	27 ± 6
Низький	30	63 ± 7	29	60 ± 7	29	60 ± 7	29	60 ± 7

Таблиця 3

Порушення уваги у старших дошкільників

Порушення уваги	Абс. к-ть дітей	%
Звуження об'єму	1	2 ± 2
Зниження концентрації	2	4 ± 3
Зниження розподілу	1	2 ± 2
Зниження переключення	1	2 ± 2
Поєднані порушення	28	58 ± 7
Немає порушень	15	31 ± 7

випадків, зниження розподілу у $2\pm 2\%$ досліджених, зниження переключення у $2\pm 2\%$ дітей. Поєднані порушення мали 58 ± 7 досліджених — тобто більшість дошкільників. У $31\pm 7\%$ дошкільників порушень уваги не спостерігалось (рис. 1).

Також в межах дослідження ми вивчали особливості виснажуваності довільної уваги в старших дошкільників. Дану характеристику вивчали за допомогою методики «Тепінг-тест». Інструкція до тесту була наступною: «За моїм сигналом ви повинні почати проставляти крапки в кожному прямокутнику бланка. За відведений для кожного прямокутника час (5 с) ви повинні поставити в ньому якомога більше крапок. Переходити з одного прямокутника в інший ви будете по моїй команді, не перериваючи роботи. Весь час працюєте в максимальному для себе темпі. Тепер візьміть в праву (або ліву руку) олівець і поставте його перед першим прямокутником бланка». Експериментатор подає сигнал: «Почали!», а потім через кожні 5 задає команду: «Перейти в інший квадрат». Після закінчення 5 с. роботи, в 8-му прямокутнику експериментатор подає команду: «Стоп».

Тест проводився послідовно спочатку правою, потім лівою рукою.

Розподіл досліджених дошкільників за середніми результатами ефективності виконання тесту наведено в рис. 2.

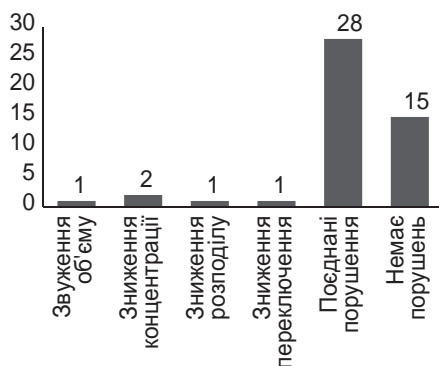


Рис. 1

Порушення уваги у старших дошкільників

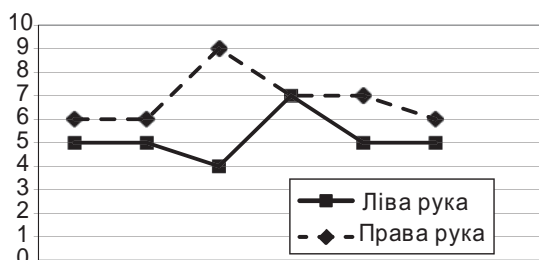


Рис. 2

Розподіл досліджених дошкільників за середніми результатами ефективності виконання «Тепінг-тесту»

За даними малюнку, більшість досліджуваних відносились до слабого типу (45%): максимальний темп знижується вже з другого 5-секундного відрізка і залишається на пониженому рівні протягом всієї роботи. Цей тип свідчить про слабкість нервової системи випробовуваного.

Середньослабкий тип спостерігався у 22 % досліджених: темп роботи знижується після перших 10-15 с. Цей тип розцінюється як проміжний між середньою і слабкою силою нервової системи — середньослабка нервова система.

Стабільний тип (15% досліджуваних): максимальний тип утримується приблизно на одному рівні протягом всього часу роботи. Цей тип кривої свідчить про наявність у випробовуваного нервової системи середньої сили.

Середньосильний тип (15 % досліджуваних): первинне зниження максимального темпу змінюється потім короточасним зростанням темпу до початкового рівня. Унаслідок здібності до короточасної мобілізації такі випробовувані відносяться до групи осіб з середньосильною нервовою системою.

Сильний тип зустрічався рідко — в 3 % випадків: темп наростає до максимального в перші 10-15 с. роботи; у наступні 25-30 с. він може знизитися нижче за початковий рівень (тобто що спостерігалось в перші 5 с роботи). Цей тип кривої свідчить про наявність у випробовуваного сильної нервової системи;

Таким чином, виявлена крайня виснажуваність нервових процесів в дослідженій групі дітей, що свідчить про ослаблену центральну нервову систему і можливості органічної поразки ЦНС.

Серед порушень уваги у 67% досліджених дошкільників спостерігались відволікання уваги, неухважність та розсіяність уваги.

Висновки.

1. Розвиток довільної уваги в старших дошкільників є важливою передумовою успішності шкільного навчання та оволодіння навчальним матеріалом.
2. В значній більшості досліджених старших дошкільників, які виховувались в умовах дитячої освітньої установи компенсуючого типу виявлено порушення уваги, у вигляді звуження обсягу, порушень концентрації, розподілу, переключення уваги.
3. В більшості обстежених виявлена крайня виснажуваність нервових процесів в дослідженій групі дітей, що свідчить про ослабленість центральну нервову систему і можливості органічної поразки ЦНС.

Література

1. Башаєва Т. В. Роль уваги в житті дошкільника / Т. В. Башаєва, Н. Н. Васильєва, Н. В. Ключєва і ін. Художники Р. В. Соколов, В. Н. Куров // Енциклопедія виховання і розвитку дошкільника. Ярославль: Академія розвитку, Академія Холдинг. — 2001. — W. 480. — С. 102–104.
2. Бурлачук Л. Ф. Справочник по психологической диагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — К.: Здоров'я, 1989. — 215 с.
3. Воронин А. Н. Методики диагностики свойств внимания.// Методы психологической диагностики. — Вып.1. — М., 1993. — С. 16–27.
4. Гильбух Ю. З. Внимание: одаренные дети, — М.: Знание. — 1991.
5. Крайг Г. Психология развития / Грейс Крайг. — СПб.: Издательство «Питер», 2000. — 944 с.
6. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека: [учебное пособие для студентов высших учебных заведений] / Ирина Юрьевна Кулагина. — М.: ТЦ Сфера, 2005. — 464 с.
7. Корректурная проба (Тест Бурдона) / Альманах психологических тестов. М.: 1995. С.107–111.
8. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: в 2 т. / Сергей Леонидович Рубинштейн. — М.: Педагогика, 2001. — С. 427–438.
9. Рутман Э. М. Исследование развития внимания в онтогенезе / Э. М. Рутман. Вопросы психологии. 1990. — 174 с.

УДК: 616.517:616.89-008

Індивідуально-психологічні та особистісно-психологічні особливості хворих на псоріаз та їх роль в розвитку дезадаптації особистості



Онищенко І. В.

Онищенко І. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. В даній статті розглянута проблема взаємовпливу психологічних особливостей хворих на псоріаз та розвитку дезадаптації особистості. На думку численних науковців, у пацієнтів, які страждають на дерматологічні захворюваннями, виникає специфічна форма дезадаптації, обумовлена станом людини. В той же час індивідуально-психологічні та особистісно-психологічні особливості хворих на псоріаз впливають на виникнення та перебіг дезадаптації, сприйняття свого захворювання та окремих його симптомів. Знання й врахування цих особливостей можуть значно підвищити ефективність лікувального впливу.

Ключові слова: псоріаз, дезадаптація особистості, індивідуально-психологічні та особистісно-психологічні особливості, соціалізація.

Individually-psychological and personality-psychological features of patients by psoriasis and their role in development of desadaptation of personality

Onytschenko I. V.

Resume. In this article considered the problem of mutual influence psychological characteristics of patients with psoriasis and development desadaptation personality. According to many scientists, patients with dermatological diseases, there is a specific form of desadaptation which is caused by the human condition. At the same time, individual psychological and personal psychological characteristics of patients with psoriasis affect the occurrence and course of maladjustment, the perception of their disease and its individual symptoms. Knowledge and consideration of these features can greatly improve the efficiency of the treatment modality.

Key words: psoriasis, exclusion of the individual, the individual psychological and personal-psychological characteristics, socialization.

Вступ

Серед соматичних захворювань, що супроводжуються психічними порушеннями, ушкодження шкірної поверхні займає особливе місце не тільки унаслідок тісного зв'язку шкіри і нервової системи в процесі ембріогенезу, але і великої суб'єктивної і об'єктивної значущості стану шкіри для людини [10].

Особливе місце серед захворювань шкіри займає псоріаз — один з найбільш поширених і недостатньо вивчених дерматозів. На думку авторів П. Альмайтера, В. В. Барбінова, А.А. Баранова, О.Л. Іванова та Н.Г. Кочергіна, у пацієнтів, які страждають на дерматологічні захворюваннями, виникає специфічна форма дезадаптації, обумовлена станом людини [2,3,4,8,9]. Проте не дивлячись на численні дослідження, етіологія і патогенез псоріазу ще недостатньо вивчені і проблема дезадаптації особистості хворих на псоріаз, а також роль індивідуально-психологічних та особистісно-психологічних особливостей у її розвитку залишається відкритою.

Викладення матеріалу.

Процес дезадаптації особистості пацієнта, який страждає на шкірні захворювання, є, за своєю суттю, деструктивним явищем.

Хронічна течія, часті рецидиви, психоемоційна дезадаптація, короткі періоди ремісії, що супроводжують багато дерматовенерологічних захворювань, дозволяють розглядати цю проблему не тільки як медичну, але і як соціально-психологічну [10, 15].

Роботи класиків клінічної медицини початку ХХ століття започаткували цілісний підхід у вивченні хворого, що означає досконале вивчення та правильне розуміння ролі особистості при виникненні захворювання. Багато авторів вважають, що особливості особистості можуть впливати на виникнення і перебіг псоріазу. Разом з тим початок псоріатичного процесу може викликати соматизацію психічної реакції і призвести до змін особистості, особливо при ранніх стадіях, коли розвиток особистості протікає в специфічних умовах, пов'язаних з хворобою [12, 26, 27].

Так захворювання на псоріаз із раннього дитинства або в пубертатному періоді впливає на психічний розвиток. Унаслідок певних обмежень, пов'язаних з лікуванням і впливом на спосіб життя, низької самооцінки, труднощів у спілкуванні, тобто ознак, властивих псоріазу, у деяких осіб формується емоційний захист. Хворі відмовляються виявляти свої почуття й уникають міжособистісних контактів. Попри те,

що псоріаз може призводити до тривожних станів і депресії, дерматологи й психіатри не повинні недооцінювати психологічних проблем, що передують власне захворюванню на псоріаз. Часом складно визначити, депресія або тривожність виникала як первинна патологія чи як наслідок псоріазу [24].

Псоріаз належить до переліку багатьох захворювань, що спричиняє порушення соціалізації особистості у багатьох сферах: кар'єрі, соціальній сфері, статевому житті й сімейних стосунках [24]. Що тяжчий перебіг дерматозу, то більший обсяг лікувальних заходів та обмежень. Псоріаз не завжди добре піддається лікуванню й призводить до змін психічного стану пацієнта, зокрема заниженню самооцінки, депресивних станів, підвищеного емоційного напруження, драматизації проблеми, зниження активності [6].

Разом із загальними закономірностями суб'єктивного відображення хвороби, треба враховувати механізми індивідуального сприйняття хвороби. Хворий оцінює своє захворювання не тільки в цілому, але й аналізує окремі його симптоми. Він має власний «діагноз» хвороби, свої судження про причини, виникнення, перебіг та лікування захворювання. Психологічна картина соматичного страждання, таким чином, відбивається в кожному конкретному випадку по-своєму, набуваючи відповідного індивідуального забарвлення. Вона зумовлена сукупністю як індивідуальних особливостей особистості, так і своєрідністю хвороби, а також ситуацією, в якій опиняється хворий [5, 16, 17].

У медичній психології і психіатрії розрізняють пацієнтів з нормальними, акцентуованими, психопатичними властивостями особистості, а також осіб із психопатоподібними станами і психічно хворих. Кожний із цих типів хворих по-своєму відображає однакове соматичне страждання, і аналіз цих розбіжностей може стати предметом наукових досліджень [18, 20].

Як відмічають В. Бройтингам, Ю.М. Губачев, О.Л. Іванов, А.Н. Львов, В.Д. Тополянський та ін., 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. 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 [7]. За думкою П. Альмайтер, А.А. Баранова, М. Gupta, М. Komai та ін., хвороба як стресова ситуація в житті пацієнта активує

систему значимих відносин, вищих регуляторних механізмів, що виявляються в умовах хвороби і лікування, з одного боку, у характерних способах сприйняття переживань і оцінок, а з іншого боку — в особливостях пристосувальної поведінки [2, 3, 23, 25].

В якості найбільш частоті реакції на шкірне захворювання деякі дослідники розглядають депресію, відзначаючи, що у пацієнтів, що страждають на псоріаз, поширеність суїцидальних думок вища, ніж у пацієнтів загальномедичної практики [11, 23].

При цьому цілий ряд авторів підкреслює роль конституціональної схильності, відзначаючи, що хронічні дерматози можуть загострювати аномальні особливості, приводячи до декомпенсації наявного розладу особистості. При сенситивному розвитку домінує песимістичне сприйняття шкірного захворювання, гіпертрофована оцінка пов'язаного з ним косметичного дефекту, ідеї відносин, що поєднуються з прагненням приховати будь-які прояви дерматологічної патології. Пацієнти стають постійними клієнтами косметологічних кабінетів, щоб не підкреслювати гіперемію шкірних покривів, перестають носити одяг червоних тонів, затінюють обличчя полями капелюха [22]. Поступово на перший план виступають явища унікальної поведінки. У тяжких випадках пацієнти повністю змінюють спосіб життя: соромляться з'являтися на людях, звільняються з роботи, деякі відмовляються навіть від контактів з близькими родичами, звужується коло спілкування [2, 3, 25]. Експансивно-шизоїдний розвиток визначається прагненням, при формальному визнанні хронічного дерматозу, до гіперадаптації, що супроводжується включенням лікувальних заходів, пов'язаних з хворобою, в коло повсякденних побутових обов'язків. Найбільш вразливою в плані депресивних реакцій категорією хворих на псоріаз є молоді жінки, у яких загроза втрати зовнішньої привабливості призводить до затяжних гіпотимічних станів, нерідко ускладнюються суїцидальними спробами. При цьому, відповідно з явищами психосоматичного паралелізму, властивого шкірним захворюванням, у хворих з важким перебігом псоріазу відзначається велика частота і тяжкість афективних розладів, а також суїцидальних ідей [22].

Серед преморбідних патохарактерологічних властивостей, що провокують дезадаптацію особистості, переважають паранойяльні і шизоїдні розлади особистості. При цьому на перший план виступають акцентуації нарцисичного типу (завищена самооцінка, надцінне ставлення до власної зовнішності, особливо стану шкіри) при паранойяльному та іпохондричному розвитку та сенситивному типі (боязкість, сором'язливість,

комплекс власної неповноцінності) у випадках сенситивного розвитку [21].

Психопатологічна структура афективної патології визначається поєднанням зниженого настрою, плаксивості, дратівливості, порушень сну з ідеями фізичної вади (косметичного дефекту при ураженні шкіри обличчя та інших відкритих частин тіла) неприємного для оточуючих. Переважають депресії легкого та середнього ступеня тяжкості [11].

Пацієнти не завжди можуть сформулювати джерело своїх тривог і в бесіді апелюють головним чином до феноменології «хронічних» страхів, що періодично зростають залежно від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації, тут виразно просліджується проекція страхів не на поточне положення справ, а на перспективу, загальна заклопотаність майбутнім на тлі підвищеної емоційної чутливості, що пов'язане з проявами тривожності у сфері соціальних контактів або із спробами випробовуваного розглядати соціальну сферу як основне джерело тривожної напруги і невпевненості в собі [8].

Висновки

1. Процес дезадаптації особистості пацієнта, який страждає на шкірні захворювання, зокрема на псоріаз по своїй суті має деструктивний характер і може видозмінюватись в залежності від індивідуально-психологічних та особистісно-психологічних характеристик хворого.
2. В людині хворій на псоріаз об'єднані у складній єдності та взаємозумовленості її організм і особистість. Цей зв'язок полягає в тому, що особистість накладає відбиток на виникнення, перебіг та кінець захворювання. Інший бік цього зв'язку полягає у зміні особистості під впливом хвороби та лікування.
3. Знання й врахування механізмів реагування та адаптації до хвороби можуть підвищити ефективність останньої, сприяти вибору найбільш точно спрямованих способів лікувального впливу. Найбільш адекватний цим цілям є підхід, що враховує три площини розгляду терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну і соціальну.

Література

1. Аковбян В. А. Некоторые индивидуальные особенности организма больных псориазом и характера клинического течения заболевания / В. А. Аковбян, С. С. Арипов // Вестник дерматологии и венерологии. — 1992. — №2. — С. 23–25.
2. Альмайтер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии / П. Альмайтер, А. Кубанова. — М.: Геотар-медиа, 2003. — 1248с.
3. Баранов А. А. Аллергология и иммунология / А. А. Баранов, Р. М. Хаитов // Союз педиатров России. — 2008. — С. 35–74.
4. Барбинов В. В. Новые подходы к наружной терапии псориаза / В. В. Барбинов, Р. А. Граншн // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2008. — №3. — С. 23–28.
5. Битенский В. С. Проблема ноогенных психических расстройств / В. С. Битенский, К. В. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2010. — №2(18). — С. 26–32.
6. Горохова В. Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой, нейродерматитом и псориазом и особенности их психотерапии: дис. ... кандидата мед. наук : 14.00.18 / В. Н. Горохова. — Курск, 1974. — 221 с.
7. Иванов О. Л. Психодерматология: история, проблемы, перспективы / О. Л. Иванов, А. Н. Львов, В. В. Остришко, В. С. Новоселов // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 1999. — №1. — С. 28–38.
8. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — 35с.
9. Кочергин Н. Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза / Н. Г. Кочергин, Л. М. Смирнова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2006. — №4. — С. 29–31.
10. Менегетти А. Психосоматика / Менегетти А. — М.: ННБФ Онтопсихология, 2004. — 360 с.
11. Мушет Т. В. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом / Т. В. Мушет, А. М. Ямковой. — Кишинёв, 1988. — №3. — С. 14–16.
12. Окладников В. И. Личность и психосоматическая патология / Окладников В. И. — Иркутск, 2005. — 213 с.
13. Павлова О. В. Проблемы современной психодерматологии / Павлова О. В. — М., 2004. — 165 с.
14. Смулевич А. Б. Депрессии при дерматологической патологии / А. Б. Смулевич, И. Ю. Дороженко, Т. А. Белоусова. — В кн.: Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — С. 151–154.
15. Смулевич А. Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / А. Б. Смулевич, О. Л. Иванов, А. Н. Львов, Ю. И. Дороженко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — №11. — С. 4–13.
16. Смулевич А. Б. Психосоматика при кожных заболеваниях / А. Б. Смулевич, О. О. Фильц. — М., 1992. — С. 40–59.

17. Шевченко-Битенский К.В. Новые нейрогенные патогенетические (психосоматические) подходы к проблеме псориаза и его терапия / К. В. Шевченко-Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2012. — №1(21). — С. 41–52.
18. Шевченко-Битенский К.В. Психодерматология и дерматопсихиатрия (терминология и проблемы патогенеза на примере псориаза): научно-практическая конференция с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологии в современную медицину». — АР Крым, 2013. — С. 21-22.
19. Шилов В. Н. Псориаз решение проблемы (этиология, патогенез, лечение) / Шилов В. Н. — М.: Издатель В. Н. Шилов, 2001. — 304 с.
20. Шнайдер К. Клиническая психопатология / Шнайдер К. — Г., 1999. — 236 с.
21. Щепитовски Я. Психодерматологические аспекты / Я. Щепитовски, А. Райх // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — №4. — С. 17–21.
22. Gupta M. A. Psychodermatology: an update // J. Am. Acad. Dermatol. — 1996. — Vol. 34. — P. 1030–1046.
23. Gupta M. A. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria / M. A. Gupta, A. K. Gupta, N. J. Schork, C. N. Ellis // Psychosom. Med. — 1994. — Vol.56. — P. 36–40.
24. Hillert A. Psoriasis / A. Hillert, U. Gielert, V. Niemeier, B. Brosig// Dermatol. and Psy-chosom. — 2004. — №5. — P. 33–35.
25. Komai M. Role of Th2 responses in the development of allergen-induced airway remodeling in a murine model of allergic asthma / M. Komai, H. Tanaka, T. Masuda // Br J Pharmacol. — 2003. — Vol.138, N. 5. — P. 912–920.
26. Paeon P. Psoriasis / P. Paeon, J. C. Szepietowski, A. Kiejna// Dermatol. Psychosom. — 2003. — Vol. 4. — P. 142–145.
27. Richards H.L. Psoriasis psychological aspects / H. L. Richards, D. G. Fortune, C. E. Griffiths, C. J. Main//J. Psychosom. Res.— 2001. — Vol. 50, №1. — P. 11–15.

УДК 616.89-008.447(477)

Особливості психотерапевтичної корекції непсихотичних психічних розладів у жителів сільської місцевості

Зінченко О. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Резюме. На основі комплексного вивчення клініко-епідеміологічних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних, соціально-психологічних особливостей непсихотичних розладів у жителів сільської місцевості розроблено науково обґрунтовану систему психотерапевтичної корекції та реабілітації непсихотичних психічних розладів у жителів сільської місцевості.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, невротичні розлади, органічні непсихотичні розлади, сільське населення, психотерапія.

Features of the psychotherapeutic correction non-psychotic mental disorders in residents of rural areas

Zinchenko A. M.

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

Resume. Based on a comprehensive study of the clinical and epidemiological, clinical and psychopathological, pathopsychological, social and psychological characteristics of non-psychotic disorders in rural areas is designed scientifically based system of psychological adjustment and rehabilitation of non-psychotic mental disorders in rural areas.

Key words: nonpsychotic mental disorders, neurotic disorders, organic nonpsychotic disorders, rural population, psychotherapy.

Проблема забезпечення сільського населення кваліфікованою медичною допомогою є актуальною для України. Визначається вона особливостями розвитку села та національної системи охорони здоров'я. Організація медико-санітарної допомоги сільському населенню має суттєві особливості, які обумовлені низкою чинників. Серед чинників, що впливають на організацію медико-санітарної допомоги сільському населенню найбільш вагомими є порівняно низькі щільність і компактність розселення сільського населення, особливий характер умов праці в процесі сільськогосподарського виробництва, соціально-економічні умови життя, демографічні процеси та стан здоров'я [1, 3, 6].

Непсихотичні (пограничні) психічні розлади у сільського населення України складають в структурі усіх психічних захворювань близько 80% внаслідок чого їх вивчення є однією з актуальних проблем клінічної і організаційної психіатрії [4, 5, 12, 13].

Зростання розповсюдженості непсихотичних психічних розладів у сільського населення супроводжується їх клінічним патоморфозом та обумовлює необхідність пошуку нових підходів до діагностики, лікування та профілактичних заходів, розробки методів соціальної реабілітації [2, 7, 9, 14, 15, 16].

Нами проведене 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 [8, 10, 11, 12].

Одним із завдань даного дослідження була розробка науково обґрунтованої системи психотерапевтичної корекції та реабілітації непсихотичних психічних розладів у жителів сільської місцевості.

Об'єктом дослідження були 587 жителів сільської місцевості (далі — ЖСМ) та 294 жителів міст (далі — ЖМ) України з непсихотичними психічними розладами (далі — НПР) органічного та невротичного походження.

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

**Рис. 1***Розподіл обстежених по групах*

(HDRS) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптовані до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 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.

Лікування хворих з неспсихотичними психічними розладами було спрямоване на зниження вираженості та повне усунення причин, що призвели до виникнення захворювання; на патогенетичні механізми, що обумовили виникнення та перебіг захворювання відновлення соціального функціонування на дохворобливому рівні, зниження ризиків загострення.

Процес лікування складався з наступних етапів: активна терапія, стабілізуюча терапія та підтримуюча терапія. Основу лікування складають фармако- та психотерапія. Принципами терапії у хворих НПР мешканців сільської місцевості слід вважати: надання допомоги за місцем проживання (при відсутності необхідності госпіталізації), надання допомоги мультидисциплінарною бригадою (сімейний лікар, лікар-психіатр, лікар-нарколог, медичний психолог та лікар-психотерапевт), застосування політерапії (антидепресанти у поєднанні з антиконвульсантами або нейролептиками); обов'язковим є використання раціональної психотерапії, спрямованої на розуміння хвороби.

На основі отриманих результатів нами сформульовані загальні засади патогенетично обґрунтованої психотерапії НПР у ЖСМ:

- застосування комплексного біологічного, психотерапевтичного і психологічного впливів як основи терапевтичної тактики при НПР у ЖСМ;
- визначення психотерапії та психотерапевтичної корекції як центральної ланки системи лікування та реабілітації пацієнтів молодого віку НПР у ЖСМ на всіх її етапах;
- встановлення мети психотерапії як впливу на патогенетично значущі біопсихосоціальні чинники розвитку НПР у ЖСМ;
- врахування специфіки психотерапевтичних підходів у цих осіб, яка визначається поєднанням невротичної та соматичної патології (органічні неспсихотичні розлади);
- диференціація завдань та обсягу психотерапії і медико-психологічної реабілітації з огляду на різноманітну вираженість клінічної симптоматики НПР у ЖСМ від синдромальних до нозологічно окреслених.

Відповідно до вищевказаних засад обґрунтовані принципи побудови комплексної системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації (в діагностиці й лікуванні пацієнтів):

- 1) наступність — послідовність проведення лікувальних заходів; поступовий перехід від переважно психофармакологічних,

- фізіотерапевтичних впливів до психотерапевтичних й психопрофілактичних заходів, створення організаційної основи для продовження лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів на всіх етапах лікування та реабілітації;
- 2) комплексність — вплив на різні ланки патогенезу розладу, з використанням психофармакологічних, психотерапевтичних і фізіотерапевтичних методів на кожному з етапів проведеної терапії, участь у лікувально-діагностичному процесі мультидисциплінарної команди фахівців, яка включає лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, медичного психолога, терапевта, лікаря ЛФК;
- 3) етапність — проведення комплексних діагностичних і реабілітаційних заходів з оцінкою типологічної структури особистості й емоційних порушень, враховуючи етапи лікування: «кризовий», «базисний», «відбудовний», «реабілітаційний»; урахування клінічної динаміки й нейродинаміки; пом'якшення або усунення predisponуючих і запускаючих мікросоціальних факторів, які ведуть до зриву адаптації;
- 4) індивідуальність — розробка індивідуальної психотерапевтичної програми з урахуванням нозології захворювання, важкості соматичного стану, наявності невротичних розладів; засновано на вивченні патогенетичних чинників розвитку НППР, виділенні серед них таких, що модифікуються, і використанні як мішені психотерапії та медико-психологічної реабілітації;

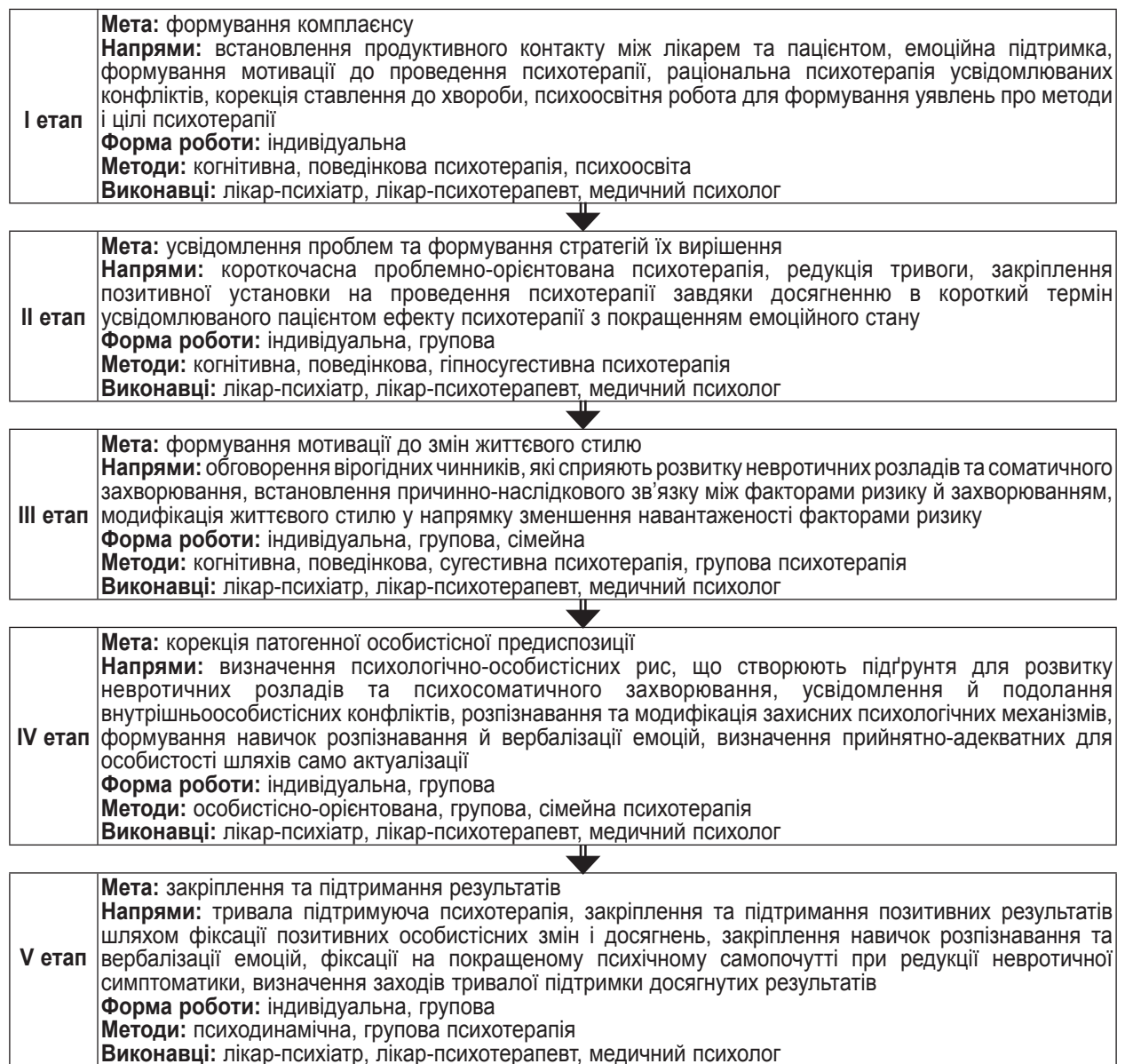


Рис. 2

Етапи психотерапевтичної корекції НППР і медико-психологічної реабілітації ЖСМ з НППР

5) стадійність — диференціація психотерапевтичних підходів у відповідності зі стадією розвитку соматичного захворювання, з урахуванням співвідношення невротичного та соматичного компонентів у клінічній картині захворювання.

З урахуванням вищевказаних принципів та організаційних засад нами розроблена та реалізована система психотерапевтичної корекції НПР й медико-психологічної реабілітації осіб з НПР. Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування НППР сприяв підвищенню ефективності психотерапевтичного лікування. Структура системи та її етапи відображені на рис. 2.

Оцінювання ефективності лікування НПР після завершення лікування та в період катамнезу здійснювалась на основі комплексного підходу. При цьому використовувались клінічний, психодіагностичний критерії та інтегральний показник якості життя. При оцінюванні ефективності лікування використовувались такі градації стану хворих: видужання, значне покращання, покращання, відсутність позитивної динаміки.

Отримані в ході дослідження результати свідчать, що після проведеного комплексного лікування з використанням розробленої системи психотерапевтичної та психофармакологічної корекції неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів групи дослідження мешканців сільської місцевості видужання реєструвалося у 68,14 %, значне покращання — у 20,35%, покращання — у 11,50 % пацієнтів. Відсутності

позитивної динаміки та погіршення стану не відзначено. Результати ефективності лікування хворих на НПР без використання розробленої системи психотерапевтичної та психофармакологічної корекції неспсихотичних психічних розладів у сільського населення розподілено наступним чином: видужання у 44,79 % пацієнтів, значне покращання — у 25,00%, покращання — у 15,63 %, відсутність позитивної динаміки — у 14,58% пацієнтів. Погіршення стану не відзначено. Відмінності з відповідними показниками в групі контролю достовірні ($p < 0,05$). Результати свідчать про те, що система психотерапевтичної та психофармакологічної корекції неспсихотичних психічних розладів у мешканців сільської місцевості, розроблена й апробована у медичній практиці, має високу ефективність.

Висновки

Основними принципами побудови системи психотерапевтичної корекції НПР у сільського населення є наступність, комплексність, етапність, індивідуальність, стадійність. Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування емоційних розладів і застосування принципу етапності залучення хворих із психосоматичними захворюваннями в психотерапевтичний процес сприяв посиленню прихильності до психотерапії пацієнтів, дозволив підвищити ефективність психотерапевтичного лікування, підтверджену даними катамнестичного спостереження.

Література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 720 с.
2. Александровский Ю.А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т.2, №2. — С.3 — 7.
3. 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 (37). — С. 70–77.
4. Воинов Е.В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Е.В. Воинов. — СПб, 2003. — 18 с.
5. 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.
6. 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.
7. Зінченко О.М. Поведінкові розлади у сільського населення України у 2009 році / О.М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2010. — Т.16, № 3 (62). — С. 27–34.
8. 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.
9. Марута Н.А. Клинико-психопатологические особенности различных форм невротической патологии у женщин / Н.А. Марута, Т.Д. Бахтеева // Медицина сьогодні і завтра. — 2004. — № 3. — С.59–64.
10. 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.

11. Жданова М.П. Стан і перспективи розвитку психіатричної служби в Україні / М.П. Жданова, О.М. Коллякова, О.М. Зінченко, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т.17. Вип. 2(59). — С. 6–9.
12. Чуркин А.А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 г. / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал. — 2007. — №4. — С. 4–12.
13. 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.
14. Kawakami N. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003 / N. Kawakami, T. Takeshima // Psychiatry and Clinical Neurosciences. — 2005. — №59. — P. 441–452.
15. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. Ottawa, Canada. — 2006. — P. 203.
16. Wittchen H.-U. Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies / H.-U. Wittchen, F. Jacobi // European Neuropsychopharm. — 2005. — № 15. — P. 357–376.

УДК: 616.89-08.12-055.2+343.914

Аналіз проблеми жіночої злочинності та агресивної кримінальної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи



Васильєва Н. Ю.

Васильєва Н. Ю.

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи

Резюме. В статье представлены результаты исследования 353 подэкспертных с целью анализа проблемы женской преступности и агрессивного криминального поведения женщин, которые совершили преступления против жизни и здоровья личности, продемонстрирована структура общественно опасных действий исследуемым контингентом.

Ключевые слова: женская преступность, общественно-опасное деяние, судебно-психиатрическая экспертиза, испытуемые.

Analysis of the problem of female crime and aggressive criminal behavior of women who have committed crimes against life and health

Vasilyeva N. Y.

Resume. The article presents the results of a study of the subject 353 to analyze the problems of female criminality and violent criminal behavior of women who have committed crimes against life and health of individuals, demonstrated the structure of socially dangerous acts investigated contingent.

Key words: female criminality, socially dangerous act, forensic psychiatric examination, examinees.

Актуальність теми. Проблема жіночої злочинності тривалий час не привертала до себе особливої уваги, але в останні роки інтерес до неї помітно посилюється. Дослідження, присвячені проблемі жіночої злочинності, незмінно підкреслюють її специфіку, кількісні та якісні характеристики, відмінні від злочинності чоловіків, що у результаті дозволило виділити її в структурі всієї злочинності і розглядати як самостійний структурний елемент [1, 2].

Структура жіночої злочинності не повторює чоловічу, вона специфічна і значною мірою визначається тими видами злочинів, які найбільш властиві жінкам [3]. В наш час доведено, що жіноча злочинність має певні особливості, пов'язані з соціальною роллю і функціями жінки, способом життя і професійною діяльністю, біологічною і психофізіологічною специфікою, а також з її історично обумовленим місцем у системі суспільних відносин. Із зміною соціальних умов і способу життя жінки, її соціальних ролей змінюються характер і способи її злочинної поведінки [4].

Поведінка жінок, що здійснюють суспільно-небезпечні дії (СНД), характеризується особливою зухвалістю і жорстокістю, що йде у розріз з традиційним розумінням гендерних відмінностей. Ріст СНД, скоєних жінками, несе загрозу гуманітарній сфері суспільного життя, ставить під сумнів базові інститути та етичні цінності сучасного суспільства [5].

Особливу актуальність темі дослідження надає взаємна детермінованість жіночої насильницької злочинності та таких негативних явищ у сучасному суспільстві, як девальвація моралі, економічна криза, трансформація політичної системи і правових інститутів, переоцінка цінностей та ідеалів, що привело до збільшення жіночого криміногенного потенціалу [6, 7, 8].

Мета дослідження: аналіз проблеми жіночої злочинності та агресивної кримінальної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.

Матеріали і методи дослідження

Проведене дослідження ґрунтується на основі аналізу повного обсягу (суцільної вибірки) випадків проведення стаціонарних СПЕ жінкам в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи упродовж десяти років (2002-2011 рр.), які були розподілені на дві групи: основну (група А), у яку ввійшли 122 під-експертні, звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи (ст.115-119, 121-128 КК України), та групу порівняння (група Б) — 181 підекспертна, звинувачувана у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України. Для отримання порівняльних характеристик розвитку досліджуваного явища в часі була проаналізована ретроспективна вибірка — група В, що складається з 50 жінок, аналогічна за

параметрами до основної групи А: підекспертні жінки звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я (ст.115-119, 121-128 КК України) та щодо яких були проведені стаціонарні СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи за період 1981-1986 рр.

Збір інформації проводився шляхом викопіювання даних з різних офіційних документів: медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ в спеціально розроблену карту обстеження, яка містить загальні відомості про підекспертну та експертизу, анамнестичні, соціально — демографічні, клінічні та індивідуально — психологічні особливості жінок, дані про особу потерпілого, кримінал та посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертної в період проведення СПЕ.

Для досягнення поставленої в дослідженні мети використовувались наступні методи дослідження: анамнестичний, клініко — психопатологічний, соціально — демографічний, експериментально — психологічний, метод експертного дослідження документації, судово — психіатричного аналізу ґенезу СНД, статистичний.

При порівнянні груп спостереження за допомогою t-коефіцієнту достовірності було прийнято, що p_1 — це інтервал достовірності при порівнянні групи А з групою Б, p_2 — при порівнянні групи А з групою В. Якщо $p > 0,05$, перевага вважалася недостовірною і значення p не відмічалось.

Жіноча злочинність — це частина загальної злочинності, сукупність злочинів, що здійснюються жінками [4]. Сьогодні фіксується збільшення об'єму жіночої злочинності, причому насильницька її частина збільшується більш інтенсивно. Крім того, жінки набагато частіше почали здійснювати сплановані, продумані та тяжкі злочини; серед них відмічена висока питома вага рецидивних злочинів та простежується тісний зв'язок між жіночою злочинністю і злочинністю неповнолітніх [9].

Результати та їх обговорення

Перш за все, було досліджено структуру жіночої злочинності у підекспертних основної та групи порівняння.

Особливу тривогу фахівців викликає зростання в наш час питомої ваги молодих жінок у структурі злочинності. Зростання злочинності жінок репродуктивного віку (18-29 років) називають стрімким, збільшується кількість тяжких насильницьких злочинів серед дівчат [10].

Сьогодні у структурі жіночої злочинності спостерігається стрімкий ріст кількості тяжких та особливо тяжких злочинів. Послідовний ріст даного виду злочинності, темпи росту числа жінок,

що скоїли тяжкі насильницькі злочини випереджують аналогічні показники чоловічої злочинності. За структурою насильницька злочинність жінок майже не відрізняється від чоловічої.

Дані про розподіл підекспертних групи А та групи В за характером скоєного СНД наведені в таблиці 1

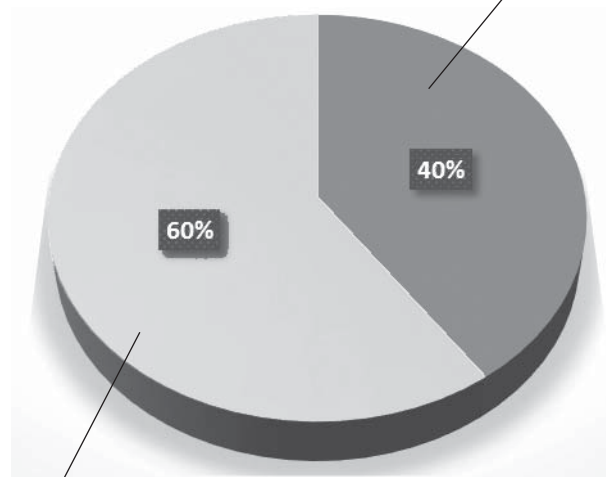
Аналіз даних про розподіл підекспертних групи А та групи В за характером скоєного СНД свідчить, що в 61% (105 випадків) підекспертні груп А та В притягувались до кримінальної відповідальності за статтею 115 КК України, в 28,5% (49 випадків) — за статтею 121 КК України, на третьому місці за частотою підекспертні притягувались до кримінальної відповідальності за статтею 122 КК України — 2.9% (5 випадків).

В групі А достовірно ($p_2 < 0,001$) в порівнянні з групою В переважали особи, які притягувались до кримінальної відповідальності за нанесення тяжких тілесних ушкоджень (ст. 121 КК України) — 36,9% (45 випадків). В групі В достовірно ($p_2 < 0,001$) в порівнянні з групою А переважали особи, які скоїли вбивство (ст. 115 КК України) — 78% (39 випадків).

Існує кілька теорій щодо причини жіночої злочинності: моралістична, антропологічна (біологічна) та соціологічна [11]. Дві перші були поширені у кінці XIX — на початку XX ст., в наш час домінує остання. Соціологічна теорія відзначає специфіку ролі та положення жінки

Структура жіночої злочинності

Група А (підекспертні, звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи (ст. 115-119, 121-128 КК України))



Група Б (підекспертні, звинувачувані у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України)

Мал. 1.

Структура жіночої злочинності серед досліджених підекспертних

Таблиця 1

Розподіл підекспертних групи А та групи В за характером скоєного СНД

Стаття КК України	Група А		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%
115 (умисне вбивство)	66	54,1	39	78	105	61
116 (умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання)	1	0,8	1	2	2	1,2
117 (умисне вбивство матір 'ю своєї новонародженої дитини)	-	-	1	2	1	0,6
119 (вбивство через необережність)	3	2,5	-	-	3	1,7
121 (умисне тяжке тілесне ушкодження)	45	36,9	4	8	49	28,5
122 (умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження)	3	2,5	2	4	5	2,9
123 (умисне тяжке тілесне ушкодження, заподіяне у стані сильного душевного хвилювання)	-	-	1	2	1	0,6
125 (умисне легке тілесне ушкодження)	1	0,8	1	2	2	1,8
126 (побої і мордування)	2	1,6	1	2	3	1,7
128 (необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження)	1	0,8	-	-	1	0,6
Усього:	122	100	50	100	172	100

в суспільстві. У зв'язку з тим, що дівчата, особливо у підлітковому віці, зазнають більшого контролю з боку сім'ї, вони є менш деліквентними, ніж чоловіки. Таким чином, поведінка жінки пояснюється особливостями соціального та внутрішнього контролю, який формується в період виховання і навчання, а також прямого контролю, який складається із заборон і покарань, що стосуються саме жінок [12].

Детермінанти жіночої злочинності, як злочинності в цілому, фахівці розглядають на трьох рівнях: загально-соціальному, соціально-психологічному і психологічному. Загально-соціальні детермінанти жіночої злочинності пов'язані з соціальними процесами, що відбуваються в суспільстві в цілому (перш за все з макроекономічними процесами), і відображаються на способі життя цілих макрогруп (вікових, національних, професійних і т. д.). Соціально-психологічний рівень детермінант жіночої злочинності пов'язаний з існуванням малих груп, в яких формується і діє жінка. Психологічний рівень пов'язаний з особливостями взаємодії властивостей особистості злочинця з конкретною життєвою ситуацією вчинення злочинів [13, 14]. Підкреслюється, що на сучасному етапі чинники економічного характеру служать одним з джерел соціально-психологічної напруженості жіночої частини населення, що нерідко приводить до різних кримінальних ситуацій [15, 16].

В наш час для розкриття закономірностей жіночої злочинності використовують гендерний підхід. Використання поняття гендер в дослідженнях дозволяє враховувати і психофізіологічні особливості, пов'язані саме з біологічним поняттям статі, і ті соціальні вимоги і норми, які визначають відношення суспільства до представників різної статі [17].

Феномен статі є досить значущим для розуміння агресивної поведінки особистості. Це один з фундаментальних компонентів індивідуальності, даний людині від народження, що пронизує всі її якості, не тільки природно, але і соціально обумовлюючи її диспозиції у поведінці, в тому числі й злочинній [18]. Вивчення взаємодії даної ознаки з іншими особистісними складовими дозволяє краще зрозуміти співвідношення біологічних і соціальних чинників у характеристиці сутності злочинного насильства.

Встановлено існування виборчого зв'язку між статтю і компонентами агресивної поведінки: в чоловічій агресивній поведінці вирішальна роль відводиться формі агресії, причому перевага віддається прямій фізичній формі агресії, а у жіночій — виду агресії, а перевага віддається непрямому вербальному виду агресії [19, 20, 21, 22].

Специфічні біологічні періоди — вагітність, пологи, післяродовий період, клімакс — можуть не тільки дестабілізувати психічний стан жінки, але і виступати як ведуча патогенетична ланка при психічних захворюваннях, що не зустрічаються у чоловіків [23]. Особливості біологічної природи жінок обумовлюють специфіку їх соціальних ролей, які істотно впливають на поведінку жінки, у тому числі злочинну [24, 25, 26]. Фахівці вважають, що біологічний чинник — необхідна, але недостатня умова злочинної поведінки суб'єкта. Будучи первинним, він є передумовою соціального, тобто біологічний фактор надає важливий, але не визначальний вплив на скоєння злочину жінками.

Характерний для ХХ-ХХІ ст. процес емансипації жінок разом з позитивними мав і негативні особливості. Жінки все більше оволодівають чоловічими професіями, у зв'язку з чим не можуть (або не бажають) займатися тільки домашнім

господарством та вихованням дітей. Вважають, що маскулінізація жінок призводить до появи у них чоловічих рис, що й штовхає певну їх частину до вчинення насильницьких злочинів [27, 28].

На відміну від чоловіків, жінки-вбивці частіше висувають більш соціально прийнятні причини злочину, що свідчить про прагнення жінок бути більш соціально-нормативними [29].

Більшість насильницьких злочинів, що здійснюються жінками, відносяться до сімейної сфери, на відміну від публічної/суспільної сфери, де по числу насильницьких злочинів лідирують чоловіки. Так, серед насильницьких злочинів, які вчиняють жінки, значна частина припадає на подружні вбивства [30]. За даними Шевченко Л.О., майже 80% жінок скоїли вбивства чи нанесли тяжкі тілесні ушкодження своїм чоловікам або співмешканцям. Третина жінок, які скоїли вбивства, прагнули утримати чоловіка, який збирався піти з сім'ї. Ще одним мотивом скоєння вбивств, є ревності. У мотивації насильницьких злочинів жінок виділяють мотиви, які є стійкими психологічними утвореннями особистості та мотиви, які викликані стресогенними умовами життя (ситуативні утворення), що можуть ініціювати ситуативні, зокрема кримінальні, дії [31].

Антонян Ю.М. відзначає, що жінки, порівняно з чоловіками, більш чутливі до зовнішніх впливів, гостріше реагують на негативні сторони дійсності, частіше сприймають ситуації як загрозливі, і навіть небезпечні, для них та їх близьких [32]. Злочини, що скоюють жінки, емоційно мотивовані, імпульсивні. У момент скоєння злочинів, наприклад, у сімейній сфері жінки часто знаходяться в стані депресії, відчаю, тривоги, злості, ревності, напруги або безпорадності [33, 34, 35]. У сучасних західних дослідженнях щодо насильства у сім'ї простежуються дві основні тенденції. Представники феміністичного напрямку вважають, що насильство в сім'ї, що здійснюється жінками, — проблема виключно самозахисту жінок від агресивних домінуючих чоловіків [36]. Прихильники ідеї статевої симетрії вважають, що жінки ініціюють насильство в міжособистісних відносинах так само часто, як і чоловіки, проте оскільки чоловіки фізично

сильніше, то жінки частіше страждають від травм і стають жертвами насильства і вбивств в сім'ї [37, 38]. Головною причиною загибелі жертв жіночого насилля у сім'ї є тривала агресивна поведінка відносно жінок, алкоголізація, а також їх характерологічні особливості, головними з яких є експлозивність та імпульсивність [39, 40].

Найбільш значну групу жінок, що скоїли злочини, складають особи до 30 років (близько 48%). У віці після 30 років відбувається різке зниження чоловічої злочинності, а жіноча злочинність знижується значно повільніше. У віці 45-55 років відбувається збільшення жіночої злочинності, що пов'язують з клімактеричними змінами в організмі і психіці жінок [41]. Саме в цьому віці число засуджених жінок наближається до засуджених чоловіків, що у всіх вікових періодах скоюють злочини частіше жінок. Характерною рисою клімактеричного періоду є відчуття самотності, афективні розлади та схильність до алкоголізації [42, 43, 44].

Психопатологічні розлади (депресивні, тривожні) в клімактеричному періоді зустрічаються у 16-30% жінок [45, 46]. Афективні розлади виявляються в середньому у 33-78% жінок [47]. Згідно однієї з сучасних концепцій, депресії що формуються в інволюції, замикають континуум афективних розладів, пов'язаних з репродуктивним циклом жінок (передменструальний синдром — передменструальний дисфоричний розлад — депресії вагітних — післяпологові депресії) [48].

Дані про розподіл підекспертних за віком наведені в табл. 2

Аналіз наведених даних свідчить, що частіше до кримінальної відповідальності притягувалися особи віком 18–29 років — 33,4% досліджених, на другому місці за частотою — особи віком 29–40 років — 30% досліджених, на третьому місці — особи віком 40–49 років — 20,7%. Спостерігалася достовірна перевага ($p_1 < 0,01$) досліджених віком 40–49 років в групі А — 27,1% (33 випадки) в порівнянні з групою Б — 16,6% (30 випадків), а також у віці понад 60 років в групі А — 4,1% (5 випадків) в порівнянні з групою Б ($p_1 < 0,01$) — 0,6% (1

Таблиця 2

Розподіл підекспертних за віком

Вік (у роках)	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
до 18	3	2,5	7	3,9	2	4	12	3,4
18-29	36	29,5	67	37,0	15	30	118	33,4
29-40	30	24,6	63	34,8	13	26	106	30,0
40-49	33	27,1	30	16,6	10	20	73	20,7
50-59	15	12,1	13	7,2	7	14	35	9,9
понад 60	5	4,1	1	0,6	3	6	9	2,5
Усього:	122	100	181	100	50	100	353	100

випадок). Виявлено статистично достовірну перевагу ($p1 < 0,02$) досліджених віком 29-40 років в групі Б — 34,8% (63 випадки) в порівнянні з групою А — 24,6%. Достовірних відмінностей в віковому складі груп А та В виявлено не було.

На тлі самотності (вдівство, розпад сім'ї, втрати близьких) у жінок часто розвивається алкогольна залежність. Одиноких жінок, страждаючих на алкоголізм, у 3 рази більше, ніж чоловіків. Жінки занурюються у стресові обставини та шукають негайного їх вирішення, виходу з психотравмуючої ситуації, шукають підтримки і співчуття. За їх відсутності, жінки починають вживати алкогольні напої, що на початкових етапах вживання швидко приносить полегшення, дає відчуття ейфорії [49]. Дані про розподіл підекспертних за фактом зловживання психоактивними речовинами (ПАР) представлено в табл. 3

Аналіз наведених даних свідчить про те, що в 50,1% (177 випадків) обстежені особи алкоголем не зловживали. В 25,8% (91 випадок) — зловживання алкоголем мало епізодичний характер, а в 11,6% (41 випадок) — систематичний. Наркотичними речовинами зловживали в 11,9% (42 випадки), а в 0,6% (2 випадки) мало місце поєднане зловживання наркотичними речовинами та алкоголем.

В групі А достовірно ($p1 < 0,001$) переважали в порівнянні з групою Б підекспертні, які систематично зловживали алкоголем — 18% (23 випадки), а також достовірно ($p1 < 0,001$) переважали особи, які епізодично зловживали алкоголем — 47,5% (58 випадків). В групі Б достовірно ($p1 < 0,001$) переважали в порівнянні з групою А підекспертні, які не зловживали алкоголем — 56,9% (103 випадки), при цьому достовірну перевагу ($p1 < 0,001$) в порівнянні з групою А вони мали при зловживанні наркотичними речовинами.

В групі В достовірно ($p2 < 0,001$) переважали в порівнянні з групою А підекспертні, які алкоголем не зловживали — 70% (35 випадків).

В групі А достовірно ($p2 < 0,001$) переважали в порівнянні з групою Б підекспертні, які епізодично зловживали алкоголем — 47,5% (58 випадків) порівняно з 16% (8 випадків).

Особливу проблему являють агресивні прояви в осіб з психічними розладами, оскільки в систему особистість-ситуація втручається психопатологічний чинник, який спотворює систему особистісної регуляції і може бути причиною здійснення правопорушення [50].

Практика судової психіатрії дає можливість розуміння того, яким чином природжені біологічні відмінності трансформуються в соціальні, культуральні, поведінкові прояви, що мають відношення до делінквентності та кримінальності [51]. Незважаючи на численність відомостей, які підтверджують криміногенність деяких психічних відхилень, в літературі продовжують дебатоватися питання про наявність причинного зв'язку психічних розладів у жінок із злочинністю і чи є психічно хворі жінки більш схильними до здійснення соціально небезпечних вчинків [52, 53, 54].

Висновки

В результаті аналізу проблеми жіночої злочинності та агресивної кримінальної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи, можна зробити такі висновки.

1. У структурі жіночої злочинності спостерігається стрімкий ріст та значна питома вага кількості тяжких та особливо тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи, скоєних жінками.
2. Особлива криміногенність у жінок пов'язана з ендокринно-фізіологічними особливостями, притаманними деяким віковим групам.
3. Особливості біологічної природи жінок обумовлюють специфіку їх соціальних ролей, які істотно впливають на поведінку жінки, у тому числі злочинну.
4. Найбільш тяжкі та агресивні СНД, скоювали жінки на тлі зловживання алкоголем.

Таблиця 3

Розподіл підекспертних за фактом зловживання ПАР

Зловживання ПАР		Група А		Група Б		Група В		Разом	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Немає даних за зловживання алкоголем		39	32,0	103	56,9	35	70	177	50,1
Зловживання алкоголем	епізодичне	58	47,5	25	13,8	8	16	91	25,8
	систематичне	23	18,0	11	6,1	7	14	41	11,6
Зловживання наркотичними речовинами		1	0,8	41	22,7	-	-	42	11,9
Поєднане зловживання наркотичними речовинами та алкоголем		1	0,8	1	0,6	-	-	2	0,6
Всього:		122	100	181	100	50	100	353	100

Література:

1. Кузьмина Е. Б. Механизм женского преступного насилия: криминологический анализ и индивидуальная профилактика : автореф. дис. кандид. юрид. наук : спец. 12.00.08 / Елена Борисовна Кузьмина ; Моск. ун-т МВД РФ. — М., 2012. — 21 с.
2. Сарычева Н. В. Количественные характеристики женской преступности в России // Вестн. Северо-Кавказ. гос. техн. ун-та. — 2010. — № 3. — С. 112–116.
3. Чапурко Т. М. Преступность и особенности участия в ней женщин / Т. М. Чапурко, А. А. Лавриненко // Науч. журн. КубГАУ. — 2006. — № 24. — С. 1–6.
4. Криминология : учебник / под ред. В. Д. Малкова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Юстицинформ, 2006. — 524 с.
5. Barber M. E. Evaluations of aggressive women: the effects of gender, socioeconomic status, and level of aggression / M. E. Barber, L. A. Foley, R. Jones // Violence Vict. — 1999. — Vol. 14, N 4. — P. 353–363.
6. Федусик В. В. Жіноча злочинність в Україні (кримінально-правові та криминологічні проблеми) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 12.00.08 / Вікторія Володимирівна Федусик ; Одес. Нац. юридична академія. — Одеса, 2001. — 18 с.
7. Тимчук О. Л. Злочинність в Україні: сучасний стан, тенденції, детермінація / О. Л. Тимчук // Вісник Запорізького національного університету. Юридичні науки. — 2012. — № 2. — С. 223–231.
8. Закалюк А. П. Концептуальне бачення сучасної криминологічної ситуації в Україні та шляхів актуалізації криминології в українському суспільстві / А. П. Закалюк // Право України. — 2009. — № 7. — С. 6–16.
9. Прядкин А. Проблемы женской преступности в Украине / А. Прядкин // Вопросы государства и права Украины : материалы студенческой науч. конференции, 9 апр. 2004 г. — Харьков, 2004. — Вып. 23. — С. 38–40.
10. Kjelsberg E. Exploring gender issues in the development from conduct disorder in adolescence to criminal behaviour in adulthood / E. Kjelsberg, C. Friestad // Int. J. Law Psychiatry. — 2009. — Vol. 32, N 1. — P. 18–22.
11. Меркулова В. О. Жінка як суб'єкт кримінальної відповідальності / В. О. Меркулова. — 2-е вид. перероб. та доп. — Одеса : НДРВВ ОЮІ НУВС, 2003. — 281 с.
12. McSweeney F. K. Participation by women in developmental, social, cognitive, and general psychology: A context for interpreting trends in behavior analysis / F. K. McSweeney, C. D. Parks // Behav. Anal. — 2002. — Vol. 25, N 1. — P. 37–44.
13. Лотоцький М. В. Особливості профілактики злочинності жінок / М. В. Лотоцький // Університетські наукові записки. — 2011. — № 3. — С. 191–197.
14. Profile of women in a county jail / P. J. Kelly, E. Peralez-Dieckmann, A. L. Cheng, C. Collins // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. — 2010. — Vol. 48, N 4. — P. 38–45.
15. Щербакова Л. М. Женская насильственная преступность: общая характеристика и проблемы предупреждения / Л. М. Щербакова. — Ставрополь : Ставропольский гос. ун-т, 2006. — 283 с.
16. Щербакова Л. М. Некоторые аспекты криминальной агрессии женщин / Л. М. Щербакова // Рос. криминологич. взгляд. — 2005. — № 1. — С. 83–89.
17. Стасенко О. В. Преступное поведение: гендерный анализ / О. В. Стасенко // Женщина в российском обществе. — 2009. — № 1. — С. 57–63.
18. Конарева І. Індивідуально-психологічні детермінанти структури агресивності особистості / І. Конарева // Соц. психологія. — 2010. — № 3. — С. 124–136.
19. Бэрон Р. Агрессия : учеб. пособие / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. — пер. с англ. — СПб. : Питер пресс, 1997. — 330 с.
20. Eatough V. Women, anger, and aggression: an interpretative phenomenological analysis / V. Eatough, J. A. Smith, R. Shaw // J. Interpers. Violence. — 2008. — Vol. 23, N 12. — P. 1767–1799.
21. Hilton N. Z. The functions of aggression by male teenagers / N. Z. Hilton, G. T. Harris, M. E. Rice // J. Pers. Soc. Psychol. — 2000. — Vol. 79, N 6. — P. 988–994.
22. Ковалев П. А. Возрастно-половые особенности отражения в сознании структуры собственной агрессивности и агрессивного поведения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.07 / Павел Анатольевич Ковалев ; Рос. пед. ун-т. — СПб., 1996. — 18 с.
23. Study review of biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior / D. D. Mendes, J. Mari Jde, M. Singer [et al.] // Rev. Bras. Psiquiatr. — 2009. — Vol. 31, suppl. 2. — P. S77–S85.
24. Дубинин Н. П. Генетика, поведение, ответственность: О природе антиобщественных поступков и путях их предупреждения / Н. П. Дубинин, И. И. Карпец, В. Н. Кудрявцев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Политиздат, 1989. — 350 с.
25. Атраментова Л. А. Генетический аспект агрессивности человека (состояние проблемы) / Л. А. Атраментова, О. В. Филипова // Экспериментальна та клінічна медицина. — 2006. — № 3. — С. 114–118.
26. Шеслер А. В. Криминологическая характеристика и профилактика женской преступности : учеб. пособие / А. В. Шеслер, Т. А. Смолина. — Тюмень : Тюмен. юрид. ин-т МВД России, 2008. — 94 с.
27. Алексеев Д. Ю. Особенности причинного комплекса женской преступности / Д. Ю. Алексеев // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2009. — № 12. — С. 196–198.
28. Вяткина А. С. Преступность как один из видов асоциального поведения женщин в России / А. С. Вяткина // Фундаментальные исследования. — 2007. — № 11. — С. 56.

29. Назаров О. А. Гендерні особливості смислової сфери осіб, що вчинили насильницький злочин : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.06 / Олег Анатолійович Назаров ; Харк. нац. ун-т внутр. справ. — Харків, 2007. — 19 с.
30. Капинус О. С. Убийства: мотивы и цели / О. С. Капинус. — М. : ИМПЭ-ПАБЛИШ, 2004. — 310 с.
31. Шевченко Л. О. Мотивація жіночої злочинності / Л. О. Шевченко // Вісн. Харків. держ. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. Сер. Психологія. — 2011. — Вип. 46. — С. 192–196.
32. Антонян Ю. М. Преступность среди женщин / Ю. М. Антонян. — М. : Рос. право, 1992. — 252 с.
33. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence / A. M. Nathanson, R. C. Shorey, V. Tirone, D. L. Rhatigan // Partner. Abuse. — 2012. — Vol. 3, N 1. — P. 59–75.
34. Putkonen H. Female perpetrated violence is usually directed against close persons, such as the spouse or child / H. Putkonen // Duodecim. — 2011. — Vol. 127, N 12. — P. 1212–1218.
35. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults / J. A. Lehrer, S. Buka, S. Gortmaker, L. A. Shrier // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2006. — Vol. 160, N 3. — P. 270–276.
36. Van Wormer K. Restorative justice as social justice for victims of gendered violence: a standpoint feminist perspective / K. Van Wormer // Soc. Work. — 2009. — Vol. 54, N 2. — P. 107–116.
37. Tolan P. Family violence / P. Tolan, D. Gorman-Smith, D. Henry // Annu. Rev. Psychol. — 2006. — Vol. 57. — P. 557–583.
38. Лысова А. В. Женская агрессия и насилие в семье / А. В. Лысова // Обществ. науки и современность. — 2008. — № 3. — С. 167–176.
39. Агеева Ю. Женская преступность: современное положение и причины / Ю. Агеева // Следователь. — 2001. — № 6. — С. 39–40.
40. Осипян Н. Б. К вопросу об особенностях женской преступности / Н. Б. Осипян // Психология и право. — 2011. — № 2. — С. 1–6.
41. Криминология : учебник / под общ. ред. А. И. Долговой. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : Норма, 2013. — 1007 с.
42. Сироп'ятов О. Г. Психічні розлади у жінок у клімактеричному періоді / О. Г. Сироп'ятов, Н. О. Дзеружинська // Нова медицина. — 2004. — № 5. — С. 40–42.
43. Мельник В. І. Психогенні депресії в період клімаксу як фактор ризику скоєння тяжких кримінальних дій / В. І. Мельник // Галиц. лікар. вісник. — 2003. — № 4. — С. 49–52.
44. Летникова З. В. Клинико-психопатологические особенности психических расстройств в условиях одиночества у пожилых лиц / З. В. Летникова // Клинич. геронтология. — 2006. — № 11. — С. 21–27.
45. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles / B. L. Harlow, L. A. Wise, M. W. Otto [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — Vol. 60, N 1. — P. 29–36.
46. Lifetime hormonal factors may predict late-life depression in women / J. Ryan, I. Carrière, J. Scali [et al.] // Int. Psychogeriatr. — 2008. — Vol. 20, N 6. — P. 1203–1218.
47. Graziottin A. Depression and the menopause: why antidepressants are not enough? / A. Graziottin, A. Serafini // Menopause Int. — 2009. — Vol. 15, N 2. — P. 76–81.
48. Смулевич А. Б. К построению дименсиональной ритмологической модели депрессий / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2010. — № 1. — С. 4–10.
49. Шляхов И. Н. Личностные особенности женщин с тревожно-депрессивными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью / И. Н. Шляхов // Мед. психология. — 2009. — № 1. — С. 67–71.
50. Батуева Н. Г. Клинико-психопатологические и кросскультуральные аспекты криминальной агрессии в судебно-психиатрической практике / Н. Г. Батуева, А. Ю. Березанцев // Вестн. новых мед. технологий. — 2007. — № 3. — С. 44–48.
51. Клименко Т. В. Судебная психиатрия : учебник / Т. В. Клименко. — М. : Юрайт, 2013. — 476 с.
52. Krakowski M. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors / M. Krakowski, P. Czobor // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161, N 3. — P. 459–465.
53. Yang M. Gender differences in psychiatric morbidity and violent behaviour among a household population in Great Britain / M. Yang, J. Coid // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2007. — Vol. 42, N 8. — P. 599–605.
54. Дячук А. М. Клініко-психопатологічні особливості осіб із розладами особистості та агресивною поведінкою / А. М. Дячук // Мед. перспективи. — 2007. — № 2. — С. 87–90.

УДК 61:340.63

К вопросу реализации положений ст.508 уголовного процессуального кодекса Украины (проект инструкции)



Илейко В. Р.



Шлимили С. Л.

Илейко В. Р., Шлимили С. Л.

Областной центр судебно-психиатрической экспертизы, г. Донецк

Резюме. В статті висвітлено пропозиції щодо порядку взаємодії експертних, лікувально-профілактичних установ, судових та слідчих органів при виконанні ними вимог чинного законодавства для осіб з тяжкими психічними розладами при обранні їм запобіжного заходу в процесі кримінального провадження.

Ключові слова: психічні розлади, суспільно небезпечні дії, запобіжні заходи

For the issue of implementation of the provisions st.508 Criminal Procedural Code of Ukraine (project manual)

Ileyko V. R., Shlimili S. L.

The regional center of forensic psychiatric examination (Donetsk)

Resume. This article proposes interaction between experts, health care and legal institutions in the performance of the current legislation for persons with severe mental illness in their election preventive measures during criminal proceedings.

Key words: mental disorders, socially dangerous actions, precautions.

Введение. Вступивший в действие в ноябре 2012 г. новый уголовный процессуальный кодекс (УПК) Украины, реализуя более демократичные подходы к процессу уголовного производства, уравнивание возможностей сторон этого производства, гарантируя и расширяя права граждан, привлекаемых к уголовной ответственности, затронул и лиц, в отношении которых предполагается применение принудительных мер медицинского характера, или решался вопрос об их применении. Речь идет о лицах, у которых при проведении судебно-психиатрической экспертизы на этапах досудебного и судебного следствия были выявлены психические расстройства, лишаящие их способности осознавать свои действия и руководить ими на период инкриминируемого им правонарушения и (либо) на период уголовного производства, до вынесения приговора

(т.е., используя юридические термины, исключаящие их вменяемость и (либо) уголовно процессуальную дееспособность).

Глава 39 УПК Украины, регламентирует уголовное производство в отношении данного контингента граждан и, в статье 508, определяет меры пресечения, которые должны быть к ним применены, но не предлагает алгоритм исполнения требований этой статьи закона в системе взаимодействия психиатрических экспертных учреждений (подразделений), психиатрических лечебно-профилактических учреждений, судебно-следственных органов и пенитенциарной службы.

В данной работе мы предлагаем подобный алгоритм, основывающийся как на теоретическом анализе проблемы, так и на годичном опыте практической реализации взаимодействия медицинских и правовых учреждений.

Проект інструкції о заходах і організації взаємодії установ (підрозділів) судово-психіатричної експертизи, охорони психічного здоров'я і судово-слідствених органів при реалізації вимог ст. 508 «Заходи протидії» УПК України¹

1. Загальні положення

Визначення понять, що використовуються в Законі, УПК України, пояснення.

Психічне розлад — розлад психічної діяльності, визнаний таким в відповідності з діючою в Україні Міжнародною класифікацією хвороб, травм і причин смерті

Тяжке психічне розлад — розлад психічної діяльності, який позбавляє людину здатності усвідомлювати свої дії і керувати ними

Суспільна небезпека особи з тяжким психічним розладом — ймовірність скоєння цією особою повторного суспільно небезпечного діяння (ООД). Активний і пасивний типи суспільної небезпеки визначаються особливостями спостережуваних у особи психічних розладів (їх тяжкістю, несприятливим перебігом і поєднанням і тощо.)

Примусові заходи медичного характеру застосовуються судом до осіб, які скоїли в стані невмінності суспільно небезпечного діяння; які скоїли в стані обмеженої вмінності правопорушення; які скоїли правопорушення в стані вмінності, але захворіли психічною хворобою до винесення вироку або в час виконання покарання. Вказані заходи передбачають надання амбулаторної психіатричної допомоги (амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку (АППП)) або поміщення особи в психіатричне заклад. При відсутності необхідності застосування примусових заходів медичного характеру можлива передача на опіку опікунам, близьким родичам або членам сім'ї з обов'язковим медичним наглядом.

Невмінна особа не є суб'єктом злочину (правопорушення), т.е. особою, підлягаючою кримінальній відповідальності (ст. 18 УК України). Дії, скоєні невмінною особою не є злочинними (ст. 11 УК України), але будучи суспільно небезпечними, тягнуть за собою не покарання, а застосування заходів медичного характеру з метою

профілактики скоєння повторних ООД (ст. 92 УК України).

Підозрюваною є особа, яка в порядку, передбаченому ст. 276-279 УПК України, повідомлена про підозру, або особа, затримана за підозрою в скоєнні кримінального правопорушення (ст. 42 УПК України).

Судово-психіатрична експертиза (СПЕ) проводиться після пред'явлення повідомлення про підозру, т.е. після визначення процесуального статусу особи, скоїлої кримінальне правопорушення (ст. 242 УПК України).

В період після пред'явлення повідомлення про підозру і до проведення СПЕ особа, скоїлої кримінальне правопорушення, є підозрюваною, і досудове слідство, незалежно від наявності або відсутності сумнівів у її психічному стані, проводиться в відповідності з загальними нормами УПК України (глава 18), і в стосовно неї можуть бути застосовані наступні заходи протидії: особисте зобов'язання, особисте поручення, залоги, домашній арешт, утримання під наглядом.

Після проведення СПЕ, по закінченні якої в стосовно особи, скоїлої кримінальне правопорушення, рекомендується застосування примусових заходів медичного характеру, подальше кримінальне виробництво регулюється вимогами глави 39 УПК України.

До особи, в стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалася проблема їх застосування, можуть бути застосовані судом такі заходи протидії:

- 1) передача на опіку опікунам, близьким родичам або членам сім'ї з обов'язковим медичним наглядом;
- 2) поміщення в психіатричне заклад в умовах, які виключають його небезпечну поведінку (ст. 508 УПК України).

Застосування, або незастосування вищевказаних заходів протидії до особи, скоїлої кримінальне правопорушення, визначається наявністю або відсутністю у підозрюваного (обвинюваного) ознак суспільної небезпеки. Суспільна небезпека таких осіб оцінюється судово-психіатричною комісією при обґрунтуванні і формулюванні експертних висновків про необхідність застосування заходів медичного характеру і їх видів.

Досудове розслідування стосовно осіб, які підозрюються в скоєнні кримінального правопорушення в стані обмеженої вмінності, здійснюється слідчим згідно з загальними правилами,

¹ Проект спочатку був орієнтований на Донецький регіон, тому в «заходах» вказані психіатричні заклади лише цього регіону

предусмотренным настоящим Кодексом. Суд, постановляя приговор, может учесть состояние ограниченной вменяемости как основание для применения принудительных мер медицинского характера (ч.2 ст.504 УПК Украины).

Для лиц, признанных СПЭ не способными в полной мере осознавать свои действия и (или) руководить ими (т.е. ограниченно вменяемыми), меры пресечения в уголовном производстве определяются также согласно общим правилам, т.е. требованиями соответствующих статей гл.18 УПК Украины.

Требования ст.508 УПК Украины распространяются лишь на лиц с тяжелым психическим расстройством, исключающим вменяемость и (либо) уголовно процессуальную дееспособность.

2. Механизм реализации требований ст. 508 «Меры пресечения» УПК Украины, касающихся лиц, в отношении которых предполагается применение мер медицинского характера.

Указанный механизм направлен на защиту прав лиц, которые совершили ООД в состоянии невменяемости (либо совершили правонарушение в состоянии вменяемости, но заболели психической болезнью до вынесения приговора), их обязательное лечение и профилактику совершения ими повторных ООД в период между проведением в отношении таких лиц судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и судебным производством, где предполагается рассмотрение вопросов, касающихся применения принудительных мер медицинского характера.

- I. Если лицо, по выводам судебно-психиатрической экспертизы, совершило ООД в состоянии невменяемости, то есть неспособности осознавать свои действия и руководить ими, а на время проведения СПЭ не имело проявлений психического расстройства и признаков общественной опасности (например, в случаях перенесенного кратковременного расстройства психики), такое лицо не требует применения мер пресечения в соответствии со ст. 508 УПК Украины.
- II. Если лицо, по выводам судебно-психиатрической экспертизы, совершило ООД в состоянии невменяемости и по своему психическому состоянию на период проведения судебно-психиатрической экспертизы обнаруживало минимальную общественную опасность (пассивный тип), которая требует применения принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторной психиатрической помощи (АППП), либо передачу на попечение опекунам, близким родственникам или членам семьи с обязательным врачебным

наблюдением, к такому лицу применяется мера пресечения в виде «передачи на попечение опекунам, близким родственникам или членам семьи с обязательным врачебным надзором».

- III. Если лицо, по выводам судебно-психиатрической экспертизы, совершило ООД в состоянии невменяемости и по своему психическому состоянию на период проведения судебно-психиатрической экспертизы обнаруживало значительную общественную опасность (активный тип), которая требует применения принудительных мер медицинского характера в виде госпитализации в психиатрическое учреждение (с обычным, усиленным, строгим наблюдением), к такому лицу применяется мера пресечения — «помещение в психиатрическое учреждение в условиях, которые исключают его опасное поведение».
- IV. Для лиц, которые совершили правонарушение в состоянии вменяемости, но заболели психической болезнью до вынесения приговора, по выводам судебно-психиатрической экспертизы обнаруживали уголовно-процессуальную недееспособность, применение меры пресечения определяется степенью их общественной опасности и аналогично содержанию частей II-III данного раздела.

3. Действия экспертного учреждения (подразделения) Департамента здравоохранения области (региона) по реализации требований ст. 508 УПК Украины.

Экспертное учреждение после заседания экспертной комиссии и до подготовки акта судебно-психиатрической экспертизы в 3-х дневный срок извещает орган, назначивший экспертизу, о результатах экспертного исследования¹.

4. Действия психиатрического учреждения (подразделения) Департамента здравоохранения области (региона) по реализации требований ст. 508 УПК Украины.

- I. При наличии постановления суда о применении меры пресечения в виде передачи на попечение опекунам, близким родственникам или членам семьи с обязательным врачебным наблюдением, вышеуказанное наблюдение осуществляется психиатрическими диспансерами (диспансерными отделениями психиатрических учреждений),

¹ Введение этой нормы целесообразно в связи с тем, что оговоренные законом сроки подготовки акта экспертизы составляют 30 дней, а это влечет за собой необоснованное затягивание сроков пребывания лица, обнаруживающего психическое расстройство и требующего оказания специализированной психиатрической помощи, в условиях следственного изолятора.

врачами психіатрами (ЦРБ, ЦГБ) по месту досудебного следствия.

- II. При наличии постановления суда о применении меры пресечения в виде госпитализации в психиатрическое учреждение, госпитализация осуществляется в соответствующее учреждение по месту расследования уголовного правонарушения согласно Порядку закрепления городов и районов для медицинского специализированного психиатрического наблюдения и обслуживания населения области за подразделениями и учреждениями психиатрического профиля.
- III. При переводе таких лиц из следственных изоляторов области (региона) госпитализация в психиатрические учреждения осуществляется следующим образом (на примере Донецкой области):

1. Донецкий СИЗО УГПтСУ в Донецкой области	КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница»
2. Мариупольский СИЗО УГПтСУ в Донецкой области	КЛПУ «Городская психиатрическая Больница № 7 г. Мариуполя»
3. Артемовский СИЗО УГПтСУ в Донецкой области	КЛПУ «Городская психоневрологическая больница г. Горловки»

- IV. Прием лиц, в отношении которых судом применена мера пресечения в виде госпитализации в психиатрическое учреждение осуществляется при наличии и обязательном предоставлении в распоряжение лечебного учреждения постановления (копии постановления) об изменении (избрании) соответствующей меры пресечения.
- V. До вынесения решения о применении принудительных мер медицинского характера, такие лица не могут быть госпитализированы в психиатрические учреждения специально предназначенные для проведения принудительного лечения лиц с психическим расстройством, совершивших ООД в состоянии невменяемости (психиатрические учреждения с усиленным, строгим наблюдением), т.к. это противоречит действующему законодательству (УК, УПК Украины) и нормативным документам МЗ Украины¹.

¹ Порядок применения принудительных мер медицинского характера в психиатрических учреждениях для лиц, которые болеют психическими расстройствами и совершили ООД; ... в психиатрической больнице с строгим наблюдением (утверждены приказом МЗ Украины от 08.10.2001 № 397 и зарегистрированы в Министерстве Юстиции Украины 01.03.2002 № 215/6503, №216/6504).

- VI. После вынесения судом решения о применении к таким лицам принудительных мер медицинского характера психиатрическое учреждение осуществляет их перевод в специализированное психиатрическое учреждение в соответствии с решением суда.

5. Действия органов досудебного следствия по реализации требований ст. 508 УПК Украины.

После получения уведомления экспертно-го учреждения органы досудебного следствия обращаются в суд с ходатайством о изменении (избрании) меры пресечения в соответствии с требованиями главы 39 УПК Украины².

После получения решения суда о изменении (избрании) меры пресечения, орган досудебного следствия предоставляет копию постановления в спецчасть СИЗО УГПтСУ, либо собственными силами осуществляет госпитализацию лица, в отношении которого избрана мера пресечения в виде госпитализации в психиатрическое учреждение. При госпитализации лица орган досудебного следствия предоставляет копию решения в вышеуказанное психиатрическое учреждение.

6. Действия органов УГПтСУ (СИЗО) по реализации требований ст. 508 УПК Украины.

После получения копии постановления суда об изменении меры пресечения органы УГПтСУ (СИЗО) осуществляют перевод лица в психиатрическое учреждение по месту досудебного (судебного) следствия.

При наличии на территории области нескольких СИЗО УГПтСУ необходимо закрепление конкретных учреждений психиатрического профиля за каждым из них соответствующим приказом Департамента здравоохранения областной государственной администрации.

7. Действия органов судебного следствия по реализации требований ст. 508 УПК Украины.

После поступления ходатайства органов досудебного следствия либо акта экспертизы (в случае назначения экспертизы на этапе судебного следствия) суд принимает решение об изменении (избрании) меры пресечения в соответствии с требованиями ст.508 УПК Украины: при отсутствии признаков общественной опасности (отсутствии рекомендаций о применении мер медицинского характера), мера пресечения не избирается; при наличии минимальной

² Сроки подготовки такого ходатайства законом не оговорены, возможно требуется дополнение в действующее УПК Украины, либо указание на эти сроки в подзаконных актах

общественной опасности (пассивный тип) и рекомендаций СПЭ о применении амбулаторной психиатрической помощи (АППП, передача на попечение опекунам, близким родственникам или членам семьи с обязательным врачебным наблюдением) применяется мера пресечения в виде передачи лица на попечение опекунам, близким родственникам или членам семьи с обязательным врачебным надзором; при наличии значительной общественной опасности (активный тип) и рекомендаций о применении мер медицинского характера в виде госпитализации в психиатрическое учреждение (госпитализация в психиатрическое учреждение с обычным, усиленным, строгим наблюдением) применяется мера пресечения в виде госпитализации в психиатрическое учреждение по месту досудебного (судебного) следствия.

В **заключение** следует отметить, что осуществление реализации требований ст.508 образно выражаясь «на ходу», т.е. не на этапе разработки нового УПК Украины с обсуждением и обоснованием механизмов этой реализации, а уже после вступления его в действие, вносит определенные коррективы в виде дискуссионности отдельных предложений проекта. Мы понимаем это, но принимая во внимание прежде всего права и интересы психически больных, предлагаем этот проект в том виде, в котором его содержание (организационно-методическая составляющая) уже используется на практике и требует лишь накопления фактического материала, опыта применения для совершенствования и внесения корректив.

УДК:616.89-008

Наукове обґрунтування нової моделі надання психіатричної допомоги населенню України



Пінчук І.Я.

Пінчук І. Я.

Український НІІ соціальної і судової психіатрії і наркології МЗ України

Резюме. В статті представлена якісно нова функціонально-організаційна система надання психіатричної допомоги населенню України в рамках проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні. Представлена модель надання психіатричної допомоги населенню України ґрунтується на основних пріоритетах розвитку діяльності нової моделі, визначає її сутність, особливості структурної перебудови, пропонує організаційно-методичні інновації, нову систему менеджменту і узгоджується з сучасною стратегією розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: модель, психіатрична допомога, якісно нова функціонально-організаційна система, пріоритети розвитку, біопсихосоціальна модель, дестигматизація, інтеграція, мультидисциплінарна команда.

Scientific basis a new model of psychiatric care to ukrainian population

Pinchuk I. Y.

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine

Resume. The article presents a qualitatively new organizational and functional system of mental health care to the population of Ukraine in the framework of the reform of the health system in Ukraine. The presented model of mental health care to the population of Ukraine considers the main priorities of the new development model, defines its essence, particularly structural adjustment offers organizational and methodological innovation, new management system and is consistent with modern strategies for health system development in Ukraine.

Key words: model, psychiatric care, qualitatively new organizational and functional system development priorities, the biopsychosocial model, destigmatization, integration, multidisciplinary team.

Актуальність. Отримані результати аналізу стану надання медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я в Україні протягом періоду незалежності та виявлені недоліки в наданні медико-соціальної допомоги даному контингенту хворих, дані наукової літератури в частині сучасних підходів до її удосконалення, особистий досвід, набутий під час ознайомлення з діяльністю провідних європейських спеціалізованих психіатричних закладів, дозволили запропонувати концептуальні підходи до визначення актуальних напрямків психіатричної допомоги, в основу яких поклались положення Європейської декларації та Європейського плану дій по охороні психічного здоров'я (2005) і Закону України «Про психіатричну допомогу» (2000).

Усі зобов'язання України були враховані при створенні якісно нової функціонально-організаційної системи надання психіатричної допомоги населенню України в межах проведення реформування системи охорони здоров'я, зокрема:

- зміцнення психічного здоров'я населення України, що дозволить підвищити якість життя та рівень психічного благополуччя;
- забезпечення розуміння суспільством важливої ролі психічного здоров'я та зайняття

психіатричної допомоги належного місця у загальній системі охорони здоров'я;

- боротьба зі стигматизацією та дискримінацією людей з вадами психічного здоров'я та адекватність підходу до визначення виду та рівня необхідної їм медико-соціальної допомоги;
- забезпечення людей з вадами психічного здоров'я високоякісною первинною медико-санітарною допомогою;
- визначення нових функцій та обов'язків фахівців різного рангу, які працюють в службах охорони здоров'я і соціальної підтримки;
- відмова від використання негуманних і принижуючих гідність людини методів лікування та нагляду;
- розвиток партнерської співпраці різних міністерств та відомств, громадських організацій, що опікуються проблемами людей з вадами психічного здоров'я.

Основні пріоритети розвитку діяльності нової моделі психіатричної допомоги населенню України є наступні.

1. Подолання явища стигматизації. В представленій моделі будуть створені максимально дестигматизовані умови для

лікування, реабілітації, надання спеціалізованих соціальних та освітніх послуг особам з психічними розладами.

2. Розробка нормативно-правової бази охорони психічного здоров'я, управління та організаційно-методичного забезпечення.
3. Забезпечення доступності психіатричної допомоги населенню.
4. Розвиток партнерського співробітництва різних галузей та секторів.
5. Залучення пацієнтів та їх родичів, громадських організацій пацієнтів та громадських організацій, що ними опікуються, до надання психіатричної допомоги.

Сутність системи психіатричної допомоги полягає в новій ідеології, спрямованій на дестигматизацію та інтеграцію цієї допомоги в первинну медико-санітарну ланку; нової методології, яка передбачає використання біопсихосоціальної моделі з акцентом на психосоціальній терапії

та реабілітації, а також розширенні низки профілактичних заходів та забезпеченням відповідно підготовленого кадрового потенціалу (рис. 1).

Забезпечення діяльності психіатричної допомоги відбувається через:

- структуру — організаційна структура, кадри, матеріально-технічні ресурси, інформаційна та фінансова компоненти, стандарти;
- процес — безпосередня діяльність;
- результат — підвищення якості життя людини з вадами психічного здоров'я (рис. 2).

Зазначені концептуальні підходи стали підставою для наукового обґрунтування якісно нової функціонально-організаційної системи надання психіатричної допомоги (рис. 3), до суб'єктів управління якої додатково вводяться керівники районних і міських органів управління, лідери громадських організацій, які через відповідний об'єкт здійснюють функції управління з новим їх змістом через інформаційне

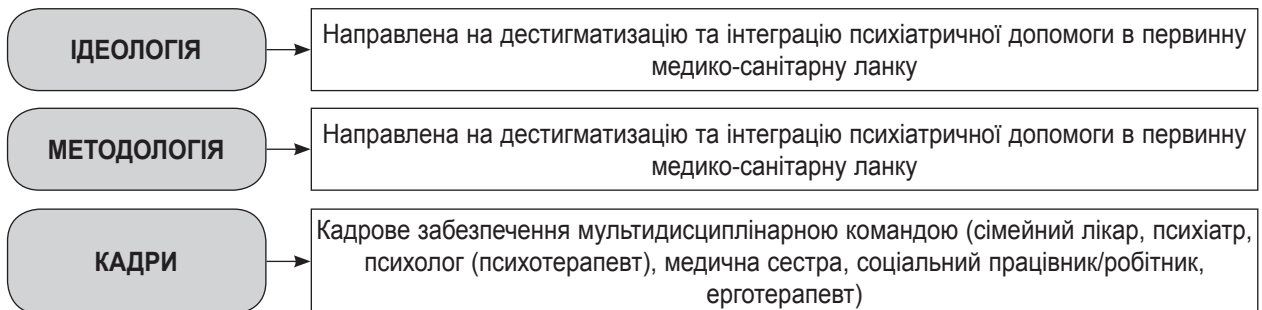


Рис. 1

Сутність системи психіатричної допомоги

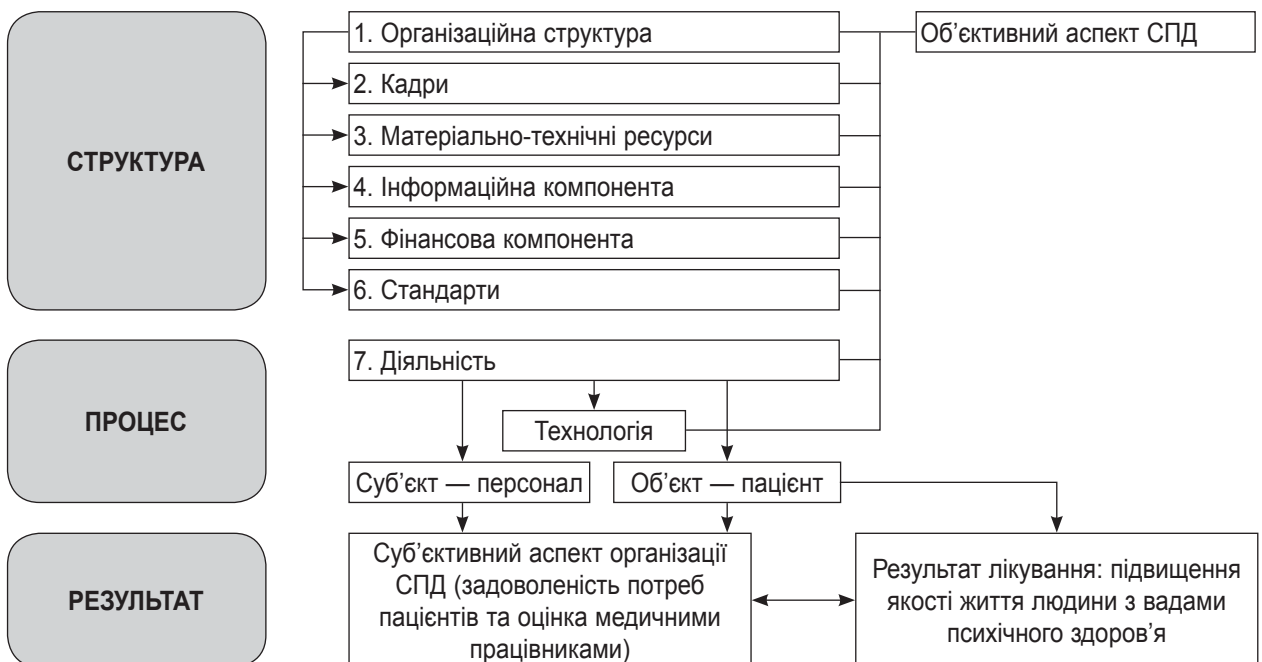


Рис. 2

Забезпечення діяльності системи психіатричної допомоги (СПД)



Рис. 3

Система охорони здоров'я людей з вадами психічного здоров'я

забезпечення блоку наукового регулювання системи. В основу системи покладено стратегію подовження тривалості життя, збереження та підвищення його якості у населення.

Особливістю структурної перебудови системи стало включення до неї:

- 1) існуючих елементів системи охорони здоров'я (психіатричні заклади, будинки-інтернати психоневрологічного профілю, відділення для пацієнтів з деменцією в будинках-інтернатах загального профілю);
- 2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації (відкриття відділень за функціями — реабілітаційні, паліативні, соматопсихіатричні, геронтопсихіатричні, сестринського нагляду та інші, денні стаціонари з місцями для пацієнтів похилого віку з вадами психічного здоров'я, денні стаціонари для дітей);
- 3) якісно нових елементів (гуртожитки, будинки сестринського нагляду, реабілітаційні центри, тощо).

На відміну від існуючої, представлена модель медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я, забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми, визначає в цьому напрямку роль

лікаря загальної практики/сімейної медицини (ЗПСМ), дозволяє усунути виявлені диспропорції у наданні медико-соціальної допомоги.

Невід'ємною складовою запропонованої системи менеджменту стала підсистема якості медико-соціальної допомоги (рис. 4), реалізація якої потребує удосконалення трьох базових компонентів структури:

- а) **ресурсного** — виконання стандарту підготовки лікарів з питань психіатрії; створення поліпрофесійних команд і їх стажування за кордоном; безперервна післядипломна освіта; матеріально-технічної бази — введення нових структурних елементів (гуртожитки, будинки сестринського нагляду, реабілітаційні центри, патронажна служба); модернізація базового діагностичного обладнання; створення умов для комплементарного та альтернативного лікування; впровадження господарської діяльності; розширення переліку медичних та соціальних послуг;
- б) **технологічного** — профілактика/реабілітація за індивідуальними програмами (впровадження стандартів акредитації); дотримання стандартів діагностики, лікування; впровадження телекомунікаційних

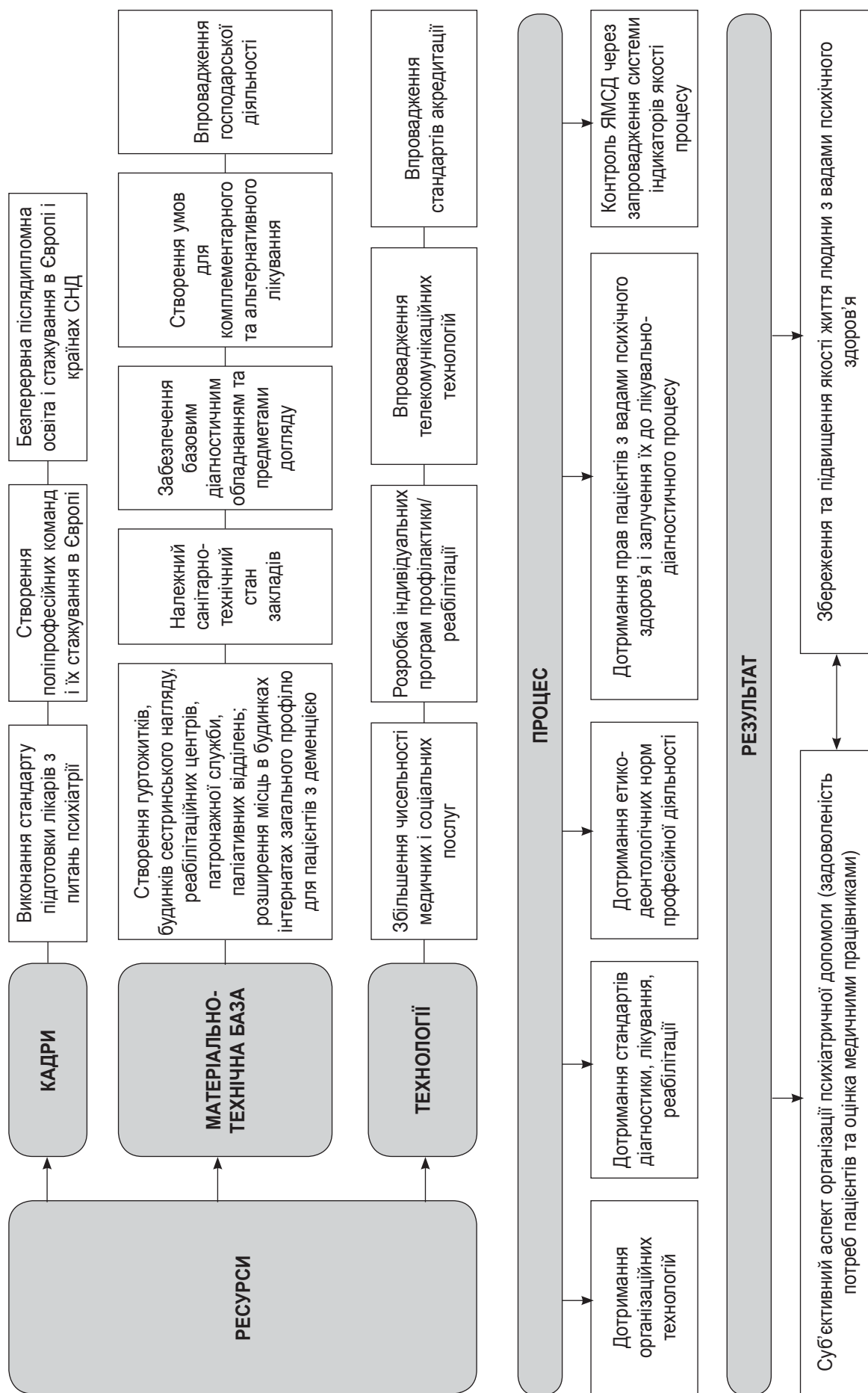


Рис. 4
Підсистема якості медико-соціальної допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я

технологій, реабілітації; етико-деонтологічних норм професійної діяльності; прав пацієнта з вадами психічного здоров'я і залучення їх до лікувально-діагностичного процесу; контроль якості медико-соціальної допомоги через запровадження системи індикаторів якості процесу;

- в) **результативного** — подовження життя, збереження та підвищення якості життя людини з вадами психічного здоров'я.

Запропонована система узгоджується із сучасною стратегією розвитку системи охорони здоров'я населення України (рис. 7), в основу якої покладається провідна роль сімейного лікаря в наданні первинної медико-санітарної допомоги (рис. 5). Сімейний лікар надає медико-профілактичну допомогу, а у разі потреби, спільно із вузькими спеціалістами, приймає рішення про необхідний рівень та обсяг лікувальних заходів. На первинному рівні — це сімейна амбулаторія та стаціонар «вдома», на рівні спеціалізованої допомоги — спеціалізований психіатричний заклад, високоспеціалізованої — НДІ МОЗ України та НАМН України (рис. 6).

В якості організаційно-методичних інновацій, запропонованих системою надання психіатричної допомоги, виступають:

- **структурні** — наявність в амбулаторно-поліклінічній допомозі, яка займає

основне місце, стаціонарів «вдома», гуртожитків, реабілітаційних центрів, патронажної служби, як в структурі закладів департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (ДОЗ ОДА), так і в структурі закладів департаментів праці та соціального захисту населення обласних державних адміністрацій (ДП та СЗН ОДА). В стаціонарній допомозі — відділення сестринського нагляду, паліативні — для пацієнтів з деменцією, в закладах ДОЗ ОДА, а в закладах ДП та СЗН ОДА — збільшення кількості місць в будинках інтернатах загального профілю для пацієнтів з деменцією та створення будинків сестринського нагляду з різним набором послуг;

- **міжсекторальність** — тісний взаємозв'язок медичних та соціальних структур при вирішенні проблем психічного здоров'я. На різних етапах зв'язок між медичними та соціальними структурами здійснюється через мультидисциплінарні команди, які разом вивчають психічний стан пацієнта, його можливості, потреби, разом створюють індивідуальні реабілітаційні програми та протягом надання медико-соціальної допомоги обговорюють цю допомогу, успіхи пацієнта та його родин;

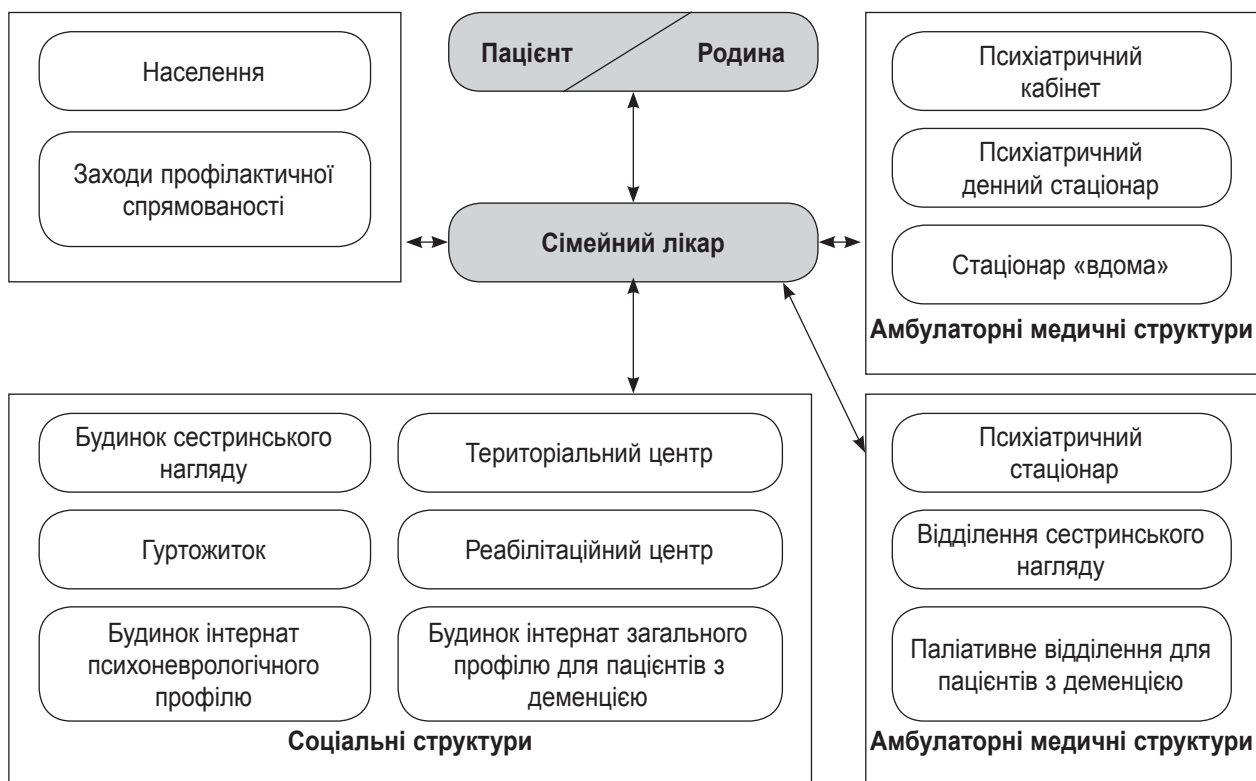


Рис. 5

Схема взаємозв'язку сімейного лікаря із медико-соціальними структурами при наданні допомоги людям з вадами психічного здоров'я

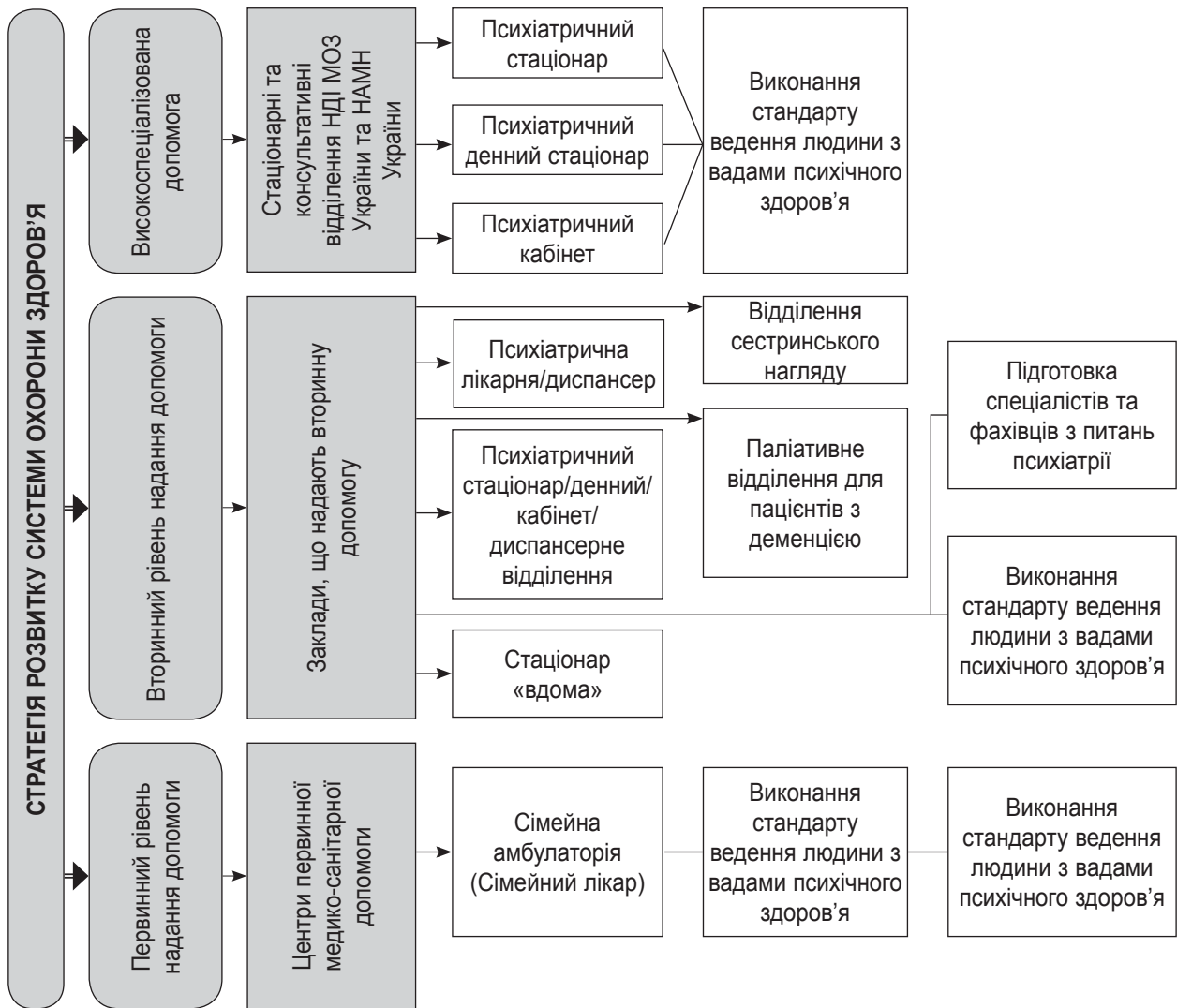


Рис. 6

Схема інтеграції медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я в загальну мережу медичної допомоги

- **кадрові** — надання медико-соціальної допомоги мультидисциплінарною командою, до складу якої входять сімейний лікар, психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник/робітник, ерготерапевт. Координація покладається на фахівця, допомога якого першочергова на поточний момент в залежності від потреб пацієнта. Мультидисциплінарна команда розробляє єдину комплексну програму по збереженню психічного здоров'я зазначеного контингенту, здійснює моніторинг надання медико-соціальної допомоги за визначеними критеріями незалежно від рівня надання цієї допомоги;
 - **навчально-методичні** — впровадження навчально-методичних матеріалів для циклів післядипломної підготовки з питань психіатрії та паліативної допомоги людям з деменцією для педагогів, лікарів, медичних сестер та соціальних працівників, які затверджені відповідними наказами МОЗ України;
 - **залучення родичів до лікувально-діагностичного процесу** (фізіологічного моніторингу, впровадження комплексу реабілітаційних заходів, моніторингу виконання індивідуальних програм реабілітації), навчання родичів основним навичкам догляду за людиною з вадами психічного здоров'я, оцінки її психічного стану, створення групи підтримки з родичів.
- Вимогами** до якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги населенню стали наступні:
- 1) загальне охоплення людей з вадами психічного здоров'я медико-соціальним обслуговуванням;



Рис. 7

Схема інтеграції медичної допомоги людям з вадами психічного здоров'я в заклади, що надають вторинну медичну допомогу

- 2) територіальна доступність медичних і соціальних закладів;
- 3) інтегрованість в первинну медико-санітарну ланку для задоволення потреб пацієнта;
- 4) ефективне використання медичного персоналу та інших ресурсів;
- 5) відповідність нормам професійної етики і суспільної моралі;
- 6) запровадження нових, доведено ефективних, клінічних та профілактичних методів;
- 7) використання методів контролю якості та дотримання прийнятих стандартів;
- 8) участь громадськості в розробці і контролі дотримання стандартів;
- 9) співпраця з усіма міністерствами та відомствами, що надають медико-соціальну допомогу людям з вадами психічного здоров'я.

Амбулаторно-поліклінічна допомога.

В запропонованій функціонально-структурній моделі психіатричної допомоги амбулаторно-поліклінічна допомога займає основне місце і представлена: мережею психіатричних

кабінетів, денних станіонарів, станіонарів «вдома» в структурі закладів ДОЗ ДОДА. Крім того, в структурі закладів ДП та СЗН ДОДА представлені гуртожитки, патронажна служба, а також реабілітаційні центри для надання медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я.

Штати психіатричного кабінету/диспансерного відділення мають бути забезпечені мультидисциплінарною командою. Посада дільничного лікаря-психіатра дорослого населення із розрахунку одна посада на 30 тис. дорослого населення (посада дільничного лікаря-психіатра дитячого населення із розрахунку одна посада на 15 тис. дитячого населення), посада психолога та соціального робітника — в залежності від обсягу роботи, але не менше ніж одна посада на кабінет. Мультидисциплінарна команда розробляє індивідуальну програму реабілітації для кожного пацієнта з урахуванням можливостей та потреб пацієнта і родини, а також можливостей даного закладу.

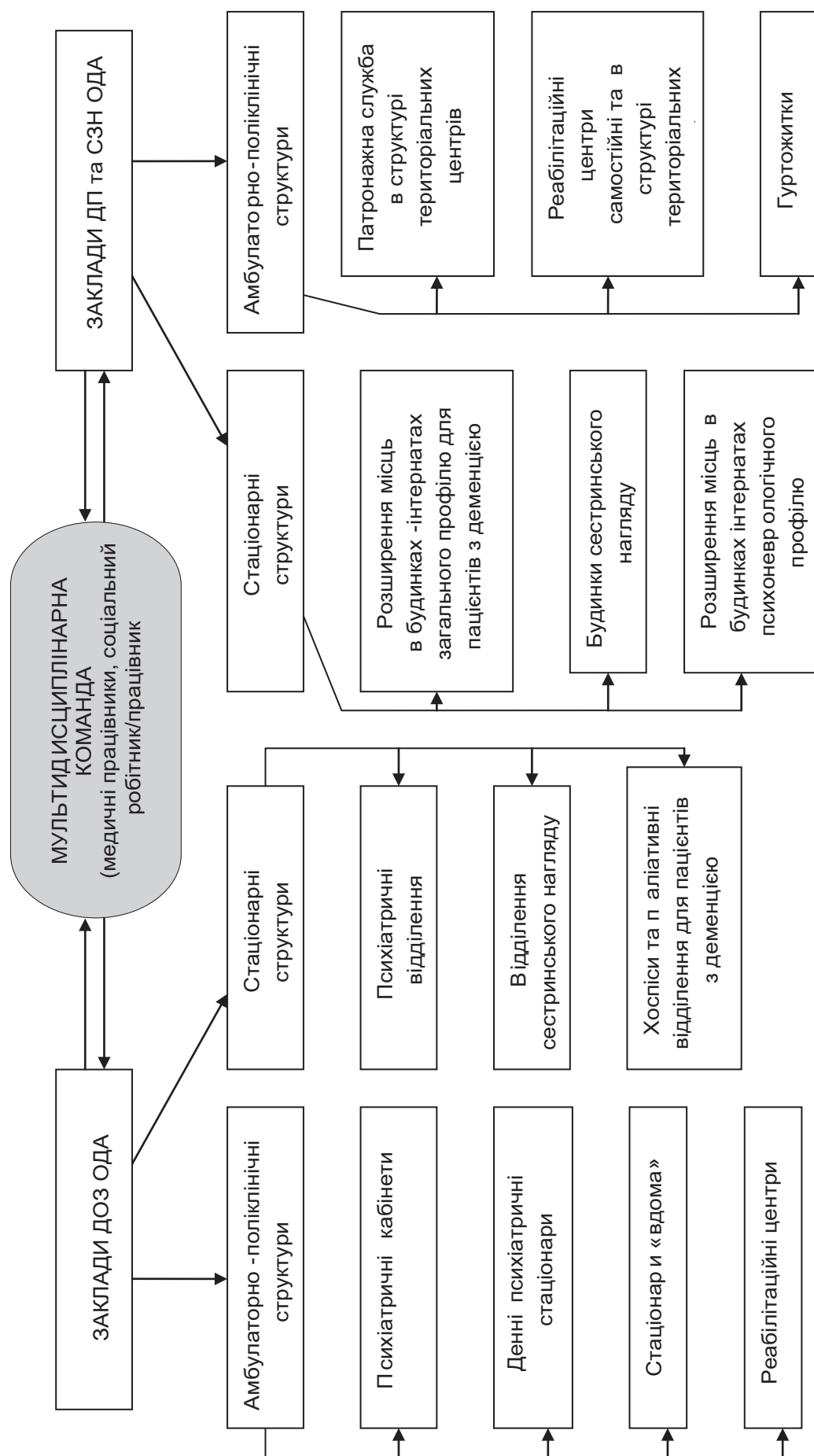


Рис. 8
Зв'язок між медичними та соціальними структурами

В розробленій моделі однією із нових форм психіатричної допомоги є стаціонари «вдома». Основним завданням стаціонарів «вдома» являється надання психіатричної допомоги в умовах, звичайних для пацієнта. Штати стаціонарів «вдома» складаються також з мультидисциплінарної команди, яка має в своєму розпорядженні транспортний засіб. Частота відвідування пацієнта психіатром перші п'ять днів щодня, потім один раз на тиждень, психологом — двічі на тиждень, соціальним робітником — в залежності від соціальних потреб пацієнта, медичною сестрою за потреби. Штатні посади формуються із розрахунку одна посада лікаря — психіатра на 15 пацієнтів, посада психолога — в залежності від обсягу роботи, але не менше 10 пацієнтів на одну посаду, одна посада соціального робітника на 10 підопічних.

Патронажна служба, запропонована нами в розробленій моделі, в структурі територіальних центрів має своїм завданням надання соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я в домашніх умовах. Соціальний працівник має 10 підопічних.

Стаціонарна допомога. В запропонованій функціонально-структурній моделі психіатричної допомоги стаціонарна допомога представлена диференційованим підходом, а саме, мережею психіатричних відділень в структурі психіатричних лікарень; відділень сестринського нагляду та паліативних відділень для пацієнтів з деменцією в закладах, що надають вторинну допомогу в системі ДОЗ ОДА; збільшення кількості місць в будинках інтернатах психоневрологічного профілю та загального профілю для пацієнтів з деменцією, а також будинками сестринського нагляду з різним набором послуг в закладах ДП та СЗН ОДА.

В кожному відділенні мають бути сформовані мультидисциплінарні команди, які розробляють індивідуальну програму реабілітації для кожного пацієнта з урахуванням можливостей та потреб пацієнта і родини, а також можливостей даного закладу. Психолог та ерготерапевт впроваджують стаціонарний етап комплексу реабілітаційних заходів, психіатр контролює прийом лікарських засобів, соціальний робітник надає необхідні конкретні для даного пацієнта різні види соціальної допомоги.

Запропоновані в моделі відділення сестринського нагляду для людей з вадами психічного здоров'я в структурі закладів, що надають вторинну допомогу, призначенні для пацієнтів, які потребують постійного стороннього догляду. В цих відділення можуть також знаходитися пацієнти, які оформлюються до будинків-інтернатів психоневрологічного профілю.

Однією з нових форм надання стаціонарної допомоги, але конче необхідною на сучасному етапі, представленою в моделі, це хоспіси та паліативні відділення для пацієнтів з деменцією. Вони створюються для підвищення якості надання медико-соціальної допомоги людям похилого віку з деменцією.

Зв'язок медичної і соціальної допомоги. Важливу роль в наданні якісної комплексної медико-соціальної допомоги людям з вадами психічного здоров'я відіграє тісний взаємозв'язок між медичними та соціальними структурами. В розробленій функціонально-структурній моделі передбачається надання медико-соціальної допомоги мультидисциплінарною командою, до складу якої входять як медичні так і соціальні працівники. Координацію інтегрованої роботи в мультидисциплінарній команді здійснює той фахівець, допомога якого першочергова на поточний момент в залежності від потреб пацієнта та підпорядкованості закладу. На різних етапах зв'язок між медичними та соціальними структурами здійснюється через мультидисциплінарні команди, які разом вивчають психічний стан пацієнта, його можливості, потреби, разом створюють індивідуальні реабілітаційні програми та протягом надання медико-соціальної допомоги обговорюють цю допомогу, успіхи пацієнта та його родин (рис. 8).

Висновки

Представлена нова модель надання психіатричної допомоги населенню України враховує основні пріоритети розвитку діяльності нової моделі психіатричної допомоги населенню України, визначає її сутність, особливості структурної перебудови, пропонує організаційно-методичні інновації, нову систему менеджменту, узгоджується із сучасною стратегією розвитку системи охорони здоров'я населення України.

УДК: 616.89-008.441.13-08

Стандарти організації медико-психологічної допомоги особам з алкогольною залежністю в Україні



Возний Д. В.

Возний Д. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. У статті описаний сучасний стан і проблеми організації медико-психологічної допомоги особам з алкогольною залежністю в Україні. Розглянуті основні принципи лікування алкоголізму, на які спирається сучасна українська наркологія. В даній статті наводяться передумови виникнення та опис основних методів лікування алкогольної залежності, які на даний момент є найбільш поширеними в амбулаторній та диспансерній практиці надання допомоги алкозалежним в Україні. Серед них медикаментозне лікування, мотиваційно-когнітивна психотерапія Бабюка І.А. та Шульца О.Е., плацеботерапія, стрессопсихотерапія Довженка А.Р., аверсивний метод Аймедова К.В., метод дискретного блокування, ніктосугестія, лазерна терапія, методи лікування алкоголізму без бажання алкозалежного.

Ключові слова: алкогольна залежність, медико-психологічна допомога, принципи лікування, терапія, Україна.

Standards of the medical and psychological assistance to persons with alcohol dependence in Ukraine

Vozniy D. V.

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine

Resume. The article describes the current status and problems of the organization of medical and psychological care for people with alcohol dependence in Ukraine. The basic principles of alcoholism treatment based on modern Ukrainian drug and alcohol abuse. This article discusses the background and description of the main methods of treatment of alcohol dependence, which are currently the most common in the outpatient dispensary practice and assist alcohol addicted in Ukraine. Among them medication-aversive method of Bitensky V.S. and Aymedov V.K., motivating-cognitive therapy Babiuk I.A. and Schults O.E., platseboterapy, stressopsihoterapy Dovzhenko A.R., method discrete lock, niktosuggestiya, laser therapy, alcoholism treatment methods without wanting of alcohol addicted.

Key words: alcohol addiction, medical and psychological assistance, principles of treatment, therapy, Ukraine.

Вступ

На сьогодні в Україні існують центри реабілітації від алкогольної залежності під керівництвом громадських організацій, релігійних спільнот або приватних осіб. Останні є платними і особливо дорогими. Відтак питання звільнення від залежності набуває проблематичного характеру через недорозвинутість методик лікування і реабілітації, брак осередків для лікування алкозалежних, вартість їх послуг.

Лікування алкогольної залежності являє собою складний, багатокомпонентний, багатапний процес. Так, як у формуванні алкогольної залежності беруть участь різні фактори (фізичні, психологічні та соціальні), тому і заходи впливу на них повинні бути відповідні. Наркологи вважають за необхідне проведення комплексного (багатостороннього) підходу до лікування. Це означає, що необхідно використовувати поєднання лікарських, психотерапевтичних та інших методів [20].

Викладення матеріалу

Принципи лікування алкоголізму були сформовані більше 30-ти років тому вітчизняними наркологами. Величезний внесок у розвиток сучасних принципів лікування алкогольної залежності внесли такі доктора медичних наук, як Гофман А.Г., Іванець Н.І., Портнов А.А., П'ятницька І.М., які залишаються актуальними і в наш час:

1. Вплив на захворювання в цілому.
2. Вибірковий вплив на прояви абстинентного синдрому з урахуванням різних факторів, які формують психічну й фізичну залежність.
3. Так, як абстинентний синдром крім психопатологічних розладів супроводжується безліччю неврологічними і вегетативними порушеннями, що грають значну роль в клініці хвороби, виникає необхідність у лікуванні цих порушень.
4. Найважливіше значення має реабілітація хворого, що дозволяє сформувати нову

модель поведінки, не орієнтовану на можливість застосування алкоголю, а спрямовану на стан довільної тверезості [13].

Лікування алкогольної залежності в Україні зазвичай проводиться наступним чином. На першій консультаційній зустрічі лікар-нарколог визначає стан пацієнта, після чого призначає лікування строком від 14 до 28 днів, протягом яких пацієнт проходить різні процедури [7]. Медико-психологічна допомога алкозалежним людям здійснюється в основному за допомогою наступних методів та засобів.

Медикаментозне добровільне або примусове лікування, мета якого вивести пацієнта з тривалого запою здійснюється за допомогою таких препаратів, як тразодон (комерційна назва тріттико), пропротен 100, колме, метадоксил, еспераль. При лікуванні алкогольної інтоксикації дуже важливим є використання методів, які прискорюють розщеплення самого алкоголю і продуктів його розпаду. За рахунок зменшення впливу алкогольних токсинів на нервову систему нормалізується психічний стан — знижується дискомфорт і тривога, поліпшується функція пам'яті і мислення, піднімається загальний настрій і активність. [1;10;22].

Стационарне лікування в наркологічних відділеннях психіатричних лікарень і в спеціалізованих наркологічних лікарнях особливо підходить тим, хто п'є постійно і не може зупинитися. На даний час людина з алкогольною залежністю має право на лікування в наркологічному диспансері, не потрапляючи на облік. Крім лікарів, у багатьох наркологічних диспансерах працюють медичні психологи [8].

Серед стаціонарних методів лікування хронічного алкоголізму слід відзначити метод, який був розроблений Аймедовим К.В. За проведеннями дослідженнями цей метод дозволяє отримати стійку ремісію, скоротити термін стаціонарного лікування, знизити кількість введеного в організм препарату і взагалі — вартість лікування.

Суть запропонованої терапії полягає у досягненні індукції виникнення виразного тривожно-фобічного стану на тлі ейфорізуючого ефекту алкоголю. Після введення хворому дітіліну виникає удушся в результаті ослаблення дихальних м'язів протягом 1,5-2 хвилин. Це супроводжується настільки виразним ефектом страху, що в ньому повністю нівелюється ейфорічний ефект алкоголю, і швидко формується стійке умовно-рефлекторне закріплення, за 2-3 сеанси [3].

Однією з форм надання медико-психологічної допомоги алкозалежним є курс психотерапії, де до пацієнта застосовується індивідуальний підхід і заняття в групі з іншими пацієнтами. Групова психотерапія передбачає активну участь членів групи в дискусіях, взаємну

емоційну підтримку один одного, вироблення установок на тверезий спосіб життя. Найчастіше групова психотерапія використовується в процесі підтримуючого лікування. Тут алкоголізм лікується на духовному і соціальному рівні, оскільки алкогольна залежність розглядається не тільки з хімічної точки зору [5].

Іванец Н.Н. зазначає, що усвідомлена згода самого хворого на лікування, як і максимально можлива індивідуалізація терапії, а також її комплексність є важливою обставиною, що сприяє лікуванню і одужанню [14].

На думку Бабюк І.А. та Шульца О.Е., поєднане використання психотерапії посилення мотивації і когнітивно-поведінкової психотерапії, незважаючи на певні складності в освоєнні, озброює лікаря сучасним інструментарієм лікування, що складаються з багатьох компонентів. Суть запропонованої терапії полягає у використанні психотерапевтом мотиваційних стратегій для мобілізації власних ресурсів залежного до змін та допомозі пацієнтові в подоланні деструктивного способу життя, і заміні його на більш здорові, і більш прийнятні моделі поведінки. Даний підхід реалізується у вигляді широкого спектру окремих навичок і технік: навички самоконтролю негативних емоцій, подолання патологічного потягу, когнітивне реструктурування, методи ключової витримки, способи профілактики рецидиву, тощо. Це порівняно короткостроковий підхід, добре підходящий для ресурсних можливостей більшості клінічних програм. Зазначені види психотерапії сумісні з діапазоном інших видів лікування, яке може отримувати алкозалежний, наприклад, з фармакотерапією [2].

Одним з альтернативних підходів до лікування алкогольної залежності є «плацеботерапія», що одержала широке поширення. Концептуальною сутністю методу «психотерапевтичного потенціювання плацеботерапії» є додання високої значимості вербального кодування (словесного позначення) плацебопрепарату, який психотерапевтично представляється пацієнту та його родичам як сучасний, вельми активний протиалкогольний препарат інтенсивної терапевтичної інтервенції з метою подолання алкогольної залежності. Безумовно, при цьому враховуються індивідуальні мотивації пацієнта і його родичів, їх когнітивні установки на певний препарат або групу препаратів. Катамнестичні дослідження Селезнєва А.Г., Селезної Г.А., та Саприкіна А.В. показали більш високу ефективність запропонованого підходу в порівнянні з традиційною фармакотерапією алкоголізму [17].

Мінко А.І. зазначає, що сугестивні прийоми є ефективними при допомозі алкозалежним з істеричними або емоційально-лабільними рисами характеру. Перед використанням таких

методів допомоги, як правило психотерапевти проводять психологічну діагностику та відбирають для лікування тих, хто легко піддається навіюванню. Саме завдяки цій попередній діагностиці ефект від терапії набуває дуже високих результатів. Як правило, при сугестивних методах лікування пацієнт може сам визначити тривалість «кодування» від алкоголізму [16].

В XX столітті був розроблений і широко впроваджений в медичну практику один з найбільш ефективних і економічних методів не медикаментозного, психотерапевтичного лікування — метод стресопсихотерапії, який був розроблений лікарем Довженко А.Р. [4].

Сутність стресопсихотерапії полягає в створенні установки на стриманість прийому алкоголю шляхом застосування комплексу послідовних психотерапевтичних впливів, що включають як словесні, так і опосередковані прийоми, в тому числі фізіогенного характеру. Процедура лікування алкогольної залежності за методом Довженко А.Р. займає приблизно 3-4 години [9].

Принципова відмінність метода Довженко А.Р. від традиційної психотерапевтичної установки лікування алкоголізму — використання волі самого пацієнта для подолання хвороби. Як правило, кодування за методом Довженко А.Р. дає стійкий результат на весь передбачений термін. Однак пацієнти з поганою сугестивністю або ті, які не пройшли належної підготовки, можуть слабо піддаватися даному методу впливу, особливо якщо мотивація на лікування у них була низькою. Слід зазначити, що будь-які стресотерапії, в тому числі і стресопсихотерапія за Довженко А.Р., звертаються до інстинкту самозбереження, до резервних можливостей організму, особистості, психіки [6].

У 2010 році на кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти був запропонований метод «дискретного блокування». Сеанси «блокування» включають три етапи: первинний (базисний), проміжний (контрольний) та заключний з відповідними інтервалами в 2-4 тижні. Власне сам сеанс «блокування» починається з проб на сугестивність з подальшою психотерапевтичною інтерпретацією їхніх результатів, а також включає стандартні прийоми, запропоновані й описані в працях Довженко А.Р. На третьому заключному етапі, з урахуванням побажань пацієнтів, визначається терміни майбутньої тверезості. Разом з тим, незалежно від бажаних алкозалежними термінами, хворі орієнтуються на періодичні підтримуючі сеанси, частота яких визначається з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Вище описану модифікацію стресопсихотерапії алкогольної залежності, можна розглядати,

як один із можливих і багатьох варіантів комплексної терапії алкогольної залежності [18].

Останнім часом до методів комплексної психотерапії при лікуванні алкоголізму додалася ще одна ланка — ніктосугестія або, іншими словами, навіювання під час нічного сну. Цей метод лікування застосовується для всіх хворих, які знаходяться у відділенні. Протипоказань до ніктосугестії немає.

При проведенні сеансу ніктосугестії пацієнта «перемикають» зі стану природного фізіологічного сну, в гіпнотичний і сугестію проводять в просоному стані, а потім повертають з цього стану, тобто «перемикають» з гіпнотичного в фізіологічний сон. При використанні цього методу знімається свідоме «Я», і всі хворі сприймають проведене лікувальне навіювання незалежно від їх бажання, а це головне, тому що цей лікувальний сон освіжає, підбадьорює і зміцнює волю хворого, гасить жагу до вживання алкоголю, їх вироблений умовний рефлекс на вживання, що дає впевненість в одужанні. Таким чином, цей метод заслуговує великої уваги в комплексній психотерапії і подальше поширення в стаціонарній практиці [12].

При розгляді методів надання допомоги алкозалежним в Україні слід згадати про метод лазерної терапії, який набуває все більшого розповсюдження. За словами Сосіна І.К. та Чуєва Ю.Ф. застосування методів лазерної терапії дозволяє ефективно купірувати невідкладні стани в клініці алкоголізму та значно скоротити терміни лікування. У результаті лазерної терапії відбувається посилення біоенергетичних і біосинтетичних процесів в клітинах, підвищується активність системи антиоксидантного захисту. Збільшується функціональна активність формених елементів, активується кровотворення, підвищується клітинний і гуморальний імунітет. Вплив лазерного випромінювання на акупунктурні точки і зони являє собою особливу область медичної рефлексотерапії, що викликає різноманітні лікувальні ефекти. При дотриманні основних правил проведення сеансів лазерної терапії, ускладнень або побічних дій не спостерігається. Метод, абсолютно сумісний з іншими медикаментозними і немедикаментозними впливами [21].

Лікування від алкоголізму без відома хворого доречно у разі, якщо пацієнт заперечує наявність захворювання і відмовляється самостійно проходити курс лікування. Цей метод допомоги алкозалежним припускає, що один з членів сім'ї хворого алкоголізмом звертається за допомогою. Приводом для такого звернення може послужити будь-яка кризова ситуація. Результатом цієї психотехніки є руйнування патернів поведінки сім'ї, які не усвідомлено

підтримують алкоголізм. За допомогою членів сім'ї руйнуються емоційні мотивації алкозалежного, що спонукає його до припинення вживання алкоголю [15].

Проблема примусового лікування хворих на алкоголізм тісно пов'язана з правовими питаннями, що стосуються свободи особистості громадян. Неодноразово ставилося питання про закриття лікувально-трудова профілакторіїв. Враховуючи все це медичне управління МВС України з 1988 року проводить реорганізацію, зі застосуванням нових форм лікувальної та виховної роботи з хворими хронічним алкоголізмом України. Все це дозволило поліпшити результати примусового лікування [19].

Зайцев С.Н. вважає, що проблему лікування алкоголізму без бажання алкозалежного і в той же час не насильно, можна вирішити при дотриманні етапності лікування. При цьому завдання лікування необхідно розбити на етапи, кожен з яких буде здійснюватися суворо добровільно:

1. Етап «забезпечення контакту фахівця з хворим на алкогольну залежність».
2. Етап «отримання згоди пацієнта на спеціальне антиалкогольне лікування та згоди співзалежних на проведення втручання з корекції співзалежності».
3. Етап «корекції співзалежних відносин».
4. Етап «усунення потягу до алкоголю».

Зрозуміло, що запропонована технологія лікування алкоголізму без бажання пацієнта не є єдиною або найефективнішою. Але в більшості випадків в амбулаторних умовах таким способом вдається подолати алкогольну залежність і допомогти алкозалежному

прийняти правильне рішення — жити тверезо, а відносини в його сім'ї зробити більш функціональними [11].

Висновки

1. Проблема надання медико-психологічної допомоги алкозалежним в Україні постає досить гостро через недорозвинутість методик лікування і реабілітації, які б гарантували стовідсоткове позбавлення від залежності, брак осередків для лікування алкозалежних, вартість їх послуг. Саме тому постає питання про пошук нових більш ефективних та менш затратних способів лікування.
2. На сьогодні в Україні науковці пропонують різноманітні амбулаторні та стаціонарні методи лікування алкогольної залежності, які включають в себе медикаментозний та не медикаментозний вплив. Слід зазначити, що все більшого розвитку набуває комплексний підхід у лікуванні алкогольної залежності, поява багатокомпонентних методів, які включають в себе вплив одразу на декілька чинників виникнення алкогольної залежності та особистих ресурсів хворого. Прослідковується тенденція до розвитку і пошуку нових немедикаментозних методів лікування таких, як плацеботерапія, сугестивні методи, лазерна терапія, тощо.
3. Все більшого розвитку набувають дослідження у сфері лікування алкогольної залежності без бажання самого хворого без примусу та зі збереженням гуманного ставлення до нього.

Література

1. Альтшулер В.Б. Фармакотерапія алкоголізму / В.Б. Альтшулер // Справочник поликлинического врача. — 2006. — № 1. — С. 82-89.
2. Бабюк И.А. Современные психотерапевтические подходы в практике лечения алкоголизма / И.А. Бабюк, О.Е. Шульц // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т. 5.
3. Аймедов К.В. Условно-рефлекторная терапия зависимости от опиоидов / К.В. Аймедов // Монография. Одесский национальный медицинский университет. — Одесса: Пресс-курьер, 2012. — 220 с.
4. Болотова З.Н. Метод стрессопсихотерапии А.Р. Довженка [Электронный ресурс] / З.Н. Болотова — Режим доступа к статье: http://vidrodzhennia.ua/1_7.html.
5. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
6. Воробьева Т.М. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий: монография / Т.М. Воробьева, П.В. Волошин, Л.Н. Пайкова — Харьков: Основа, 1993. — 176 с.
7. Воронович Б.Т. Без таємниць про залежності та їхнє лікування / Б.Т. Воронович; пер. з пол.— К.: Сфера, 2004. — 270 с.
8. Гавенко В.Л. Психиатрия и наркология / В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова, Н.Е. Бачериков — Киев: Здоровье, 1999. — 288 с.
9. Довженко В.Р. И проживете Тицианов век: исцеление от алкоголизма, табакокурения, наркомании / В.Р. Довженко, А.В. Довженко. — Минск: Польша, 2002. — 239 с.
10. Ерышев О.Ф. Современные тенденции фармакотерапии больных алкогольной зависимостью / О.Ф. Ерышев, В.В. Аркадьев, К. Эбонг // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №4. — С. 147-149.

11. Зайцев С.Н. Совершенствование методов лечения алкоголизма без желания пациента: Практическое пособие для врачей / С.Н. Зайцев. — Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. — 148 с.
12. Звоников М.Д. Об использовании внушения во время ночного сна в лечении больных алкоголизмом и других наркоманий / М.Д. Звоников // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 497-499.
13. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология: учебник. / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 832 с.
14. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний: [руководство по наркологии] / под ред. чл.-корр. РАМН Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т.2. — С. 6-24.
15. Лечение алкоголизма без ведома больного, с учётом культуральных особенностей семейной терапии в странах СНГ. / [А.Г. Селезнёв, И.А. Бабюк, Г.А. Селезнёва, Н.В. Горбунова] // Медицинские исследования. — 2001. — Т.1, вып. 1. — С. 129–130.
16. Минко А.И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма / А.И. Минко // Международный медицинский журнал. — 1997. — Т. 3, № 3. — С. 87-90.
17. Селезнёв А.Г. Новый подход к психотерапевтическому потенцированию антиалкогольной плацеботерапии / А.Г. Селезнёв, Г.А. Селезнёва, А.В. Сапрыкин // Медицинские исследования. — 2001. — Т.1, вып. 1. — С. 130–131.
18. Слабунов О.С. Методологические особенности психотерапевтической тактики в лечении алкогольной зависимости на современном этапе / О.С. Слабунов, П.В. Задорожный, В.Г. Шамрай // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3, посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т. 5.
19. Сонник Г.Т. История организации принудительного лечения хронического алкоголизма на Украине / Г.Т. Сонник, Н.И. Бережная // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 127–128.
20. Сосин И.К. Алкогольная тревога / И.К. Сосин, Е.Ю. Гончарова, Ю.Ф. Чуев — Харьков: Коллегиум, 2008. — 732 с.
21. Сосин И.К. Лазерная терапия алкоголизма / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. — Харьков, 1999. — С. 44-45.
22. Сыропятов О.Г. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма. Пособие для врачей. / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская — Киев: УВМА, 2000. — 46 с.

УДК 616.8+616.9(092)(430.2)

Профессор Карл Леонгард — выдающийся немецкий психиатр, психопатолог, невролог и психолог

(К 110-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Кузнецов В. Н.



Петрюк А. П.



Каленюк А. Ф.



Дойчук П. Л.

Петрюк П. Т.³, Кузнецов В. Н.¹, Петрюк А. П.², Каленюк А. Ф.⁴, Дойчук П. Л.⁴

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

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

³ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

⁴ КУ «Областная психиатрическая больница с. Орловка» Ровенского областного совета

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведені нові біографічні дані та спогади сучасників про життєвий і творчий шлях професора К. Леонгарда — видатного німецького психіатра, психопатолога, невролога, психолога, який багато зробив для вивчення шизофренії, афективних психозів, неврозів, розладів особистості, а також проблем загальної психопатології, біологічної психології та поведінки людини. Приводиться короткий аналіз його наукових досягнень. Підкреслюється значення наукового внеску ювіляра для вітчизняної і світової науки.

Ключові слова: професор К. Леонгард, біографічні дані, наукові досягнення, спогади сучасників.

Professor Karl Leonard is prominent an German psychiatrist, psychopathologist, neurologist and psychologist (To the 110-anniversary of birthday)

Petryuk P. T.³, Kusnetsov V. M.¹, Petryuk O. P.², Kalenyuk A. F.⁴, Dojchuk P. L.⁴

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

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

³ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

⁴ CI «Regional psychiatric hospital v. Orlovka» of the Rivne regional soviet

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 Karl Leonhard — the prominent German psychiatrist, psychopathologist, neurologist, psychologist, much doing for the study of schizophrenia, affective psychoses, neuroses, disorders of personality, and also problems of general abnormal psychology, biological psychology and behavior of man. A short analysis over of his scientific achievements is brought. The value of scientific deposit of person whose anniversary is celebrated is underlined for domestic and world science.

Key words: professor Karl Leonhard, biographic information, scientific achievements, flashbacks of contemporary.

*Гениальные идеи приходят тем,
кто заслужил их упорным трудом.
В.И. Вернадский*

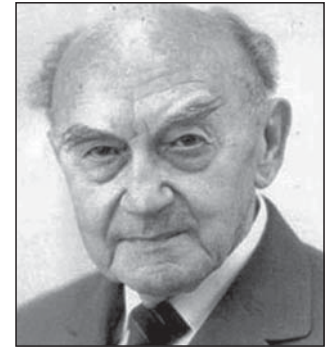
Карл Леонгард (Karl Leonhard) (1904–1988) — выдающийся немецкий психиатр, психопатолог, невролог, психолог, который придерживался научных позиций Карла Вернике и Карла Клейста, создатель психиатрической школы К. Клейста — К. Леонгарда, много сделавший для изучения шизофрении, аффективных психозов, неврозов, расстройств личности и других нарушений, а также проблем общей психопатологии, биологической психологии и поведения человека, труды которого оказали заметное влияние на развитие психиатрии не только в Германии, но и далеко за её пределами. Он тесно сотрудничал с известными психиатрами Советского Союза, хорошо знал специальную отечественную психиатрическую литературу, публиковал свои научные работы на русском языке [1–5].

Специалист во многих пограничных с психиатрией областях, в том числе в области психологии акцентуированных личностей. Разработал типологию акцентуированных личностей. Автор известной работы «Акцентуированные личности», в которой на материале анализа художественной литературы дал исчерпывающие иллюстрации акцентуированным типам личности. Данное понятие не только прочно укоренилось в лексиконе специалистов, но и в некоторой степени стало достоянием той части читающей аудитории, которую принято называть «мыслящей» и «интересующейся».

Упомянутая монография, как известно, состоит из двух частей. В первой части К. Леонгардом дан психологический и клинический анализ акцентуированных личностей, то есть людей со своеобразным заострением свойств личности и особым реагированием. Вторая часть является как бы иллюстрацией к первой, — в ней проводится характеристический анализ героев классических произведений мировой литературы свыше тридцати писателей: Л.Н. Толстого, Ф.М. Достоевского, Н.В. Гоголя, У. Шекспира, М. Сервантеса, О. Бальзака, И.В. Гёте, Ф. Стендаля и многих других [2, 6].

К. Леонгард родился 21 марта 1904 года в многодетной семье евангелистского священника шестым ребенком из одиннадцати детей в Эдельфельде (Королевство Бавария, Германская империя). До 1923 года он обучался в гуманитарной гимназии в Вейдене/Оберфальц. Затем, пережив свои первоначальные увлечения и желание стать юристом, он начал изучать медицину. Учился в университетах Эрлангена, Берлина и Мюнхена.

Начав врачебную деятельность под руководством К. Бонгёффера, К. Леонгард решил окончательно посвятить себя психиатрии. В 1931 году он начал работать в психиатрической больнице в Габерзее (Верхняя Бавария), где уже через



Карл Леонгард

год стал главным врачом. В 1936 году К. Клейст пригласил его на работу в качестве старшего врача клиники нервных болезней Университета во Франкфурте, где в 1937 году он получил ученую степень, а с ней и право преподавать.

В 1944 году К. Леонгард стал внештатным профессором университета. Затем последовало приглашение на должность профессора психиатрии и неврологии Медицинской академии в Эрфурте, откуда он в 1957 году перешел в Университет им. Гумбольдта в Берлине и стал работать в знаменитой клинике Шарите, с которой в дальнейшем были связаны многие годы его жизни и деятельности [2–5].

Следует подчеркнуть, что в период нацистской Германии в целях защиты своих душевнобольных пациентов от смерти, которая в то время осуществлялась с помощью программы умерщвления «Т-4» (официальное наименование евгенической программы немецких национал-социалистов по стерилизации, а в дальнейшем и физическому уничтожению душевнобольных, умственно отсталых и наследственно больных), К. Леонгард перестал устанавливать диагнозы, которые ставили под угрозу жизнь пациента. В частности, он прекратил ставить какие-либо диагнозы такого заболевания как шизофрения.

После Второй мировой войны К. Леонгард, как отмечено выше, переехал в ГДР, где плодотворно работал научно вплоть до своей смерти. Однако, позже — в шестидесятые годы прошлого века, он хотел вернуться в Западную Германию, но получил отказ на разрешение от властей Восточной Германии. В качестве компенсации он получил широкую поддержку его научной деятельности. За свою жизнь он взял интервью у более чем 2000 психотических пациентов, в последнее время с доктором Зиглинде фон Тросторфф [7].

Будучи последователем школы К. Вернике — К. Клейста, К. Леонгард творчески развивал соответствующие идеи применительно ко многим психическим заболеваниям — шизофрении, аффективным психозам, неврозам,

расстройствам личности и другим, а также проблемам общей психопатологии и поведения человека. Что касается последних, то особенно большой интерес представляют его монографии «Инстинкты и древние инстинкты сексуальности человека» (1946) и «Выразительность мимики, жестов и голоса человека» (1976), в которых проявились его одарённость и умение воспринимать и анализировать различные формы поведения человека.

В области клинической психиатрии особенно известны труды К. Леонгарда, касающиеся классификации и клиники шизофрении, а также аффективных психозов. Они всегда привлекали к себе внимание и до сих пор широко обсуждаются в работах отечественных и зарубежных психиатров [4, 8, 9]. Общеизвестно, что в учении о шизофрении выделяют направление К. Клейста — К. Леонгарда. Исходно являясь психоморфологическим, оно в известной мере развивает методологические позиции Т. Мейнерта — К. Вернике, в соответствии с которыми *К. Клейст обосновывал точку зрения на шизофрению как на группу системных наследственно-дегенеративных заболеваний*. Принципы, предложенные К. Клейстом, а также метод анализа клинического материала были в дальнейшем приняты и развиты К. Леонгардом.

К. Леонгард нозологически разделил шизофрению на группу прогрессивных системных форм — «систематическая шизофрения» и группу периодически и фазно протекающих психозов. В последнюю группу он отнес «несистематическую шизофрению» и циклоидные психозы, отличающиеся от прогрессивных форм синдромальной структурой приступов и течением. При «несистематической шизофрении» (аффективно насыщенная парафрения и периодическая кататония) течение болезни приступообразное. Что касается циклоидных психозов, то К. Леонгард включал в эту группу три формы психозов: психозы «счастья-страха», спутанность с возбуждением или торможением и гиперестетико-анестетический психоз. Он отмечал, что при всех трех формах циклоидных психозов могут иметь место кататонические, аффективно-бредовые и галлюцинаторные расстройства. *Поэтому при их разграничении имеет значение относительное преобладание аффективных нарушений, спутанности или моторных расстройств*. Течение циклоидных психозов в большинстве случаев благоприятное в виде приступов с глубокими ремиссиями. В своей работе «Патогенез шизофрении с точки зрения конечных состояний» (1971) К. Леонгард обосновывает разделение шизофрении на «систематическую», «несистематическую» и циклоидные психозы

данными патопсихологии, генетики, биохимии и нейроанатомии. Касаясь генетики шизофрении, он писал: «Несистемные формы шизофрении в целом обнаруживают большее влияние наследственности, чем системные...» и далее: «...наследственная предрасположенность только в тех случаях дает шизофрению, в которых в одно и то же время существует определенный склад личности...» [8-10].

Таким образом, К. Леонгард предпринял попытку наряду с традиционно существовавшими со времен Э. Крепелина двумя основными психозами — шизофренией и маниакально-депрессивным психозом выделить третью болезнь — циклоидные психозы. Следует заметить, что классификация К. Леонгарда при его жизни подвергалась критике и не получила поддержки. Он сам чутко реагировал на такую критику, особенно на противопоставление предложенной им классификации американской систематике (DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) и существовавших тогда версий МКБ (ICD — International Classification of Diseases). Он своевременно и обоснованно обращал внимание на чрезмерную схематичность американской систематики. В настоящее время в связи с выделением в некоторых национальных классификациях и в МКБ-10 шизоаффективного расстройства, предложенного К. Леонгардом выделение циклоидных психозов выглядит достаточно адекватно современным взглядам на рассматриваемую проблему [10, 12].

Несмотря на критику, нередко обрушивавшуюся на его труды, К. Леонгард не был обделен вниманием мировой научной общественности. Он был Почетным членом международных и национальных научных обществ, в том числе Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров.

Представления о работах К. Леонгарда, касающихся шизофрении, были бы неполными, если не упомянуть его взгляды на детскую шизофрению. Признавая целый ряд особенностей детской шизофрении (наличие нарушений развития интеллекта, известную избирательность её форм и синдромов), он утверждал возможность постановки диагноза шизофрении в детском возрасте. При этом он подчеркивал, что у детей можно выявить некоторые формы и синдромы, аналогичные таковым у взрослых больных. Наиболее типичной формой детской шизофрении он считал кататоническую и описал такие её варианты, как «паракинетики-кататонический» и «форму со скудной речью». С другой стороны, он отмечал отсутствие в детском возрасте параноидных и гебефренических форм и появление периодической кататонии только у детей старшего возраста. Детскую ши-

зофрению в целом он считал очень редким заболеванием, подчеркивая, что такой диагноз «с уверенностью можно поставить только при обнаружении синдромов, соответствующих определенной форме шизофрении взрослых».

Общепризнанным является вклад К. Леонгарда в классификацию расстройств настроения. В 1957 году он впервые поставил вопрос о дифференциации депрессии, протекающей без маниакальных и гипоманиакальных эпизодов, и биполярных аффективных расстройств. Значительно позднее в разных странах и независимо друг от друга это сделали J. Angst (1966), C. Perris (1966) и G. Winokur (1969).

Психиатры — современники К. Леонгарда, уделяли недостаточно внимания его вкладу в учение о неврозах, хотя он может считаться одним из основателей поведенческой терапии.

В период своей активной деятельности К. Леонгард поддерживал самые тесные связи с отечественными психиатрами, принимал активное участие в проводившихся в нашей стране съездах и конференциях. Он достаточно хорошо знал, как уже выше отмечено нами, русскоязычную психиатрическую литературу, о чем свидетельствует цитирование им в своих работах многих отечественных авторов (А.Д. Зурабшвили, Н.И. Озерецкого, Е.А. Попова, Т.П. Симсон, Г.Е. Сухаревой и др.). Целый ряд его работ был опубликован на русском языке [1, 4, 8, 9].

Небезинтересно, что в эпонимическом слове многих психиатрических терминов опорным словом, т.е. эпонимом, является фамилия К. Леонгарда, имя которого входит в состав соответствующего термина. В настоящее время выделяют следующие эпонимические термины с включением его фамилии [1, 8, 9, 11].

Леонгарда систематика шизофрении (К. Leonhard, 1957). Различают формы систематические (типичные) и несистематические (атипичные). Несистематические близки к циклоидным психозам. Общее название шизофрении для систематических и несистематических форм К. Леонгард рассматривает лишь как дань традиции. К систематическим формам относятся систематические парафрении, гебефрении и кататонии. Они отличаются медленным началом, определенной симптоматикой и течением с образованием специфического дефекта. Систематические формы могут носить характер простых или комбинированных. Несистематические формы — аффективная парафрения, шизофазия и периодическая кататония. Они протекают ремиттирующе, шубообразно, и дефектные изменения при них менее выражены. При аффективной парафрении наряду с бредом величия и преследования отмечаются

аффективные расстройства в виде состояний экстаза, страха и раздражительности. Шизофазия, по К. Леонгарду, не соответствует понятию Э. Крепелина, её границы расширены, она сближается, с одной стороны, с психозами спутанности и страха-счастья, с другой — с периодической кататонией. На первом плане при шизофазии выступают расстройства мышления и речи, но могут наблюдаться и кататонические, и парафренные симптомы [8-10].

Леонгарда систематика фазных психозов (К. Leonhard, 1957) включает три группы их: 1) классическая маниакально-депрессивная болезнь (соответствует понятию циркулярных форм у других авторов); 2) чистая меланхолия и чистая мания (периодическое монополярное течение, клиническая картина более чиста и свободна от атипичных, смешанных форм); 3) чистые депрессия и эйфория (так называемые простые аффективные заболевания, в отличие от заболеваний предыдущих групп, для которых характерны нарушения мышления и волевой сферы). Выделяют пять форм чистых депрессий (ажитированно-тревожная, ипохондрическая, депрессия с идеями самообвинения, подозрительно-недоверчивая и апатическая) и пять форм чистых эйфорий (непродуктивная, ипохондрическая, экзальтированная, конфабуляторная, апатическая). При чистых депрессиях и эйфориях, в отличие от чистых меланхолий и маний, расстройства мышления и волевой сферы, если и наблюдаются, носят вторичный характер. Это утверждение вызывает у некоторых авторов возражение (Э.Я. Штернберг, 1950) [9].

Леонгарда систематика циклоидных психозов (К. Leonhard, 1957). Циклоидные психозы рассматриваются как группа атипичных эндогенных заболеваний, занимающих промежуточное положение между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, но не относящихся к этим психозам. Характерно относительно благоприятное течение, без образования психического дефекта. Течение приступообразное, биполярное. Различают три формы циклоидных психозов: 1) двигательный с гиперкинетическими и акинетическими фазами; 2) психоз спутанности, возбужденной и заторможенной; 3) психоз страха-счастья с чередованием фаз депрессии со страхом и «экстатического счастья» [9, 10]. Однако, как нам кажется, здесь корректнее говорить не о психозах, а о психотических синдромах, тем более, что они нередко сменяют друг друга, переходят друг в друга или сочетаются, например, кататонический ступор со спутанностью (онейроидностью). В МКБ-10 им соответствуют шизоаффективные расстройства. Предложенная К. Клейстом более тонкая

дифференциация отвечает клинической реальности и себя оправдала, что убедительно показал, в частности, Р. Тёлле [13].

Леонгарда фазовая депрессия (К. Leonhard, 1954) — вариант эндогенной депрессии, отличающейся от типичной циркулярной отсутствием у этих больных маниакальных состояний, более поздним началом (чаще после 40 лет), более длительным течением фазы (6-9 месяцев), значительной выраженностью тревоги и, нередко, ажитацией. Характерна низкая эффективность применения с профилактической целью препаратов лития. Вопрос о нозологической самостоятельности упомянутой депрессии остается дискуссионным [8].

Леонгарда фантазиофрения (К. Leonhard, 1936) — один из клинических вариантов параноидной дефектшизофрении, характеризующийся сенестопатиями, парамнезиями, бредовыми идеями величия, нарушениями идентификации относительно окружающих больного лиц. Леонгарда фантазиофрения наряду с выделяемыми им ипохондрическим и вербальным дефектгаллюцинозами относится к «идейно богатым» формам шизофренического дефекта, в отличие от таких «идейно-бедных» форм, как, например, бессвязная дефект-шизофрения или аутистическая шизофрения. Основное отличие — в преобладании продуктивной или негативной симптоматики [8].

Леонгарда проскинезия (К. Leonhard, 1936) — симптом кататонии, заключающийся в том, что любое внешнее раздражение вызывает двигательную реакцию. Противоположен симптому негативизма [8, 9].

Леонгарда неврозы желания и опасения (К. Leonhard, 1963) различаются по их психогенезу. При первых речь идет о желательности заболевания (истерические неврозы), при вторых невротическое развитие возникает в связи с опасениями (невроз навязчивых состояний, логоневроз заикания) [9].

Леонгарда концепция акцентуированных личностей (К. Leonhard, 1964, 1968). Выделяются отдельные черты личности (акцентуированные), которые сами по себе еще не являются патологическими, однако при определенных условиях могут претерпевать развитие в положительном и отрицательном направлении, достигая особой выраженности у психопатов и невротиков. Черты эти как бы являются заострением некоторых присущих каждому человеку неповторимых индивидуальных свойств. Акцентуированные личности — это промежуточное явление между нормой и психопатией. Различаются акцентуации личности и темперамента. Выделяют десять типов акцентуации характера и личности: гипертимность, склонность

к застреванию аффекта, эмотивность, педантичность, тревожность, циклотимность, демонстративность, возбудимость, дистимичность (субдепрессивность), склонность к аффективной экзальтации. В патологии демонстративности соответствует истерическая психопатия, педантичности — ананкастическая психопатия, склонности к застреванию — паранойяльная психопатия и возбудимости — эпилептоидная психопатия. Отмечены сочетанные акцентуации различных личностных свойств, в том числе интро- и экстраверсии [2, 8, 9].

Леонгарда-Шмишека характерологический тест-опросник (К. Leonhard, 1964, 1968; Н. Schmieschek, 1970) предназначен для выявления акцентуации характера и темперамента, был разработан Г. Шмишеком (*Schmieschek Fragebogen*) на основе концепции К. Леонгарда об акцентуированных личностях, впервые опубликован в 1970 году и является модификацией «Методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда». Включает в себя 88 вопросов, ответы на которые дают показатели, соответствующие десяти типам акцентуации характера и темперамента.

Выделенные К. Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Но сам автор обоснованно акцентировал свое внимание на том, что одних ответов на вопросы недостаточно. Для составления полного истинного представления о поведении и характере личности необходимо иметь возможность наблюдать человека в его непосредственной обстановке: дома, на работе, среди друзей, коллег. В связи с этим, мы склоняемся к мнению, что при обследовании просто необходимо выяснять поступки, факты, события, которые происходили и происходят в жизни человека, для получения подтверждения или опровержения наличия тех или иных черт, о которых заявляет сам обследуемый.

Таким образом, можно сделать вывод, что беседа и наблюдения, которые делает исследователь во время обследования, является одним из наиболее достоверных методов описания личности, чем просто проведение опроса или теста. Очень часто более информативным и показательным оказывается не то, что ответил исследуемый, а то, как он это сделал: с какой интонацией, какое выражение лица было в момент ответа, какими жестами он сопровождал свой ответ. «Итак, заявления обследуемого могут служить лишь ориентиром, критерий

же определения личности — это особенности поведения человека в конкретных ситуациях. Иными словами, это, пожалуй, важнейший методический пункт в анализе личности».

Тест-опросник предназначен для выявления акцентуированных свойств характера и темперамента лиц подросткового, юношеского возраста и взрослых. Характерологический тест-опросник Г. Шмишека подходит для учета акцентуаций характера в процессе обучения, профессионального отбора, психологического консультирования, профориентации. Он широко используется в психодиагностических исследованиях, несмотря на то, что результаты его применения за рубежом оказались малоудовлетворительными. Так, ставится под сомнение валидность опросника при обследовании больных неврозами [11].

Необходимо также отметить, что книга К. Леонгарда «Акцентуированные личности» на русском языке первым изданием вышла в 1981 году. Она была с большим интересом встречена советскими и зарубежными читателями. Об этом свидетельствуют рецензии, опубликованные в специальной периодической печати («Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», 1982, № 6; болгарский журнал «Неврология, психиатрия и неврохирургия», 1984, № 1), откликнулись на её выход и общественно-публицистические издания. В частности, рецензия на книгу К. Леонгарда была опубликована в журнале «Новый мир» (1983, № 1), автор её — режиссер московского театра Ю.А. Мочалов. Читатель, письмо которого опубликовал журнал «Огонек» (1988, № 17), называет её настольной книгой учителя и врача. Это неудивительно. Разработанная К. Леонгардом концепция акцентуированных личностей позволяет широкому кругу читателей углубленно познавать природу человеческой личности [6].

В.М. Блейхер (1981) справедливо подчеркивал, что любое новое исследование в области пограничной психиатрии приобретает своеобразный интерес не только в познавательно-клиническом аспекте, но и в сравнении с уже имеющимися у нас работами этого плана и, в первую очередь, с классическим трудом П.Б. Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика» (1933).

Сравнение взглядов П.Б. Ганнушкина и К. Леонгарда по вопросам пограничной психиатрии могло бы послужить предметом специального исследования. Следует остановиться лишь на нескольких тезах П.Б. Ганнушкина, перекликающихся с положениями К. Леонгарда. Это, во-первых, положение о том, что психопатическая личность со всеми её особенностями

не может рассматриваться как данная уже в момент рождения и не изменяющаяся в течение жизни; во-вторых, указание на редкость одностипных психопатий и большую частоту переходных, смешанных форм, отличающихся чрезвычайным полиморфизмом проявлений и богатством оттенков; в-третьих, подчеркивание в динамике психопатий значения количественной стороны их изучения, т.е. определения степени психопатии.

П.Б. Ганнушкин указывал, что при количественной оценке динамики психопатии речь может идти не только об интенсивности всей клинической картины в целом, но и в ряде случаев о выпячивании отдельных психопатических черт, особенностей, зависящих от внешних условий. В связи с этим П.Б. Ганнушкин выдвинул положение о латентных, или компенсированных, психопатиях. Разницу между ними и клиническими явными психопатиями он видел в жизненном проявлении последних, т.е. в том синдроме, который в современной психиатрии обозначается как социальная дезадаптация.

Книга П.Б. Ганнушкина посвящена клинике психопатий, в ней подвергнуты специальному изучению проявления латентных психопатий, являющихся не чем иным, как проявлением акцентуации личности в понимании К. Леонгарда [4].

После выхода на пенсию К. Леонгард продолжал свои клинические психиатрические исследования и почти до самой кончины регулярно выезжал в разные больницы для консультирования больных и катamnестического обследования пациентов, многих из которых он наблюдал в течение всей жизни.

Он характеризовал себя как человека интравертированного и ананкастического. Он считал излишним появляться в «горячих точках» и высказываться по «любому поводу». С величайшей скромностью старался уклоняться от всяких чествований. Все знавшие его всегда отмечали эту скромность, а также доброжелательность и уважительное отношение к больным и окружающим. После смерти К. Леонгарда в 1988 году был создан исследовательский форум, названный «Международное общество Вернике-Клейста-Леонгарда», председателем которого стал ученик и последователь К. Леонгарда — профессор Х. Бекманн.

Х. Бекманн вспоминает: «В один из вечеров, которые мы проводили вместе с К. Леонгардом, он заметил — несмотря на мой большой возраст у меня нет страха перед смертью. Мне кажется, что имеется некоторая закономерность в том, что человек, становясь старше и все больше приближаясь к смерти, боится её меньше, чем в молодые годы. Воля к жизни, которая возрастает вследствие страха перед

смертью, становится бесцельной по мере старения. Видимо, природа к этому приспособилась. Так бесстрашно он чуть позже и умер» [4].

Наследие К. Леонгарда огромно, а идеи неисчерпаемы, оригинальны и до сих пор актуальны. Библиография его трудов насчитывает более 285 научных работ, в т.ч. 21 монографию. Его перу принадлежат следующие основные публикации: «О диагностике шизофрении в детском возрасте» (1963), «О течении детских шизофрений» (1964), «Генез шизофрении с точки зрения конечных состояний» (1970), «Патогенез шизофрении с точки зрения конечных состояний» (1971), «Zur Frage der organischen Grundlage bei Schizophrenien» (1974), «Акцентуированные личности» (1981, 1982), «Die defectschizophrenen Krankheitsbilder» (1936), «Involutive und ideopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit» (1937), «Die Gesetze des normalen Träumens» (1939), «Grundlagen der Psychiatrie» (1948), «Ausdrucksprache der Seele» (1949), «Gesetze und Sinn des Träumens» (1951), «Grundlagen der Neurologie» (1951), «Aufteilung der endogenen Psychosen» (1957, 1968, 1980), «Individualtherapie in der Prophylaxe der hysterischen, an-ankastischen und senohypochondrischen Psychosen» (1959), «Die atypische Psychosen und Kleist lehre von der endogenen Psychosen» (1960), «Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten» (1963), «Prognostische Diagnostik der endogenen Psychosen (mit Sieglinde von Trostorf)» (1964), «Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen» (1964), «Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität» (1964), «Normale und abnorme Persönlichkeiten» (1964), «Die klinische Lokalisation der Hirntumoren in der Kritik der technischen, bioptischen und autoptischen Nachprüfung» (1965), «Biologische Psychologie» (1966), «Der menschliche Ausdruck» (1968), «Akzentuierte Persönlichkeiten» (1968), «Biopsychologie der endogenen Psychosen» (1970), «Zum Problem der Nosologie im Bereich der endogenen Psychosen» (1972), «The classification of Endogenous Psychosen» (1979), «Individualtherapie der Neurosen» (1981), «Bedeutende Persönlichkeiten in ihren psychischen Krankheiten» (1988) и многие другие [4].

Необходимо подчеркнуть, что разработанная К. Леонгардом концепция акцентуированных личностей позволяет широкому кругу читателей углубленно познавать природу человеческой личности. Она позволяет исследовать роль акцентуации личности в генезе неврозов, психопатий и психосоматических заболеваний (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, ишемической болезни сердца).

Следует отметить, что концепция акцентуации личности была использована А.Е. Личко и его сотрудниками при изучении характера подростков, особенно отклонений в их поведении.

В книге К. Леонгарда «Акцентуированные личности» специалисты находят исключительно тонкие клинические описания акцентуированных личностей, знакомятся с анализом сложных и имеющих большое практическое значение случаев комбинированных акцентуаций, прослеживают динамику акцентуации личности, как в сторону психопатии, так и в положительную сторону, не приводящую к явлениям социальной дезадаптации. *Эта книга дает возможность проникнуть в исследовательскую лабораторию К. Леонгарда, в которой на первом плане оказываются наблюдение (наблюдательность) и клинико-психологическое исследование, оцениваемое автором выше каких бы то ни было опросников и анкет.*

В.М. Блейхер, которому довелось в течение 10 дней близко общаться с профессором К. Леонгардом в январе 1988 года, с большим уважением вспоминает, что однажды, говоря о своих исследованиях, он произнес слова: «моя психиатрия». Я подумал, что он имел для этого все основания: нет ни одного раздела психиатрии, который бы К. Леонгард не осветил по-своему, не обогатил оригинальной творческой концепцией [2, 5]. Он был настоящим учёным-клиницистом, сочетавшим огромное теоретическое знание предмета с умением исследовать больного, анализировать ход заболевания.

Я присутствовал на его клинических разборах. Думаю, что сами эти разборы, а их обстоятельно, почти стенографически записывала многолетняя сотрудница профессора К. Леонгарда З. фон Тросторфф (читателям его книг она известна по многочисленным ссылкам на её работы и приведенным для иллюстрации основных положений клиническим наблюдениям), могли бы составить интереснейшую книгу. Книгу, которая учила бы врачей-психиатров тому, как исследовать больного, изучать течение болезни у него, проводить дифференциальную диагностику, устанавливать заключительный диагноз. Книгу, которая бы учила психиатрической прогностике [2, 6].

Каждого больного К. Леонгард смотрел не менее часа, не обнаруживая при этом усталости и не утрачивая интереса к личности больного. Больные, которых он смотрел повторно, воспринимали его уже как близкого им человека, все о них знающего и все помнящего. Поражала тонкость, я бы сказал — отточенность, клинико-диагностического метода. Я наблюдал профессора К. Леонгарда в общении со своими молодыми коллегами в психиатрической кли-

нике Шарите, которой он много лет руководил, и в центральной берлинской психиатрической больнице им. В. Гризингера — их отношение к нему определялось не разницей в возрасте: это был авторитет Учителя, в нем чувствовалось то уважение, которое сам К. Леонгард испытывал к своему учителю — Карлу Клейсту [2].

К. Леонгард не был человеком, замкнувшимся в своей высокой профессиональной компетентности. Он проявлял глубокий интерес к общественной жизни, был большим знатоком искусства. Впрочем, в последнем читатель может легко убедиться, знакомясь со второй частью книги «Акцентуированные личности». Мне было особенно приятно убедиться в том, насколько глубоко знал и высоко ценил К. Леонгард творчество Ф.М. Достоевского, Л.Н. Толстого, А.П. Чехова. Несомненно, подчеркивал профессор В.М. Блейхер, эта книга представляет большой интерес не только для специалистов, занимающихся вопросами психиатрии

и пограничных с ней наук, но и для студентов медицинских и педагогических институтов, всех интересующихся проблемой психологии личности [2, 6].

Таким образом, профессор К. Леонгард внес весомый научный вклад в развитие не только немецкой, но и мировой психиатрии, психопатологии, неврологии и 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. Вне сомнения, творческая биография и научные достижения К. Леонгарда имеют большой интерес для отечественной и мировой науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно его творческое сотрудничество с нашими отечественными психиатрами и специализированными научными учреждениями.

Литература

1. *Леонгард, Карл* // Материал из Википедии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki.>
2. *Леонгард Карл* [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://siblibio.com/biblio/persons.aspx?id=139>.
3. *Леонгард (Leonhard) Карл* [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://mirslovarei.com/content_psy/leongard-leonhard-karl-8169.html.
4. *Сапожникова И.Я.* Карл Леонгард (К 100-летию со дня рождения) / И.Я. Сапожникова [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/korsakov/detail/112/1268/>.
5. *Петрюк П.Т.* Слово о профессоре Карле Леонгарде — выдающемся немецком психиатре, неврологе, психологе / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк, А.Ф. Каленюк, П.Л. Дойчук, В.Н. Хрыкин. // Таврический журнал психиатрии. — 2012. — Т. 16. — № 4 (61). — С. 201-207.
6. *Блейхер В.М.* Предисловие / В.М. Блейхер // Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. — К.: Вища школа, 1981. — С. 5-6.
7. *Karl Leonhard* // From Wikipedia, the free encyclopedia [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Karl_Leonhard.
8. *Блейхер В.М.* Эпонимический словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер. — К.: Вища школа, 1980. — С. 101-102.
9. *Блейхер В.М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь / В.М. Блейхер. — К.: «Вища школа», 1984. — С. 188-190.
10. *Леонгард К.* Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология / Карл Леонгард / Под ред. Гельмута Бекмана; Пер. с нем. под ред. А.С. Тиганова. — Москва: Практическая медицина, 2010. — 454 с.
11. *Зайцева И.* Характерологический опросник К. Леонгарда-Г. Шмишека (акцентуации характера) / Ирина Зайцева [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psynetodiks/20/203-leongard>.
12. *Леонгард К.* Атипические психозы и учение Клейста об эндогенных психозах. // Клиническая психиатрия / Карл Леонгард / Под ред. Г. Грулле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 119-142.
13. *Тёлле Р.* Психиатрия с элементами психотерапии: Учебник для медицинских институтов / Райнер Тёлле. — Минск: Вышэйш. школа, 1999. — С. 335-339.

До уваги авторів:

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

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

Засновники і видавники:

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

Територіальне медичне об'єднання
«Психіатрія» у м. Києві (Міський науковий
інформаційно-методичний центр з організації
психіатричної допомоги).

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

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 4 від 09.04.2014 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznecov@i.ua

Адреса редакції:

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

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 06/05/2014 р

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1785.

© Психічне здоров'я, 2014

Розлади психіки та поведінки, психосоматика

Зинченко Е.Н. Клинико-психопатологические особенности
неврастении у жителей сельской местности 3

Марункевич Я.Ю. Клініко-синдромологічні особливості шизофренії
з урахуванням супутньої соматичної патології. 6

Аймедов К.В., Кривоногова О.В., Михайлова К.Л., Морванюк Г.В.
Гендерні особливості дезадаптації хворих на параноїдну форму
шизофренії 12

Лінський І.В., Бачеригов А.М., Лакинський Р.В., Матузок Е.Г.,
Ткаченко Т.В. Порівняльна характеристика обставин скоєння
завершених та незавершених суїцидальних спроб у м. Харкові
протягом 2008–2011 років та їхнє прогностичне значення 16

Шевченко Ю.Н. Непсихотические психические расстройства
у больных с панкреатитом (аналитическое обозрение) 24

Омельянович В. Ю. Анализ гендерных особенностей изменений
структуры враждебности в процессе эмоционального выгорания
у сотрудников органов внутренних дел 29

Дитяча та підліткова психіатрія

Прохно О. І. Особливості проведення професійної та індивідуальної
гігієни порожнини рота у дітей з психоневрологічними вадами 33

Медична психологія та психотерапія

Рябухін К.В. Психологічні особливості перебігу алкогольної
залежності серед жінок з різним типом статеворольової
«Я-концепції» 36

Онищенко І.В. Основні напрямки психокорекційної
та психопрофілактичної роботи з хворими на псоріаз 40

Мерлї С.В. Медико-психологічний супровід онкохворого
на амбулаторному етапі лікування 43

Етичні та правові аспекти психічного здоров'я

Козерацька О.А. Дослідження та аналіз наукових підходів до
вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності
при розладах сексуального потягу 48

Організація і управління психіатричною допомогою

Барановський І.К., Барановський К.Л. Управление качеством
психиатрической помощи в системном реформировании
психиатрической службы города. 55

Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація

Петрюк П.Т., Петрюк А.П., Іваничук О.П. Теодор Мейнерт, его жизнь
и научное наследие (к 180-летию со дня рождения) 60

Кутько І.І., Терешин В.А., Пересадин Н.А. Максимилиан Волошин.
«Удивительно полифоническая личность...». Психологический
портрет, болезней, смерть и бессмертие 67

До уваги авторів (вимоги до написання статей) 80

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)
В. А. Шумлянський (Україна)
В. Д. Юрченко (Україна)
Л. М. Юр'єва (Україна)
В. С. Ястребов (Росія)

Contents

Mental and behavioral disorders, psychosomatic

Zinchenko E.N. Clinico- psychopathological features of neurasthenia in the rural population. 3

Marunkevich Y.Yu. Clinical features of schizophrenia syndromological in concomitant somatic pathology 6

Aymedov K.V., Kryvonogova O.V., Mychaylova K.L., Morvaniuk H.V. Gender-specific exclusion of patients with paranoid form of schizophrenia 12

Linskiy I.V., Bacherykov A.N., Lakynskyi R.V., Matuzok E.G., Tkachenko T.V. Comparison of circumstances of completed and uncompleted suicide attempts in Kharkov during 2008–2011 years and their predictive significance. 18

Shevchenko Yu.N. Nonpsychotic mental disorders in patients with pancreatitis (analytical review) 24

Omelyanovich V.Yu. Analysis of gender specific changes in the structure of hostility in the process of emotional burnout among police officers . . . 29

Children's psychiatry

Prohno A.I. Features of professional and personal oral hygiene in children with neuropsychiatric disabilities. 33

Medical psychology and psychotherapy

Ryabukhin K.V. Psychological characteristics of course alcohol dependence among women with different types of gender «Self-conception» 36

Onishchenko I.V. Basic psychocorrectional and psycho preventive work with patients with psoriasis. 40

Merlich S.V. Medical-psychological support of cancer patients on the stage of outpatient treatment 43

Ethical and legal aspects of mental health

Kozratskaya E.A. Psychiatric aspects of the evaluation of persons who have committed sexual offenses 48

Organization and management in mental health care

Baranovski I.K., Baranovskyi, K. L. Quality management of psychiatric care in the system reform of the psychiatric service of the city. 55

Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information

Petryuk P.T., Petryuk O.P., Ivanychuk O.P. Theodor Meynert, his life and scientific heritage (The 180th anniversary of his birth). 60

Kutko I.I., Teryshin V.A., Peresadin N.A. Maksimilian Voloshin. «Amazingly polyphonic person...». A psychological profile, disease, death and immortality. 67

The notice for our authors (equipments to the articles) 80

УДК 616.89-008.447(477)

Клинико-психопатологические особенности неврастении у жителей сельской местности

Зинченко Е. Н.

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

Резюме. Клинико-психопатологическое исследование 99 пациентов, проживающих в сельской местности и 50 жителей городов позволили выявить особенности неврастении. Описанные клинико-психопатологические особенности необходимо учитывать при проведении диагностики и терапии невротических расстройств.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврастения, клинико-психопатологические особенности, сельское население.

Clinico- psychopathological features of neurasthenia in the rural population

Zinchenko A. M.

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

Resume. Clinico- psychopathological study of 99 patients living in rural and 50 urban residents revealed features of neurasthenia. Description of clinical and psychopathological features must be considered during diagnosis and therapy of neurotic disorders.

Key words: neurotic disorders, neurasthenia, clinical and psychopathological features of the rural population.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о постоянном увеличении числа больных с невротическими нарушениями среди лиц, принадлежащих к различным социальным слоям, этническим группам, возрастным категориям [1–4]. При этом многие авторы указывают на возрастающие трудности диагностики невротических расстройств, что обусловлено их клиническим патоморфозом, который заключается в появлении стертых, невыраженных форм, полиморфизме клинических проявлений [5, 6]. В наибольшей степени на изменение клинической картины невротических расстройств влияют культуральные и социально-экономические особенности общества, миграционные процессы и социально-демографическая структура населения.

Структура заболеваемости сельского населения Украины психическими расстройствами характеризуется возрастанием удельного веса непсихотических (пограничных) расстройств, среди которых отмечается рост показателя распространенности невротических расстройств [7].

В проведенных исследованиях отсутствует четкое описание структуры психопатологии, которая характеризует невротические расстройства у сельского населения, что затрудняет проведение адекватной терапии и профилактики и существенно снижает эффективность этих мероприятий.

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования — изучить клинико-психопатологические особенности неврастении у сельского населения.

Для решения этой задачи мы обследовали 99 сельских жителей (основная группа) и 50 городских жителей (группа сравнения) с неврастением.

Возраст обследованных находился преимущественно в диапазоне 30–39 лет. Средняя длительность заболевания в основной группе 1–3 года, в группе сравнения — 0,5–1 год.

В ходе исследования использовался клинико-психопатологический метод (анализ жалоб, анамнеза жизни и болезни, ведущих симптомов и синдромов) базирующийся на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию. Опрос осуществлялся с использованием диагностических исследовательских критериев МКБ-10. Клинико-психопатологический метод был дополнен обследованием с использованием разработанной нами индивидуальной карты обследования больного. Верификация диагноза проводилась экспертным методом.

При изучении факторов психической травматизации, приведших к развитию неврастении у пациентов основной группы мы отметили их сочетанность и направленность в микро- и макросоциальные сферы. Ведущими факторами в основной группе были неустроенность в личной жизни, экономические трудности, проблемы в ведении личного хозяйства. В группе сравнения на первый план выходили производственные трудности, социальные проблемы, финансовая несостоятельность.

Предиспозиционными факторами развития неврастении у пациентов основной группы были наследственные факторы (соматическая и неврологическая патология родителей,

а также акцентуации в роду), невротические проявления в детстве и преморбидная соматическая патология.

Психопатологические проявления, выявленные у больных неврастенией, представлены в табл. 1.

Как свидетельствуют представленные данные, в клинической картине обследованных доминировали компоненты астенического симптомокомплекса (97,9±0,9% обследованных основной и 89,7±3,2% группы сравнения): повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий.

В ряде случаев на фоне ярко выраженного астенического симптомокомплекса появлялась сенсibilизация (45,6±3,4% обследованных основной и 52,1±5,3% группы сравнения) к внешним раздражителям (раздражают шум, громкие звуки, яркий свет, резкие запахи) в особенности в период отхода ко сну и в процессе засыпания, а также физиологическим ощущениям (гиперпатии, чрезмерное восприятие ощущений, связанных с нормальными физиологическими функциями организма — сердцебиение, усиленная перистальтика и т.д.).

Наиболее часто наблюдаются чувство снижения умственной продуктивности, после незначительного интеллектуального напряжения (45,6±3,4% больных основной и 47,6±5,3% группы сравнения); повышенная слабость и утомляемость при физическом напряжении (48,2±3,4% и 51,2±5,3% соответственно); внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (36,8±3,3% и 39,1±5,2%), немотивированное беспокойство (35,4±3,3% и

29,7±4,9%), тревога (37,2±3,3% и 35,5±5,1%), раздражительность (47,3±3,4% и 45,8±5,3%) ($p<0,05$).

Пациенты становились нетерпеливыми, не могли переносить ожидание. У них легко возникали аффекты, после которых астения еще больше усиливалась и появлялось чувство вины за то, что было сказано или совершено в состоянии аффекта.

Одними из постоянных жалоб являлись головные боли (56,2±3,4% обследованных основной и 55,2±5,3% группы сравнения), преимущественно в виде «шлема» или диффузные, в субъективной оценке больных характеризующиеся как сдавление, стягивание, покалывание и т.п., нередко усиливающиеся при резких поворотах головы или изменениях положения тела с иррадиацией в область шеи, позвоночника, распространяясь на туловище и конечности, на фоне появления шума и звона в ушах, головокружения. В ряде случаев головные боли сопровождались гиперестезией кожных покровов. Интенсивность головных болей колеблется, чаще они возникали либо усиливались после физического и умственного напряжения.

Вышеописанная клиническая симптоматика имела различную структуру синдромокомплекса, проявляющуюся у 57,4±3,4% обследованных основной и 51,3±5,3% группы сравнения преобладанием соматизированных симптомов и у 42,6±3,4% пациентов основной и 48,7±5,3% группы сравнения — преобладанием психопатологических (эмоциональных) симптомов (рис. 1.).

В первом варианте наряду с осевыми астеническими симптомами преобладало большое количество соматических жалоб — кардиалгии, неприятные ощущения в области сердца, дискомфорт в эпигастрии и т.п. Во

Таблица 1

Структура жалоб, предъявляемых обследованными с неврастенией (%)

Жалобы	Основная группа n = 99 %+ m%	Группа сравнения n = 50 %+ m %
астенический симптомокомплекс	97,9±0,9	89,7±3,2
расстройства цикла «сон — бодрствование»	76,5±2,9	69,8±4,9
сенсibilизация к внешним раздражителям	45,6±3,4	52,1±5,3
чувство снижения умственной продуктивности	45,6±3,4	47,6±5,3
повышенная слабость и утомляемость	48,2±3,4	51,2±5,3
внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться	36,8±3,3	39,1±5,2
немотивированное беспокойство	35,4±3,3	29,7±4,9
тревога	37,2±3,3	35,5±5,1
раздражительность	47,3±3,4	45,8±5,3
головные боли	56,2±3,4	55,2±5,3
вегетативные расстройства	94,3±1,6	95,6±2,2

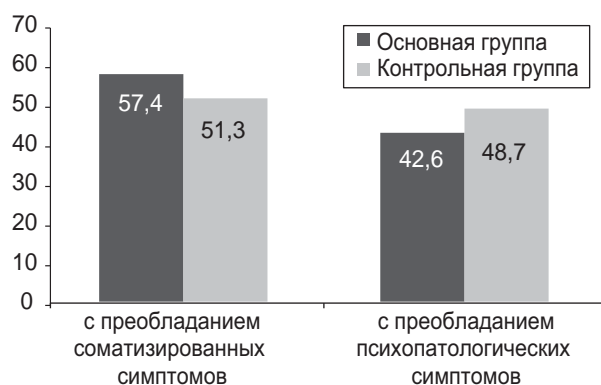


Рис. 1

Клинические варианты неврастения у обследованных больных

втором — психические, преимущественно эмоциональные нарушения (эмоциональная лабильность, раздражительность, тревожность и т.п.).

Обследованные больные предъявляли жалобы на ощущение усталости, снижение жизненного тонуса, снижение физических и умственных сил. Они испытывали постоянное неприятное чувство разбитости. У многих возникла повышенная чувствительность к слуховым и зрительным раздражителям. Часто пациенты не могли заснуть, так как их раздражали любые, даже очень тихие звуки. Жаловались на головную боль давящего, стягивающего характера, чувство несвежести в голове в течение всего дня.

Обследованных больных беспокоило резкое снижение работоспособности, постоянное чувство усталости.

Описанные закономерности подтверждались синдромальным анализом клинических проявлений, который представлен в табл. 2.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: [Руководство для врачей]. / Ю.А. Александровский. — [4-е изд.] — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
2. Марута Н.А. Клинико-психопатологические особенности различных форм невротической патологии у женщин / Н.А. Марута, Т.Д. Бахтеева // Медицина сьогодні і завтра. — 2004. — № 3. — С. 59–64.
3. Мороз С.М. Невротичні розлади у осіб середнього віку (клініко-психопатологічні особливості, механізми формування, діагностика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія»/С.М. Мороз. — Х., 2002. — 20 с.
4. Подкорытов В.С. Больные с непсихотическими психическими расстройствами в современном обществе (данные социологического анкетирования) [Электронный ресурс] /В.С. Подкорытов, В.Н. Кузьминов, А.Г. Шепель //Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/medical/paper012.htm>
5. 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 (37). — С. 70–77.
6. Чабан О.С. Патоморфоз неврозів (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституційно-біологічні, хімічні закономірності): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харків, 1997. — 30 с.
7. Зінченко О.М. Клініко-статистичний аналіз динаміки первинної та загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення України / О.М. Зінченко //Архів психіатрії. — 2013. — Т.19, № 4 (75). — С. 50–52.

Таблица 2

Психопатологические синдромы, выявленные у больных неврастения

Синдромы	Основная группа (n = 99) %+ m %	Группа сравнения (n = 50) %+ m %
Астено-агриппнический	76,5±2,9	69,8±4,9
Астено-депрессивный	55,2±5,3	56,2±3,4
Астено-ипохондрический	35,4±3,3	29,7±4,9
Тревожно-депрессивный	48,2±3,4	51,2±5,3

Анализ представленных данных показывает, что синдромальная структура неврастения у обследованных основной группы характеризовалась преобладанием астено-агриппнического и астено-депрессивного синдромов.

Астено-ипохондрический и тревожно-депрессивный синдромы встречались у обследованных основной группы реже (35,4±3,3 % и 48,2±3,4% соответственно).

Таким образом, как показали результаты исследования, в клинической картине неврастения у обследованных больных на фоне астенического симптомокомплекса облигатными являлись расстройства цикла «сон — бодрствование» и вегетативные расстройства, при этом тяжесть состояния была более выражена во второй половине дня.

Клиническая структура неврастения была представлена двумя клиническими вариантами: с преобладанием психопатологических, преимущественно эмоциональных симптомов, и с преобладанием соматизированных симптомов. Описанные особенности необходимо учитывать в диагностике, терапии и профилактике неврастения у сельского населения.

УДК: 616.895.87

Клініко-синдромологічні особливості шизофренії з урахуванням супутньої соматичної патології



Марункевич Я. Ю.

Марункевич Я. Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. При обстеженні 325 хворих на шизофренію з соматичною коморбідністю виявлені відмінності клініко-синдромологічної структури шизофренії.

Ключові слова: шизофренія, коморбідна соматична патологія.

Clinical features of schizophrenia syndromological in concomitant somatic pathology

Marunkevich Y.

Vinnitsa National Medical University memory M. Pirogov

Resume. The examination of 325 patients with schizophrenia and somatic komrbidnostyu Differences in clinical Syndromological structure schizophrenia.

Key words: schizophrenia, comorbid somatic pathology.

Вступ

Шизофренія являє собою одну з найбільших клінічних і соціальних проблем сучасної психіатрії. Особлива увага останніми роками приділяється патоморфозу шизофренії, в тому числі й внаслідок соматичної коморбідності. Дослідженнями останніх років було встановлено більш важкий перебіг шизофренії з коморбідною соматичною патологією [1, 2, 3]. Водночас, незважаючи на активізацію наукових досліджень у цьому напрямку [4, 5, 6, 7], у яких розглядаються окремі питання клініки та лікування шизофренії з супутньою соматичною патологією, важливі аспекти діагностики шизофренії з різними варіантами соматичної коморбідності залишаються недослідженими. Складний характер інтерференції симптомів та поліморфізм проявів шизофренії під впливом коморбідної соматичної патології зумовлює потребу в подальшому вивченні особливостей клінічних проявів захворювання з урахуванням соматичної коморбідності [8].

Стандартизація і уніфікація діагностичного процесу в психіатрії є однією з найбільш важливих і складних задач, що покликана забезпечити єдиний підхід до діагностики психічних розладів та мінімізацію суб'єктивного фактору при встановленні діагнозу психічного захворювання [9, 10]. Шизофренія у цьому плані представляє особливу складність через надзвичайну варіабельність симптоматики і складний характер взаємодії окремих проявів захворювання. Приєднання коморбідної соматичної патології ще більшою мірою ускладнює діагностику і утруднює процес її стандартизації та уніфікації. Тому аналіз особливостей клінічних

проявів захворювання на підставі існуючих діагностичних критеріїв має важливе теоретичне і практичне значення для удосконалення існуючих систем діагностики шизофренії, дає змогу мінімізувати кількість діагностичних помилок; одержані дані також можуть бути використані для оцінки ефективності надання психіатричної допомоги населенню.

Завданнями дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики та синдромологічної структури шизофренії у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності.

Для вирішення цих завдань було проведено клінічне обстеження 325 чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психоневрологічній лікарні ім. О.І. Ющенка протягом 2011–2014 років, і яким було встановлено діагноз «параноїдна шизофренія» відповідно до критеріїв МКХ-10.

З урахуванням клінічних даних та анамнестичного дослідження хворих було розподілено на три групи: без коморбідної соматичної патології (105 осіб), з коморбідною соматичною патологією, яка виникла до дебюту шизофренії (110 осіб) та з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (110 осіб). Середній вік обстежених склав $37,9 \pm 9,5$ років, середній стаж захворювання — $14,4 \pm 8,5$ років. Усі групи були спільномірними за стажем захворювання. Обстеження проводилося у період екзацерації захворювання (при вступі в лікарню).

Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів (тест хі-квадрат Пірсона, точний критерій Фішера).

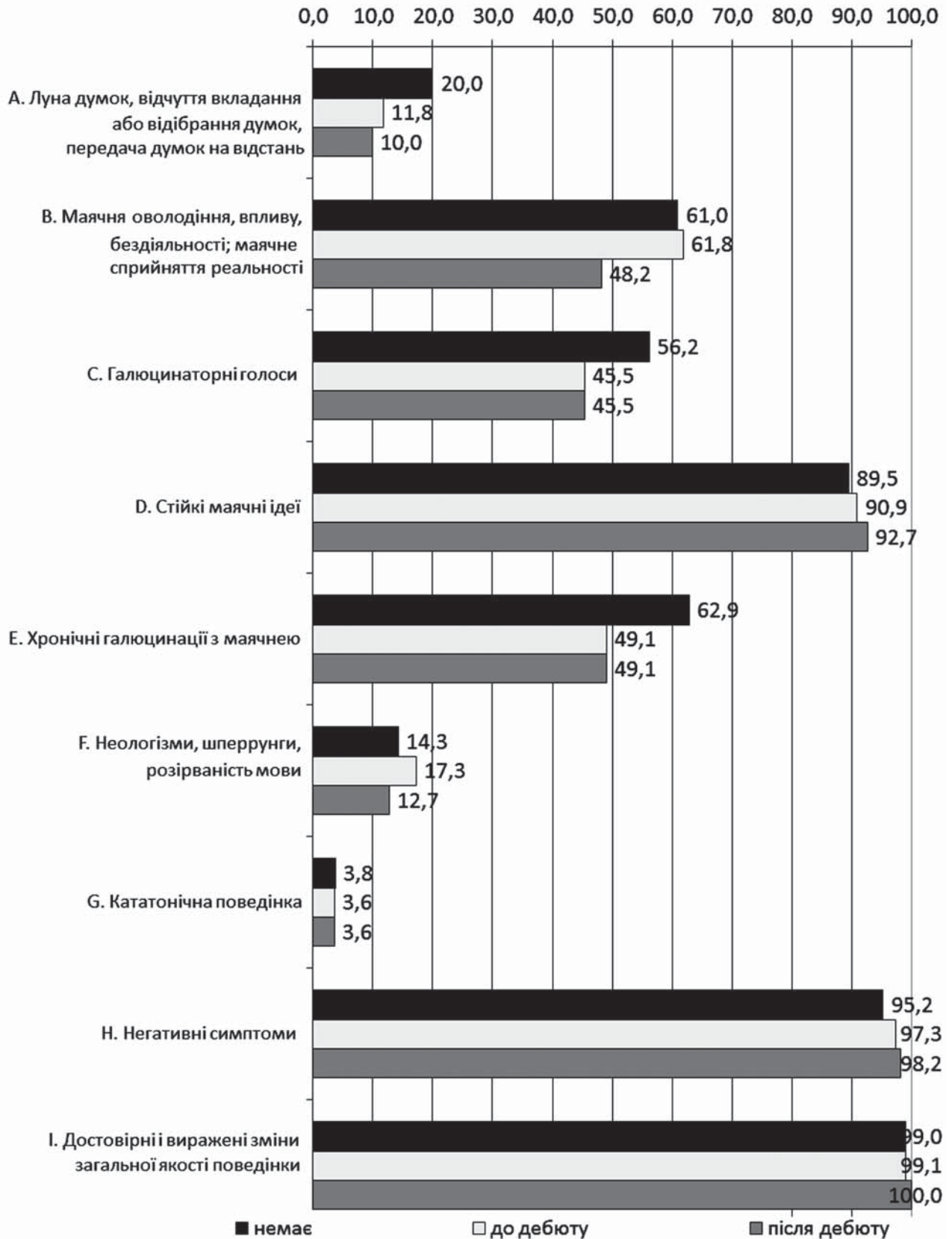


Рис. 1

Структура клінічної симптоматики шизофренії у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності (питома вага осіб з наявністю даного критерію у % до загальної кількості хворих у кожній з груп)

Одержані результати

Узагальнені дані щодо структури клінічних критеріїв відповідно до МКХ-10, на підставі яких дослідженим хворим було встановлено діагноз шизофренії, наведено на рис. 1.

При аналізі критеріїв шизофренії першої групи за МКХ-10 (одного з критеріїв достатньо для встановлення діагнозу шизофренії) було виявлено, що луна думок, відчуття вкладання або відібрання думок, передачі думок частіше зустрічається у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології (20,0%), і рідше — у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, та у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (11,8% та 10,0% відповідно). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні поширеності цього критерію серед хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології та серед хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії ($p < 0,05$). Рівень значущості розбіжностей при порівнянні за цим критерієм груп хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології та хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, є дещо нижчим ($p = 0,072$).

При аналізі проявів іншого критерію шизофренії першої групи — маячні оволодіння, впливу, бездіяльності, маячного сприйняття реальності, — виявлено, що найбільшою питома вага цього критерію є у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії (61,8% обстежених), дещо меншою — у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології (61,0% обстежених), і найменшою — у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (48,2%). Значущі розбіжності за цим критерієм виявлені між групами хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології і хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії, а також між групами хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії і хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії ($p < 0,05$).

Менші виражені відмінності між групами хворих з різними варіантами соматичної коморбідності виявлені при аналізі третього клінічного критерію першої групи — галюцинаторних голосів. Найбільш ураженими ними виявилися хворі з відсутністю коморбідної соматичної патології (56,2%), а поширеність їх серед обох груп хворих з супутніми соматичними захворюваннями є однаковою (по 45,5%). Рівень значущості розбіжностей — 90% ($p = 0,075$).

Останній критерій шизофренії першої групи відповідно до МКХ-10 — стійкі маячні ідеї — не виявляє значущих розбіжностей між хворими з різними варіантами соматичної коморбідності. Серед хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології він виявлений у 89,5% обстежених, серед хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії — у 90,9% обстежених, серед хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії — 92,7% обстежених.

Значущі розбіжності ($p < 0,05$) між хворими з різними варіантами соматичної коморбідності виявлені також для одного з критеріїв шизофренії другої групи (необхідно щонайменше два таких критерії для встановлення діагнозу) відповідно до МКХ-10 — хронічних галюцинацій з маячнею. Так, найбільша ураженість ним виявлена у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології (62,9% обстежених), а у хворих з різними варіантами супутньої соматичної патології вона є ідентичною (по 49,1% обстежених).

Неологізми, шперрунги, розірваність мови, а також кататонічна поведінка у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології виявлено у відповідно 14,3% та 3,8%, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії — відповідно 17,3% та 3,6%, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії — відповідно 12,7% та 3,6%. Розбіжності за цими критеріями є статистично незначущими ($p > 0,05$).

Негативні симптоми, а також достовірні і виражені зміни загальної якості поведінки, навпаки, є надзвичайно поширеними серед обстеженого контингенту: у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології відповідно 95,2% і 99,0%, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії — відповідно 97,3% і 99,1%, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії — відповідно 98,2% і 100,0%; розбіжності не значущі ($p > 0,05$).

Синдромологічна структура шизофренії з різними варіантами соматичної коморбідності наведена на рис. 2.

Ізольований галюцинаторний синдром у обстежених хворих зустрічається в одиничних випадках: від 0,9% у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії до 1,8% у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії. Розбіжності між хворими з різними варіантами соматичної коморбідності за поширеністю ізольованого галюцинаторного синдрому статистично не значущі.

Суттєво більш поширеним у досліджених групах хворих є ізольований паранойяльний синдром: він виявляється у 29,5% хворих без коморбідної соматичної патології; це — найнижчий показник поширеності серед усіх досліджених груп. У хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та у хворих, у яких коморбідна соматична патологія

виникла після дебюту шизофренії ізольований паранойяльний синдром зустрічається суттєво частіше — у 44,5% та у 47,3% обстежених відповідно. Розбіжності у частоті паранойяльного синдрому між хворими без коморбідної соматичної патології та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а також між хворими без коморбідної

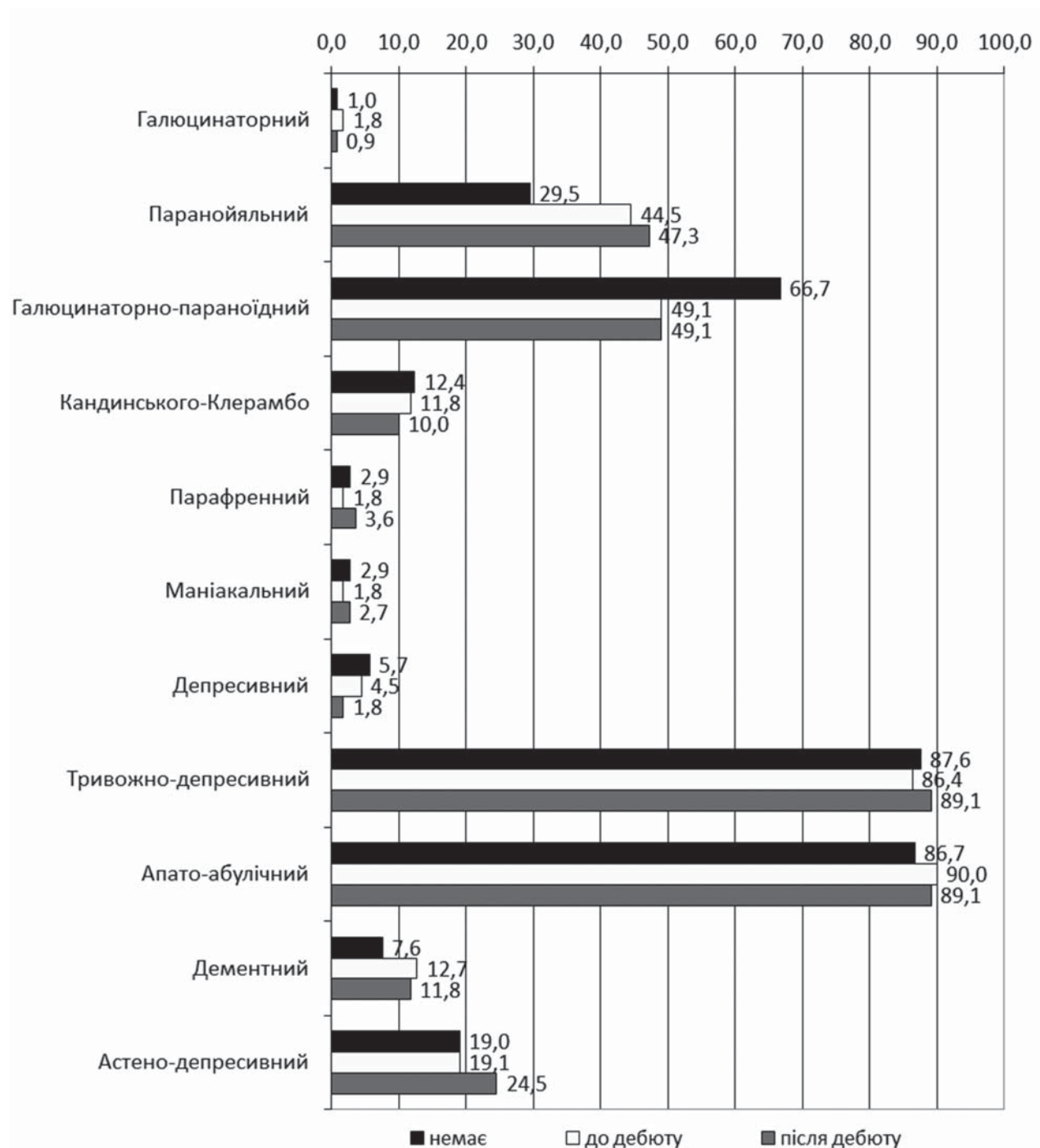


Рис. 2

Синдромологічна структура захворювання на шизофренію у хворих, у яких немає супутньої соматичної патології, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, та у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії (питома вага осіб, у яких виявлений даний синдром, у % до загальної кількості осіб у кожній групі)

соматичної патології та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, є статистично значущими ($p < 0,05$ та $p < 0,01$ відповідно), між хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії — статистично не значущими ($p > 0,05$).

Натомість, поширеність галюцинаторно-параноїдного синдрому є істотно більшою серед хворих без коморбідної соматичної патології: 66,7% проти 49,1 у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. Розбіжності є статистично значущими ($p < 0,01$).

З урахуванням особливого значення синдрому Кандинського-Клерамбо у діагностиці окремих форм шизофренії, нами було проаналізовано поширеність цього синдрому у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності. При цьому значущих розбіжностей не виявлено: рівень поширеності цього синдрому у хворих без коморбідної соматичної патології — 12,4%, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії — 11,8%, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії — 10,0%.

Незначною є ураженість хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності парафренним синдромом: у хворих без коморбідної соматичної патології він виявлявся у 2,9% обстежених, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії — у 1,8% обстежених, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії — у 3,6% обстежених; розбіжності є статистично не значущими ($p > 0,05$).

З афективних синдромів найпоширенішим у дослідженого контингенту виявився тривожно-депресивний синдром: ним уражено 87,6% хворих без коморбідної соматичної патології, 86,4% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та 89,1% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. Розбіжності у поширеності цього синдрому серед хворих з різними варіантами соматичної коморбідності є статистично не значущими ($p > 0,05$).

Ізольований депресивний синдром у обстежених хворих виявлявся суттєво рідше, дещо частіше у хворих без коморбідної соматичної патології: у 5,7% обстежених проти 4,5% обстежених, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, і 1,8% обстежених, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії; при цьому розбіжності у поширеності цього синдрому серед

хворих з різними варіантами соматичної коморбідності є статистично не значущими ($p > 0,05$).

Астено-депресивний синдром виявлявся приблизно у п'ятій частини обстежених: у 19,0% хворих без коморбідної соматичної патології, у 19,1% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та у 24,5% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. Розбіжності у поширеності цього синдрому серед хворих з різними варіантами соматичної коморбідності є статистично не значущими ($p > 0,05$).

Апато-абулічний синдром є одним з найпоширеніших у дослідженого контингенту хворих: він виявлений у 86,7% хворих без коморбідної соматичної патології, у 90,0% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та у 89,1% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії; без значущих розбіжностей у поширеності між групами з різними варіантами соматичної коморбідності.

Ознаки дементного синдрому виявлені у 7,6% хворих без коморбідної соматичної патології, у 12,7% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та у 11,8% хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, тобто ураженість ним хворих з супутньою соматичною патологією є вищою, однак, ці розбіжності є статистично не значущими ($p = 0,156$ та $p = 0,210$ відповідно).

Висновки

При дослідженні клінічних особливостей, синдромологічної структури та особливостей функціонального діагнозу у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності були виявлені важливі закономірності. Встановлено більше поширення маячні, вербального галюцинозу та хронічної маячні з галюцинаціями у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології, та більшу поширеність маячні оволодіння, впливу, бездіяльності, маячного сприйняття реальності у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, а також дещо більшу питому вагу серед хворих з супутньою соматичною патологією осіб з вираженою негативною симптоматикою та достовірними і вираженими змінами поведінки. В синдромальній структурі у хворих без коморбідної соматичної патології встановлено більше поширення галюцинаторно-параноїдного синдрому, а у хворих з соматичною коморбідністю — ізольованого параноїального, а також відсутність розбіжностей у синдромальній структурі шизофренії у хворих з супутньою соматичною патологією, яка виникла до і після дебюту захворювання, є приблизно однаковою.

Література

1. Marder S.R. Physical health monitoring of patients with schizophrenia / Marder S.R., Essock S.M., Miller A.L. // *American Journal of Psychiatry*. — 2004. — № 161 (1334). — P. 49.
2. Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия): дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков; Научный центр психического здоровья РАМН. — М., 2006. — 213 с.
3. Смашна О.Є. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2012. — 20 с.
4. Марута Н.А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Марута Н.А. // *Здоров'я України*. — 2013. — № 12. — С. 38–39.
5. Любов Е.Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Любов Е.Б. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2012. — № 12 (2). — С. 8.
6. Подвигин С.Н. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / Подвигин С.Н., Ширяев О.Ю., Алехина О.Д., Шаповалов Д.Л. // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. — 2013. — № 35. — С. 1–6.
7. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении / Волков В.П. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2009. — № 5. — С. 14–19.
8. Гончаров В.Е. Использование шкалы PANSS и нейропсихологических тестов при дифференциации шизофрении и коморбидной патологии / Гончаров В.Е. // *Клиническая психиатрия*. — 2010. - № 3 (52). — С. 52–56.
9. Точилов В.А. МКБ-10 в России: конец классической психиатрии? / Точилов В.А. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2010. — № 4 (20). — С. 64–68.
10. Андреев Б.В. Проблемы стандартизации психиатрической помощи и современной фармакотерапии / Андреев Б.В. // *Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств: Междунар. научно-практич. конф., 27-28 окт. 2011 г.: тезисы докл.* — СПб., 2011. — С. 10.

УДК: 616.895.8 – 08.316.6

Гендерні особливості дезадаптації хворих на параноїдну форму шизофренії



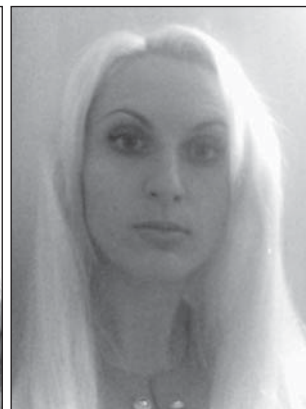
Аймедов К. В.



Кривоногова О. В.



Михайлова К. Л.



Морванюк Г. В.

Аймедов К. В., Кривоногова О. В., Михайлова К. Л., Морванюк Г. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. В роботі вивчено гендерні клініко-психологічні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії. В результаті проведеного дослідження доведено, що у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, вираженість маскуліної Я — концепції зберігається. Водночас, у жінок спостерігається зниження рівня фемінінних якостей та поява маскулінізації.

Ключові слова: гендерні особливості, параноїдна форма шизофренії, методика «пиктограма», тест Helbrum, соціальна дезадаптація хворих.

Gender-specific exclusion of patients with paranoid form of schizophrenia

Aymedov K. V., Kryvonogova O. V., Mychaylova K. L., Morvaniuk H. V.

Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

Resume. We have examined gender clinical and psychological characteristics of patients with paranoid schizophrenia. The study demonstrated that male patients with paranoid schizophrenia has the severity of masculine self-concept is maintained. At the same time, women have been reducing the appearance of feminine qualities and masculinization.

Key words: gender-sensitive, paranoid schizophrenia, a technique «pictogram» test Helbrum, social desadaptation of patients.

Актуальність проблеми

Вплив фактору статі залишається до теперішнього часу відносно мало вивченим аспектом в клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією серед головних біологічних, медичних та соціальних проблем.

Мета роботи

Метою цієї роботи є вивчення клініко-психологічних особливостей хворих на параноїдну форму шизофренії; виявити гендерні відмінності пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії; визначити особливості психосоціальної адаптації хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено за участі 60 хворих на параноїдну форму шизофренії, з

яких 30 хворих були чоловіки і 30 — жінки. Для роботи були обрані такі методики: метод «пиктограм», тест Helbrum, була розроблена анкета для дослідження соціальної дезадаптації хворих.

Зміст роботи

У світі налічується близько півмільярда жителів Землі, які страждають від психічних захворювань. Переважна більшість з них хворі на шизофренію, яка у структурі психічної патології залишається найбільш соціально значущим захворюванням. Параноїдна форма шизофренії є найбільш поширеною і складною по клінічній картині, протіканню і результатом, шизофренічним розладом. Розвивається вона у віці старше 20-23 років, проте можливо і ранній початок в юнацькому віці, тобто пізніше, ніж при гебефренній і кататонічної формі шизофренії. Як і для будь-якого типу шизофренії,

для параноїдальної форми властива зміна свідомості, розщеплення і порушення її цілісності [1-2, 4].

Для вивчення гендерних особливостей дезадаптації хворих на параноїдну форму шизофренії були використані такі методики:

1) Метод піктограм був використаний для вивчення статевих відмінностей особистісних характеристик та розладів мислення у хворих на параноїдну форму шизофренії [3].

Аналіз отриманих даних показав, що для усіх піктограм характерний шизофренічний симптомокомплекс, він включає в себе:

1. Недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання (6; 10 % досліджуваних) — хворі на параноїдну форму шизофренії трактували дослідження відповідно до змісту своїх маячних ідей.
2. Зниження числа адекватних образів (27; 45 % досліджуваних) — при шизофренії виявилися три типи неадекватних образів: неадекватні за змістом (37%) — причина виникнення такого роду образів лежить в різного ступеня афективної насиченості розумового акту; неадекватні по процесу побудови (33,3%) — обумовлені порушенням динаміки психічних процесів; неадекватні за суб'єктивної значущості (29,7%) — надмірна егоцентричність образів, або холодність, формальність, відчуженість їх.
3. Зниження числа стандартних образів (24; 40% досліджуваних)
4. Наявність персеверативних тенденцій малюнків (15; 25% досліджуваних) (рис. 1)

Також було проведено аналіз гендерних особливостей піктограм. У більшості чоловіків (19; 63, 3%) простежується збільшення числа атрибутивних образів, які є економічними у відношенні образотворчих засобів. Також досить часто зустрічаються конкретні образи (14; 23,3%), загальна властивість цих образів — їх відповідність конкретній ситуації (рис. 2).



Рис. 1
Піктограма хворого Михайла В. (42 роки)

Водночас у жінок спостерігалось більше метафоричних (16; 53,3%) та графічних (13; 43,3%) образів (рис. 3).

2) Статеворольова шкала Helbrum більшою мірою орієнтована на соціогенні рівні, так як діагностує статево рольову Я-концепцію людини. Методика складається з двох субшкал: маскулінної і фемінінної. Кожна з субшкал включає прикметники, які відображають маскулінний (інструментальний) і фемінінний (експресивний) стиль поведінки. Обстежувані оцінюють вираженість у себе маскулінних і фемінінних якостей за 5-бальною шкалою лайкертівського типу. Після цього, за сумою балів визначається вираженість маскулінної та фемінінної Я-концепції у досліджуваного.

При дослідженні по статоворольовій шкалі Helbrum отримані такі результати:

1. Чоловіки оцінювали свою поведінку по маскулінній шкалі >80 балів (25; 83,3%), з них 7 набрало більше ста балів 7 (28%) досліджуваних.
2. Водночас 10 (33,3%) жінок також оцінили себе по маскулінній шкалі >80 балів. У більшості жінок спостерігалось зниження рівня фемінінних рис (18; 60%).

3) Для вивчення гендерних особливостей соціальної дезадаптації хворих на параноїдну форму шизофренії було проведено анкетування досліджуваних. Анкета складається з 24 питань, кожне з яких має декілька відповідей. Досліджуваний повинен вибрати один або декілька із представлених варіантів відповідей. Питання стосуються освіти, роботи, соціальної активності, складу сім'ї та їх суб'єктивної оцінки.



Рис. 2
Піктограма хворого Володимира Б. (29 років)



Рис. 3
Піктограма хворої Олени С. (34 роки)

Дослідження показало, що серед хворих з параноїдною формою шизофренії переважали чоловіки — 18 (60 %) і жінки — 21 (70 %), що мають середню спеціальну освіту. Також 7 (23,3 %) чоловік і 9 (30 %) жінок отримали вищу освіту і лише 5 (16,7 %) чоловіків були з незакінченою вищою освітою. При цьому більшість хворих чоловіків (23; 76,6 %) і жінок (25; 83,4 %) були задоволені отриманою освітою (рис. 4)

Аналіз отриманих даних показав, що більшість хворих чоловіків (23; 76,6 %) і жінок на параноїдну форму шизофренії (25; 83,4 %) суб'єктивно були задоволені своєю фізичною працездатністю. При оцінці своєї інтелектуальної продуктивності 26 чоловік (86,7%) відповіло «так», а 10 жінок (33,3%) відповіло «ні». Близько половини з опитувальних чоловіків (13; 43,3%), з них 2/3 мали стаж роботи більше 5 років (7; 53,8%). Серед жінок роботу має лише третина (9; 30%), з них половина має стаж більше 10 років (5; 55,6%). Залишились задоволеними своєю професією третина опитуваних (4; 30,7% чоловік і 3; 33,3% жінок).

Дослідження показників різного рівня побутової адаптованості у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Так, серед хворих переважали чоловіки (19; 63,3 %) і жінки (17; 56,6 %), які щодня виходили на прогулянку, а 5 (16,6 %) чоловіка і 7 (23,3 %) жінок прогулювалися кілька разів на тиждень.

Інтерес до читання у більшості хворих чоловіків (20; 66,7 %) був знижений. При цьому серед жінок переважали хворі (23; 76,7 %), які читали (в основному газети, журнали і детективи). Велика частина чоловіків (26; 86,7 %) щодня дивилися телевізор. У той же час у жінок тільки 14 (46,6 %). Крім цього, половини хворих чоловіків (16; 53,3 %) і жінок (14; 46,6 %) не відвідують театри, музеї, кінотеатри та інші місця відпочинку. У достовірної більшості хворих чоловіків (19; 63,3 %) і жінок (20; 66,7 %) збереглося спілкування з друзями та знайомими. У

більшій частини хворих чоловіків (20; 66,7 %) і жінок (18; 60 %) хобі не було. Разом з тим, самостійно виконували роботу по дому 18 (60,0 %) чоловіків і 22 (73,3 %) жінки.

При цьому в цілому, свою денну активність більша частина хворих чоловіків (15; 50,0 %) і жінок (12; 40,0 %) оцінили як задовільну, а 4 (13,3 %) хворих чоловіків і 5 (16,7 %) жінок оцінили свою денну активність, як «поганий». Водночас, 11 чоловіків (36,7 %) та 13 жінок (43,3 %) були задоволені своєю денною активністю (рис. 5).

Дослідження виявило, що більшість хворих чоловіків (26; 86,7%) і жінок (22; 73,3%) на момент обстеження не мали власної сім'ї (рис. 6).

І тільки 4 (13,3%) чоловіків і 8 (26,6 %) жінок зберегли свої сім'ї і проживали в них (рис. 6). Характерно було те, що більшість хворих чоловіків (19; 63,3 %) і жінок (17; 56,7%) жили у сім'ях своїх родичів. Всього 7 (23,3 %) чоловіків і 5 (16,7 %) жінки були самотні.

При спілкуванні з оточуючими, близько половини хворих чоловіків (13; 43,3 %) зазнавали легку дратівливість, у 11 (36,7 %) хворих відзначався загальний фон невдоволення, а 5 (16,7 %) з них насилу стримували себе. А у більшості хворих жінок (12; 40,0 %) ставлення з оточуючими було спокійним, у 9 (30,0 %) була легка дратівливість, та у 9 (30,0 %) був загальний фон невдоволення, але вони могли стримувати себе. При цьому, незважаючи на нестійкі стосунки з оточуючими у чоловіків, і чоловіки (21; 70%) і жінки (25; 83,3%) були суб'єктивно задоволені якістю свого ставлення з оточуючими.

Більшість хворих чоловіків (25; 83,3 %) суб'єктивно були задоволені своїм життям «в цілому». У той же час у половини хворих жінок (15; 50 %) відзначали скоріше не задоволеність, ніж задоволеність життям «в цілому», з них 7 (23,3 %) жінки були не задоволені повністю і тільки 2 (8; 6,7 %) хворих жінок на параноїдну форму шизофренії відзначили задоволеність своїм життям. (рис. 7)

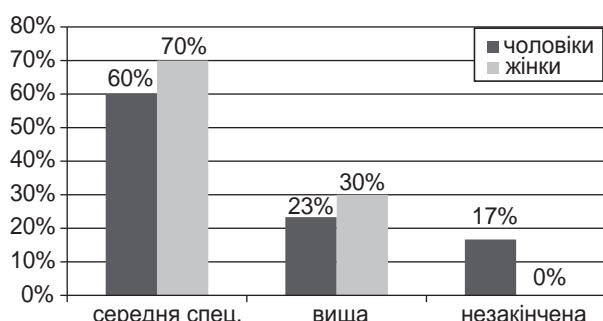


Рис. 4

Розподіл досліджених за рівнем отриманої освіти

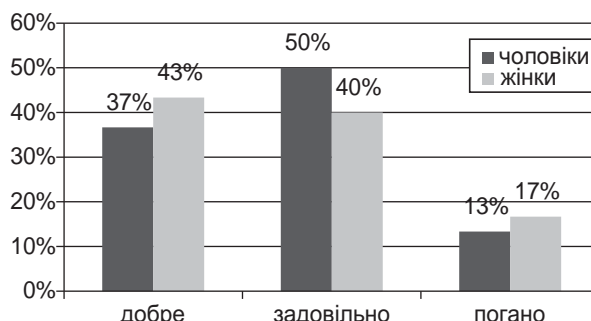


Рис. 5

Ступінь задоволеності власною денною активністю

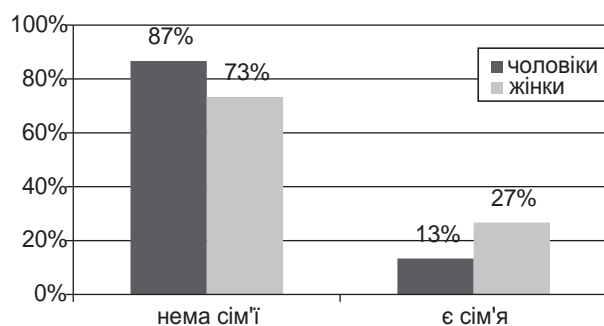


Рис. 6
Наявність родини в досліджених

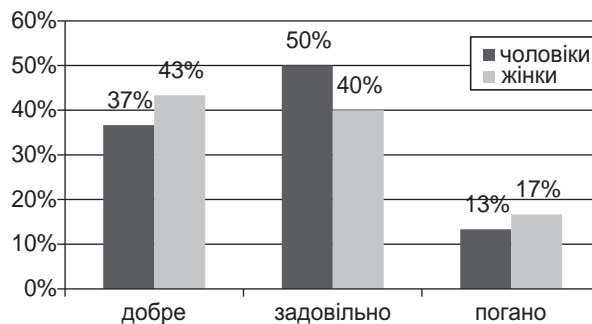


Рис. 7
Ступінь задоволеності власним життям

Висновки

1. Хворі на параноїдну шизофренію виявляють низький рівень соціального функціонування та якості життя. У переважної частини пацієнтів відзначається низький рівень матеріального становища, відсутні власні сім'ї, виявляються складні взаємини з родичами і труднощі в спілкуванні з оточуючими, знижена інтелектуальна продуктивність.
2. У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, вираженість маскуліної

Я-концепції зберігається. Водночас у жінок спостерігається зниження рівня фемінінних якостей та поява маскулінізації.

3. Для усіх хворих на параноїдну форму шизофренії за допомогою методики «пиктограм» було виявлено шизофренічний симптомокомплекс. Мислення чоловіків характеризується стереотипністю та конкретністю. У жінок, навпаки, мислення метафоричне.

Література

1. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. — СПб., 2006. — Вып. 71. — С. 62-80.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина — Киев, изд.: Сфера, 2005. — 307 с.
3. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Херсонский Б.Г. // Библиотека практического врача — 1988г. — с. 62-74.
4. Schneider K. L. Primare und sekundare Symptome bei Schizophrenie / K. L. Schneider // Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, und ihrer Grenzgebiete. — 1957. — Bd. 25. — S. 487-498.

УДК: 616.89 - 008.441.44

Порівняльна характеристика обставин скоєння завершених та незавершених суїцидальних спроб у м. Харкові протягом 2008–2011 років та їхнє прогностичне значення



Лінський І. В.



Бачериков А. М.



Лакинський Р. В.



Матузок Е. Г.



Ткаченко Т. В.

Лінський І. В., Бачериков А. М., Лакинський Р. В., Матузок Е. Г., Ткаченко Т. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків, Україна)

Резюме. Цель исследования — оценка возможностей прогнозирования последствий суицидальной активности путём сравнительного анализа обстоятельств совершения завершённых и незавершённых суицидальных попыток. Обработано данные о 809 случаях завершённых суицидальных попыток и 775 жителей города, которые пытались покончить с жизнью с помощью самоотравления. Мониторинг проводился на основании данных протоколов вскрытия архива Харьковского Областного Бюро Судебно-медицинской экспертизы и эпикризов из историй болезни городской токсикологической службы лиц, которые пытались покончить с жизнью с помощью самоотравления.

Полученные данные обработаны методами математической статистики (дисперсионный анализ, а также расчет диагностических коэффициентов (ДК) и мер информативности Кульбака (МИ) всех значимых признаков с их последующим использованием в составе последующей процедуры Вальда). Установлено, что целый ряд обстоятельств совершения завершённых и незавершённых суицидальных попыток является достоверно различными, что позволяет использовать их в качестве предикторов последствий суицидальной активности.

К выявленным достоверным ($p < 0,05$) предикторам завершённости суицидальной попытки относятся (в порядке убывания информативности): концентрация алкоголя в сыворотке крови (непосредственно после совершения суицида): $> 1,50$ промилле (ДК = 6,54; МИ = 1,74); мужской пол (ДК = 3,69; МИ = 0,77); возраст (на момент совершения попытки) ≥ 50 лет (ДК = 4,88; МИ = 0,87); время суток совершения попытки: 03:01–15:00 (ДК = 1,72; МИ = 0,15) и дни совершения попытки: четверг–пятница (ДК = 0,68; МИ = 0,02). В качестве направления дальнейших исследований запланировано изучение других (кроме уже описанных выше) обстоятельств совершения суицидальных попыток с целью повышения надёжности прогнозирования последствий суицидальной активности.

Ключевые слова: завершённые и незавершённые суицидальные попытки, сравнительный анализ, прогноз.

Comparison of circumstances of completed and uncompleted suicide attempts in kharkov during 2008 - 2011 years and their predictive significance

Linskiy I. V., Bacherykov A. N., Lakynskiy R. V., Matuzok E. G., Tkachenko T. V.

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of NAMS of Ukraine» (Kharkiv, Ukraine)

Resume. Research objective — assessment of prediction means for suicidal activity re-sults through a comparative analysis of the circumstances of the completed and uncompleted suicide attempts. It was summarized data of 809 cases of completed suicide

attempts and 775 residents who tried to die by self-poisoning. Monitoring was carried out on the basis of autopsy protocols from the archives of Forensic medical examination bureau in Kharkiv region and medical histories of Municipal toxicological service for persons who were to die by self-poisoning.

The data are processed by methods of mathematical statistics (analysis of variance, calculation of diagnostic coefficients (DC) and information measures (IM) by Kullback for all of significant features and their using in Wald sequential procedure). It is found that a number of circumstances of the completed and uncompleted suicide attempts are significantly different therefore they can be used as predictors of consequences of suicidal activity. Among discovered significant ($p < 0,05$) predictors of completion of suicidal attempts are (in decreasing order of IM): alcohol concentration in the blood serum immediately after committing suicide: $>1,50$ ppm (DC = 6,54, IM = 1,74), male gender (DC = 3,69, IM = 0,77), age (at the time of the attempts) ≥ 50 years (DC = 4,88, IM = 0,87), daytime of committing attempts: from 3 am to 3 pm (DC = 1,72, IM = 0,15) and weekdays of the attempts: Monday-Friday (DC = 0,68, IM = 0,02). As a direction for further research it is planned to explore other (in addition to the above) circumstances of suicide attempts in order to improve reliability of prediction of suicidal activity consequences.

Key words: completed and uncompleted suicide attempts, comparative analysis, prediction.

Відомо, що високий рівень суїцидальної активності населення міцно корелює з економічними негараздами [1, 2], з поширенням вживання алкоголю та інших психоактивних речовин [3] а також браком медико-соціальної та психіатричної допомоги [4–6].

Харків, у порівнянні з іншими адміністративно-територіальними одиницями України, є відносно благополучним регіоном за цілою низкою провідних соціально-економічних показників. Тим не менш, в місті з населенням майже півтора мільйони [7], щорічно реєструється близько 200 випадків суїцидів [8, 9].

Суїцидальна активність населення, як величина залежна від низки згаданих вище обставин, є величиною динамічною [10]. Оперативне реагування на зміни поточної ситуації та прогнозування можливих напрямків її розвитку у майбутньому потребує систематичних епідеміологічних досліджень. Особливе практичне значення (з огляду можливостей попередження фатальних наслідків) мають фактори, що сприяють завершенню суїцидальних спроб.

Саме тому, **метою цієї роботи** стала оцінка можливостей прогнозування наслідків суїцидальної активності шляхом порівняльного аналізу обставин скоєння завершених та незавершених суїцидальних спроб.

Матеріали та методи дослідження

Всього в базі було оброблено 809 випадків завершених суїцидальних спроб та 775 мешканців міста, які намагалися піти з життя за допомогою самоотруєння. Моніторинг здійснювався за даними протоколів розтину архіву Харківського Обласного Бюро Судово-медичної експертизи та епікризів з історії хвороб міської токсикологічної служби осіб, які намагалися піти з життя за допомогою самоотруєння.

Обробка отриманих результатів здійснювалася методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, а також розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (МІ) всіх значущих ознак з їхнім

подальшим використанням у складів послідовної процедури Вальда) на комп'ютері з використанням електронних обчислювальних таблиць Excel з пакету Microsoft Office 2010 [11, 12].

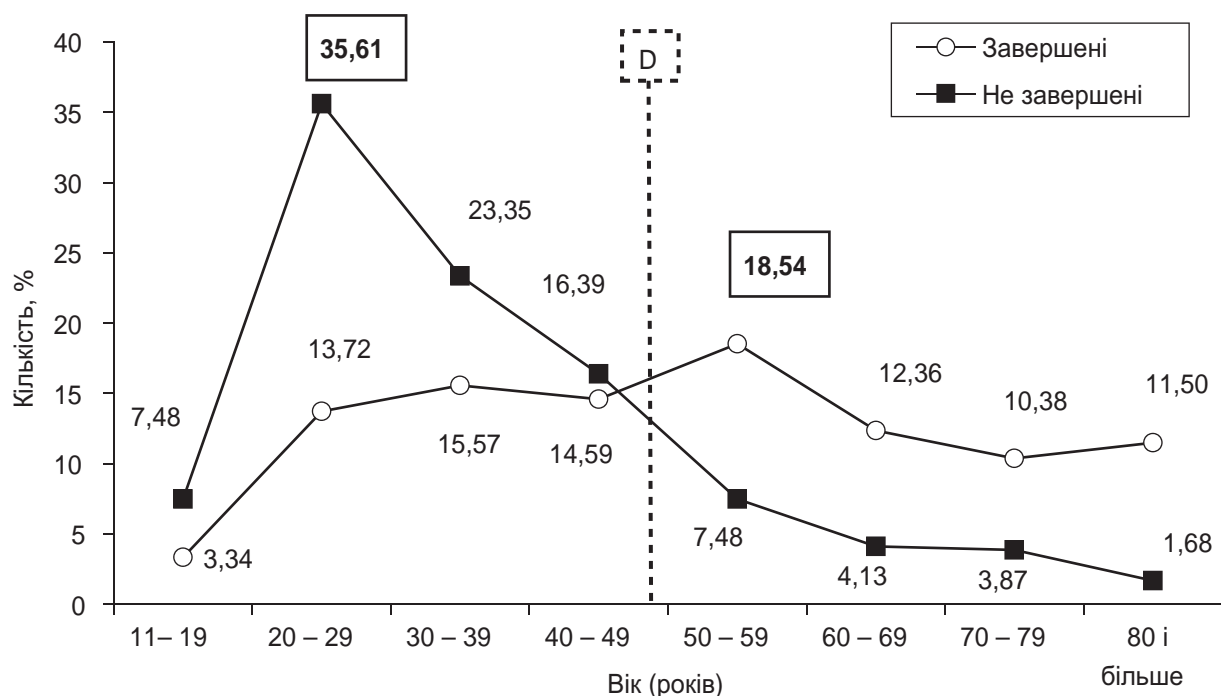
Результати та обговорення.

Порівняльний аналіз вікових характеристик суїцидів представлений на рис. 1.

Як видно з представлених порівняльних даних: максимальна суїцидальна активність, що до скоєння незавершених спроб (35,61%), припадає на вік від 20 до 29 років, тобто молодим людям. У більш старших вікових групах число незавершених суїцидальних спроб знижується, досягаючи мінімуму у віці 80 років і більше (1,68 % від загальної кількості зафіксованих спроб). При аналізі завершених суїцидів можна виділити пік суїцидальної активності, який припадає на вікову групу 50–59 років (18,54 % від загального числа обстежених випадків), мінімальний рівень суїцидів припадає на підлітковий вік 11–19 років, що складає 3,34 % від загальної кількості зафіксованих завершених суїцидів ($p < 0,05$).

Межа — «D» між діапазонами віку обстежених, забезпечує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння за цією ознакою і складає — 50 років, тобто основна маса незавершених суїцидальних спроб вчиняється у віці до 50 років, у відмінності від завершених суїцидів коли підйом випадків, після 50 років більш виражений ($p < 0,05$).

Далі було проаналізовано розподіл осіб що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за сезонами року (рис 2). Максимальний пік завершених суїцидів припадає на літній період сезону (28,18 %, від загальної кількості зафіксованих завершених суїцидів), на відміну від незавершених суїцидальних спроб де переважає весняний період року (29,81%, від загальної кількості зафіксованих спроб). Схожість спостерігається в мінімальних даних, як у незавершених так і завершених суїцидальних спроб — це зима. Необхідно відзначити, що виявлені нами



Примітки: «D» — межа між діапазонами віку обстежених, що забезпечує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння за цією ознакою

Рис. 1

Розподіл осіб що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за віком. Відмінності розподілів достовірні ($p < 0,05$)

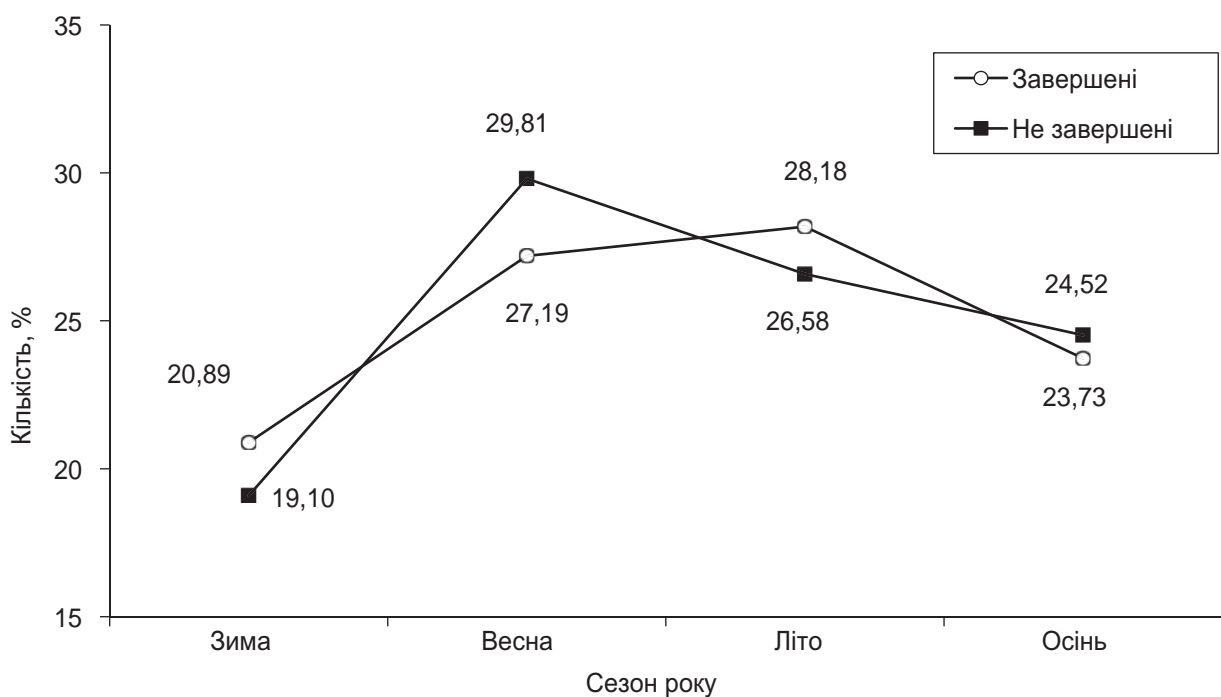


Рис. 2

Розподіл осіб що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за сезонами року. Відмінності розподілів недостовірні ($p > 0,05$)

відмінності між місяцями незначні і статистично недостовірні ($p > 0,05$).

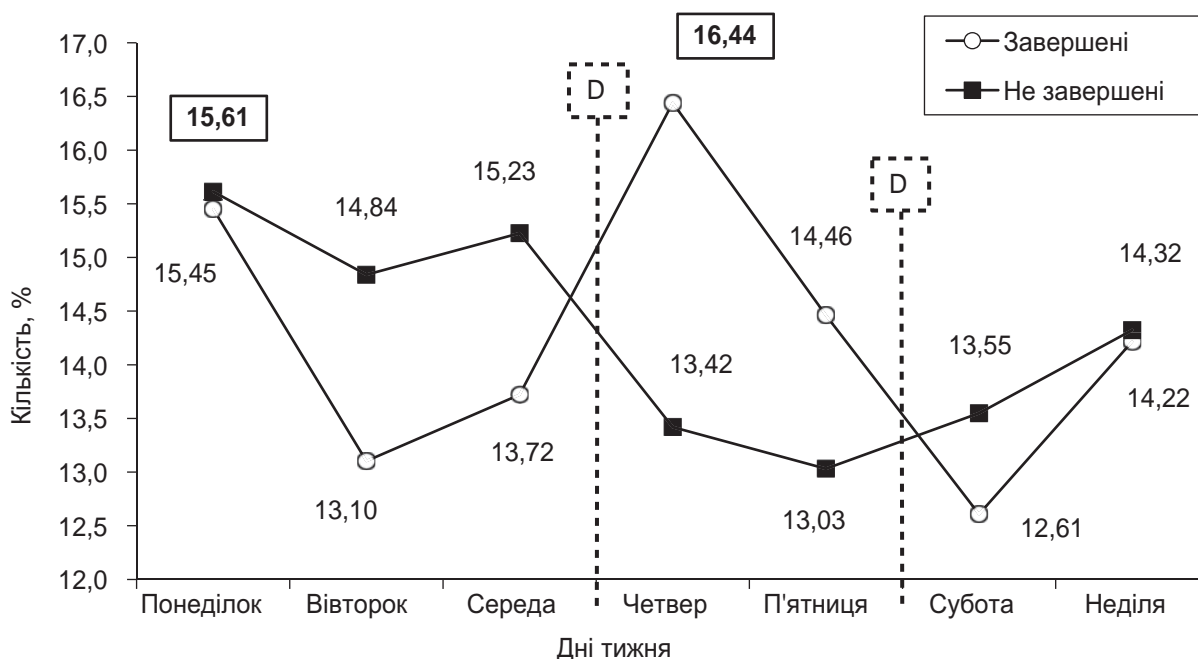
Особу увагу пригортають до себе відмінності у розподілах розглянутих випадків скоєння завершених та незавершених суїцидальних спроб за днями тижня (рис. 3). Як можна бачити найбільше число завершених суїцидальних спроб було зафіксовано у четвер (16,44 %, від загальної кількості зафіксованих завершених суїцидів), а найменше — у вівторок (13,10 %) та суботу (12,61 %) з подальшим зростанням у неділю та понеділок. Незавершені суїцидальні спроби мають зворотну тенденцію — поступове зниження від середи до мінімуму у п'ятницю (13,03 % від загального числа обстежених випадків) з підйомом суїцидальної активності з суботи до максимального показника у понеділок (15,61 % від загального числа обстежених випадків ($p < 0,05$)).

Межа «D» має циклічний характер і показує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння, коли були скоєні суїцидальні спроби: понеділок–середа свідчить про переважання незавершених суїцидальних спроб над завершеними суїцидами; четвер–п'ятниця зокрема завершені суїциди досягають свого апогею у відмінності від незавершених суїцидальних спроб де спостерігається провал у скоєнні кількості самоотруєнь та субота–неділя, у

незавершених суїцидальних спроб спостерігається наростання суїцидальної активності у відмінності від завершених суїцидів де спостерігається спад індексу суїциду ($p < 0,05$).

За часом доби завершені та незавершені суїцидальні спроби розподілились неоднорідно (рис. 4). Перша межа «D» між діапазонами часу доби спостерігається з 3:01 до 6:00 години ранку, як при завершених, так і при незавершених суїцидальних спробах спостерігається піднесення рівня суїцидальної активності від мінімальних показників до максимально зафіксованих з 12:01 до 15:00 години дня (17,54 % від загальної кількості зафіксованих спроб) у завершених самогубств та поступового наростання індексу незавершених суїцидальних спроб.

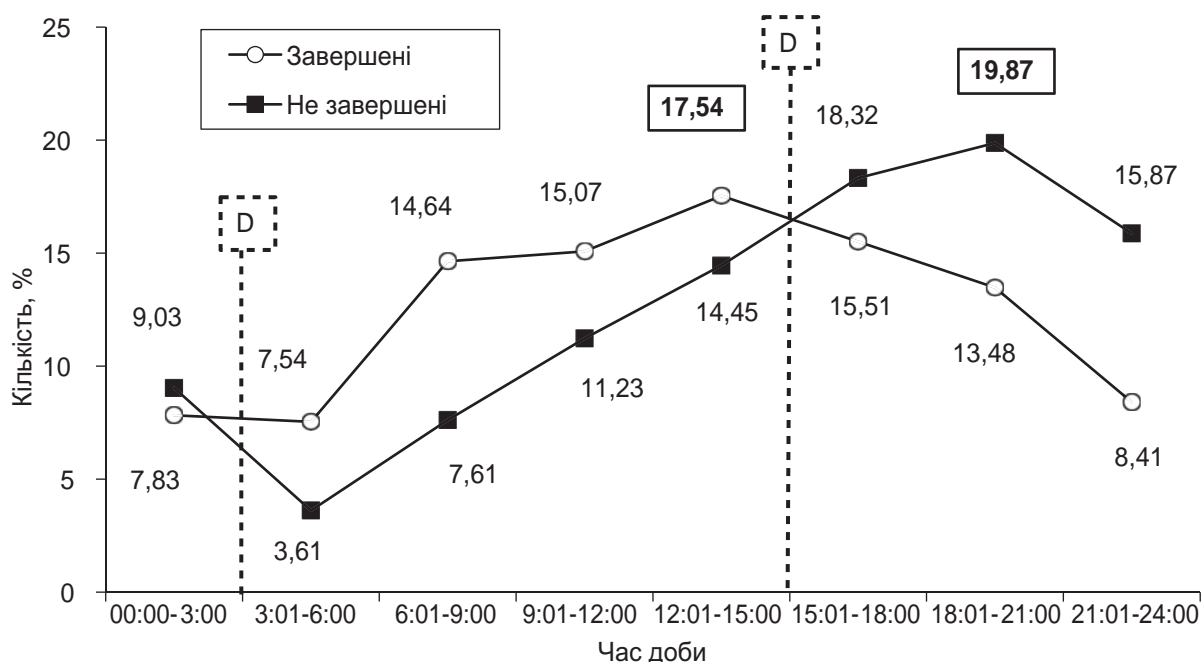
Друга межа «D» між діапазонами часу доби розташована між 15:01 — 18:00 годинами вечора. З цього інтервалу доби у незавершених суїцидальних спробах спостерігається максимальний підйом індексу суїцидальних спроб, який досягає свого піку у проміжку часу з 18:01 до 21-ої години вечора (19,87 % від загального числа обстежених випадків). У завершених суїцидів навпаки відбувається зниження рівня суїцидальної активності до мінімуму у 00:00 — 3:00 годину ранку (7,83 % від загальної кількості зафіксованих завершених суїцидів ($p < 0,05$)).



Примітки: «D» — межа між діапазонами днів тижня, коли були скоєні суїцидальні спроби, що забезпечує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння за цією ознакою

Рис. 3

Розподіл осіб що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за днями тижня. Відмінності розподілів достовірні ($p < 0,05$)



Примітки: «D» — межа між діапазонами часу доби, коли були скоєні суїцидальні спроби, що забезпечує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння за цією ознакою

Рис. 4

Розподіл осіб, що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за часом доби. Відмінності розподілів достовірні ($p < 0,05$)

Дані анамнезу та лабораторної діагностики концентрації алкоголю в крові у осіб, що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби представлені на (рис. 5). Як видно з представлених даних межа «D» між діапазонами концентрації етанолу в крові розділена між двома групами: перша група 0,10–1,50 ‰ та друга група 1,51–5,00 ‰.

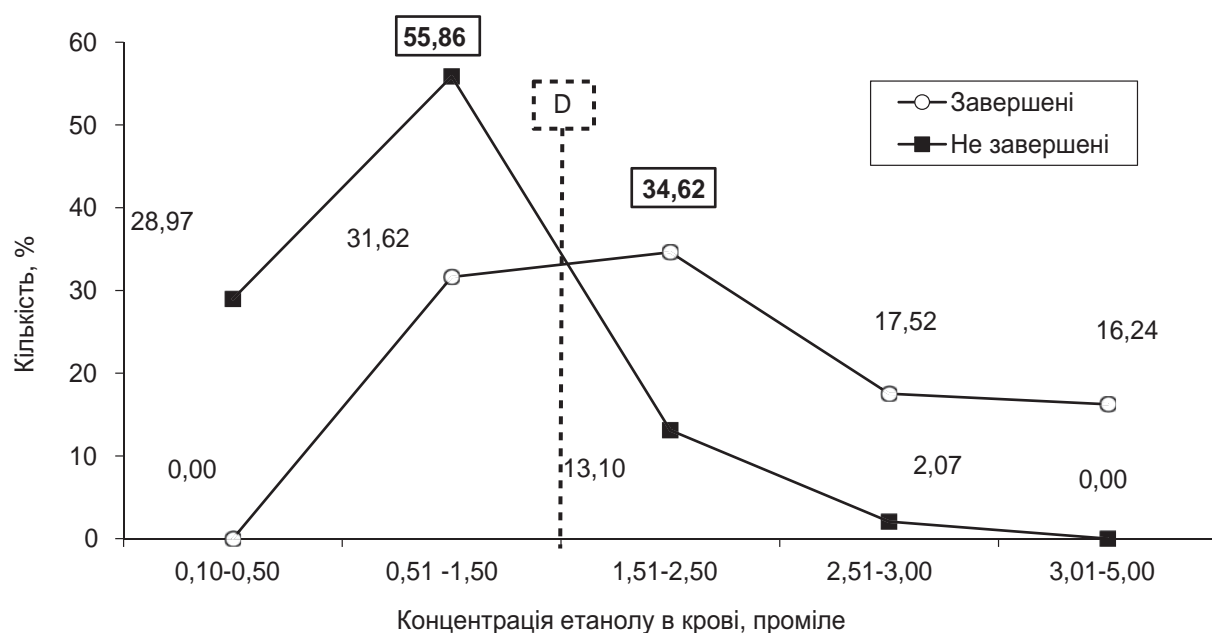
Як у завершених так і незавершених суїцидальних спроб концентрація алкоголю в крові збільшувалося поступово досягаючи піку свого у межі 0,51 — 1,50 ‰ (55,86 %, від усіх суїцидентів, у яких був знайдений етанол) — для не завершених суїцидальних спроб, що відповідає легкому ступеню алкогольного сп'яніння.

Для завершених суїцидальних спроб навпаки пік концентрації етанолу припадає на середню ступінь 1,51–2,50 ‰ алкогольного сп'яніння (34,62 % від усіх аналізів крові, в яких був знайдений етанол ($p < 0,05$)).

Для одержання коректних діагностичних коефіцієнтів — ДК та міри інформативності — МІ, межу між діапазонами ризику (позначена літерою «D» на рис. 1, 3–5) визначали таким чином, щоб відмінність між розподілами груп порівняння була максимальною. Для оцінки справжнього діагностичного (диференціально діагностичного) значення ризику в завданнях на розпізнавання ознак-предикторів про

які йдеться (фактору статі, віку, фактору часу доби, дня тижня, алкоголю в крові) ДК та МІ різних його діапазонів враховуються шляхом застосування послідовної діагностичної процедури Вальда у модифікації Є.В. Гублера [11] (табл. 1). Суть цієї процедури полягає у тому, що розраховані ДК порівнюються із відповідними значеннями бажаного рівня достовірності діагностичного (диференціально діагностичного) висновку.

Так, наприклад, достовірність висновку на рівні $p < 0,05$ відповідає значення ДК > 13 одиниць (за модулем, оскільки ДК можуть приймати як позитивні так і негативні значення, про що буде сказано детальніше нижче), на рівні $p < 0,01$ — ДК > 20 одиниць, а на рівні $p < 0,001$ — ДК > 30 одиниць. В світлі цього стає зрозумілим, що будь яка діагностична (диференціально діагностична) ознака може бути, або самодостатньою для одержання впевненого висновку (якщо вона сама має величину ДК > 13 , 20 або 30 для $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно), або такою, що забезпечує необхідну достовірність диференціації лише у сукупності з іншими ознаками (якщо вона має величину ДК < 13 , 20 або 30 відповідно). В останньому разі ДК різних ознак додаються одна до одної поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності диференціації). Під час розрахунків ДК їхній знак



Примітки: «D» — межа між діапазонами концентрації етанолу в крові, під час скоєння суїцидальних спроб, що забезпечує максимальну відмінність між розподілами груп порівняння за цією ознакою

Рис. 5

Розподіл осіб що скоїли завершені та незавершені суїцидальні спроби за концентрацією етанолу в крові. Відмінності розподілів достовірні ($p < 0,05$)

Таблиця 1

Обставини скоєння суїцидальної спроби як предиктори завершеності-незавершеності суїциду

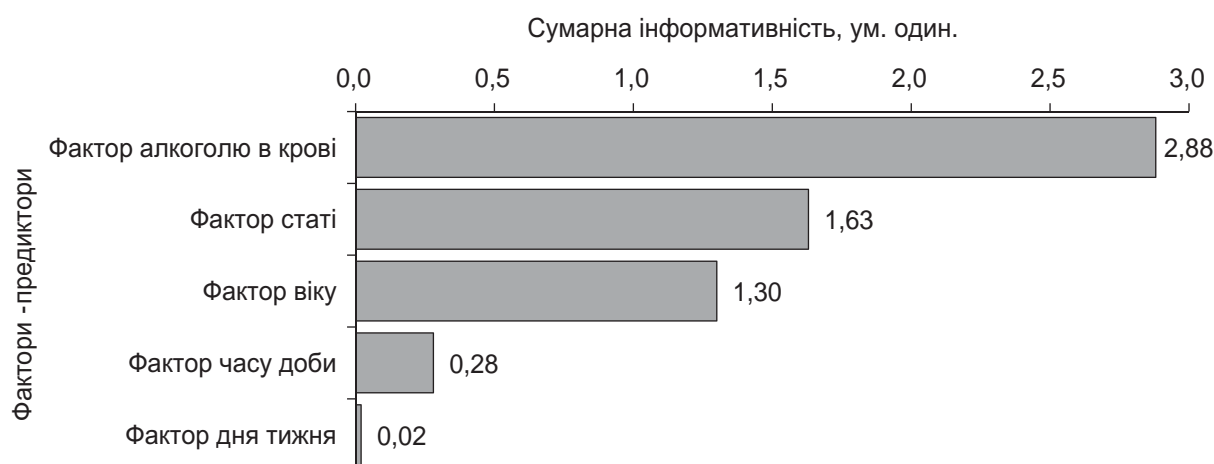
Ознаки-предиктори та їхні діапазони	Частоти ознак, осіб		Достовір. відмін. (p) ¹⁾	Частоти ознак, одиниць		Співвіднош. частотей (НСС / ЗСС)	ДК ³⁾	МІ ³⁾
	НСС	ЗСС		НСС	ЗСС			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Стать: чоловіча	243	593	<0,00001	0,3135	0,7330	2,34	3,69	0,77
Стать: жіноча	532	216	<0,00001	0,6865	0,2670	0,39	-4,10	0,86
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) ознак								1,63
Вік: <50 років	642	382	<0,00001	0,8284	0,4722	0,57	-2,44	0,43
Вік: \geq 50 років	133	427	<0,00001	0,1716	0,5278	3,08	4,88	0,87
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) ознак								1,30
Дні тижня: субота-середа	570	559	0,00653	0,7355	0,6910	0,94	-0,27	0,01
Дні тижня: четвер-п'ятниця	205	250	0,00653	0,2645	0,3090	1,17	0,68	0,02
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) ознак								0,02
Часи доби: 03:01-15:00	286	378	<0,00001	0,3690	0,5478	1,48	1,72	0,15
Часи доби: 15:01-03:00	489	312	<0,00001	0,6310	0,4522	0,72	-1,45	0,13
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) ознак								0,28
Алкоголь ²⁾ : \leq 1,50 проміле	246	74	<0,00001	0,8483	0,3162	0,37	-4,29	1,14
Алкоголь ²⁾ : >1,50 проміле	44	160	<0,00001	0,1517	0,6838	4,51	6,54	1,74
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) ознак								2,88

Примітки:

¹⁾ — Достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ);

²⁾ — Концентрація алкоголю в сироватці крові безпосередньо після скоєння суїциду;

³⁾ — Скорочення: НСС — незавершені суїцидальні спроби; ЗСС — завершені суїцидальні спроби; ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності Кульбака.

**Рис. 6**

Порівняльна характеристика сумарної інформативності (Σ_{MI}) обставин скоєння суїцидальних спроб, як предикторів завершеності-незавершеності суїциду

(позитивний або негативний) залежить лише від співвідношення кількості відповідних ознак-предикторів в групах порівняння. В нашому випадку при розв'язанні завдання на диференціацію обставини скоєння суїцидальної спроби як предиктора завершеності-незавершеності суїциду першу групу порівняння склали особи, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, а другу — особи, що скоїли завершені суїцидальні спроби (стовбці № 2 та № 3 у табл. 1). При такому порядку нумерації груп, використання формули розрахунків ДК призводить до того, що предиктори завершеності суїцидальної спроби мають позитивні ДК, а предиктори незавершеності суїцидальної спроби — негативні ДК.

Визначення сумарної інформативності (Σ_{MI}) кожного із розглянутих факторів, як предикторів завершеності-незавершеності суїциду, дозволило здійснити їхній порівняльний аналіз (рис. 6).

З поданого на рисунку 6 рейтингу було відомо вилучено характеристики обставин скоєння суїцидальних спроб, як предикторів завершеності-незавершеності суїциду.

Помітно, що найвищу сумарну інформативність у класі діагностичних та диференціально-діагностичних обставин скоєння суїцидальних спроб, як предикторів завершеності-незавершеності суїциду є фактор алкоголю в крові ($\Sigma_{MI} = 2,88$ одиниць). Далі в наведеному рейтингу слідує (в порядку зменшення

інформативності): фактор статі ($\Sigma_{MI}=1,63$ одиниць); фактор віку ($\Sigma_{MI}=1,30$ одиниць); фактор часу доби ($\Sigma_{MI}=0,28$ одиниць); фактор дня тижня ($\Sigma_{MI}=0,02$ одиниць).

Висновки:

1. Встановлено, що ціла низка обставини скоєння завершених та незавершених суїцидальних спроб є достовірно відмінними, що дозволяє використовувати їх для прогнозування наслідків суїцидальної активності.
2. До виявлених достовірних ($p < 0,05$) предикторів завершеності суїцидальної спроби належать (в порядку зменшення інформативності): концентрація алкоголю в сироватці крові (безпосередньо після скоєння суїциду): $>1,50$ проміле (ДК=6,54; $MI=1,74$); чоловіча стать (ДК=3,69; $MI=0,77$); вік (на момент скоєння спроби) ≥ 50 років (ДК=4,88; $MI=0,87$); часи доби скоєння спроби: 03:01-15:00 (ДК=1,72; $MI=0,15$) та дні скоєння спроби: четвер-п'ятниця (ДК=0,68; $MI=0,02$).

Напрямок подальших досліджень

З метою підвищення надійності прогнозування наслідків суїцидальної активності планується дослідження інших (окрім вже описаних вище) обставин скоєння суїцидальних спроб.

Література

1. Лазебник А.И. Анализ взаимосвязи динамики уровня безработицы и частоты самоубийств в Удмуртской Республике в 1992 — 2003 гг. // Тюменский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 35–36.
2. Любов Е.Б. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации / Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева // Суицидология. — 2012. — № 3. — С. 3–10.
3. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР / В.А. Розанов // Суицидология. — 2012. — № 4. — С. 28–40.

4. Колупаев В.А. Размышления о суицидальной активности в подростковом возрасте / В.А. Колупаев // Академический журнал Западной Сибири. — 2012. — № 6. — С. 46–48.
5. Коргонен М.Е. Суицидальное поведение подростков в условиях социального сиротства / М.Е. Коргонен / Тюменский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 33–34.
6. Розанов В.А. Психическое здоровье и суицидальные тенденции среди подростков в связи с социо-экономическими факторами семьи / В.А. Розанов, Т.Е. Рейтарова, А.В. Рахимкулова [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. — 2012. — № 5. — С. 32–34.
7. Статистичний щорічник «Міста та райони Харківської області у 2012 році» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: (<http://kh.ukrstat.gov.ua>).
8. Волошин П.В. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999–2002 годы) / П.В. Волошин, А.Н. Бачериков, Э.Г. Матузок [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 4(41). — С. 5–7.
9. Бачериков А.М. Спроби навмисного самоотруєння у Харкові (2008 рік) / А.М. Бачериков, Е.Г. Матузок, К.В. Харіна [та інш.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — Одеса, 2009. — № 2 (16). — С. 106–110.
10. Захаров С.Е. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершениях суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. / С.Е. Захаров, В.А. Розанов, Г.Ф. Кривда П.Н. Жужуленко // Суицидология. — 2012. — № 4. — С. 3–10.
11. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер // М.: Медицина, 1978. — 294 с.
12. Лапач С.Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич// Київ.: Моріон, 2000. — 320 с.

УДК : 616.89-008:616.37-002(048.83)

Непсихотические психические расстройства у больных с панкреатитом (аналитическое обозрение)



Шевченко Ю. Н.

Шевченко Ю. Н.

Резюме. За допомогою літературних даних проведено аналіз сучасного стану проблеми непсихотичних психічних розладів у хворих з рецидивуючим панкреатитом. Виділено найбільш актуальні та малодосліджені галузі в цій проблемі. Найбільш актуальним напрямком є рання діагностика первинних ознак невротичних і афективних порушень у пацієнтів з панкреатитом.

Викладені матеріали дозволять психіатрам, гастроентерологам та сімейним лікарям розширити уявлення про непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з панкреатитом і про можливі ускладнення при даній патології.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, невротичні розлади, депресії, тривога, панкреатит.

Nonpsychotic mental disorders in patients with pancreatitis (analytical review)

Shevchenko Yu. N.

Resume. On the basis of literature data analysis of modern state of the problem of non-psychotic mental disorders in patients with recurrent pancreatitis. Highlighted the most relevant and little explored area in this issue. The most urgent focus is early diagnosis of primary characteristics of neurotic and affective disorders in patients with pancreatitis. The foregoing materials allow psychiatrists, gastroenterologists and family physicians to expand the notion of non-psychotic mental disorders in patients with pancreatitis and possible complications of this disease.

Key words: non-psychotic mental disorders, neurotic disorders, depression, anxiety, pancreatitis.

Актуальность проблемы пограничных психических расстройств у больных с соматической патологией с каждым годом возрастает. Результаты многих исследований свидетельствуют о высокой частоте (не менее 50-60%) и значительном полиморфизме психических расстройств у соматических больных, среди которых ведущее место занимают расстройства тревожно-депрессивного спектра [1,4,5]. Особое место в ряду внутренних болезней занимают заболевания желудочно-кишечного тракта. В настоящее время имеются многочисленные публикации, посвященные нозогениям у лиц с синдромом раздраженной толстой кишки (Walker E. et al., 1990; Tollefson G. et al., 1991), гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (Калинин А.В., 1996; Антоненко О.М., 2002; Провоторов В.М. 2003), функциональной диспепсией, дисфункцией желчного пузыря (В.И. Рякин, А.В. Будневский, 2001). Однако работ, посвященных изучению непсихотических психических расстройств у пациентов с панкреатитом в доступной нам литературе не найдено.

Во всем мире за последние 30 лет наблюдается увеличение заболеваемости острым и **хроническим панкреатитом** более чем в 2 раза [2]. На Украине отмечен более интенсивный рост заболеваемости панкреатитами. Так,

распространенность заболеваний поджелудочной железы среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, а среди подростков — более чем в 4 раза. Считается, что данная тенденция связана с увеличением потребления алкоголя, в том числе низкого качества, снижением качества питания и общего уровня жизни [3]. (Д.Э. Выборных, С.В. Кикта 2010) [13,25]. По некоторым данным (директор Института терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, д. м. н., профессор О. Я. Бабак) распространенность панкреатита среди населения Украины, составляет 25-30 человек на 100 тыс. населения.

В связи с этим, изучение специфики психических расстройств невротического и аффективного регистров при панкреатитах является актуальным.

При различных соматических заболеваниях часто наблюдается возникновение пограничных психических расстройств. Кроме невротической реакции на болезненное состояние, обусловленной преморбидными особенностями личности, у человека развивается астенизация, повышенная психологическая напряженность, изменяется эмоциональное состояние (Александровский Ю.А., 2005).

Многие исследователи (Козырев В.Н., Смулевич А.Б., 1981; Остроглазов В.Г., 1985;

Crisp A. H., 1977; de Butler J., 1986, и др.) установили, что от 20 до 64 % от всех обратившихся к врачам общей практики имеют те или иные, преимущественно пограничные, психические расстройства. По данным Г.М. Румянцевой, Л.В. Ромасенко, Ю.Б. Тарнавского, Е.С. Матвеевой и соавт. (1985—1999), полученным в Федеральном научно-методическом центре пограничной психиатрии, более 1/3 пациентов общесоматических учреждений (поликлиники, стационары многопрофильных больниц) нуждаются в психиатрической (психотерапевтической) помощи. В случае ее своевременного оказания улучшается терапевтический прогноз при соматических заболеваниях. [1,3,4,5].

Эпидемиологические исследования, выполненные в отечественных общесоматических медицинских учреждениях различного типа (поликлиниках, больницах и госпиталях, городских, областных и республиканских диспансерах, клинических отделениях научно-исследовательских центров) свидетельствуют, что депрессивные состояния наблюдаются в среднем у 23,8% обследованных больных [7]. Однако депрессии в таких медучреждениях по большей части не распознаются. Отчасти это связано с тем, что пациенты относят проявления психического расстройства на счет различных соматических заболеваний или связывают их с обычными реакциями на неблагоприятную ситуацию в жизни [25].

По данным Т.Т. Науг и соавт., от 60 до 85% хронических заболеваний пищеварительной системы сопровождаются эмоциональными расстройствами разной степени выраженности. Во многих случаях последние становятся первопричиной функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, наоборот, эти расстройства могут развиваться как реакция на диагноз, нарушения привычного образа жизни, вызванные заболеванием и необходимостью получать лечение. И в том, и в другом случае без коррекции эмоциональной сферы очень трудно добиться положительных результатов терапии [12].

В последнее время проблема диагностики и коррекции сопутствующих психических расстройств при различных соматических заболеваниях приобретает всё большую актуальность. (А. К. Напреенко, 1996; Б. В. Михайлов, С. И. Табачников и соавт., 2001; Б. В. Михайлов, Н. А. Марута и соавт., 2002). Однако в течение последнего десятилетия на Украине психические нарушения при панкреатитах почти не изучались [20, 21].

Патогенез поражения нервной системы при соматических заболеваниях обусловлен главным образом обменными, токсическими,

сосудистыми и рефлекторными расстройствами. Сдвиги гомеостаза, возникающие вследствие нарушения белкового, углеводного, жирового, водно-электролитного, витаминного обмена, гипоксемии и тканевой гипоксии, накопления различных шлаков, подлежащих выведению из организма, оказывают токсическое воздействие на нервную ткань (нейроны и глиозные клетки, синапсы, аксоны). Определенная роль принадлежит и рефлекторным расстройствам. Может возникать избыточное выделение нейромедиаторов, а затем истощение их тканевых запасов, например, норадреналин активизирует фермент аденилатциклазу, катализирующий образование из АТФ циклического аденозинмонофосфата (цАМФ).

Клинические проявления зависят, кроме того, от наследственности, конституции больного, возраста, условий жизни и питания, вредных привычек, предшествующей патологии, особенностей выполняемой работы (Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. 2002). Известная общность клиники нервно-психических нарушений в ответ на патологию внутренних органов, желез внутренней секреции подтверждает, что в их основе лежат близкие патогенетические механизмы — сочетание явлений раздражения и выпадения на различных уровнях нервной системы (кора, подкорка, ствол, спинной мозг и др.) с некоторым акцентом то на одном, то на другом из них. [24].

Биохимические исследования указывают на дисфункцию ферментативных функций поджелудочной железы: в крови повышено содержание амилазы, трипсина, в моче увеличено количество диастазы. Кроме того, выявляются сопутствующие нарушения разных звеньев минерального обмена: снижение уровня калия, кальция, хлоридов, иногда и углеводного обмена (гипо- или гипергликемия).

Различные нервно-психические нарушения — нередкое осложнение воспалительных заболеваний поджелудочной железы. Их описывали на относительно небольшом материале А.Ю. Выясновский (1935), Н.К. Боголепов (1962), К.А. Lather, D.L. Wilbur (1937), S. L. Stovez, P. Wangles, C Kennedy (1968). [11].

Исследованиями украинских ученых Маруты Н.А. (1996) и Чабана О.С. (1997) выделено понятие клинического, социологического, демографического и психосоматического патоморфоза невротических расстройств [17,18]. Отмечается увеличение количества невротозов, возникающих на фоне неврологического дефицита или соматической отягощенности [19]. Обращается внимание на утяжеление невротических проявлений, на изменение реактивности к медикаментозным средствам, увеличение

в клинических проявлениях труднокурабельных психопатологических симптомов. Данный аспект становится особенно актуальным для группы невротических расстройств возникающих при панкреатитах.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой частоте (не менее 50-60%) и значительном полиморфизме психических расстройств у соматических больных, среди которых ведущее место занимают расстройства тревожно-депрессивного спектра (Смулевич А.Б. и др., 1998; Марилов В.В., 1998; Александровский Ю.А., 2004; Смулевич А.Б. и др., 2005; Куташев В.А., 2005). [3,4,5].

Особого внимания заслуживают неврозоподобные расстройства у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3 % больных, у 22,1 % отмечаются полиморфные астенические нарушения, у 67,6 % — более сложные неврозоподобные состояния (Матвеева Е.С., 1989). Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы. В соответствии с этим неврозоподобные расстройства у таких больных характеризуются малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью. Однородная клиническая картина наблюдается лишь у больных с соматогенной астенией, выраженность которой, как правило, коррелирует со степенью тяжести и давностью основного заболевания (Гельфанд В.Б., Булгаков Г.А., 1979) [8, 17, 25].

В наблюдениях (Д.Э. Выборных, С.В. Кикта 2010) своеобразие неврозоподобных состояний в клинике гастроэнтерологии определяется, тесным слиянием психопатологических проявлений невротического регистра с симптомами основного заболевания, с характерными для данной органопатологии жалобами, которые могут иметь как соматогенное, так и функциональное происхождение (тошнота, анорексия, абдоминальные боли). Обычно эти жалобы преобладают у больных. При наличии объективно подтвержденного обострения хронического заболевания органов пищеварения их соматогенный характер не подвергается сомнению. Вместе с тем фиксация на этих жалобах вопреки объективному улучшению соматических показателей, отсутствие параллелизма между субъективными и объективными данными свидетельствует об их тенденции к психогенному закреплению. В таких случаях толерантные, резистентные к традиционному

лечению основного заболевания симптомы редуцируются при назначении психотропных средств и психотерапии. В анамнезе указанные симптомы также не всегда коррелируют с обострением желудочно-кишечного заболевания и возобновляются как от погрешности в еде, так и в результате нервного напряжения или психической травматизации. Таким образом, неврозоподобное состояние включает расстройства, характерные для основной соматической патологии, которые в динамике болезни носят преимущественно соматогенный, то психогенно-функциональный характер. [25].

Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных гастроэнтерологическими заболеваниями, наиболее распространены депрессивные состояния (Lyketsos C.G., et al., 1999; Hamilton M., 1989; Andreasen N.C., et al., 1980; Sartorius N., et al, 1996; Wittchen H.U., et al, 2001; American Psychiatric Association, 1994; Watson D., et al., 1995; Wetzler S., Katz M.M., 1989; Clark L.A., Watson D., 1991; Hamilton M., 1989; Runs H., 1991; Riskind J.H., 1987). Аффективные (депрессивные) синдромы у таких больных по частоте сопоставимы лишь с нарушениями сна и варьируют, по данным различных авторов, от 5 до 57% (Каплан Г., Сэдок Б. Дж, 1994; Аведисова А.С., 1997; Хаспекова Н.Б. и др., 2000; Lepine J.P., 1994; Wittchen H.U., et al., 1994; Kessler R.C., et al., 1996; Maier W., Falkai P., 1999). По современным оценкам, доля тревожно-депрессивных расстройств у больных этого контингента составляет 22-33% (Шмаонова Л.М., Бокалова Е.А., 1998; Ustun T.B., 1995). Среди лиц пожилого и старческого возраста, обращающихся за помощью, пациенты с депрессией составляют 17,4% (Зозуля Т.В., 1995). В развитых странах (Швеция, Испания, США, Австралия, Япония и др.) частота депрессивных состояний у больных соматического стационара достигает 20-29% и представлена преимущественно нозогенными депрессиями (Ruskin P.E., 1985; Pauser H., et al, 1987; Hattori T., et al., 1990; Bertolo L.D., et al., 1996; Hirschfeld RMA, 1996; Kessler R.G., 1994; Lepine J.P., Gastpar M., Mendlewicz J., 1994; Keller M.B., et al., 1992; Mueller Tl., et al., 1996).

Многие авторы (Краснов В.Н., 2001; Смулевич А.Б., 2005; Александровский Ю.А., 2002), в структуре депрессивных расстройств выделяют простые (меланхолические, тревожные, адинамические, апатические и дисфорические) и сложные (сенестоипохондрические, с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами) депрессивные синдромы. [1, 3, 5]. Кроме того, выделяют так называемые атипичные депрессии, которые чаще всего встречаются в амбулаторной или общей медицинской

практике (Александровский Ю.А. 2002) [5]. К ним относятся прежде всего маскированные (соматизированные) депрессии. Под такими формами принято понимать депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психопатологические проявления остаются в тени, т. е. депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями.

В гастроэнтерологической практике приходится встречаться именно с маскированной (соматоформной, соматизированной) депрессией (Статинова Е.А., Селезнева С.В., Кочкарева Е.С., 2008), когда собственно депрессивное ядро замаскировано жалобами и симптомами со стороны ЖКТ и других внутренних органов. Такие больные долго и подчас безрезультатно лечатся у врачей общей практики, так как распознать подобную депрессию достаточно сложно. Наиболее частые гастроэнтерологические проявления депрессии — тошнота, рвота, сухость во рту, отрыжка, метеоризм, запор, диарея, боли в животе, синдром

раздраженного кишечника (СРК) также не являются специфическими. При этом следует помнить, что депрессия может являться причиной заболеваний желудочно-кишечного тракта или быть вторичной по отношению к гастроэнтерологической патологии и ее лечению [8,9,10,12].

Проанализировав литературные данные за последние годы, обнаружено, что в научном плане проблема непсихотических психических расстройств при панкреатитах ограничивается единичными работами. Лечение проводится специалистами интернистами, как правило без привлечения к этому вопросу психиатров и психотерапевтов (Т.З. Биктимиров, 2002; С.Г. Бугайцов, 2003; М. Andrykovski, E. Pavlik, 2006; А.В. Новицкий, Ю.А. Сухонос, С.В. Петленко, 2009). Оказание специализированной психиатрической и психологической помощи остаются на начальных этапах разработок.

Неразработанными остаются принципы коррекции и профилактики эмоциональных расстройств непсихотического регистра у пациентов с панкреатитом.

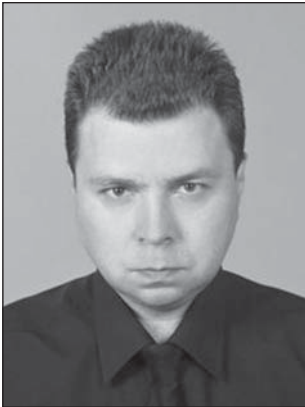
Литература

1. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской сети // Русский Медицинский Журнал. — 2001. — Т. 9 — № 25. — С.1187–1191.
2. ВОЗ. МКБ–10. Глава V. Версия для первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. — М. «Синтез», 1996. — 54с.
3. Смулевич, А. Б. Расстройство личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических психопатий) / А. Б. Смулевич // Психиатрия. 2005. — № 5. — С. 13–21.
4. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. М. : Медицина, 2000. — 496 с.
5. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. 2002. — № 1. — С. 4–7.
6. Гиндикин, В.- Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я. Гиндикин. М. : Трида-Х, 2000. — 256 с.
7. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48–49.
8. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы «Компас» / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич и др. // Кардиология. 2004. — № 1. — С. 48–54.
9. Дубницкая, Э. Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями / Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. — № 2. — С. 40–45.
10. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерак-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб, 2000. — 287 с.
11. Talley N., Owen B., Boyce P., Paterson K. Psychological treatment for irritable bowel syndrome: a critic of controlled treatment trials // American Journal of Gastroenterology. — 1996. — Vol. 91, № 2. — P. 24–37.
12. Статинова Е.А., Селезнева С.В., Кочкарева Е.С. Особенности тревожно-депрессивных нарушений у больных хроническим панкреатитом // Питання експериментальної та клінічної медицини: Збірник статей. — Вип. 12, Т. 2. — Донецьк: ДонНМУ, 2008. — С. 219–225.
13. Провоторов В.М. Психосоматические особенности больных гастроэзофагальнорефлюксной болезнью / В.М. Провоторов, Е. В. Чапленко, А. В. Будневский // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2003. — №2. — С. 144–145.
14. Каплан Г., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия/ Г.Каплан, Б.Дж. Сэдок. М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 671 с.
15. Довідник сімейного лікаря з питань психосоматики /Н.О.Марута, В.І.Коростій, Г.М.Кожина, Л.М.Гуменюк; За ред. І.С.Вітенка. — К.:Здоров'я, 2012. — 384с.
16. Л. Н. Юрьева История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — Киев: Сфера, 2002. — 314 с.
17. Semaan W., Hergueta T., Bloch J., Charpak Y., Duburcq A., Le Guern M.E., Alquier C., Rouillon F., Cross-sectional study of the prevalence of adjustment disorder with anxiety in general practice.// Encephale. 2001. May–Jun. 27(3). P. 238–44;

18. Seredenin S.B. Genetic differences on response to emotional stress and tranquilizers // Psychopharmacol & Biol. Narcol. 2003. V. 1–2. P. 494–509.
19. Марута Н.А., Чабан О.С. Современные факторы патоморфоза неврозов // Укр.вісн.психоневрології. — 1996. — Т.4, №2(9). — С.177-179.
20. Чабан О.С. Патоморфоз неврозів: Автореф.дис. ...д-ра мед. наук:14.01.16/ Укр. НДІ клініч.та експерим. Неврології та психіатрії. — Харків, 1997. — 28с.
21. Марута Н.А., Явдак И.А. Клинико-психопатологические и психологические аспекты резистентности невротических расстройств // Укр.вісн.психоневрології. — 1999. — Т.7, №1(19). — С.103-105.
22. Михайлов Б.В. Массовые нарушения психической сферы у населения// Укр.вісн.психоневрології. — 1995. — №3. — с.24-25.
23. Напреєнко О.К. Соматопсихічні розлади // Укр.вісн.психоневрології. —1996.-Т.4, №5(12).-с.292-294
24. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
25. Д.Э. Выборных, С.В. Кикта Лечение депрессий в гастроэнтерологической практике// «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии»; 6; 2010; стр. 21-28.
26. И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый / Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 2005. — 504 с.

УДК: 616.89 – 008.444.9 + 159.942.5] : 34 – 051 – 055

Анализ гендерных особенностей изменений структуры враждебности в процессе эмоционального выгорания у сотрудников органов внутренних дел



Омельянович В. Ю.

Омельянович В. Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статті викладені результати дослідження взаємозв'язків психологічного феномену ворожості та процесів емоційного вигорання, проведеного на репрезентативному матеріалі, який складається з групи співробітників органів внутрішніх справ з порушеннями психологічної адаптації та групи здорових, адаптованих. Особливу увагу приділено гендерним особливостям виявлених закономірностей. Сформульовані рекомендації відносно практичного використання отриманих результатів у психологічному супроводженні службової діяльності співробітників органів внутрішніх справ.

Ключові слова: гендерні особливості, ворожість, емоційне вигорання, психічна дезадаптація, психосоматичні захворювання, співробітники органів внутрішніх справ.

Analysis of gender specific changes in the structure of hostility in the process of emotional burnout among police officers

Omel'yanovich V. Yu.

Donetsk National Medical University by M. Gorky

Resume. In this article are presented results of studies of the relationships of psychological phenomenon of hostility and emotional burnout processes that were conducted on representative material consisting of the group of police officers with disorders of psychological adaptation and group healthy that are adapted. Special attention was paid to gender specific of revealed regularities. Recommendations concerning practical use of the obtained results in psychological accompany of police officers service.

Key words: gender specific, psychic disadaptation, hostility, emotional burnout, internal affairs body employees.

Служба в органах внутренних дел традиционно и абсолютно обоснованно относится к разряду наиболее эмоционально напряженных, деформирующих психику профессий [1]. Еще в 30-е годы прошлого столетия С. Г. Геллерштейн писал: «Надо постоянно помнить, что сущность профессиональной работы заключается не только в выполнении работником ряда активных и реактивных действий, но и в приспособлении организма к тем специфическим особенностям профессии, на фоне которых эти действия совершаются. При этом часто наблюдается деформация не только тела, но и психики работника» [2]. В современном мире исключительно враждебные воздействия социума требуют от сотрудников органов внутренних дел (ОВД), облеченных властными полномочиями и по долгу службы вовлеченных в постоянные напряженные межличностные контакты с далеко не самыми лучшими представителями населения, максимальной мобильности и устойчивости к стрессовым воздействиям [3], которые далеко не всегда оказываются достаточными.

В связи с этим психопрофилактические мероприятия в системе органов внутренних дел стоит несколько основных задач. Они состоят не только в сохранении здоровья и продуктивного долголетия сотрудников, но в повышении продуктивности служебной деятельности путем снижения конфликтности в трудовых коллективах и в предотвращении возникновения чрезвычайных происшествий с участием сотрудников ОВД. Достижение данных задач невозможно без всестороннего исследования феномена враждебности, причем, как у практически здоровых сотрудников, так и у тех, чьи адаптационные резервы оказались недостаточными.

Целью настоящей работы было исследование гендерных особенностей психологического феномена враждебности у сотрудников ОВД, подверженных эмоциональному выгоранию. В соответствии с данной целью, в качестве задач исследования выступало изучение особенностей структуры и выраженности враждебности у сотрудников ОВД; выявление взаимосвязей между активностью определенных фаз и

симптомов емоціонального вигорання і вираженості ворожбності; структуризація і аналіз гендерних особеностей даних взаємозв'язей.

Матеріал і методи дослідження

Матеріалом даного дослідження являються результати експериментально-психологічного обстеження 1630 співробітників ГУМВД України в Донецькій області. Обстежуваний контингент структуризований і представлений в вигляд наступних дослідницьких груп: 1 група складалася з респондентів в стані парціальної психічної дезадаптації (ППД) — 125 чоловіків (70,0% групи) і 54 жінки (30,0%); 2 група — пацієнти, страждаючі психосоматичними захворюваннями (ПСЗ) — 213 чоловіків (77,74%) і 61 жінка (22,26%); 3 — група, що складається з практично здорових, адаптованих респондентів (ПЗ) — 1176 респондентів, з них 962 (81,8%) представителів чоловічого гендера і 214 (18,2%) — жіночого. Перші дві групи розглядалися в якості осіб з порушеннями психологічної адаптації, а третя виступала в якості контрольної групи.

Структуризація дослідницьких груп проводилася з використанням опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), розробленого L.R. Derogatis і співр. в адаптації Н. В. Тарабріної [4]. З метою дослідження вираженості і структури психологічного феномена ворожбності у співробітників органів внутрішніх справ була використана шкала Кука-Медлі (ШКМ) [5]. Для вивчення динамічних характеристик синдрому емоціонального вигорання (СЗВ) була використана Методика діагностики рівня емоціонального вигорання В. В. Бойко (ДУЗВ) [6].

Результати дослідження і їх обговорення

В результаті дослідження, проведеного з використанням методики «Шкала Кука-Медлі», було виявлено (таб. 1), що у представителів всіх дослідницьких груп,

незалежно від гендерної приналежності, показники шкали цинізму були середніми з тенденцією до високих ($\bar{X}=49,2\pm 3,39$), показники шкали агресивності — середніми з тенденцією до низьких ($\bar{X}=30,23\pm 2,81$), а показники шкали ворожбності — низькими ($\bar{X}=16,5\pm 1,9$).

В результаті проведеного однофакторного дисперсійного аналізу Фішера (ANOVA) показників методики «Шкала Кука-Медлі» представителів чоловічого гендера співробітників ОВД (таб. 1) було виявлено, що у представителів чоловічого гендера співробітників ОВД в стані ППД рівень ворожбності, агресивності і цинізму, був значимо ($p\leq 0,017$) вище, ніж у пацієнтів, страждаючих ПСЗ і у практично здорових, адаптованих. При порівнянні показників ШКМ пацієнтів, страждаючих ПСЗ і практично здорових були виявлені зовсім інші тенденції. Так, у представителів чоловічого гендера групи ПСЗ показники шкали агресивності були значимо ($p=0,0001$) нижче, ніж у практично здорових, адаптованих; у практично здорових представителів жіночого гендера, навпаки, показники шкали ворожбності були значимо ($p=0,022$) вище, ніж у пацієнтів, страждаючих ПСЗ.

При порівнянні показників ШКМ представителів різних гендерів співробітників ОВД (таб. 2) були отримані дані, що свідчать про те, що значимі ($p\leq 0,03$) гендерні відмінності спостерігаються тільки в межах групи респондентів в стані ППД і у практично здорових, адаптованих: більш високі показники шкали цинізму у представителів групи ППД і більш високі показники шкали агресивності у представителів групи ПЗ мали місце у чоловіків.

Згідно з результатами проведеного кореляційного аналізу Спірмена показників методики ШКМ і інтегральних шкал тесту ДУЗВ (таб. 3) у практично здорових представителів обох гендерів співробітників ОВД має місце значима позитивна кореляційна зв'язь між вираженістю всіх розглянутих проявів ворожбності і

Таблиця 1

Результати однофакторного дисперсійного аналізу Фішера (ANOVA) показників методики ШКМ співробітників ОВД

гендер	шкала	Середнє			ППД-ПСЗ		ППД-ПЗ		ПСЗ-ПЗ	
		ППД	ПСЗ	ПЗ	F	p	F	p	F	p
М	Ц	52,61	45,98	47,1	20,3	1E-05	20,71	6E-06	1,222	0,269
	A	33,04	27,42	30,64	19,82	1E-05	5,694	0,017	14,93	1E-04
	B	18,48	15,77	15,19	6,396	0,012	21,43	4E-06	0,979	0,323
Ж	Ц	48,09	46,61	45,83	0,295	0,589	1,109	0,294	0,173	0,678
	A	31,0	29,12	28,8	0,938	0,336	1,99	0,16	0,056	0,813
	B	16,06	16,8	14,69	0,347	0,558	1,879	0,172	5,298	0,022

Таблиця 2

Результаты однофакторного дисперсионного анализа Фишера (ANOVA) показателей методики ШКМ сотрудников ОВД

группа	ППД			ПСЗ			ПЗ		
шкала	Ц	А	В	Ц	А	В	Ц	А	В
F	4,835	1,361	2,927	0,097	1,104	0,62	1,42	4,971	0,778
p	0,03	0,246	0,09	0,755	0,295	0,432	0,234	0,026	0,378

Таблиця 3

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей ШКМ и интегральных шкал методики ДУЭВ

гендер		МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
шкалаДУЭВ		Н	Р	И	Н	Р	И
ШКМ		ППД					
Ц	r	0,046	0,097	-0,08	0,491	0,513	0,358
	p	0,678	0,384	0,466	0,003	0,002	0,038
А	r	0,019	0,112	-0,03	0,274	0,229	0,292
	p	0,862	0,314	0,765	0,117	0,194	0,094
В	r	0,088	0,057	0,044	0,321	0,417	0,389
	p	0,429	0,61	0,694	0,064	0,014	0,023
группа		ПСР					
Ц	r	0,145	0,232	0,288	0,484	0,571	0,565
	p	0,09	0,006	6E-04	0,001	1E-04	1E-04
А	r	0,179	0,296	0,328	0,22	0,381	0,409
	p	0,035	4E-04	8E-05	0,167	0,054	0,008
В	r	0,084	0,222	0,224	0,25	0,171	0,297
	p	0,327	0,009	0,008	0,116	0,286	0,059
группа		ПЗ					
Ц	r	0,14	0,301	0,229	0,166	0,24	0,218
	p	4E-04	2E-14	8E-09	0,048	0,004	0,009
А	r	0,145	0,315	0,236	0,135	0,231	0,218
	p	3E-04	8E-16	2E-09	0,109	0,006	0,009
В	r	0,174	0,21	0,251	0,247	0,31	0,284
	p	1E-05	1E-07	2E-10	0,003	2E-04	6E-04

активностью всех трех фаз синдрома эмоционального выгорания ($r \geq 0,14$; $p \leq 0,048$).

Данные взаимосвязи в случае развития нарушений психологической адаптации начинают утрачиваться. Так у представителей мужского гендера группы ПСЗ исчезает корреляционная связь активности фазы напряжения с выраженностью цинизма и враждебности ($r \leq 0,145$; $p \geq 0,09$), а у респондентов, составивших группу ППД какие-либо корреляционные связи вообще отсутствуют ($r \leq 0,122$; $p \geq 0,314$).

В рамках женского гендера у пациенток, страдающих ПСЗ сохраняются только положительные корреляционные связи между уровнем цинизма и всеми фазами СЭВ, тогда как у респонденток, составивших группу ППД, данные взаимосвязи дополняются статистически значимыми корреляциями между враждебностью и фазами резистенции и истощения ($r \geq 0,389$; $p \leq 0,014$). Следует особо отметить, что

у женщин-сотрудниц ОВД с нарушениями психологической адаптации (как в случае развития ППД, так и ПСЗ) агрессивность никоим образом не связана ни с одной из фаз эмоционального выгорания ($r \leq 0,409$; $p \geq 0,054$).

Выводы

Приведенные выше результаты настоящего исследования дают возможность утверждать, что цинизм, причем достаточно выраженный, являясь психологической характеристикой, присущей сотрудникам ОВД вне зависимости от их адаптационных возможностей, в большей степени выражен все же у мужчин. У мужчин развитие состояния парциальной психической дезадаптации приводит к усилению всех характеристик враждебности, а для женщин данная тенденция не свойственна.

Кроме того, у практически здоровых сотрудников ОВД психологический феномен

враждебности в меньшей степени выражен у «выгорающих» индивидов, тогда как в случае нарушения психической адаптации зависимость враждебности от активности процессов эмоционального выгорания утрачивается, причем наиболее выражены данные тенденции у мужчин в случае развития состояния парциальной психической дезадаптации, а у женщин — в случае возникновения психосоматических заболеваний.

Таким образом, на первый взгляд, наблюдается нивелирование одного из важнейших проявлений эмоционального выгорания — враждебности. Однако, учитывая тот факт, что результаты, полученные при обследовании группы здоровых, адаптированных сотрудников ОВД, полностью согласуются с данными научной литературы [7, 8], а у лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации уровень враждебности значительно выше, чем у

практически здоровых, представляется возможным утверждать, что в случае нарушения психологической адаптации враждебность начинает выступать в качестве проявлений не эмоционального выгорания, а уже неких иных дезадаптационных процессов. Данное утверждение свидетельствует о вторичности проявлений враждебности у сотрудников ОВД и указывает на необходимость обязательного выяснения причины его выраженности, индивидуальной для каждого пациента.

Подводя итог вышесказанному, следует подчеркнуть, что такая диагностика должна предшествовать проведению психокоррекционных мероприятий в системе органов внутренних дел, которые, по убеждению автора, в обязательном порядке должны носить не стандартизированный, а исключительно индивидуально-ориентированный характер.

Литература

1. Organization W. H. «Staff burnout». Guedelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders / W. H. Organization. — N.Y., 1984. — 215 p.
2. История советской психологии труда. Тексты. (20-30-е годы XX века). [ред.-составит.: В. П. Зинченко, В. М. Мунипов, О. Г. Носкова.]. — М.: Изд.-во Моск. ун.-та, 1983. — С. 132.
3. Абдуллаева М. М. Профессиональная идентичность личности: психосемантический подход / М. М. Абдуллаева // Психологический журнал — 2004. — №2 (2). — С. 86–95.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина — СПб: Питер, 2001. — С. 146–181.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998. — С. 161–169.
6. Практикум по девиантологии / [под ред. Ю. А. Клейберг]. — СПб.: Речь, 2007. — С. 124–126.
7. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова — СПб: Питер, 2009.— 336 с.
8. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психологический журнал — 2001. — т. 22, № 1.— С. 90–101.

УДК 616.31-083-053.2:616.891

Особливості проведення професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота у дітей з психоневрологічними вадами



Прохно О. І.

Прохно О. І.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології і профілактики стоматологічних захворювань

Резюме. В статті представлені результати изучения гігієнічного состояния полости рта 164 детей с психоневрологическими отклонениями. Представлены дифференцированные схемы гигиенического обучения и воспитания данного контингента детей с учетом степени снижения их интеллектуального развития и особенности восприятия информации.

Ключевые слова: дети, гигиена полости рта, психоневрологические отклонения в развитии.

Features of professional and personal oral hygiene in children with neuropsychiatric disabilities

Prohno A.I.

National Medical University O.O. Bohomolets

Resume. In the article presents results of studying of oral hygiene level of 164 children with psycho-neuralgic deviations. Was elaborated the differential curricula for hygiene training and bringing-up of children of the selected category with consideration of lower level of their mental development and peculiarities of information perception.

Key words: intellect, oral hygiene, psycho-neuralgic deviations.

Стоматологічна допомога дітям з психоневрологічними вадами на сьогоднішній день є недостатньою, що зумовлено складністю її надання даному контингенту дітей. Наслідком цього є кризовий рівень інтенсивності та розповсюдженості стоматологічних захворювань у таких дітей [1;2;3;7;8]. Перспективним та чи не єдиним із можливих шляхів покращення стоматологічного статусу є профілактика, провідним компонентом якої є гігієна порожнини рота.

Відомо, що діти з психоневрологічними вадами мають особливе сприйняття інформації [5;6], в тому числі щодо гігієнічного догляду за порожниною рота, що залежить від ступеню зниження їх інтелектуального розвитку. Тому підхід до проведення професійної гігієни та навчання індивідуальному догляду за порожниною рота даному контингенту дітей повинен бути диференційованим.

Метою дослідження було обґрунтування особливостей проведення професійної гігієни порожнини рота та розробка диференційованих схем гігієнічного навчання дітей з психоневрологічними вадами з врахуванням ступеню зниження їх інтелектуального розвитку.

Матеріали і методи дослідження.

Проведено стоматологічне обстеження 164 дітей з психоневрологічними розладами різного генезу, що знаходяться у будинках-інтернатах м. Києва.

Основний діагноз згідно «Закону України про психіатричну допомогу» статті 7,27 встановлював спеціаліст — психіатр [4]. Розподіл дітей основної групи, в залежності від інтелектуального розвитку, був проведений згідно МКБ-10:

- I підгрупу — 32 дитини, склали діти з олігофренією легкого ступеня («дебільність»);
- II підгрупу — 115 дітей з олігофренією середнього ступеня («імбецильність»);
- III підгрупу — 17 дітей з олігофренією тяжкого ступеня («ідіотія»).

Рівень гігієнічного догляду за порожниною рота оцінювали шляхом стоматологічного обстеження та збору гігієнічного анамнезу. Для цього використовували спеціально розроблену спільно з психіатром анкету.

Гігієнічний стан порожнини рота визначали за допомогою індексів Green-Vermillion (1964), та Федорова-Володкіної (1976).

Початковий рівень знань відносного гігієнічного догляду за порожниною рота виявляли за допомогою анкетного опитування та спостереження за даним контингентом дітей.

Уроки гігієнічного навчання, різні за характером та тривалістю, проводились в усіх трьох підгрупах дітей. Необхідну інформацію подавали у вигляді ігор, змагань, тощо. Засвоєння інформації перевіряли протягом кількох тижнів. Оцінювали також рівень оволодіння навичками та види рухів, які можуть повторити діти тієї чи іншої підгрупи.

Результати дослідження та їх обговорення

Діти з легким ступенем розумової відсталості характеризуються достатнім рівнем інтелектуального розвитку, здатністю до засвоєння спеціальних програм, які базуються на конкретно — наочному навчанні, що проводиться в повільному темпі, а також здатністю до оволодіння нескладними навичками, відносно адекватністю та самостійністю. Вони здатні оволодіти основними навичками індивідуальної гігієни порожнини рота та виконувати їх самостійно.

Результати дослідження свідчать, що у дітей з легким ступенем зниження інтелекту проведення професійної гігієни порожнини рота можливе за допомогою ультразвукових та ручних скейлерів. У цих дітей дані заходи проводяться в 1 відвідування. Завершальним етапом професійної гігієни є полірування поверхонь зубів щіточками з абразивними пастами.

Після проведення професійної гігієни важливим є постійне підтримання належного рівня індивідуальної гігієни порожнини рота дітьми з психоневрологічними вадами. За участю психіатра було розроблено плани-конспекти уроків з гігієни порожнини рота, які враховували особливості сприйняття інформації та можливості відтворення мануальних рухів дітьми з різним ступенем зниження інтелекту.

В групі дітей з легким ступенем зниження інтелекту проведення уроків гігієни порожнини рота не викликало особливих труднощів. Для проведення занять в групу дітей можуть входити до 4-х чоловік, форма занять — ігрова, що викликає інтерес до змагання. При виборі зубної пасти надавалась перевага зубним пастам з дозаторами для полегшення дій дітей. Даний контингент дітей здатний засвоїти кругові рухи зубної щітки, тому надавалась перевага зубній щітці з 2-х рівневою щетиною. Ручка зубної щітки повинна бути масивною та яскравою. Діти можуть повноцінно полоскати порожнину рота.

Аналіз результатів навчання індивідуальної гігієни порожнини рота свідчить про те, що після проведених уроків гігієни гігієнічні індекси порожнини рота значно покращилися і відповідали «задовільному» рівню гігієни. Індекси Green-Vermillon та Федорова-Володкіної становили $0,86 \pm 0,04$ та $1,73 \pm 0,05$ відповідно ($p < 0,05$). В динаміці спостереження дані показники поступово погіршувались і через 4 місяці відповідали «незадовільний» гігієні порожнини рота (Green-Vermillon = $1,88 \pm 0,09$; Федорова-Володкіної = $2,16 \pm 0,04$) ($p < 0,05$). Через 6 місяців значення даних показників поверталися до початкових значень: індекси Green-Vermillon ($2,66 \pm 0,33$) та Федорової-Володкіної ($2,61 \pm 0,06$) відповідали «поганій» гігієні порожнини рота. Таким чином, уроки стоматологічного гігієнічного

навчання та професійну гігієну порожнини рота у дітей з легким ступенем ураження інтелекту потрібно проводити 1 раз на 4 місяці.

Діти із середнім ступенем розумової відсталості («імбецильність») менш контактні, більш здатні до подразливості, аніж до сприйняття та засвоєння інформації, їм доступні деякі навички самообслуговування. Вони можуть самостійно оволодіти навичками елементарної гігієни та здатні оволодіти деякими навичками індивідуальної гігієни порожнини рота. Особливістю гігієнічного навчання і виховання для дітей є проведення тільки індивідуальних занять.

Проведення професійної гігієни порожнини рота у цій підгрупі дітей, також можливо за допомогою ультразвукових, ручних скейлерів та крючків з наступним поліруванням поверхонь зубів щіточками з абразивними пастами. Проте, ці маніпуляції проводяться в 2-3 відвідування.

Об'єктивна оцінка якості оволодіння навичками по догляду за порожниною рота була проведена за допомогою гігієнічних індексів. Після навчання індивідуальній гігієні порожнини рота дітей з середнім ступенем тяжкості ураження інтелекту індекси Green-Vermillon ($1,74 \pm 0,05$) та Федорова-Володкіної ($1,63 \pm 0,03$) відповідали «задовільний» гігієні порожнини рота. Погіршення гігієнічного стану в даній групі дітей спостерігалось через 3 місяці. Індекси Green-Vermillon ($2,14 \pm 0,05$) та Федорова-Володкіної ($2,48 \pm 0,03$) ($p < 0,05$) відповідали «незадовільному» рівню гігієни. Через 4 місяці дані показники не відрізнялись від початкових значень. Тому для підтримання належного рівня гігієни, проведення повторних процедур професійної гігієни порожнини рота з наступним повторенням стоматологічного гігієнічного навчання в даній групі дітей необхідно проводити 1 раз на 2-3 місяці.

Стоматологічне гігієнічне навчання дітей із тяжким ступенем зниження інтелекту нами проводилось індивідуально з кожною дитиною. Переважна кількість дітей з олігофренією ступеню «імбецильності» можуть засвоїти лише зворотно — поступальні рухи зубної щітки, тому їм для догляду за порожниною рота було запропоновано зубні щітки з щетиною criss-cross (Oral-B). Зважаючи на некоординованість рухів, а також з метою мотивації до утримування зубних щіток в руках, цій підгрупі дітей були запропоновані зубні щітки з масивними ручками. Враховуючи розвинений у них «хапальний рефлекс», на ручки щіток прилаштовували іграшки, кульки, тощо. Зубну пасту на щітку діти наносити не можуть. Полоскання порожнини рота неповноцінне, тому ці діти повинні виконувати догляд за порожниною рота лише під наглядом батьків, або медичного персоналу.

Діти з тяжкою формою розумової відсталості («ідіотія»), характеризуються обмеженими емоціями, виявленням задоволення та незадоволення. Будь — яка осмислена діяльність, в тому числі навички по самообслуговуванню у них відсутні, статистичні та локомоторні функції недорозвинені. Вони не здатні до самообслуговування.

Особливість проведення професійної гігієни порожнини рота в групі дітей з тяжким ураженням інтелекту полягала в можливості тільки механічного (ручного) видалення зубного каменю, яке проводилось в 3-4 відвідування. При цьому важливим є проведення попередньої підготовки даного контингенту дітей за допомогою седативних препаратів рослинного походження протягом 5-7 днів. Нами були застосовані екстракт валеріани, настій пустирника.

При спробах стоматологічного гігієнічного навчання нам не вдалося підібрати таку форму навчання, яка б підходила дітям з тяжким ступенем ураження інтелекту. Даний контингент дітей не здатний засвоїти та повторити інформацію щодо індивідуальної гігієни порожнини рота, будь-яка осмислена діяльність для них недоступна. Утримувати зубну щітку вони не можуть, мотивація до її утримання відсутня. Тому проведення догляду за порожниною рота таким дітям повністю полягає на батьків або медичний персонал. Головною метою

при цьому є зацікавити дитину, щоб не викликати з її боку обурення та супротиву. Дитину обов'язково потрібно хвалити за правильну поведінку та співпрацю, а в кінці процедури — обов'язково винагорода. Полоскання ротової порожнини проводять за допомогою пустиря над ванночкою.

Після проведення професійної гігієни порожнини рота в даній групі дітей нам вдалося знизити показники індексів гігієни лише до «незадовільного» рівня. Індекси Green-Vermillon та Федорова-Володкіної склали $1,86 \pm 0,13$ та $2,16 \pm 0,09$ відповідно. Вихідним значенням дані індекси в групі дітей з тяжким ступенем зниження інтелекту відповідали вже через 5 тижнів. Індекси Green-Vermillon ($2,66 \pm 0,09$) та Федорова-Володкіної ($3,21 \pm 0,09$) відповідали «поганій» гігієні порожнини рота. Тому нагляд з боку стоматолога та заходи з підтримання гігієнічного стану порожнини рота в даній групі дітей повинні проводитися кожен місяць.

Висновки

Таким чином, підхід до гігієнічного стоматологічного навчання дітей з психоневрологічними вадами розвитку повинен бути диференційованим і враховувати ступінь зниження інтелекту, що впливає на рівень сприйняття інформації та засвоєнні навичок по догляду за порожниною рота.

Література

1. Афанасьєва Л.Р. Оценка клинического состояния и возможностей профилактики заболеваний тканей пародонта у детей с нарушением развития интеллекта.: Автореф. дис... к.м.н. — Минск. 2000. — 19 с.
2. Ковальчук Н.В. Кариес зубов и его профилактика у школьников с нарушением развития интеллекта. : Автореф. канд. мед. наук. — Минск. — 1999. — 19с.
3. Лисак Т.Ю. Особливості клінічного перебігу та лікування захворювань пародонту у психічно хворих дітей. // Дис. канд.мед.наук Львів. — 1996. — 169 с.
4. Закон про психіатричну допомогу // Київ. 2000р. — 50 с.
5. Булахова Л.А. Детская психоневрология // Киев. 2001г. — 494с.
6. Психическое здоровье населения Украины. (Основная анкета). // Киев. — 2002. — 300 стр.
7. Nowak A.I. Dentistry for the Handicapped Patient. //C.V. Mosby, 1976. — P.60-63.
8. Nunn I. The dental health of mentally and physically handicapped children.// Cjmmuniti Dent. Health. — 1987. — Nr.2. — P. 157-168.

Психологічні особливості перебігу алкогольної залежності серед жінок з різним типом статевої ролі «Я-концепції»



Рябухін К. В.

Рябухін К. В.

Одеський національний медичний університет

Резюме. У статті наведено дослідження особливостей порушень статевої ролі «Я-концепції» у вигляді загострення маскуліних та фемінінних рис. Проведене дослідження дало змогу виявити зв'язок між статевою роллю «Я-концепцією» та мотивами споживання алкоголю, а також видами алкогольних напоїв, яким певні типи жінок надають перевагу. Також показано залежність порушень статевої ролі установок від терміну зловживання алкоголем.

Ключові слова: жіночий алкоголізм, статева роль «Я-концепція», фемінінність, маскуліність, мотивація, мотиви вживання алкоголю, алкогольна залежність у жінок.

Psychological characteristics of course alcohol dependence among women with different types of gender «Self-conception»

Ryabukhin K. V.

Resume. The paper presents studies of the gender role violations «self-concept» in the form of acute masculine and feminine traits. The study revealed the relationship between gender «Self-conception» motives and alcohol consumption, as well as types of alcoholic beverages, which prefer certain types of women. Also shows the settings of violations gender «Self-conception» term alcohol abuse.

Key words: female alcoholism, sex «self-concept», femininity, masculinity, motivation, motivation drinking, alcohol dependence in women.

Вступ

Алкоголізм — серйозна проблема, до якої схильні люди будь-якого віку і статі. Але є відмінності в причинах виникнення і перебігу цієї хвороби. Особливо це відчутно, коли розглядається алкоголізм у жінок [3].

В даний час поряд із загальним зростанням алкоголізації населення і збільшенням захворюваності на алкоголізм наголошується виразна тенденція до зростання питомої ваги жіночого алкоголізму по відношенню до чоловічого (від 1:12 до 1:5). Серед безлічі причин можна виділити зростання економічної і моральної незалежності жінок, збільшення нервово-психічних і фізичних навантажень (стреси, особисті проблеми і ін.) [5]. Слід зазначити, що ставлення до жінки, залежної від алкоголю, в суспільстві більш негативне, у зв'язку з чим звернення до психіатра-нарколога відбувається, як правило, вже на стадії алкогольної залежності, коли втрачено соціальний і сімейний статус. Дана категорія жінок має вкрай низьку самооцінку, що ускладнює терапевтичний супровід та організацію протирецидивного лікування [6].

Вживання алкоголю жінками є результатом впливу різних соціальних, культуральних, психологічних, патопсихологічних і біологічних факторів. Згідно з таким підходом патологічний потяг до психоактивних речовин розглядається ширше, як результат комплексного впливу

конституційно — біологічних і зовнішніх факторів. В основі такої взаємодії лежить комплекс патофізіологічних і патопсихологічних змін, наявність соматоневрологічної патології та багатьох інших обставин [5].

Зарубіжні дослідження порушень статевої поведінки жінок, хворих на алкоголізм, направлені на вивчення у них показників маскуліності і фемінінності, які можуть усвідомлюватися, але можуть протікати й на несвідомому рівні. У вітчизняній літературі дослідження цієї проблеми стосується визначення морфоконституційних, психічних, поведінкових особливостей жінок, що зловживають алкоголем. С.В. Цицарев виділив три основні групи жінок, що страждають на алкоголізм: з підвищеною маскуліністю, з підвищеною фемініністю, з однаковим співвідношенням чинників фемінінності-маскуліності. Полярні зміни характеру і поведінки жінок, які зловживають алкоголем, що виражаються переважанням фемінінних та маскуліних рис, позначених як морфоконституційні, або конституційно-психологічні (за Л.К. Шайдуковою) [4].

Таким чином, питання основних біо-соціо-психологічних детермінант формування алкогольної залежності, а також проблема впливу хронічного алкоголізму на фізичне та психічне здоров'я жінки обумовлює актуальність наведеного дослідження.

Мета: вивчення вподобань, провідних мотивів споживання алкоголю та особливостей статево-рольової поведінки жінок, що страждають на алкоголізм.

Контингенти та методи

В ході дослідження було продіагностовано 92 жінки, що мали діагноз хронічний алкоголізм. В дослідженні використовували психодіагностичний метод. Клініко-психологічне обстеження проводилось з використанням методів спостереження, клінічного інтерв'ю, а також психологічного тестування за допомогою методики визначення мотивації вживання алкоголю (МВА) за В.Ю. Зав'яловим та статево-рольової ACL-шкали А.В. Neilbrun.

Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою статево-рольової ACL-шкали А.В. Neilbrun, що включає дві субшкали — маскулінності і фемінінності, було досліджено статево-рольову Я-концепцію жінок.

ACL-шкала орієнтована на андрогенну статево-рольову модель, згідно якої маскулінність і фемінінність є незалежними утвореннями, тобто індивід може бути одночасно як високомаскулінним, так і високофемінінним. За даними

О.С.Кочаряна, вказана шкала чутлива до соціального рівня маскулінності/фемінінності, тобто вона відображає статево-рольову Я-концепцію індивіда [2].

Обстежувані жінки оцінювали за 5-бальною шкалою вираженість в собі якостей, представлених в маскулінній і фемінінній субшкалах.

Серед досліджених жінок з алкогольною залежністю були виділені наступні типи статево-рольової Я-концепції: гіпермаскулінний тип (41 хвора — $44 \pm 5\%$), гіперфемінінний тип (16 хворих — $17 \pm 4\%$), маскулінно-фемінінний (андрогінний) тип (35 хворих — $38 \pm 5\%$).

Гіпермаскулінний тип характеризувався рядом психічних і поведінкових особливостей, таких як: жорсткість, рішучість, емоційна холодність, високомірність, агресивність, асертивність, схильність до ризику. Для жінок даного типу були властиві прагнення до незалежності, самостійності, бажання домінувати, демонстрація небажання підкорюватися. В динаміці розвитку алкоголізму у обстежених жінок на перший план все більш виступали грубі поведінкові відхилення, а також зниження морально-етичних норм.

Гіперфемінінний тип характеризувався такими рисами, як підлегливість, навіюваність,

Таблиця 1

Розподіл жінок з алкоголізмом за типами статево-рольової «Я-концепції»

Термін зловживання алкоголем	Гіпермаскулінний тип		Гіперфемінінний тип		Маскулінно-фемінінний тип	
	N=45	%	N=15	%	N=32	%
до 3-х років	3	3 ± 2	2	2 ± 2	16	17 ± 4
3-5 років	4	4 ± 2	2	2 ± 2	8	9 ± 3
5-10 років	17	18 ± 4	6	6 ± 2	7	8 ± 3
більш ніж 10 років	21	23 ± 4	5	5 ± 2	1	1 ± 1

Таблиця 2

Розподіл жінок за вподобаннями до певних видів алкогольних напоїв

Види алкогольних напоїв	Гіперфемінінний тип		Гіпермаскулінний тип		Маскулінно-фемінінний тип	
	N=15	%	N=45	%	N=32	%
Слабоалкогольні напої:						
- пиво	2	13,33	8	17,78	5	15,62
- коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренді-кола та ін.)	3	20	1	2,22	7	21,88
- вино, вермути	3	20	4	8,89	5	15,62
- сідр	1	6,67	1	2,22	0	0
Міцні спиртні напої:						
- бренді	0	0	1	2,22	0	0
- віскі	1	6,67	6	13,33	2	6,25
- горілка	2	13,33	12	26,67	5	15,62
- джин	0	0	1	2,22	0	0
- коньяк	0	0	3	6,67	2	6,25
- лікер	2	13,33	0	0	2	6,25
- ром	0	0	2	4,44	1	3,13
- спиртні настоянки	1	6,67	1	2,22	2	6,25
- самогон	0	0	5	11,11	1	3,13

покірність, схильність до компромісів, прагнення слідувати соціальним стандартам, емоційність, емпатійність. Іноді ці риси доповнювалися м'якістю, жіночністю, відсутністю оригінальності, вузькістю інтересів, банальністю думок, трафаретністю вчинків.

Разом з тим, перебільшувана фемінінність виявлялася і в посиленні конформності.

Маскулінно-фемінінний тип визначався за однаковою вираженістю маскулінних і фемінінних якостей в молодому віці — до 35 років. Це є непрямим підтвердженням того, що в більшості випадків маскулізації і фемінізації хворих на алкоголізм жінок є придбаними, пов'язаними з тривалою алкоголізацією.

Таким чином слід відзначити, що предиктори гіпермаскулінного та гіперфемінінного типів наголошуються в маскулінно-фемінінному типі, проте у частини хворих посилюються риси, властиві жінкам в перебільшуваному варіанті, у інших — переважають чоловічі риси в характері та поведінці.

На другому етапі дослідження було проведене клінічне інтерв'ю з жінками, з метою визначення видів алкогольних субстратів, яким ті надають перевагу, тобто саме ті види напоїв, до яких існує залежність.

Серед досліджуваних жінок з гіперфемінінним типом більшість віддавали перевагу таким алкогольним напоям: слабоалкогольні напої — коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренд-кола та ін.) — 20% (3 особи), вино, вермути — 20% (3 особи); міцні спиртні напої: лікер — 13,33% (2 особи), горілка — 13,33% (2 особи). Серед досліджуваних жінок гіпермаскулінного типу у вживанні переважають такі спиртні напої: горілка — 26,67% (12 осіб), пиво — 17,78% (8 осіб), віскі — 13,33% (6 осіб). З таблиці 2 також видно, що жінки з гіпермаскулінним типом статеворольової «Я-концепції» віддають перевагу міцним спиртним напоям, а жінки з гіперфемінінним

типом в переважній більшості мають залежність від слабоалкогольних речовин. Серед жінок андрогінного типу статеворольової «Я-концепції» найбільшу перевагу було віддано коктейлям — 21,88 % (7 осіб); серед міцних спиртних напоїв переважає прихильність до горілки — 15,62% (5 осіб). Слід зазначити, що розподіл між міцними та слабоалкогольними напоями в останній групі досліджуваних майже рівний з невеликим переважанням вподобань до слабоалкогольних напоїв. Це може бути зумовлено віковими особливостями даної групи.

Для виявлення і аналізу основних мотивів вживання алкоголю жінками був використаний опитувальник В.Ю. Зав'ялова. Даний опитувальник дозволяє виділити групу мотивів вживання алкоголю, характерну для кожного досліджуваного.

Дані щодо алкогольної мотивації в обстежених наведено в табл. 3.

З таблиці 3 відмічається, що серед жінок з гіперфемінінним типом статеворольової «Я-концепції», переважають такі мотиви прийому алкоголю як: мотиви компульсивного потягу — 20% (3 жінки), атарактичні мотиви — (20% (3 жінки) та мотиви гіпермотиваційного напруження — 20% (3 жінки). Серед досліджуваних жінок з гіпермаскулінним типом, які мають алкогольну залежність, провідними мотивами були також мотиви компульсивного потягу — 17,78% (8 жінок), гедоністичні мотиви — 15,56% (7 жінок) та адиктивні мотиви — 13,33% (6 жінок). Серед жінок змішаного типу переважають наступні мотиви: компульсивного потягу — 18,75% (6 жінок), гедоністичні — 15,63% (5 жінок) та атарактичні — 15,63% (5 жінок).

Також дані таблиці свідчать, що для жінок гіперфемінінного типу, у порівнянні з жінками гіпермаскулінного типу, в більшій мірі характерними були мотиви соціальної тріади: соціально-комунікативні, субмісивні, соціально-інтегративні

Таблиця 3

Характеристика мотивів алкоголізації жінок з різними типами статеворольової «Я-концепції»

Мотиви прийому алкоголю	Гіперфемінінний тип		Гіпермаскулінний тип		Маскулінно-фемінінний тип	
	N=15	%	N=45	%	N=32	%
Соціально-комунікативні	2	13,33	4	8,89	3	9,38
Субмісивні	2	13,33	3	6,67	4	12,5
Соціально-інтегративні	1	6,67	4	8,89	2	6,25
Гедоністичні мотиви	0	0	7	15,56	5	15,63
Атарактичні мотиви	3	20	5	11,11	5	15,63
Мотиви гіпермотиваційного напруження	3	20	5	11,11	3	9,38
Патологічні мотиви						
Адиктивні мотиви	1	6,67	6	13,33	2	6,25
Мотиви самоушкодження	0	0	5	11,11	2	6,25
Мотив компульсивного потягу («похмільна мотивація»)	3	20	8	17,78	6	18,75

(різниця між групами є достовірною, $p < 0,05$). Психологічні та патологічні мотиви зустрічались в обох досліджених групах з примірно рівною частотою. Жінки з маскулінно-фемініним типом мають досить рівний розподіл за трьома тріадами мотивів.

Висновки

1. В процесі наукового дослідження було з'ясовано, що для жінок, що страждають на хронічний алкоголізм, характерними є порушення статевої ролі «Я-концепції» у вигляді гіпермаскулінізації (в переважній більшості випадків) та гіперфемінізації. При цьому в переважній більшості жінки вищезазначених типів зловживали алкоголем досить тривалий час, а саме — більш ніж 5 років.
2. Маскулінно-фемініний тип жінок визначався лише в молодому віці — до 35 років, що свідчить про той факт, що в більшості випадків маскулінізація і фемінізація жінок, хворих на алкоголізм є надбаними, пов'язаними з тривалою алкоголізацією.
3. В результаті проведеного дослідження визначено, що тип статевої ролі «Я-концепції» впливає на вибір алкогольної речовини та мотивацію її прийому, що повинно враховуватись при побудові лікувальних, психотерапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів серед осіб з алкогольною залежністю жіночої та чоловічої статі.
4. Серед досліджуваних жінок з гіперфемініним типом більшість віддавали перевагу таким алкогольним напоям: слабоалкогольні напої — коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренді-кола та ін.), вино, вермути; міцні спиртні напої: лікер, горілка. Серед досліджуваних жінок гіпермаскуліного типу у вживанні переважають такі спиртні напої: горілка, пиво, віскі. Серед жінок андрогінного типу статевої ролі «Я-концепції» найбільшу перевагу було віддано коктейлям; серед міцних спиртних напоїв переважає прихильність до горілки.
5. Серед жінок з гіперфемініним типом статевої ролі «Я-концепції», переважають такі мотиви прийому алкоголю як: мотиви компульсивного потягу, атарактичні мотиви та мотиви гіпермотиваційного напруження. Серед досліджуваних жінок з гіпермаскуліним типом, які мають алкогольну залежність, провідними мотивами були також мотиви компульсивного потягу, гедоністичні мотиви та адиктивні мотиви. Серед жінок андрогенного типу переважають наступні мотиви: компульсивного потягу, гедоністичні та атарактичні.

Література

1. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / Ю. В. Завьялов. Новосибирск: Наука, 1988. 198 с.
2. Кочарян А.С. Личность и половая роль / Кочарян А.С. — Х: «Основа», 1996.- 127 с. — Библиогр.: с. 117-123.
3. Немчин Т.А. Личность и алкоголизм / Т.А.Немчин, С.В.Цицарев — Л.: Издательство Ленинградского университета, 1989. — 192с.
4. Шайдукова Л.К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем // Практическая медицина. — 2012, №2, с.118
5. Edwards G. A comparison of female and male motivation for drinking / G. Edwards, // International Journal of the Addictions. 1973. Vol. 8, № 4. P. 577–587.
6. Hasking P. A. Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample / P. A. Hasking, T. P. S. Oei // Addictive Behavior. 2007. Vol. 32, № 1. P. 99–113.

Основні напрямки психокорекційної та психопрофілактичної роботи з хворими на псоріаз



Онищенко І. В.

Онищенко І. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. В данной статье рассматривается проблема психокоррекционной помощи и психопрофилактики возникновения дезадаптации у больных псориазом. Недооценка психологических факторов этого психосоматического заболевания, его влияние на развитие личности, изменение образа жизни больного, отсутствие простых и объективных методов диагностики — все это, в значительной степени влияет на актуализацию проблемы разработки эффективных методов коррекции и профилактики возникновения дезадаптации у больных псориазом. Все чаще встает вопрос об учете этих факторов при постановке цели психотерапии, которая в свою очередь, носила бы системный характер.

Ключевые слова: псориаз, психологическая коррекция, профилактика дезадаптации, психотерапия, психосоматическое заболевание, дезадаптация.

Basic psychocorrectional and psycho preventive work with patients with psoriasis

Onishchenko I. V.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Resume. This article deals with the problem of psychocorrectional assistance and psychoprophylaxis of desadaptation in patients with psoriasis. Underestimating the psychological factors of psychosomatic disease, its impact on personal development, lifestyle changes the patient, the lack of simple and objective methods of diagnosis — is it a significant impact on the actualization of the problem of developing effective methods of correction and prevention of desadaptation in patients with psoriasis. Increasingly, there is a question of accounting for these factors when setting goals of psychotherapy, which in turn would be of a systematic character.

Key words: psoriasis, psychological adjustment, maladjustment prevention, psychotherapy, psychosomatic illness, desadaptation.

Актуальність. Псоріаз (лускатий лишай) — найбільш поширене хронічне, часто рецидивуюче, системно полігенне і мультифакторіальне захворювання [15, 17]. Серед психосоматичних захворювань поширеність псоріазу за різними джерелами літератури серед населення Землі становить від 0,1% до 7% [2, 12]. В наш час існують вельми різні концепції, які стосуються етіопатогенезу псоріатичної хвороби. Проте, не дивлячись на багаточисельні дослідження, етіологія та патогенез псоріазу вважається ще недостатньо встановленими [1, 15, 17].

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 праці [4, 16].

Викладення матеріалу. Зміни в економічному, соціальному та екологічному становищі населення України і планети в цілому привели до того, що структура захворюваності змінилася в бік зростання соматоформних розладів і захворювань, які прийнято відносити до психосоматичних і все більш актуальною стає задача

психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги, а також розробка методів їх психопрофілактики [7].

В міру поглиблення патохарактерологічних властивостей (паранойяльний — іпохондричний розвиток) наростає занепокоєння станом здоров'я, що набуває характер надцінних утворень [6]. На перший план виходять вимоги все нових обстежень, ефективних методів лікування [18, 19, 20]. Не задовольняючись результатами медичних заходів, хворі переходять від одного лікаря до іншого, часто вдаються до самолікування, що ще більш посилює перебіг шкірного захворювання: обробляють шкіру подразнюючими рідинами (спирт, концентрований розчин калію перманганату), виснажують себе дієтами [3, 5]. Поряд з цим, поступово змінюється весь спосіб життя, пацієнти вибирають види діяльності, які, на їх думку, не ускладнюють дерматологічну патологію, встановлюють в сім'ї правила, спрямовані на підтримку щадного режиму [3, 5, 18, 19, 20].

Багато авторів відзначають, що недооцінка психологічних чинників при хронічних дерматозах знижує ефективність лікування [2, 12, 17]. Лікування подібних розладів, в особливості

псоріазу, традиційними дерматологічними методами неефективне й потребує комплексного підходу [9].

У зв'язку з цим для комплексного етіопатогенетичного лікування псоріазу необхідна своєчасна діагностика та корекція психосоматичних розладів [23]. Однак дане питання до теперішнього часу залишається недостатньо розробленим [1]. Це пояснюється відсутністю простих і одночасно об'єктивних методів діагностики психологічних розладів і необхідністю оцінки стану вегетативної нервової системи, складністю діагностики і відсутністю стандартизованих методик [14].

Якщо взяти до уваги ранній початок захворювання, то стає очевидним, що розвиток особистості таких хворих протікає в специфічних умовах, створених захворюванням [13, 15]. Як показують клінічна практика і ряд проведених досліджень, однією з найважливіших умов, що сприяють формуванню аномальних рис особистості, є характер відношення хворого до свого захворювання, тобто те, як відображається хвороба в його психіці, який особистісний сенс набуває, заломлюючись через мотиваційну сферу особистості [9, 24].

Велика кількість авторів, які займалися проблемою психокорекції психосоматичних розладів, відмічають, що основною трудностю є складна природа психосоматичних захворювань: роль власне соматичних (біологічних) механізмів та їх прояви; особистісні характеристики, подання та захисні механізми пацієнта, що мають пряме відношення до лікувальної мотивації і поведінки під час лікування (наприклад, виражений опір пацієнта, заперечення ним ролі психологічних механізмів хвороби та ін); негативне значення контрпереносних реакцій у самих інтерністів і психотерапевтів. Все це призводить до того, що ефективна психотерапія таких пацієнтів стає важкоздійсною або нездійсненною задачею [11, 15].

Особливості розвитку психосоматичних хвороб диктують і своєрідність терапевтичного втручання. Перш за все, за думкою фахівців, необхідно лікувати безпосередню сомато-вегетативну реакцію організму (висип, підйом артеріального тиску, біль у серці, прорив виразки) [8, 10, 21]. Крім того, весь процес лікування пошкоджених органів і систем повинен супроводжуватися курсом психокорекції, спрямованої на корекцію особистісних рис хворого, його реакції на навколишнє, дозвіл психотравмуючої ситуації, врегулювання взаємин у сім'ї і т.д. Тільки весь лікувальний комплекс може сприяти одужанню. Для втілення цього комплексу в життя потрібна консультація та допомога психолога [11, 13, 15].

Психотерапія при захворюванні на псоріаз ставить за мету допомогти людині переробити проблеми та опанувати симптоми, так як дана хвороба розглядається як щільно пов'язана з психосоматикою [10]. Один з ефективних підходів — допомогти людині в комфортній та спокійній терапевтичній обстановці відреагувати на стресову ситуацію або проблему, що спричинила такі симптоми, обговорюючи та наново переживаючи пов'язані із життєвою проблемою думки та почуття [13]. Це веде до подолання проблеми, яка раніше не була вирішена [8]. Такий метод може вимагати, щоб пацієнт знову згадував пережиті неприємні почуття, пов'язані із проблемою, розглядаючи та аналізуючи свої дії та емоційні реакції, які супроводжували те, що відбулося в його житті [21].

Психопрофілактика дезадаптації в хворих на псоріаз є складним завданням, що вимагає системного підходу і комплексного рішення [10, 21]. Системний характер профілактики полягає в тому, що вона повинна впливати на всі чинники: соматичні, соціальні та психологічні, негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості при псоріазі [22]. Медична складова профілактики полягає у контролі фізичного стану дерматологічного хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим [18].

Висновки

1. На сьогодні питання психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги хворим на дерматологічні захворювання, а також розробка методів їх психопрофілактики стає більш актуальним, не зважаючи на численні дослідження.
2. В ході теоретичного аналізу було виявлено, що значна кількість авторів визнають недооцінку психологічних чинників при хронічних дерматозах, як основну причину зниження ефективності лікування. Лікування подібних розладів, в особливості псоріазу, традиційними дерматологічними методами є неефективним та потребує системного підходу.
3. Психотерапія при захворюванні на псоріаз ставить за мету допомогти людині вирішити проблеми та опанувати симптоми, так як дана хвороба розглядається, як щільно пов'язана з психосоматикою. Один з ефективних підходів — допомогти людині вирішити проблему, що спричинила такі симптоми. В той же час психопрофілактика дезадаптації в хворих на псоріаз є складним завданням, що вимагає системного підходу і комплексного вирішення.

Література

1. Адаскевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии / Адаскевич В. П. — М.: Медицинская книга, 2004. — 165 с.
2. Аковбян В. А. Некоторые индивидуальные особенности организма больных псориазом и характера клинического течения заболевания / В. А. Аковбян, С. С. Арипов // Вестник дерматологии и венерологии. — 1992. — №2. — С. 23–25.
3. Альмайтер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии / П. Альмайтер, А. Кубанова. — М.: Геотар-медиа, 2003. — 1248с.
4. Бакулев А. Л. Применение гепатопротекторов при псориазе: сравнительная клинко-лабораторная и ультрасонографическая оценка эффективности / А. Л. Бакулев // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 1. — С. 112–117.
5. Баранов А. А. Аллергология и иммунология / А. А. Баранов, Р. М. Хаитов // Союз педиатров России. — 2008. — С. 35–74.
6. Белоусова Т. А. Психоэмоциональные факторы в патогенезе упорных дерматозов / Т. А. Белоусова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 1981. — №11. — 364 с.
7. Битенский В. С. Нейропсихология и нейропсихиатрия (исследования параллелизма психических феноменов и электрофизиология мозга) / В. С. Битенский, Б. А. Лобасюк, М. И. Боделан // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2010. — №1(17). — С. 7-12.
8. Горохова В. Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой, нейродерматитом и псориазом и особенности их психотерапии: дис. ...кандидата мед. наук : 14.00.18 / В. Н. Горохова. — Курск, 1974. — 221 с.
9. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — 35с.
10. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Карвасарский Б. Д. — М.: Медицина, 1985 — 303 с.
11. Корсунская И. М. Препараты кальципотриола в терапии псориаза / И. М. Корсунская, С. Е. Зеленцова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — №3. — С. 45–46.
12. Мордовцев В. Н. Псориаз, патогенез, клиника, лечение / В. Н. Мордовцев, Г. В. Мушет, В. И. Альбанова. — Кишинев: Штиница, 1991. — 186с.
13. Трубецкая О. А. Комплексное лечение атопического дерматита с использованием методики краткосрочной многофакторной психотерапии: автореф. дис. канд. мед. наук. / Трубецкая О. А. — М., 2003. — 24 с.
14. Феденко Е. С. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика атопического дерматита / Е. С. Феденко // Materia Medica. — 2000—№1(2). — С. 92–96.
15. Шилов В. Н. Псориаз решение проблемы (этиология, патогенез, лечение) / Шилов В. Н. — М.: Издатель В. Н. Шилов, 2001. — 304 с.
16. Boguniewicz M. Combination therapy and new directions for managing atopic dermatitis // *Altergy Asthma Proc.* — 2002. — Vol.23.— P.243–246.
17. Cotterill J. A. Psoriasis / J. A. Cotterill // *Br. J. Dermatol.* — 1997. — Vol. 137. —P. 246–250.
18. Gupta M. A. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria / M. A. Gupta, A. K. Gupta, N. J. Schork, C. N. Ellis // *Psychosom. Med.* — 1994. — Vol.56. — P. 36–40.
19. Gupta M. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology / M. Gupta// *Dermatol Clin.* — 2000. — Vol.18. — P. 711–725.
20. Komai M. Role of Th2 responses in the development of allergen-induced airway remodeling in a murine model of allergic asthma / M. Komai, H. Tanaka, T. Masuda // *Br J Pharmacol.* — 2003. — Vol.138, N. 5. — P. 912–920.
21. Linnet J. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients / J. Linnet, G. B. Jemec // *Int. J. Dermatol.* — 2001. — Vol. 40. — P. 632–636.
22. Richards H.L. Psoriasis psychological aspects / H. L. Richards, D. G. Fortune, C. E. Griffiths, C. J. Main//*J. Psychosom. Res.* — 2001. — Vol. 50, №1. — P. 11–15.
23. Tedeschi A. Successful treatment of chronic urticaria / A. Tedeschi, C. Suli, M. Lorini, L. Airaghi // *Allergy.* — 2000. — Vol. 55. — P. 1096–1097.
24. Wuthrich B. Clinical aspects, epidemiology, and prognosis of atopic dermatitis / B. Wuthrich // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* — 1999. — Vol. 83. — P. 464–470.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

Медико-психологічний супровід онкохворого на амбулаторному етапі лікування



Мерліч С. В.

Мерліч С. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. Целью данной работы была организация комплексного медико-психологического сопровождения онкобольного, который перенес оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы на амбулаторном этапе лечения, и проверка ее эффективности. К мультидисциплинарной команды, которая организовывала сопровождение онкобольного на амбулаторном этапе лечения, входили специалисты врачи- онкологи, средний и младший медицинский персонал, психологи, социальные помощники, волонтеры, представители общественных организаций, а также семья онкобольного. Медико-психологическое сопровождение пациента включало следующие этапы: информирование пациента, работа групп экзистенциального опыта, онлайн сопровождение. Проведение мероприятий комплексного мультидисциплинарного медико-психологического сопровождения онкобольных, которые перенесли оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы, на амбулаторном этапе лечения, позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, восстановить их социальные связи и адаптивное функционирование и значительно улучшить психоэмоциональное состояние 89,18% обследованных.

Ключевые слова: онкологический пациент, медико-психологическое сопровождение, мультидисциплинарная команда.

Medical- psychological support of cancer patients on the stage of outpatient treatment

Merlich S. V.

Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

Resume. The aim of this work was the organization of complex medical and psychological support of cancer patients who underwent surgery with the formation of intestinal stoma on the stage of outpatient treatment, and testing its effectiveness. By the multi-disciplinary team that organized support cancer patients at outpatient treatment included specialists oncologists, middle and junior medical staff, psychologists, social assistants, volunteers, representatives of public organizations, as well as family of a patient. Medical and psychological support to patients included the following steps: patient education, work groups existential experience, online support. Event management integrated multidisciplinary medical and psychological support of cancer patients who transfer surgery with the formation of intestinal stoma, outpatient treatment can significantly improve the quality of life of patients regain their social networks and adaptive functioning and emotional state significantly improve 89,18 % of patients.

Key words: cancer patient, medical and psychological support, multidisciplinary team.

Постановка проблеми

Актуальність та важливість проблеми організації медико-психологічного супроводу особи, хворої на онкопатологію, обумовлена медичними, психологічними та психосоціальними наслідками онкологічного захворювання для пацієнта, а також необхідністю створення та втілення комплексних терапевтичних програм, які б враховували не тільки медичну складову проблеми, але й дозволяли корегувати порушення в клініко-психологічній, індивідуально-психологічній, а також в сфері соціального функціонування пацієнта [1, 2].

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 324 осіб, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 осіб у віці від 45 до 63 років, з

яких було сформовано дві групи дослідження за статеву належністю (154 чоловіка — Г1 та 157 жінок — Г2). В осіб чоловічої та жіночої статі, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, було визначено порушення психоемоційного стану, соціального функціонування, а також загострення характерологічних рис, що негативно впливало на процес відновлення здоров'я пацієнта після операції, а також погіршувало якість життя онкохворого. Для проведення корекційної роботи методом сліпої рандомізації раніше досліджені групи було розділено на чотири групи втручання (з них дві основні групи (ОГ) та дві групи порівняння (ГП)): чоловіки: ОГ1 (79 осіб) та ГП1 (75 осіб); жінки: ОГ2 (79 осіб) та ГП2 (78 осіб). В усіх ОГ протягом року на тлі амбулаторного ведення хворого лікарем-онкологом, проводився комплексний мультидисциплінарний медико-психологічний супровід онкохворих на амбулаторному етапі. В обох ГП хворі проходили виключно

набір процедур, які передбачено стандартами надання допомоги онкохворому після формування кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування.

Результати та їх обговорення

Метою даної роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування, та перевірка її ефективності. Робота з онкохворими ОГ на амбулаторному етапі складалась з комплексу заходів, спрямованих на надання кваліфікованої мультидисциплінарної допомоги пацієнту та його родині на амбулаторному етапі лікування. Також було проведено низку лекційних та тренінгових занять для медичного персоналу, який здійснював медичний супровід стомованого хворого після виписки зі стаціонару. Схему організації мультидисциплінарного супроводу наведено на рис. 1

В даній роботі ми зупинимось на організації медико-психологічного супроводу саме для онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Ми вважаємо, що важливим є організація медико-психологічного супроводу онкохворого не лише на передопераційному та післяопераційному етапі, але й на етапі амбулаторного лікування після виписки зі стаціонару, адже саме на цьому етапі відновлюється психоемоційний стан хворого, відбувається ресоціалізація та реадaptaція пацієнта.

На рис. 1 наведено план проведення медико-психологічного супроводу онкохворого на амбулаторному етапі.

Першим важливим етапом організації медико-психологічного супроводу стомованого хворого на амбулаторному етапі був *інформативний блок*, а саме бесіда лікаря та медичної сестри, психолога та представника громадської організації (ГО) зі стомованим хворим на початку амбулаторного етапу лікування.

Процес бесіди з хворим включав три етапи:

Підготовчий етап:

Визначення потреби пацієнта в інформації, оцінка готовності хворого до отримання інформації.

Перед проведенням бесіди з хворим лікарю та медичній сестрі потрібно:

- 1) виділити час для бесіди;
- 2) визначити, яку інформацію необхідно донести до хворого першочергово;
- 3) продумати тактику бесіди, підібрати аргументи;
- 4) за можливості мати під рукою наочні матеріали для пацієнта (графіки, таблиці, схеми, статистичні дані).

Основне, що потрібно визначити перед початком бесіди з хворим, — це вже наявні знання пацієнта про свою хворобу та наявність потреби в додатковій інформації. Під час проведення бесіди з пацієнтом лікарю важливо орієнтуватися на психологічну готовність хворого почути та сприйняти надану інформацію. Для цього треба звертати увагу на емоційні реакції хворого під

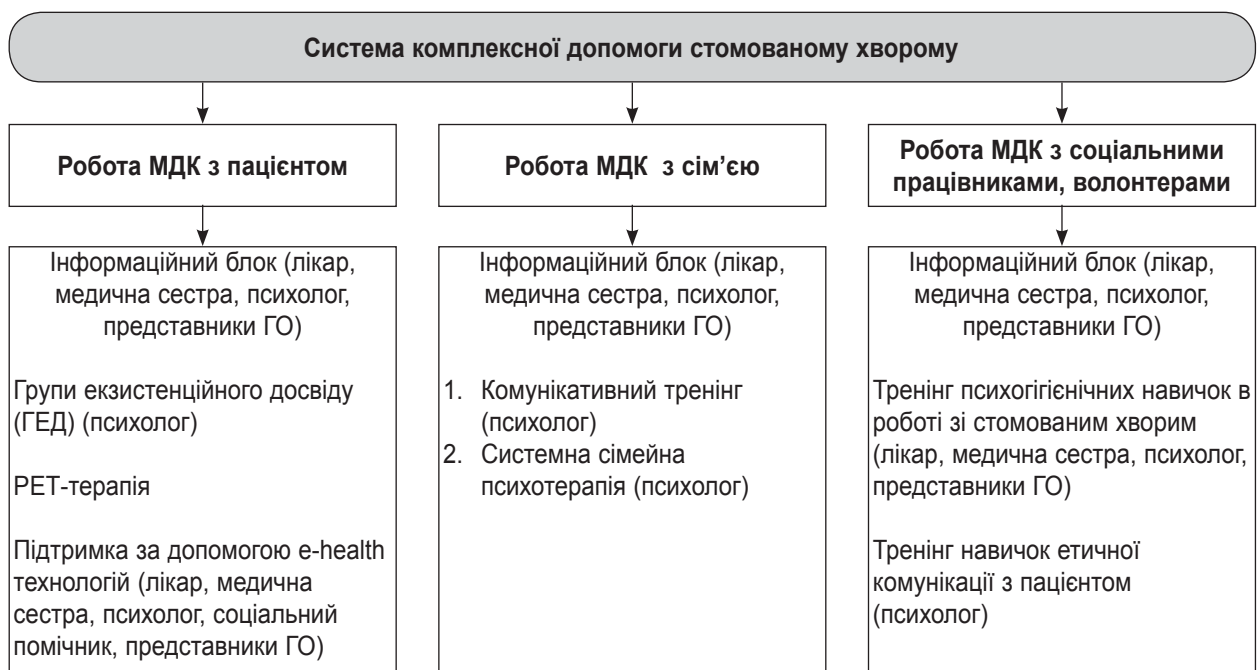


Рис. 1

Організація супроводу стомованого хворого на амбулаторному етапі лікування

час бесіди, його поведінку та більшою мірою орієнтуватися на невербальні сигнали.

Етап повідомлення інформації.

Лікареві, за допомогою медичної сестри, слід надати хворому достовірну сучасну наукову інформацію щодо лікування раку, корекції побічних ефектів протипухлинної терапії, правильного харчування, а також базові знання щодо стоми, особливостей її функціонування та догляду. Для того щоб пацієнту було легше сприймати нову інформацію, її необхідно надавати окремими смисловими частинами, зрозумілою для хворого мовою, пояснювати, не використовуючи медичних термінів і професіоналізмів.

Етап зворотнього зв'язку.

Наприкінці бесіди узагальнювали основні пункти розмови, оцінити, що хворий зрозумів. Для цього лікар може стимулювати зустрічні запитання пацієнта та за необхідності повторно пояснити.

Виявлення, оцінка потреб хворого щодо отримання інформації та намагання лікаря задовольнити ці потреби під час бесіди з пацієнтом дозволяє виробити оптимальну лікувальну тактику, підтримувати взаємодію між лікарем та пацієнтом на рівні співробітництва. У разі необхідності за згодою хворого до розмови можна залучити рідних пацієнта як підтримку.

На етапі інформативної бесіди з пацієнтом психолог пропонував психологічний супровід стомованому хворому та його сім'ї на амбулаторному етапі лікування та заключав психологічний контракт, який передбачає взаємну домовленість про надання психологічних послуг, міжособистісну взаємодію та співпрацю [4].

Представники ГО надавали інформацію щодо існуючих соціальних, релігійних та інших програм супроводу хворих, які існують в недержавному секторі надання допомоги онкохворим.

Наступним етапом роботи з онкохворим на амбулаторному етапі лікування була *робота груп екзистенційного досвіду* (ГЕД) [3, 5].

Роботи у напрямку пошуків нових смислів існування та способів реалізації значущих життєвих цілей.

Усвідомлення актуального психічного стану

- про сприйняття клієнтом найважливіших подій життя за останній рік;
- про усвідомлення пацієнтом всієї складності ситуації, пов'язаної з онкологічним захворюванням;
- про те, як хворий бачить перспективи свого подальшого життя;
- з'ясовуються особистісне ставлення хворого та його оцінку впливу тих чи інших обставин на здоров'я, психічний стан, працездатність.

Екзистенційна психологічна допомога — це консультативна модель, в якій основні внутрішні конфлікти зосереджуються навкруги усвідомлення екзистенційних розладів, що ведуть до виникнення почуття тривоги.

Ситуація групової роботи екзистенційної групи була структурованою в часі, просторі та за кількістю учасників. Зустрічі групи проводились 2 рази на тиждень, тривалість кожної зустрічі — 8 годин. Загальний термін роботи групи складав 3 місяці. Для проведення ГЕД з метою більшої ефективності психокорекційного втручання загальну кількість хворих ОГ1 та ОГ2 було розділено на психотерапевтичні групи за кількістю 10-15 учасників. Зустрічі груп завжди відбувались в одному й тому ж місці.

Психолог в ГЕД виконував здебільшого підтримуючу функцію, спрямовану на розкриття енергетичних резервів, формування оптимістичних установок, зниження психогенних стресових впливів та використання адаптаційних механізмів психіки. Це гуманістична місія, яка вимагає високої професійної культури, альтруїстичних і оптимістичних установок, здатності до прийняття несподіваних рішень, а також глибокої віри в доцільність і значущість психологічної допомоги [9].

Психолог-екзистенційний консультант мав підвести пацієнта до такого стану, коли той перестане тікати від реальності наслідків хвороби або боротись з нею, перебільшуючи її значення. В результаті таких сеансів симптоми залежності від ситуації хвороби ставали більш слабкими або й зовсім зникали. При такому підході важливо було фокусувати увагу на своїх переживаннях.

Основні цілі ГЕД сформульовано на рис. 2.

Зміст занять ГЕД не планувався заздалегідь, використовувалися будь-які технологічні методи роботи (вправи, ігри та т.п.). Наприклад, афоризми, відкриті запитання у пошуках відповіді на які і полягає робота групи. В роботі психолога ГЕД превалюючими засадами були емпатія і нейтральність. Емпатія допомагала зрозуміти, як учасники почувають себе у житті, дозволяла пацієнтам тимчасово ідентифікуватися зі своїми турботами, скориставшись власним досвідом життя. Нейтральність знижувала ймовірність нав'язування учасникам свої оцінки та відзеркалювала бажання терапевта неупереджено зрозуміти життя учасників. Важливим специфічним обов'язком психолога ГЕД було не інтерпретувати, а феноменологічно висвітлювати все, що відбувається у групі. Це означало, що кожного учасника розуміли в контексті його життєвого світу. Будь-яка життєва ситуація учасника, в групі або за її межами, охоплює як саму особистість, так і її близьких,



Рис. 2
Основні цілі роботи ГЕД

друзів, роботу, інших учасників групи. Ці аспекти власного світу учасника опрацьовувались в групі, оскільки вони були складовими психологічних проблем особистості.

Основними напрямками зусиль терапевта ГЕД були наступні:

1. Структурування життя групи — фіксація початку й кінця занять, підтримка продуктивних та блокування найменш продуктивних дій учасників, оберігання учасників від деструктивних взаємних нападів.
2. Рефлексія групових процесів — звернення уваги учасників те що, що відбувається у групі, на протистояння між словами та своїми діями і т.д.
3. Напрямок роботи групи — допомога у переході від поверхневих висловлювань до глибоких переживань, від безособових, абстрактних запитань до обговорення особистих проблем, від розмов до дій.
4. Моделювання — терапевт міг бути прикладом справжнього життя в групі.

Робота ГЕД була спрямованою на відновлення здібності пацієнта до відчуття свідомості життя, можливості робити вибір та формулювати власні бажання без відчуття провини, відновлення здатності створювати нові та підтримувати існуючі соціальні зв'язки, формування почуття відповідальності, цілісне самоусвідомлення та здатність до розвитку.

Важливим етапом роботи екзистенційної групи було протистояння соціальній ізоляції пацієнта та створення можливостей для його активності в різних сферах функціонування: професійній, соціальній, сімейній та сфері відпочинку.

Важливим чинником задоволеності власним соціальним функціонуванням є можливість відновлення професійної активності стомованого хворого після проведеного лікування на стаціонарному та амбулаторному етапах. Для людей, які люблять свою професію, це найбільш вагома форма активності, так як вона дає прибуток, зміцнює почуття власної суспільної значимості, впорядковує життя. Значна кількість хворих після перенесення хірургічного втручання з формуванням кишкової стоми мають можливість відновити власну професійну активність в повному обсязі. Деякі пацієнти мали можливість відновлення професійної активності в скороченому, у зв'язку з обмеженнями психофізичних можливостей.

Також хворим допомагали усвідомити наявність можливості мати додаткову соціальну активність, пов'язану з виконанням громадських обов'язків — присяжного засідателя, громадського опікуна, судового піклувальника, члена будинкового комітету, члена правління громадської організації і т.п.

Сімейна активність та можливість проводити час в сімейному оточенні та бути корисним родині є дуже важливою сферою соціальної активності особистості. Така активність може проявлятися у вигляді нагляду і догляду за дітьми та онуками, а також домашній роботі і допомозі по господарству.

На заняттях ГЕД підкреслювалась також значимість активності в сфері відпочинку та наявність захоплень, хобі, що дозволяє займатися улюбленою справою, отримуючи від цього задоволення.

Усвідомлення хворим на амбулаторному етапі лікування, що завдяки власній діяльності він вносить суттєвий важливий вклад в суспільне життя, позитивно впливає на його психофізичний стан, сприяє відновленню навичок активності, досвіду в різних видах діяльності, дозволяє постійно самовдосконалюватись та поширювати сферу інтересів.

Під час роботи ГЕД хворих також вчили трансформувати іраціональні настанови у позитивні — раціональні. Для цього використовували стратегії раціонально-емоційної терапії (РЕТ) за А. Елісом.

Надалі, з метою підтримки групи онкохворих, які знаходились на амбулаторному етапі лікування після формування кишкової стоми, було створено електронний ресурс tv.od.ua. Створений Інтернет-сайт мав наступні розділи: наші координати, загальні відомості про онкозахворювання, основні види допомоги онкохворим, труднощі, з якими найчастіше зіштовхуються дані хворі, наші поради хворим. Також було організовано тематичний форум, на якому хворі мали можливість задавати питання фахівцям (лікар, медична сестра, психолог, соціальний помічник, представники ГО) та спілкуватись з іншими хворими, які перенесли аналогічне оперативне втручання або готуються до нього. Важливим було те, що вказаний форум мав опцію, за допомогою якої учасники форуму могли ставити запитання один до одного крім загального і у приватному режимі, частіше це використовували хворі, які мали потребу в особистому контакті з будь-яким фахівцем.

За необхідністю були доступні он-лайн комунікації за допомогою програм Skype, Ooowo, ICQ, які також використовувались як для діалогу, так і для он-лайн-конференцій.

В результаті проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворих, які перенести оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, вдалося значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування та значно покращити психоемоційний стан досліджених ОГ. В усіх ГП значних змін у психологічному стані пацієнтів не відмічалось, в деяких випадках відмічалось навіть погіршення загальної якості життя хворих.

Висновки

1. Важливим етапом надання допомоги онкологічному пацієнту є організація комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворого на етапі амбулаторного лікування після виписки зі стаціонару.
2. До мультидисциплінарної команди, яка організовує супровід онкохворого на амбулаторному етапі лікування, повинні входити спеціалісти лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій, а також родина онкохворого.
3. Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворих, які перенести оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування (інформування пацієнта, робота груп екзистенційного досвіду, он-лайн супровід), дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування та значно покращити психоемоційний стан 89,18% досліджених ОГ.

Література

1. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / С.Д.Максименко, Н.Ф.Шевченко. — К.: Ніжин Міланік, 2007. — 115 с.
2. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла / В.Франкл. — М.: Прогресс, 1990. — 308 с.
4. Хомич Г.О. Основы психологического консультирования: навч. посіб. / Г.О Хомич., Р.М Ткач — К.: МАУП, 2004. — 152 с.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И.Ялом. — М.: Класс, 1999. — 312 с.

УДК : 616.89-008.442-008.12:340.63

Дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності при розладах сексуального потягу



Козерацька О. А.

Козерацька О. А.

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме. Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки лиц, совершивших сексуальные преступления.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, вменяемость-ограниченная вменяемость-невменяемость, сексуальные преступления, расстройства сексуального влечения.

Psychiatric aspects of the evaluation of persons who have committed sexual offenses

Kozeratskaya E. A.

Kyiv City Center for a forensic psychiatric examination

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

Resume. A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment of persons who have committed sexual offenses.

Key words: forensic psychiatric examination, responsibility - limited responsibility – irresponsibility, sexual offenses.

Актуальність: Серед тяжких злочинів проти особистості особливе місце займають злочини проти статевої недоторканості [1]. Боротьба із злочинністю, і, зокрема, сексуальною злочинністю, є одним з найважливіших напрямів забезпечення національної безпеки України [2]. Громадська небезпека цього виду правопорушень визначається рядом несприятливих тенденцій в її структурі і динаміці, що визначає високу значущість проблеми судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли насильницькі дії проти статевої недоторканості і статевої свободи особистості.

За узагальненими світовими даними, кількість лише зафіксованих сексуальних деліктів зросла в останні десятиріччя удвічі [1,2,3]. Дані МВС України за останні роки підтверджують стабільно високий рівень цього виду злочинності в нашій країні. Так, за даними Департаменту інформаційних технологій МВС України, збільшення кількості зґвалтувань (та замахів) становить 0,2 % на рік, збільшення числа осіб, визнаних потерпілими від зґвалтувань (та замахів) становить 1,5 % [4]. Відносно невисокий відсоток сексуальних деліктів в загальній кількості здійснюваних правопорушень може бути пояснений високим рівнем латентності в цій сфері. На думку Старовича З., співвідношення зареєстрованих і фактичних випадків сексуальних правопорушень коливається від 1:15 до

1:85 [5], а за даними інших авторів, латентність зґвалтувань перевищує 90 % [6,7].

Мета роботи — на основі дослідження клініко-патопсихологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей протікання психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу розробити критерії судово-психіатричної оцінки, з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.

Об'єкт дослідження — психічні та поведінкові розлади у осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті; психічні та поведінкові розлади у потерпілих внаслідок даного виду правопорушень.

Предмет дослідження — вплив психічних та поведінкових розладів на здатність осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Матеріал дослідження. Дисертаційна робота, що планується, має ґрунтуватися на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли правопорушення на сексуальному

підґрунті та знаходилися на судово-психіатричній експертизі в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2001р. по 2015р. (протягом 15 років).

Серед чинників ризику скоєння злочинів сексуального характеру, загальних для всіх категорій правопорушників, прийнято виділяти індивідуальні (соціально-демографічні — стать, вік, соціально-економічний статус, історія насильства, вживання алкоголю і наркотичних речовин, наявність психічних захворювань, а також дитячого травматичного досвіду), так і загальні для популяції (частий прояв насильства в даній культурі) [8].

Як відомо, сексуальна поведінка є наслідком інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних чинників, і сексуальний делікт, будучи одним з видів порушення поведінки, також відбиває різні рівні взаємодії особистості і середовища. За даними Лукаш А.С. (2007), детермінанти зґвалтувань містяться загалом на макро-, мікро- та індивідуальному рівнях [9]. На індивідуальному рівні превалюючими є соціальні чинники з обов'язковим урахуванням біологічних і психологічних. Вони концентруються в конкретній життєвій ситуації вчинення зґвалтування як об'єктивно-суб'єктивному утворенні. Їх видами є непередбачена, побутово-родинна, штучна, криміногенно-продовжена й віктимологічно-криміногенна конкретна життєва ситуація [9].

Водночас, аналізуючи статеві злочини, фахівці відмічають [10, 11], що при здійсненні злочинцем статевого посягання має місце спроба компенсації індивідуальних психологічних дефектів особистості. Реалізуючи механізм злочинної поведінки сексуальний злочинець завжди грає в психологічному плані. Саме психологічні дефекти, визначаючи особливості сексуальної злочинності, детермінують застосування насильства, а не іншого способу вирішення власної життєвої ситуації, що суб'єктивно сприймається і оцінюється [10, 11].

На думку Кантемірової К.Х. (2007), статеві злочини, в основному, породжуються психічним станом суб'єкта правопорушення, при спрямованості мотиву на задоволення статевої «природної» пристрасті або статевого «збочення» (способами, забороненими кримінальним законом), де злочин носить ситуаційний або навмисно-обдуманий характер в залежності від ряду чинників [12].

Сексуальний злочин, за деякими даними, є результатом розвитку агресивно-садистичних схильностей особистості. В дослідженнях минулих років стверджувалося, що сексуальні правопорушення є наслідком нездоланного бажання негайного задоволення своєї статевої

пристрасть. В наші дні цю тему розробляють Klipfel К.М. та співавт. [13], Carvalho J. та співавт. [14] та інші. Водночас, відповідно до сучасних уявлень, сексуальні злочини демонструють прагнення домінувати, фізично пригнічувати жертву, є засобом відчувати свою перевагу, поєднуючись з відразою і презирством [15].

Встановлено, що у 72 % осіб, що вчинили зґвалтування, діагностуються ті або інші психічні аномалії [16], тобто у ряді випадків розлади потягів виникають на тлі інших психічних розладів: шизофренії, психопатії, розумової відсталості, органічних уражень головного мозку різного походження [17, 18, 19]. Зважаючи на це, дослідження причин та мотивації зґвалтувань, що вчиняються особами з психічними розладами, механізмів формування девіантної сексуальної поведінки, що призводить до зґвалтування, вдосконалення методів діагностики та корекції є актуальним завданням. При цьому перш за все необхідним є виявлення основного, ведучого психічного захворювання, оцінка його вираженості, здатності особи, що страждає на це захворювання, усвідомлювати характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними. Тобто мова йде про встановлення осудності, обмеженої осудності чи неосудності таких хворих [20].

Досвід експертної роботи з чоловіками, що вчинили сексуальні правопорушення, дозволили Дишлеву А.Ю. стверджувати [21], що існує певний зв'язок між типом розладу особистості або нозоформою психічного розладу і характером протиправної сексуальної поведінки. Так, особи з дисоціальним розладом особистості здійснювали гетеро- і гомосексуальні зґвалтування у більшості випадків з особливою жорстокістю і цинізмом. Кримінальні делікти чоловіків з емоційно нестійким розладом відрізнялися приниженням жертви, знущанням над нею. Для демонстративних осіб були характерні активний пошук нових збудливих вражень і прагнення за будь-яку ціну привернути до себе увагу, що обумовлювало їх схильність до експібіціонізму. Пацієнти з ананкастним розладом особистості через властиву їм невпевненість в собі брали участь тільки в групових зґвалтуваннях, нерідко педофільних. Для сексуальної поведінки шизоїдних осіб були характерні садизм і сексуальне вбивство. У чоловіків з органічним розладом особистості спостерігалися пароксизмальні прояви надзвичайної жорстокості, повторність і витонченість агресії, до вбивства жертви. Серед осіб, що вчинили сексуальні правопорушення, пацієнти із специфічним і органічним розладом особистості складали більшість — 71,0 %. У чоловіків з розумовою відсталістю (14,0 % обстежених), також часто

проявлявся садизм. Сексуальні правопорушення осіб з синдромом залежності від алкоголю (10,0 % обстежених) відрізнялися грубістю і протиприродністю (педофілія з рідними дітьми, інцест з матір'ю). Хворі шизотиповим розладом (6,0 % обстежених) здійснювали садистичне зґвалтування, у тому числі малолітніх, розпусні дії, сексуальне вбивство. Автором зроблений висновок, що агресія є однією з головних причин сексуальної злочинності [21].

За даними Антоняна Ю.М. [22], пограничні психічні розлади заважають встановленню нормальних, соціально-схвалюваних стосунків з представниками протилежної статі. Особливо негативну роль грає дебільність. Їй властиві дефекти мислення і мови (затримка розумового розвитку, малий запас слів, неправильне їх вимовляння), відсутність багатьох необхідних в житті умінь. Рухи олігофренів в ступені дебільності уповільнені, незграбні, однотипні, міміка і пантоміміка відрізняються одноманітністю, бідністю, невиразністю. Для них характерно маскоподібний вираз обличчя, іноді порушення будови черепа, що у поєднанні з неохайністю внаслідок недотримання елементарних гігієнічних норм істотно перешкоджає зав'язуванню і підтримці стосунків з особами протилежної статі. Олігофрени, позбавлені можливості задовольнити свої статеві запити звичайним шляхом, частіше, ніж здорові особи, прибігають до насильства. Істотно впливає на СЗ осіб з психічними аномаліями їх навіюваність, що, наприклад, характерно для скоєння групових зґвалтувань за участю олігофренів, в здійсненні яких залучити їх дуже легко [22].

До відносно стабільних динамічних чинників ризику, що визначають делінквентну сексуальну поведінку, може бути віднесений такий чинник, як викривлення в когнітивній сфері правопорушника. В останні роки когнітивні зміни все частіше називаються дослідниками серед найважливіших чинників, що визначають процес ініціації і підтримки протиправної сексуальної поведінки [23, 2465].

Вважається, що уявлення сексуальних правопорушників про дії жертви та її переконання часто не відповідають реальності. Правопорушникам властиво інтерпретувати звичайну, не пов'язану з сексуальністю, поведінку жертви як провокуючу до вступу в сексуальний контакт. Захисна поведінка жертви, що намагається боротися також може бути інтерпретована як частина сексуальної гри [25].

Іншого роду когнітивні викривлення пов'язані з неадекватною оцінкою власних сексуальних прав. На думку правопорушника, сексуальні потреби що виникають у нього, неодмінно мають бути задоволені. Він вважає,

що значно важче йому самому стримувати свої сексуальні бажання, ніж жінці погодитися задовольнити їх [26]. Фахівці вважають установки, що легітимізують девіантну сексуальну активність, стійким предиктором рецидиву сексуальних правопорушень; також цей чинник вважається більш значущим, ніж вираженість емпатії до жертви або пережите у дитинстві сексуальне насильство [27].

Запропонована класифікація когнітивних викривлень у сексуальних правопорушників, що включає три типи: виправдання своєї поведінки, не розуміння наслідків, перенесення провини і відповідальності за скоєні діяння на жертву або обставини [28]. Когнітивні викривлення у сексуальних правопорушників можуть бути оцінені різними способами, але найчастіше використовують спеціальні опитувальники, що дозволяють визначити відношення злочинця до тих або інших характеристик жінок, а також до ситуації сексуальної взаємодії правопорушника і його жертви в цілому [29].

Одна з подібних методик — «STABLE 2000» [30], яка є частиною методики «SONAR», що досліджує такі динамічні чинники, як значимі соціальні впливи, дефіцит інтимності, установки, що підтримують сексуальне насильство, взаємодія з лікарями і психологами, рівень загальної і сексуальної саморегуляції. Когнітивні викривлення оцінюються у блоці, присвяченому установкам. Блок складається з двох частин: атитюди по відношенню до зґвалтувань жінок і атитюди по відношенню до сексуальних зловживань дітьми. Випробовуваному пропонується оцінити ступінь власної згоди з висловлюваннями: в першій частині — що приписують жінкам бажання бути зґвалтованими, в другій — що приписують неповнолітнім бажання вступати в сексуальний контакт з дорослим; при цьому у висловлюваннях обох частин відповідальність за здійснене діяння перекладається з чоловіка на жертву. За результатами виконання методики визначається рівень включеності в когнітивну сферу даних атитюдів: високий, середній або низький [30].

Іншою методикою оцінки ризику є шкала «SARN» [26], що складається з 16 блоків, чотири з них присвячені дослідженню переконань піддослідних, що мінімізують відповідальність сексуального правопорушника за скоєне. Так, наприклад, оцінюється наявність егоцентричних переконань, суть яких можна сформулювати таким чином: «Якщо чоловік хоче сексу — він має право отримати його» [26].

Існує шкала, що безпосередньо присвячена оцінці когнітивних викривлень у розтлелів неповнолітніх, «ABCS» [31]. Діапазон оцінюваних переконань в цій методиці істотно ширший за інші шкали, в яких когнітивним викривленням

приділяються лише окремі блоки. Пізніше була створена модифікація цієї шкали — для осіб з розладами інтелекту [32]. На необхідність використання спеціальних методик для осіб з інтелектуальними розладами звертають увагу й інші автори [33, 34].

Водночас, не всі автори розділяють думку про доцільність використання формалізованих шкал для оцінки ризику делінквентної сексуальної поведінки, оскільки використання шкал, де пропонується оцінити ступінь згоди з різними негативними установками у сфері сексуальності, не завжди дає коректні результати. Серед причин, що знижують об'єктивність подібних методик, називають можливе прагнення правопорушників презентувати себе більше соціально бажаними. Для дослідження когнітивних викривлень вони пропонують використати якісні методи дослідження, такі як аналіз текстів та інтерв'ю [35, 36]. Ряд авторів також відмічає доцільність використання різних методів дослідження когнітивних розладів та порівнювати отримані результати [35]. У той же час, всі автори визнають когнітивні порушення найважливішим чинником у формуванні протиправної сексуальної поведінки, та акцентують увагу на труднощах в оцінці цих порушень.

Сексуальні перверсії (збочення) в осіб з психічними аномаліями формуються під впливом різних чинників — генетичних, ендокринних, неврогенних і психофізіологічних. При психічних аномаліях порушується ієрархізованість мотивів статевого акту, відбувається блокування соціально-обумовлених мотивів (наприклад, комунікаційних). Сексуальні перверсії розвиваються далеко не у всіх осіб з розладами психіки, що пояснюється наявністю або відсутністю певних передумов [37].

Психічні аномалії, починаючи з перших років життя людини, можуть перешкоджати виникненню і розвитку адекватних статево-ролевих установок, усвідомленню себе в якості рівноправного і рівноцінного учасника сексуальних стосунків [38, 39]. Так, психопатії і наслідки черепно-мозкових травм здатні сформувати відчуття своєї сексуальної неповноцінності, недостатності. Більше того, в ранньому віці, наприклад, у дітей чоловічої статі можуть бути закладені основи суб'єктивно-спотвореного сприйняття жінки, як загрозливої, руйнівної сили. В силу цього у дорослому житті чоловік в стосунках з представницями протилежної статі починає займати оборонну позицію, де кращий спосіб захисту — напад. Цим пояснюють ті факти, що багато з'валтувань, що здійснюють злочинці з психічними аномаліями, супроводжуються жорстоким побиттям і знущаннями [40].

Дослідження, проведене Зиньковским А.К.

та Новіковим Ю.Г. (2009) з врахуванням фабули сексуального злочину (СЗ), дозволило розділити отриманий масив даних (n=168) на дві групи: 84,8 % склали СЗ, здійснені проти осіб, старших 18 років, а 15,2 % — проти малолітніх та неповнолітніх осіб [41]. Якщо за період 2000-2005 років серед усіх СЗ доля деліктів проти осіб, що не досягли 18 років, становила 12,1 %, то за останні роки — збільшилася на 38,1 % і становить 50,2 %, що свідчить про істотне збільшення СЗ проти малолітніх і неповнолітніх громадян. При цьому останнім часом констатується зростання гомосексуальних контактів, інцестів (батько-донька), а також серійних СЗ, що здійснюються одними і тими ж особами. Базис даної тенденції складає зростаюча поширеність серед парафілій педофілії [41]. Як відомо, основу цієї парафілії формує, з одного боку, своєрідна деперсонофікація, при якій порушення партнерської норми пов'язане з формуванням фіксованих стереотипних інфантильних аутоеротичних комплексів, а з іншого, — зміна об'єкту потягу і способу його реалізації. При цьому відбувається своєрідне «перевертання» соціально-нормативних цінностей і зв'язок сексуального збудження з негативними емоційними реакціями жертви [42, 43].

За даними Navathe S. та співавт. (2008), деякі чоловіки вважають, що їм дозволено мати секс з дітьми. Вони вважають це можливим, оскільки дитина, не зупиняє їх, коли вони починають дії сексуального характеру, а іноді й відкрито показує зацікавленість в сексі [44]. Іноді сексуальні правопорушники припускають, що секс може бути навіть корисним для дитини (наприклад, таким чином можна навчити дитину сексуальним практикам) або, що в цьому не буде для дитини нічого шкідливого. Вони сприймають дітей як вже дорілих для сексу або вважають, що через сексуальний контакт вони просто демонструють дітям свою любов [45].

Усе, що має відношення до свідомості і психіки злочинця і пов'язане з вчиненням злочинном, — форма і вид вини, мотиви і цілі діяння, — належить до суб'єктивної сторони, що є безпосереднім продуктом свідомості людини. До того ж, як відзначає Лунєєв В.В., положення ускладнюється тим, що і сам суб'єкт злочину в зв'язку з підсвідомою мотивацією і багатьма емоційними перешкодами не завжди правильно розуміє глибинний зміст своєї психічної діяльності [46]. Людина у своїй діяльності керується не тільки свідомими процесами, які вона може контролювати, але і неусвідомлюваними психічними явищами і процесами, що приховані від її свідомості [47].

Значення мотиву як суб'єктивної сили, що визначає злочинну поведінку, є дуже важливим.

Встановлення вини поза мотивації, цілей і стану суб'єкта у момент скоєння злочину носить формальний характер: через мотив «переломлюється» усвідомлення суб'єктом своїх дій та їх наслідків, у зв'язку з чим можливо об'єктивно оцінити інтелектуальний і вольовий компоненти вини [46].

Зазвичай автори в якості мотиву називають бажання задовольнити статеву пристрасть, задоволення сексуальної потреби, бажання отримати сексуальне задоволення [48, 49]. Водночас, особи з психічними відхиленнями, схильні до сексуального насильства, сексуальне задоволення пов'язують з об'єктивними і суб'єктивними умовами (наприклад, спричинення фізичних і моральних страждань потерпілим, настання його/її смерті, створення відповідної обстановки тощо). Саме аномалії сексуальності, і перш за все парафілії, визначають здійснення найбільш тяжких злочинів. Наявність психічних відхилень формує у суб'єкта особливе внутрішнє спонукання, яке є строго індивідуальним [50].

Мотив і ціль також формують психічне відношення до скоєного і його наслідків. У насильницьких злочинах проти статевої свободи і статевої недоторканості вина виступає тільки як прямий намір, що пояснюється тим, що злочинець усвідомлює громадську небезпеку своїх дій, усвідомлює їх сексуальну спрямованість, а також те, що його дії ігнорують або пригнічують волю потерпілої (потерпілого) шляхом застосування насильства, загрози його застосування або використання безпорадного стану потерпілих. Проте здатність осіб з психічними захворюваннями усвідомлювати свою вину і наслідки скоєних дій залишається предметом обговорення фахівців [50].

Узагальнені дані літератури щодо морально-психологічної характеристики сексуальних злочинців і, в першу чергу насильників, свідчать, що таким злочинцям притаманні: грубість, що часто переходить в жорстокість; цинізм, відсутність почуття сорому, неповага і споживче відношення до оточення, егоїзм; крайній примітивізм в поглядах на взаємовідносини статей, що зводить їх до фізіологічного акту; погляд на жінку як нижчу істоту, що має слугувати чоловіку знаряддям статевої насолоди; відсутність

співчуття до жінки, небажання і невміння співпереживати їй; розгнужданість, що не визнає ніяких перешкод на шляху до задоволення статевого потягу [51, 52, 53, 54].

Складною є експертна оцінка тих випадків, коли розлади сексуального потягу виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології. У цих випадках необхідною є як психіатрична оцінка стану особи, так і аналіз власне сексуальних порушень, що вимагає комплексної експертизи за участю психіатра і сексопатолога. При цьому основна увага приділяється синдромологічній картині самих розладів сексуального потягу [55].

Безпосередня реалізація високої агресивності в осіб з патологією сексуального потягу протікає на рівні потреби — як реалізація потягу, що припускає агресивний спосіб задоволення статевої потреби. Реалізація потреби полегшується відсутністю особистісних структур, здатних здійснювати бар'єрний вплив по відношенню до патологічному потягу. Навпаки, самоприйняття патологічного потягу викликає певне і ціннісне відношення до сексуальної агресії, що також сприяє здійсненню злочинних дій [56].

Як відомо, характерною особливістю агресивних злочинів, що здійснюють особи з психічними аномаліями, на відміну від психічно здорових, є недостатність регуляторного впливу на поведінку системи цінностей, здатних долати диспозиційну, ситуативну і потребнісну логіку поведінки. З цим пов'язана й інша їх особливість: більший вплив, ніж у здорових осіб, ситуативних чинників на формування мотивації кримінальної агресії. Для осіб з психічними аномаліями більш характерні безпосередні форми реагування на незначні ситуаційні впливи. Навіть при невисокій їх особистісній агресивності несформованість ціннісних регуляторних механізмів легко виявляється в агресивній поведінці під впливом різних чинників.

Таким чином, вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів у дослідженні критеріїв судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті, в особливості критеріїв групи «обмежено осудних».

Література

1. Benomran F. A. Sexual crimes: different perspectives / F. A. Benomran // J. Clin. Forensic. Med. — 2002. — Vol. 9, N 1. — P. 1–4.
2. Black D. W. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior / D. W. Black // CNS Spectr. — 2000. — Vol. 5, N 1. — P. 26–72.
3. Bitzer J. Sexual aggression against girls and adult women — definitions and epidemiology / J. Bitzer // Ther. Umsch. — 2005. — Vol. 62, N 4. — P. 211–215.
4. Корчовий М. Причини виникнення насильства у статевій поведінці молоді / М. Корчовий // Вісн. Академ. управління МВС. — 2009. — № 1. — С. 179–188.

5. Старович З. Судебная сексология : пер. с польск. / З. Старович. — М. : Юрид. лит., 1991. — 333 с.
6. Лукаш А. С. Питання латентності зґвалтування / А. С. Лукаш // Право і безпека. — 2006. — № 3. — С. 67–72.
7. Elklit A. ASD and PTSD in rape victims / A. Elklit, D. M. Christiansen // J. Interpers. Violence. — 2010. — Vol. 25, N 8. — P. 1470–1488.
8. Криминальная сексология : учеб. пособие / Г. Б. Дерягин, Н. Д. Эриашвили, Ю. М. Антонян, С. Я. Лебедев. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2011. — 399 с.
9. Лукаш А. С. Зґвалтування: кримінологічна характеристика, детермінація та їх попередження : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Лукаш Анастасія Сергіївна ; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. — Харків, 2007. — 19 с.
10. Stinson J. D. Assessing sexual deviance: a comparison of physiological, historical, and self-report measures / J. D. Stinson, J. V. Becker // J. Psychiatr. Pract. — 2008. — Vol. 14, N 6. — P. :379–388.
11. Stinson J. D. Self-regulation and the etiology of sexual deviance: evaluating causal theory / J. D. Stinson, J. V. Becker, B. D. Sales // Violence Vict. — 2008. — Vol. 23, N 1. — P. 35–51.
12. Кантемирова К. Х. Факторы, обуславливающие совершение насильственных действий сексуального характера / К. Х. Кантемирова // Бизнес в законе. — 2007. — № 4. — С. 160–162.
13. Klipfel K. M. Interpersonal aggression victimization within casual sexual relationships and experiences / K. M. Klipfel, S. E. Claxton, M. H. Van Dulmen // J. Interpers. Violence. — 2014. — Vol. 29, N 3. — P. 557–569.
14. Carvalho J. The sexual functioning profile of a nonforensic sample of individuals reporting sexual aggression against women / J. Carvalho, A. Quinta-Gomes, P. J. Nobre // J. Sex. Med. — 2013. — Vol. 10, N 7. — P. 1744–1754.
15. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард ; пер. с англ. : В. Мисник, А. Татлыбаева. — М. [и др.] : Питер, 2006. — 460 с.
16. Дышлевой О. Ю. Механізми регуляції сексуальної поведінки чоловіків із психічними розладами, які вчинили зґвалтування. (Диференційна діагностика, психокорекція раптофілії) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Дышлевой Олександр Юрійович ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. — Харків, 2004. — 20 с.
17. Fazel S. The population impact of severe mental illness on violent crime / S. Fazel, M. Grann // Am. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 163, N 8. — P. 1397–1403.
18. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization / S. Hodgins, A. Cree, J. Alderton, T. Mak // Psychol. Med. — 2008. — Vol. 38, N 7. — P. 975–987.
19. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders / H. Putkonen, E. J. Komulainen, M. Virkkunen [et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 160, N 5. — P. 947–951.
20. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. — М. : МЕДпресс-информ, 2012. — 263 с.
21. Дышлевой А. Ю. Агрессия как форма противоправного сексуального поведения / А. Ю. Дышлевой // Междунар. мед. журнал. — 2002. — № 4. — С. 69–72.
22. Антонян Ю. М. Особенности сексуальной преступности / Ю. М. Антонян // Россия и соврем. мир. — 2000. — № 2. — С. 140–146.
23. O Ciardha C. Theories of cognitive distortions in sexual offending: what the current research tells us / C. O Ciardha, T. Ward // Trauma. Violence Abuse. — 2013. — Vol. 14, N 1. — P. 5–21.
24. Mihailides S. Implicit cognitive distortions and sexual offending / S. Mihailides, G. J. Devilly, T. Ward // Sex. Abuse. — 2004. — Vol. 16, N 4. — P. 333–350.
25. Barnett G. D. Cognition, empathy, and sexual offending / G. D. Barnett, R. E. Mann // Trauma. Violence Abuse. — 2013. — Vol. 14, N 1. — P. 22–33.
26. Craig L. A. Assessing risk in sex offenders : a practitioner's guide / L. A. Craig, K. D. Browne, A. R. Beech. — Chichester ; Hoboken : Wiley, 2008. — 249 p.
27. Violent and sexual offenders : assessment, treatment and management / eds by : J. L. Ireland, C. A. Ireland, P. Birch. — Devon ; Portland : Willan Pub., 2009. — 314 p.
28. Aggressive offenders' cognition: theory, research, and practice / ed. by T. A. Gannon. — Chichester ; Hokoken : John Wiley & Sons Ltd., 2007. — 273 p.
29. Beggs S. M. Assessment of dynamic risk factors: an independent validation study of the Violence Risk Scale: Sexual Offender Version / S. M. Beggs, R. C. Grace // Sex. Abuse. — 2010. — Vol. 22, N 2. — P. 234–251.
30. Nunes K. L. Construct validity of Stable-2000 and Stable-2007 scores / K. L. Nunes, K. M. Babchishin // Sex. Abuse. — 2012. — Vol. 24, N 1. — P. 29–45.
31. Abel G. G. Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults / C. G. Abel, J. V. Becker, J. Cunningham-Rathner // Int. J. Law Psychiatry. — 1984. — Vol. 7, N 1. — P. 89–103.
32. Kolton D. J. A revision of the Abel and Becker Cognition Scale for intellectually disabled sexual offenders / D. J. Kolton, A. Boer, D. P. Boer // Sex. Abuse. — 2001. — Vol. 13, N 3. — P. 217–219.
33. Hollomotz A. Sex offenders with intellectual disabilities and their academic observers: popular methodologies and research interests / A. Hollomotz // J. Intellect. Disabil. Res. — 2014. — Vol. 58, N 2. — P. 189–197.
34. Langdon P. E. Locus of control and sex offenders with an intellectual disability / P. E. Langdon, T. J. Talbot // Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol. — 2006 — Vol. 50, N 4. — P. 391–401.
35. Strickland S. M. Female sex offenders: exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions / S. M. Strickland // J. Interpers. Violence. — 2008. — Vol. 23, N 4. — P. 474–489.

36. Kramer U. The cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: a pilot study / U. Kramer, M. Drapeau // *The Open Crim. J.* — 2009. — Vol. 2. — P. 24–28.
37. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation / M. E. Rice, G. T. Harris, C. Lang, T. C. Chaplin // *Sex Abuse.* — 2008. — Vol. 20, N 4. — P. 409–425.
38. Ткаченко А. А. Полоролевая идентичность у лиц с парафилиями / А. А. Ткаченко, Н. В. Дворянчиков // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* — 1999. — № 2. — С. 39–42.
39. Quinsey V. L. The etiology of anomalous sexual preferences in men / V. L. Quinsey // *Ann. NY Acad. Sci.* — 2003. — Vol. 989. — P. 105–117.
40. Аномальное сексуальное поведение / под ред. А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. — СПб. : Юрид. центр Пресс, 2003. — 655 с.
41. Зиньковский А. К. Социально-психологические и правовые особенности сексуального насилия (региональный аспект) / А. К. Зиньковский, Ю. Г. Новиков // *Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики.* — 2009. — № 4. — С. 86–87.
42. Farkas M. Pedophilia / M. Farkas // *Psychiatr. Hung.* — 2013. — Vol. 28, N 2. — P. 180–188.
43. Fromberger P. Pedophilia: etiology, diagnostics and therapy / P. Fromberger, K. Jordan, J. K. Müller // *Nervenarzt.* — 2013. — Vol. 84, N 9. — P. 1123–1135.
44. Navathe S. Cognitive distortions in child sex offenders: an overview of theory, research & practice / S. Navathe, T. Ward, T. Gannon // *J. Forensic. Nurs.* — 2008. — Vol. 4, N 3. — P. 111–122.
45. Chakhssi F. Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and nonsexual violent offenders: an exploratory study / F. Chakhssi, C. De Ruiter, D. P. Bernstein // *J. Sex. Med.* — 2013. — Vol. 10, N 9. — P. 2201–2210.
46. Лунеев В. В. Субъективное вменение / В. В. Лунеев. — М. : Спарк, 2000. — 71 с.
47. Воронко В. С. Законодавче забезпечення протидії насильницьким злочинам / В. С. Воронко // *Вісн. Дніпропетровск. ун-ту ім. Аальфреда Нобеля. Сер. Юридичні науки.* — 2011. — № 1. — С. 124–128.
48. Антонян Ю. М. Состояние и особенности сексуальной преступности : учеб. пособие / Ю. М. Антонян, М. И. Морачев. — М. : Всерос. науч.-науч. ин-т МВД России, 2004. — 65 с.
49. Angelone D. J. Predicting perceptions of date rape: an examination of perpetrator motivation, relationship length, and gender role beliefs / D. J. Angelone, D. Mitchell, L. Lucente // *J. Interpers. Violence.* — 2012. — Vol. 27, N 13. — P. 2582–2602.
50. Криминальная сексология / под ред. Ю. М. Антоняна. — М. : Спарк, 1999. — 464 с.
51. Fernandez Y. M. Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists / Y. M. Fernandez, W. L. Marshall // *Sex. Abuse.* — 2003. — Vol. 15, N 1. — P. 11–26.
52. McCabe M. P. Behavioral characteristics of men accused of rape: evidence for different types of rapists / M. P. McCabe, M. Wauchope // *Arch. Sex. Behav.* — 2005. — Vol. 34, N 2. — P. 241–253.
53. Camilleri J. A. Individual differences in the propensity for partner sexual coercion / J. A. Camilleri, V. L. Quinsey // *Sex. Abuse.* — 2009. — Vol. 21, N 1. — P. 111–129.
54. Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders / S. Porter, M. Woodworth, J. Earle [et al.] // *Law Hum. Behav.* — 2003. — Vol. 27, N 5. — P. 459–470.
55. Каменсков М. Ю. Фиксированные формы аномального сексуального поведения: клинико-патогенетические и судебно-психиатрические аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Каменсков Максим Юрьевич ; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ. — М., 2008. — 20 с.
56. Клопина Т. С. Судебно-психиатрическая оценка в соответствии со ст. 22 УК РФ лиц, совершивших сексуальные правонарушения: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Клопина Татьяна Сергеевна ; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ. — М., 2008. — 23 с.

Управление качеством психиатрической помощи в системном реформировании психиатрической службы города



Барановський І. К., Барановський К. Л.

Барановський І. К., Барановський К. Л.

C.E.O. Intercare Health Service Inc., Houston, USA

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві

Резюме. В статті визначені поняття якості медичної допомоги професійному та споживчому ракурсах. Розглянуто якість як основний компонент психіатричної допомоги в процесі її системного реформування у великому місті. Описано варіант побудування керованої системи психіатричної допомоги на прикладі моделі територіального об'єднання психіатричних закладів міста. Обґрунтована система управління якістю психіатричної допомоги в ТМО.

Ключові слова: управління, якість, системне реформування, психіатрична допомога, територіальне медичне об'єднання.

Quality management of psychiatric care in the system reform of the psychiatric service of the city

Baranovsky I. K., Baranovsky K. L.

C.E.O. Intercare Health Service Inc., Houston, USA

TERITORIAL «PSYCHIATRY» in Kiev

Resume. In the article the concept of quality of care in professional and consumer perspectives. Considered the quality of mental health as a key component in the process of reforming the system in a major city. Describes the option build a managed mental health care system on the example of model of the territorial Association of psychiatric institutions of the city. Justified by the quality management system of mental health care in the TMO.

Key words: control, quality, system reformation, psychiatric help, TMO

Процесс реформирования системы здравоохранения, как и отдельной его отрасли психиатрической службы, с целью достижения более оптимального результата ее функционирования предусматривает системные преобразования с учетом каждого компонента и степени его влияния на конечный результат. Одним из важнейших компонентов, влияющих на результат полученной пациентом медицинской помощи в любой отрасли медицины, является ее качество.

Научных исследований по системному управлению качеством психиатрической помощи разных видов проанализировать не удалось. Однако, учитывая направленность Украины на

интеграцию со странами Европейского Союза, каждая публикация, каждое выступление, связанные с изучением передового опыта практической разработки и внедрения системы управления качеством в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2009[1], обсуждение практических и теоретических подходов к внедрению современных медицинских технологий и стандартизации процессов, влияющих на качество, имеют особую актуальность и приближают к решению проблемы в психиатрии.

Цель данного сообщения — показать вариант решения проблемы повышения качества психиатрической помощи путем организации

системного управління качеством в условиях крупного города в процессе реформирования психиатрической службы.

Согласно определению ИОМ (США) [2], качество оказания медицинской помощи – это «та степень, с которой медицинское обслуживание отдельных пациентов и популяции в целом повышает вероятность достижения желательных исходов лечения и соответствует современным профессиональным знаниям».

В профессиональном ракурсе понятие качества выглядит как результат действия совокупности наиболее эффективных методов, методик и профессионального мастерства их исполнения применительно к каждому конкретному пациенту и степени его патологического состояния.

Потребитель оценивает качество полученной медицинской помощи, прежде всего, по субъективным показателям: отсутствию болевых, неприятных и раздражающих ощущений и других патологических проявлений, которые, как например в психиатрии, могут повлечь за собой патологические действия или патологическое поведение пациента [3,4]. В этом случае можно говорить о роли человеческого фактора и необходимости психологического компонента в достижении качества помощи больному.

Определив понятие качества помощи, оказываемой в разных отраслях медицины, можно переходить к определению обеспечивающих его факторов и компонентов психиатрической службы, составляющих систему управления качеством.

Для управления качеством психиатрической помощи необходимо предусмотреть, кто будет управлять качеством помощи на всех уровнях движения пациента в системе психиатрической помощи, как организовать информационное обеспечение управляющих, чтобы их решения были бы самыми правильными и рациональными из всех возможных вариантов и как, наконец, организовать работу всех структур и должностных лиц, участвующих в оказании различных видов помощи пациенту при психических расстройствах, принимая во внимание во всех этих действиях как профессиональное, так и потребительское понятие качества психиатрической помощи.

Больные психическими заболеваниями требуют различных видов психиатрической, соматической и социальной помощи на разных стадиях своего психического состояния: экстренной, амбулаторной, стационарной, реабилитационной помощи, а также различных социальных мероприятий, обеспечивающих их социальную защищенность.

Как правило, выявление пациента предположительно с психическими расстройствами

может происходить при осмотре его врачом общей практики (семейным врачом), но (по его направлению или без его участия), согласно «Закону України про психіатричну допомогу» [5], психиатрический диагноз больному может быть поставлен только после психиатрического осмотра. На этапе амбулаторной психиатрической помощи диагноз может быть поставлен либо участковым психиатром психоневрологического диспансера (ПНД) на приеме или дома при вызове к больному, либо врачом скорой психиатрической помощи в случае обращения пациента или членов его семьи. В результате психиатрического обследования и установления диагноза больному назначается либо амбулаторное лечение дома или в дневном стационаре ПНД, либо выдается направление на стационарное лечение в профильный стационар. В экстренных случаях больной доставляется в стационар бригадой скорой медицинской помощи. В любом случае, здесь, на амбулаторном этапе, принимается первое управленческое решение, и от его правильности и своевременности будет зависеть качество последующего ведения больного. Именно здесь начинается менеджмент качества психиатрической помощи, обеспечивающийся человеческим фактором, что допускает многообразие взглядов, подходов, толкований и выводов, поэтому очень важно гарантировать качественное информационное обеспечение и стандартизацию процесса принятия решения, поскольку сопровождающие процесс факторы очень разные: профессионализм врача, принадлежность его к той или иной научной школе, его мировоззрение, морально-этические и личностные особенности [3], его информационное обеспечение в отношении пациента (отношение к работе, предпочтения, семейное окружение, домашние условия, общение и т.д.), время осмотра больного, качество сбора анамнеза и многое другое. Поэтому разрабатываются стандарты амбулаторного психиатрического обследования, лечебно — реабилитационных и социальных мероприятий, направленные на конкретного пациента, своевременные, безопасные, доступные, достаточные для постановки диагноза и эффективные для лечения больного, как в целом, так и на отдельных этапах разных видов психиатрической помощи. Специальными стандартами обеспечиваются также бригады скорой психиатрической помощи. Объем экстренной помощи зависит от уровня бригад (врачебные, фельдшерские, ЕМТ, бригады парамедиков и т.д.) и осуществляется по унифицированным медицинским протоколам, которые являются мерилом качества помощи пациенту, что особенно важно при страховой медицине, так

как финансирование страховыми компаниями оказанной пациенту медицинской помощи осуществляется исключительно в объеме, который эксперт страховой компании сочтет целесообразным, согласно диагнозу, психосоматическому состоянию больного и соответствию существующим протоколам. Контроль качества психиатрической помощи на амбулаторном этапе осуществляется должностными лицами, уполномоченными руководителями психоневрологических диспансеров.

Далее управление качеством переходит на стационарный этап профильного психиатрического учреждения (психоневрологической больницы) и продолжается стандартизацией методических подходов, методик стационарного обследования, лечения и реабилитации больного психическими расстройствами. Контроль качества лечения в стационаре осуществляет должностное лицо, уполномоченное руководителем лечебного учреждения стационарной психиатрической помощи.

С целью обеспечения непрерывности лечебно — реабилитационного процесса выписка пациента со стационара сопровождается рекомендациями врача по продолжению лечения и реабилитации в амбулаторных условиях. Однако далеко не каждая рекомендация стационара находит свое воплощение в амбулаторном лечебном процессе.

Таким образом, при переходе контроля качества опять на амбулаторный уровень, возможно, теряются какие-то детали оценки непрерывности всего процесса лечения. Разрыв может еще более увеличиться при переходе пациента в специализированное учреждение реабилитационного профиля.

Поэтому в период реформирования психиатрической службы целесообразно найти интегральную организационную форму управления качеством психиатрической помощи под единым управлением специалиста по качеству оказываемой помощи путем построения психиатрической службы для населения региона в виде системы психиатрической помощи различных видов.

С этой позиции наиболее рациональной формой работы можно рассматривать территориальное медицинское объединение психиатрических учреждений, осуществляющих различные виды психиатрической помощи населению. Такое объединение было создано в городе Киеве в 2013 году.

В объединении функционируют в качестве самостоятельных лечебно — профилактических учреждений 5 городских психоневрологических диспансеров с дневными стационарами, 3 психоневрологические больницы, в структуре этих учреждений работает отделение скорой психиатрической помощи, диспансерное отделение с функциями диспансера, консультативная соматическая поликлиника, отделения медико — социальной и трудовой реабилитации.

С позиции менеджмента можно утверждать, что названное выше психиатрическое объединение является организованной управляемой системой и может обеспечить управление качеством оказываемой в его подразделениях психиатрической помощи (рис. 1).

Алгоритм управления качеством помощи больным с психическими расстройствами можно представить следующим образом (рис. 2).

Руководствуясь данным алгоритмом, необходимо помнить о целостности психического



Рис. 1

Схема ТМО «ПСИХИАТРИЯ» как управляемой системы



и физического статусов пациента, определяющих общее состояние его здоровья. Такой целостный комплексный подход к обеспечению качества здоровья требует комплексности в управлении качеством оказываемой как психиатрической, так и любой другой профильной медицинской помощи. Поэтому очень важно иметь базовую медицинскую информацию о соматическом состоянии пациента на каждом этапе психиатрической помощи при принятии управленческого решения о лечении больного.

Для создания соматической базы данных о больных психическими заболеваниями в структуре ТМО работает консультативная поликлиника со штатом врачей соматического профиля, которые консультируют стационарных больных, и имеют возможности создать необходимый для каждого пациента любого психиатрического учреждения ТМО набор медицинской информации, характеризующий его соматический статус, что очень важно, как минимум, в двух случаях:

- при комплексном обследовании больного с психическим расстройством, когда затрудняется или утрачивается контакт между врачом и больным в момент его неадекватного психического состояния;
- для организации в каждом ПНД лечения и диспансерного наблюдения психически

больных, при наличии у них хронических соматических заболеваний, поскольку психические расстройства не всегда позволяют больному своевременно обратиться к профильным соматическим специалистам общесоматической сети. Поэтому в штате консультативной поликлиники ТМО «Психиатрия» имеются необходимые специалисты: терапевт, хирург, невропатолог, кардиолог, гинеколог, уролог, фтизиатр, окулист, оториноларинголог, дерматолог, рентгенолог, эндокринолог, физиотерапевт, стоматологи, используются современные информативные диагностические методы исследований: УЗИ, МРТ, КТ, энцефалография, РЕГ, ЕКГ, лабораторные и другие. Среднегодовое число посещений в консультативную поликлинику составляет 53265 при численности контингента учетных больных с психическими расстройствами в 50860 человек. За время лечения в психиатрическом стационаре больные, нуждающиеся в стоматологической помощи, проходят необходимое лечение у стоматолога (в среднем 4712 посещений больных в год), повышая качество стоматологического здоровья [7]. В среднегодовом количестве (365785) лабораторных

исследований 52,0%–54,2% составляют гематологические исследования; 6,6%–7,7% — биохимические; 2,2%–2,9% — иммунологические; 35,9%–38,5% — общеклинические исследования. С помощью УЗИ (в среднем за год обследуется 1289 больных психическими заболеваниями), выявлено: 63,0% заболеваний органов брюшной полости, 17,0% — болезней женских половых органов, 9,8% заболеваний почек, 6,7% — щитовидной железы, 1,0% — молочной железы.

Анализ полученной медицинской информации является очень важным компонентом организации процесса управления качеством в каждом лечебно — профилактическом учреждении психиатрического ТМО, так как позволяет обоснованно и целенаправленно распределить ресурсы психиатрической службы и функции персонала в ЛПУ, четкий порядок подчинения, коммуникационные профессиональные связи, интеграцию факторов и компонентов, которые могут повысить эффективность работы и определить ближайшие и стратегические цели.

Выводы

1. Эффективное решение проблемы обеспечения качества психиатрической помощи населению следует искать в системном подходе к организации управления качеством на всех ее этапах в процессе реформирования психиатрической службы как управляемой системы.

Литература

1. International Organization for Standardization .ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю». 2009.
2. International Organization for Migration <http://en.wikipedia.org/wik>.
3. Юрьева Л.Н. История, культура, психические и поведенческие расстройства. — 2002. — 314с.
4. Грэхем Торникрофт, Мишель Транселла Матрица охраны психического здоровья /пособие по совершенствованию служб/ / Пер. с англ. — Сфера, — 331с.
5. Закон України про психіатричну допомогу, Київ. — 2000. — с.19.
6. Наказ Департаменту охорони здоров'я КМДА від 14.11.2013 г. №625 «Про питання діяльності територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві».
7. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Литвинова Л.О. та ін. /за ред. проф. В.Ф. Москаленка. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. — К.: Книга плюс, 2010. — с. 141.

2. Вариантом интегративной модели организованной системы комплексной качественной психиатрической помощи в крупном городе (регионе) может служить описанная выше модель территориального медицинского объединения (ТМО) психиатрических учреждений.
3. В аппарате управления психиатрического ТМО города, региона необходимо предусмотреть должностное лицо, осуществляющее постоянный процесс управления качеством психиатрической помощи.
4. В целях обеспечения единства психического и соматического здоровья населения, обращающегося за психиатрической помощью, рациональности и эффективности принимаемых в процессе управления качеством решений необходимо создать соматическую базу данных о пациентах психиатрической службы как компонент информационного обеспечения процесса управления качеством психиатрической помощи населению.
5. Одной из главных задач в процессе управления качеством считать стандартизацию психиатрической помощи, как основного компонента ее качества, на каждом этапе ТМО.
6. В основу организации работы каждого этапа помощи в ТМО заложить системный подход, предварительно подготовив управленческий персонал разных уровней по научным основам международного менеджмента.

УДК 616.8(091):89

Теодор Мейнерт, его жизнь и научное наследие (К 180-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.



Иваничук О. П.

Петрюк П. Т.⁴, Петрюк А. П.^{1,2}, Иваничук О. П.³

¹ Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины,

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

³ Харьковская медицинская академия последипломного образования,

⁴ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. На основе джерел спеціальної літератури наведено нові дані про біографічні та наукові аспекти життєвого шляху видатного вченого, професора Т. Мейнерта — крупного австрійського психіатра, невролога, анатома та нейрофізіолога, який був фундатором і лідером наукової школи, одним із засновників анатомо-фізіологічного напрямку в психіатрії, результати досліджень якого мали важливе значення для розвитку цитоархітекτονіки і вчення про локалізацію функцій в корі головного мозку, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок у розвиток вітчизняної та світової науки.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії та наукової спадщини вченого.

Ключові слова: професор Т. Мейнерт, біографічні та наукові аспекти життєвого шляху, наукова спадщина.

Theodor Meynert, his life and scientific heritage (The 180th anniversary of his birth)

Petryuk P. T.⁴, Petryuk O. P.^{1,2}, Ivanychuk O. P.³

¹ Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine,

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

³ Kharkiv medical academy of postgraduate education,

⁴ Kharkiv city|urban| benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. Source-based literature provides new data on the biographical and scientific aspects of the life of the outstanding scientist, professor T. Meynert — the largest Austrian psychiatrist, neurologist, anatomist and neurophysiologist who was Fundator and leader of the scientific school, one of the founders of the anatomical and physiological trends in psychiatry, research results which were important for the development of the doctrine of cytoarchitectonics and localization of function in the cerebral cortex, whose academic achievements contributed to the development of the domestic and world science.

Emphasizes the need for further study of the biography of the scientist and scientific heritage.

Key words: professor T. Meynert, biographical and scientific aspects of their way of life, scientific heritage.

*Противник, сильнее всего борющийся
против тебя,
более всех убеждён в твоей правоте.
Теодор Герман Мейнерт*

Теодор Герман Мейнерт (нем. *Theodor Hermann Meynert*) (1833-1892) — крупный австрийский психиатр, невролог, анатом и

нейрофизиолог. Фундатор и лидер научной школы, один из основателей анатомо-физиологического направления в психиатрии, доктор медицины (1861), профессор, оставивший значимый след в науке. Один из наставников З. Фрейда, В.П. Сербского, С.С. Корсакова, О. Бинсвангера, К. Вернике, а также О.-Г. Фореля и П. Флексига. Оказал большое влияние на взгляды

К. Вернике и его школы. Руководил психиатрическим отделением Венской городской больницы, в котором З. Фрейд проходил врачебную практику. В его лаборатории З. Фрейд изучал гистологию нервной системы и исследовал проблемы развития спинного мозга, когда в 1882 году отказался от науки ради заработка практического врача.

Специалист по анатомии и физиологии мозга. Изучал микроскопическое строение коры больших полушарий мозга и её нервных связей. Т. Мейнертом дано классическое описание зрительных путей, введено понятие о проекционных системах, разработано учение о проекции и топическом представителе тела в коре мозга. Эти исследования имели большое значение для развития цитоархитектоники и учения о локализации функций в коре головного мозга. При изучении душевных болезней он обращал внимание на анатомические изменения мозга, весовые отношения его и стремился, на основании таких данных, находить ключ к пониманию причин психических расстройств [1-12].

Т. Мейнерт определил направление некоторых нервных путей, обеспечивающих двигательные и чувствительные функции. Он считал, что психические функции концентрируются в коре головного мозга. Интерпретировал волокна головного мозга как ассоциативные волокна, по которым переносятся ассоциации представлений. Принимал ассоциативные волокна в качестве основы психических процессов. Полагал, что подкорковые центры обеспечивают первичную обработку восприятий органов чувств и содержат в себе элементарные признаки (галлюцинации, иллюзии и т.д.) различных психических расстройств. Разработал теорию взаимодействия корковых и подкорковых функций мозга. Исследовал различные функциональные расстройства психики. Различал психопатологические симптомы раздражения и выпадения. Совместно с последователями выработал анатомо-физиологическое объяснение психических расстройств. Предложил классификацию душевных расстройств, основанную на выделении в качестве основных причин — анатомические изменения и расстройства питания. В 1888 году склонялся к пониманию и трактовке гипноза как патологического состояния, напоминающего невроз и искусственную истерию. Исследовал и описал ассоциативные нейроны. Сформулировал понятие и представление о «первичном Я» как «телесном сознании», которое оказало воздействие на формирование психологических представлений З. Фрейда. Первым исследовал и описал острую галлюцинаторную спутанность («амения Мейнерта») [1, 4-7, 11, 12].

Т. Мейнерт — не только велико-лепный учёный-медик. Он родился 15 июня 1833 года в Дрездене, в семье театрального критика, писателя и певицы придворной дрезденской оперы. Семья переехала в Вену, когда ему было восемь лет.



Теодор Мейнерт

Теодор писал стихи, сочинял баллады, знал историю, театральную критику, владел полудюжиной языков, на которых свободно говорил. Он, подобно Ф.А. Месмеру, основал в своем доме салон для писателей, музыкантов, живописцев, актёров и являлся их покровителем.

После окончания в 1861 году медицинского факультета Венского университета Т. Мейнерт работал патологоанатомом в Патологическом институте у выдающегося анатома профессора Карла фон Рокитанского, одновременно был врачом и прозектором Венской психиатрической больницы. В 1865 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Строение и функция головного мозга и спинного мозга» [8, 9].

Правила недвусмысленно запрещали одному и тому же человеку занимать пост примаруса (заведующего) отделением и советника университетской клиники, то есть получать средства одновременно и от императорского правительства, и от районных властей. Профессору Т. Мейнерту было разрешено нарушать эти правила, дабы он мог проводить исследования мозга в университетской клинике и ухаживать за психическими больными в больницы палате.

Т. Мейнерт с 1870 года становится внештатным профессором психиатрии, а с 1873 года и до конца жизни заведует кафедрой психиатрии Венского университета. Преподавая в Венском университете психиатрию, Т. Мейнерт заведовал при Венской городской больнице второй университетской психиатрической клиникой, которую его учитель Карл фон Рокитанский (президент Австрийской Академии наук с 1869 года) организовал в 1875 году специально для него. Сотрудниками и учениками Т. Мейнерта в клинике были такие известные психиатры, как К. Вернике, О. Форель, Г. Антон и А. Пик [8, 9].

За деятельность в области анатомии и физиологии мозга Т. Мейнерт получил титул «отца архитектуры мозга». Он не претендовал на то, что разработал методику анатомического исследования мозга. Он отдавал эту честь целой плеяде предшественников, и в особенности

профессору Карлу фон Рокитанскому, пионеру патологической анатомии. Он претендовал лишь на звание «главного разработчика анатомической локализации мозговых функций». Начав с нуля, он обследовал сотню живых существ, чтобы определить, какая часть мозга контролирует ту или иную часть тела. Он обратил внимание на кору головного мозга как «часть, где расположены функции, создающие личность». Он описал ассоциативные нейроны и выдвинул понятие о «первичном Я» как «телесном сознании», отличном от сознания, которое изучалось психологами и, как известно, отождествлялось с представлением человека о своем бестелесном внутреннем мире. Впоследствии историки соотнесли фрейдовское понятие о бессознательном («Оно») с мейнертовским «первичным Я».

Профессор патологии Т. Мейнерт, коренастый, крепкий мужчина с мощной грудью и огромной головой с пышными волосами, — природа отыгралась на черепе, не справившись с нижней частью тела, — был эксцентричным индивидуалистом, обладал бойцовским характером и выдающимся интеллектом. Т. Мейнерт прошел сложный жизненный путь. Начинал он свою врачебную деятельность в приюте для умалишенных в Нижней Австрии, находившемся на расстоянии двух кварталов, на улице Шпитальгассе, на живописном холме, поросшем деревьями и украшенном цветочными клумбами. Работая там, он занимался исследованиями образцов головного и спинного мозга, под микроскопом рассматривая пациентов с патологией психики в качестве хорошего материала для точных научных исследований коры головного мозга, нервных клеток, задней центральной части мозга как чувствующей, передней центральной части мозга как двигательной [8, 9].

Именно тогда он вступил в конфликт с германским движением в защиту психически больных, с врачами, которые считали, что их задача изучать умственно больных, классифицировать симптомы, восстанавливать истории их семей, ибо все умственные заболевания суть наследственные, и облегчать их страдания. Старший над Т. Мейнертом в доме для умалишенных доктор Людвиг Шлагер посвятил десять лет тому, чтобы облегчить судьбу лунатиков, обеспечить им защиту в условиях психиатрических лечебниц и в тюремных камерах, дать им нормальное питание и уход.

Доктор Т. Мейнерт же считал, что только работа в лаборатории представляет ценность. Он не был ни грубым, ни черствым человеком, но утверждал, что ни один лунатик не был излечен, что только благодаря анатомии головного мозга можно найти пути к улучшению состояния

больных. Когда он будет знать все о том, как работает мозг, что вызывает расстройство его функций, он сможет избавить людей от душевных заболеваний, устранив вызывающие их причины [8, 9].

Противостояние приняло настолько острые формы, что Т. Мейнерт был уволен. Он продолжал работать в одиночку в своей личной лаборатории, занимаясь вскрытиями, забытый клинической школой университета; его обходили стороной, словно он подхватил заразную, смертельно опасную болезнь. Лишь два человека поддерживали его: жена, которая считала его гениальным, и его наставник Карл фон Рокитанский, автор трехтомной «Патологической анатомии» (1842).

Кабинет Т. Мейнерта напоминал часовню с рядом небольших окошек, расположенных в нишах под потолком, выходящих на заросли каштанов. На полках, на флорентийском столе, инкрустированном лилиями герба Медичи, везде, где только было можно, лежали книги и рукописи. Хозяин кабинета важно восседал в кресле-шезлонге, обтянутом красным венским дамаском, с поперечной доской для писания, опирающейся на ручки кресла. На этой доске он работал над своими бесчисленными рукописями. Он был полным, имел большую голову с густой бородой и короткое тело, а когда сосредоточенно курил свои любимые гаванские сигары, на его покатый лоб спадали темно-серые волосы. Лицо Т. Мейнерта имело тоскливый вид, его жена умерла рано, а смерть отняла у него его семнадцатилетнего сына. Несмотря на его неприятности, или, возможно, из-за них, он был также креативен в своей поэзии, был высоко оценен критиками того времени. То же самое можно сказать и о его рисунках головного мозга, которые сейчас можно найти в Неврологическом институте Вены [8, 10].

Помимо учебников по психиатрии Э. Крепелина и Р. Крафт-Эбинга, в медицинских научных монографиях было немного материала о неврозе. Говорилось об этой болезни в «Архивах» Ж.-М. Шарко, в работе американского невролога С.В. Митчела, родоначальника известного «лечения неврастении отдыхом», и в книге англичанина Дж. Брэда «Нейрогипнология» (1843). В немецкоязычном мире врачи все ещё определяли невроз как начальное сумасшествие, вызывавшее у врачей отчаяние. Профессор Т. Мейнерт полагал, что неврозы бывают либо наследственными, либо вызываются физическими повреждениями мозга [8, 9].

Профессор Т. Мейнерт, первый разработчик методик исследования мозга и автор «Механики душевной деятельности», без устали повторял, что «все эмоциональные

расстройства и умственные сдвиги вызваны физическими заболеваниями, и ничем иным». Он был противником представления о человеческой душе, утверждая, что вся работа психологов, пытающихся найти ей место в теле, не только бесполезна и бесплодна, но и вводит в заблуждение. Трудно возразить Т. Мейнерту, так как понимание процессов, порождающих психическую активность и сознание, представляется загадочным и находится на начальном пути. Основным аргументом в пользу сложности этой нерешённой проблемы считается тот факт, что до сих пор не выяснено, как мозг производит психические процессы, а последние — сознание, и в мозге ли оно вообще возникает. Не из-за этого ли А. Эйнштейн сказал, что «психология сложнее физики»?..

Профессору Т. Мейнерту принадлежат открытия, касающиеся проводящих путей ЦНС, цитоархитектоники коры мозга. Им были описаны специфическая структура одного из участков коры затылочной части мозга, а также клетки, получившие наименование клеток Мейнерта. Он внес значительный вклад в изучение патологической анатомии прогрессивного паралича. На основании своих морфологических исследований Т. Мейнерт пришел к выводу об основных функциональных и анатомических различиях между корой головного мозга и подкоркой, которые он в дальнейшем положил в основу объяснения природы и систематики психических расстройств. С этих позиций он в своем учебнике «Психиатрия, клиника заболевания переднего мозга, основанная на его строении, отправлениях и питании» (1884) делил психические болезни на две группы: последствия «анатомических изменений» и «расстройств питания мозга». Он стоял на позициях узкого локализационизма, а многие его положения, например «мозговая мифология», встречали обоснованную критику [8, 9].

Наиболее значительной клинической работой явилось выделение им клинической картины аменции. Аменция в понимании Т. Мейнерта представляла собой сборную группу острых психозов с бессвязностью мышления и речи. В 1881 году он ввел понятие аменции: синдром расстроенного сознания, состояние острой спутанности. Первоначально Т. Мейнерт назвал аменцию острой галлюцинаторной спутанностью сознания и лишь в 1890 году ввел понятие аменции, границы которой значительно расширил, рассматривая её как самостоятельный психоз. Основные его признаки — полная дезориентация в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций, отрывочные

бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность [8, 9, 12].

Т. Мейнерт был психиатром, крупным специалистом по анатомии и физиологии мозга, тем не менее, он отвергал термин «психиатрия», возникший ещё в 1808 году. Само заглавие его основного труда сразу дает нам понимание его принципиальной позиции («Психиатрия, клиника заболевания переднего мозга, основанная на его строении, отправлениях и питании»). Т. Мейнерт хотел понять психозы, к которым Ж.М. Шарко и другие относили истерию, основываясь на анатомическом строении и работе мозга. Он повсюду искал патологоанатомические изменения (меланхолические и маниакальные состояния, бредовые идеи, навязчивые представления и пр.), стремился перевести на анатомический язык все психологические и психопатологические процессы. Многие критики называют построения Т. Мейнерта «мозговой мифологией» (*Gehirnmythologie*) [8, 9].

В соответствии со своими представлениями об анатомических изменениях и расстройствах питания тканей мозга, Т. Мейнерт создал следующую классификацию душевных расстройств:

А. Анатомические изменения.

- I. Уродливости черепа и головного мозга вследствие процессов, возникших в периоде утробной жизни, при рождении или в детстве. *Клинические картины*: предрасположение, кретинизм, идиотизм, глухонмота.
- II. Гнездные анатомические поражения головного мозга: кровоизлияния, размягчения, опухоли, серый склероз, сифилис. *Клинические картины*: бред, параличи, органическое слабоумие, травматическое помешательство, симптоматическая хорея, предрасположение, обусловленное остатками перенесенных процессов.
- III. Разлитой органический процесс головного мозга и его оболочек, гипертрофия мозга, атрофия мозга, приобретенная водянка мозга, воспаления мозговых оболочек. *Клинические картины*: предрасположение, слабоумие, паралитическое слабоумие, старческое слабоумие, бред, основной менингит, острые смертельные процессы с хореей, истерией, эпилепсией, старческий процесс.

В. Расстройства питания.

1. Коровые состояния раздражения:
 - a. Раздражительное настроение, предрасположение, неистовство.
 - b. Простая меланхолия, грустное настроение с задержкой, бредом унижения и самообвинения.

- с. Простая мания, веселое настроение, бегство идей, ускорение движений и бред величия. Прибавление: хорея.
2. Локализованная раздражительная слабость:
 - а. Явления раздражения подкорковых чувствительных центров, общее помешательство. Простая галлюцинаторная спутанность со ступорозными и маническими стадиями.
 - б. Явления раздражения подкорковых чувствительных центров общего чувства: ипохондрия, истерия, частичное помешательство, бред наблюдения, преследования, величия.
 - с. Расстройство подкорковых сосудистых центров.
 - д. Гиперестезия, эпилепсия, истероэпилепсия.
 - е. Истощаемость, круговые психозы, слагающиеся из меланхолии, мании и светлых промежутков.
 - ф. Параличи, восходящий паралич, Базедова болезнь [13].

Не вдаваясь в критический анализ взглядов Т. Мейнерта и его умозрительной классификации душевных расстройств, можно сказать, что во времена В.М. Бехтерева это было новаторским прорывом, попыткой с помощью микроскопической техники объяснить психическую патологию, «перевести на анатомический язык все психологические и психопатологические процессы».

К Т. Мейнерту приезжали учёные со всей Европы, и никому он не отказывал в своих консультациях. Главное, считал Т. Мейнерт, чтобы у приезжающих были свои идеи. В этом отношении В.М. Бехтерев был на высоте. Беседы с Т. Мейнертом и ознакомление с гистологическими препаратами ещё более вдохновили Владимира Михайловича и убедили в правильности направления, которое он выбрал для своих дальнейших исследований. В приподнятом настроении В.М. Бехтерев вернулся в Петербург, откуда, отчитавшись за командировку, направился к своему новому месту службы — в Казань [14].

Т. Мейнерт, как уже подчеркивалось выше, изучал микроскопическое строение коры полушарий большого мозга и её нервных связей. Им дано классическое описание зрительных путей, введено понятие о проекционных системах, разработано учение о проекции и топическом представительстве тела в коре мозга. Эти исследования имели большое значение для

развития цитоархитектоники и учения о локализации функций в коре головного мозга. Его именем названы следующие образования головного мозга:

Перекрест Мейнерта (дорсальный перекрест покрышки среднего мозга, *decussatio tegmenti dorsalis*) — перекрест в покрышке среднего мозга волокон покрышечно-спинно-мозгового пути, выходящих преимущественно из верхних холмиков крыши среднего мозга.

Пучок Мейнерта (поводково-межнужковый путь; пучок, изогнутый назад; отогнутый пучок, *fasciculus retroflexus*) — пучок нервных волокон, начинающийся от ядра поводка, проходящий в покрышке ножки мозга и заканчивающийся после перекреста в межнужковом ядре; относится к обонятельным путям.

Спайка Мейнерта (надзрительная верхняя спайка, *comissura supraoptica*) — спайка, представляющая собой пучок нервных волокон, проходящий над зрительным перекрестом и соединяющий (по разным сведениям) базальные ядра обоих полушарий, верхний холмик пластинки крыши среднего мозга с гипоталамусом противоположной стороны, ядро латеральной петли с верхним и нижним холмиками пластинки крыши среднего мозга противоположной стороны.

Ядро Мейнерта (синоним: ядро Ленхошшека, супраоптическое ядро, *nucleus supraopticus*) — ядро, расположенное в промежуточном мозге в области серого бугра, в котором заканчивается остаточный пучок зрительного тракта и часть волокон зрительного нерва; отсюда волокна направляются к зрительному бугру [15, 16].

Восстав против самого термина «психиатрия», он говорит, что это слово вводит людей в заблуждение, обещая то, чего оно не в силах исполнить. По его мнению, наука о психических расстройствах только тогда станет на твердую почву, когда будет изучен во всех деталях тот орган, в котором сосредотачивается психическая жизнь. Такова была основа медицинского воззрения учёных шестидесятых годов XIX столетия. Так учил Карл фон Рокитанский, так говорил великий немецкий врач-патологоанатом Р. Вирхов.

Корифеи психиатрии Т. Мейнерт, Э. Крепелин и Р. Крафт-Эбинг полагали, что психические заболевания наследственные, больные просто наследовали такие расстройства от своих родителей или прародителей, как наследуются цвет глаз или походка, поэтому лечить их нельзя. Ведь то, что унаследовано, нельзя исправить. Надо ждать, чтобы природа, отняв разум, смилостивилась и вернула его обратно, говорили они [8, 9].

В частных беседах Т. Мейнерт многократно констатировал, что неврозы чаще всего имеют

сексуальную этиологию. Об этом же говорил Ж.-М. Шарко, свидетелем эмоционального заявления которого случайно оказался З. Фрейд. Но когда З. Фрейд написал книгу «О детской сексуальности», Т. Мейнерт называл его то человеком «с грязными мыслями», «подглядывающим в замочную скважину», то «сексуальным маньяком», «торговцем похотью и порнографией», то «осквернителем духовных качеств человека», «нескромным, бесстыдным, распутным, скотским», «позором для его профессии» и, в конечном счете, «антихристом».

Побывав на стажировке у Ж.-М. Шарко, в Сальпетриере, З. Фрейд привез в Вену убеждение, что истерия — это не только прерогатива женского характера, она бывает и у мужчин. З. Фрейд так был захвачен этой мыслью, что доложил об этом в университете на заседании Венского медицинского общества врачей. У Т. Мейнерта был трудный характер, и он ревниво относился к своему положению, ведь большую часть того, что знал Ж.-М. Шарко об анатомии мозга, он вычитал в его, Т. Мейнерта, работах. З. Фрейд был одним из его лучших студентов и «вторых врачей», подающих большие надежды. Т. Мейнерта задело то, что человек, к которому он относился по-отечески, восхвалял кого-то чужого. Профессор Т. Мейнерт выступил с опровержением и высмеял докладчика [8, 9].

Профессор Т. Мейнерт, имеющий чин советника, заболел. Поговаривали, что он лежит на смертном одре. Неожиданно З. Фрейд получил от него записку, в которой была просьба посетить своего учителя.

— Уже пять или шесть лет вы осаждаете меня глупостями Ж.-М. Шарко относительно мужской истерии. Скажите на милость, а вы все ещё верите в этот абсурд? Говорите только правду, непорядочно врать умирающему.

— Со всей честностью и вопреки Вашим большим усилиям я не изменил своего мнения.

— Тогда я также буду откровенным. — Легкая улыбка пробежала по лицу Т. Мейнерта. — Дорогой коллега, такая вещь, как мужская истерия, существует. Знаете, почему я это знаю?

— Нет, — скромно ответил Зигмунд.

— Потому что я сам представляю явный случай мужской истерии. Именно это подтолкнуло меня нюхать хлороформ, когда я был молодым, и привязало к алкоголю, когда я постарел. Как вы думаете, почему я так отчаянно боролся против вас эти годы?

— ...Вы были... привержены анатомической основе...

— Чепуха! Вам не следовало бы обманываться. Я высмеивал ваши теории, чтобы не быть разоблаченным.

— Зачем вы говорите мне это сейчас, господин советник?

— Потому что это уже не имеет значения. Моя жизнь кончилась. Я чувствую, что могу ещё чему-то научить вас. *Противник, который борется против вас наиболее яростно, больше всех убежден в вашей правоте.* Я был не последним из числа тех, кто пытался втянуть вас в борьбу, развенчать ваши убеждения. Вы один из моих лучших студентов. Вы заслужили правду.

Из последних сил Т. Мейнерт прошептал:

— До свидания, Вас ждет удивительная научная судьба, крепитесь [8, 9].

Труды Т. Мейнерта напечатаны в различных периодических немецких изданиях, отчасти в виде отдельных книг, монографий и сборников лекций; некоторые из них переведены на русский язык. Он является автором следующих работ: «Voin Gehirn der Saugethiere» (глава в «Handbuch der Lehre v. den Geweben», hrsg. v. S. Sticker, Lpz., 1872), «Zur Mechanik des Gehirnbaus» (1874), «Острые (галлюцинаторные) формы помешательства и их течение» (1881), «Психиатрия, клиника заболевания переднего мозга, основанная на его строении, отправлениях и питании» (1884), «Клинические лекции по психиатрии» (1890) и других многочисленных работ по анатомии, физиологии и психиатрии [1-3, 9-12].

Следует подчеркнуть, что результаты его работ по анатомии головного мозга и его труды по медико-психологическим проблемам сделали его имя известным психиатрам и неврологам всего мира [10].

Т. Мейнерт был редактором Венского психиатрического ежегодника (Wiener Jahrbücher für Psychiatrie), соиздателем Архива психиатрии и невропатии (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Berlin). Из Max Leidesdorf (1818-1889) был также соиздателем Ежеквартального журнала психиатрии (Vierteljahrsschrift für Psychiatrie (Neuwied-Leipzig). Один год Т. Мейнерт был президентом Венского общества психиатрии и судебной психологии (Wiener Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie). Профессор Т. Мейнерт также был президентом Психиатрической ассоциации, вице-президентом Венского медицинского общества, членом Высшего санитарного совета Австрии. За несколько дней до его смерти он был избран членом Императорской Академии наук Вены, ожидалось, что в следующем году он будет избран ректором университета [3].

Профессор Теодор Мейнерт умер 31 мая 1892 года в своем загородном доме в Klosterneuberg, когда ему было 59 лет, став жертвой врожденной сердечной болезни.

Таким образом, Т. Мейнерт был первым учёным, призывающим к мультидисциплинарному подходу в исследовании мозга, одним из основателей анатомо-физиологического направления в психиатрии, который пытался понять физиологическое значение различных образований головного мозга путем анатомического, микроскопического и сравнительно-анатомического изучения его. В многочисленных своих специальных исследованиях он проводит определенные воззрения на взаимное отношение различных отделов мозга, оказавшиеся весьма плодотворными

для анатомии и физиологии мозга и играющие видную роль в современных взглядах на способ деятельности мозга. Также при изучении душевных болезней он обращал с этой же точки зрения внимание на анатомические изменения мозга, весовые отношения его и стремился, на основании таких данных, находить ключ к пониманию причин и механизма психических расстройств [11]. Он заслуженно носил титул «отца архитектуры мозга». Бесспорно, жизненный путь и научное наследие великого учёного нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература

1. Haas L.F. Theodor Meynert (1833-92) / L.F. Haas // J. Neurol., Neurosurg., Psychiatry. — 1999. — V. 66. — P. 330.
2. Мейнерт, Теодор: Материал из Википедии — свободной энциклопедии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
3. Professor Meynert, Vienna (Obituary notice) // The British Journal of Psychiatry. — July 1892. — 38 (162). — P. 482-a.
4. Овчаренко В.И. Мейнерт / Виктор Иванович Овчаренко [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://glossword.info/index.php/term>.
5. Whitehouse P.J. Theodor Meynert: foreshadowing modern concepts of neuropsychiatric pathophysiology / P.J. Whitehouse // Neurology. — 1985. — V. 35. — P. 389-391.
6. Seitelberger F. Theodor Meynert (1833-1892), pioneer and visionary of brain research / F. Seitelberger // J. Hist. Neurosci. — 1997. — V. 6. — P. 264-274.
7. Judaš M. Early history of subplate and interstitial neurons: from Theodor Meynert (1867) to the discovery of the subplate zone (1974) / M. Judaš, G. Sedmak, M. Pletikos // J. Anat. — 2010. — V. 217. — P. 344-367.
8. Мейнерт (1833-1892) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.sunhome.ru/books/b.sto-velikih-vrachei/91>.
9. Шойфет М.С. 100 великих врачей / Михаил Семёнович Шойфет. — М.: Вече, 2011. — 525 с. — (100 великих).
10. Biography of Theodor Hermann Meynert: Translated by Gerhardt von Bonin [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&sl=en&tl=ru&u=http%3A%2F%2Fwww.whonamedit.com%2Fdoctor.cfm%2F958.html&anno=2>.
11. Gomes M.M. Meynert and the biological German psychiatry / Gomes, Marleide da Mota and Engelhardt, Elias // Arq. Neuro-Psiquiatr. — Nov. 2012. — V. 70. — N. 11. — P. 894-896.
12. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии / Вадим Моисеевич Блейхер. — К.: Вища школа, 1984. — С. 211-212, 392-393.
13. Каннабих Ю.В. История психиатрии / Юрий Владимирович Каннабих. — М.: Академический проект, 2012. — 426 с.
14. Менделевич Д.М. В.М. Бехтерев в клиниках Западной Европы / Давыд Моисеевич Менделевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.bekhterev.net/modules/articles/article.php?id=64>.
15. Meynert T.H. Beiträge zur Kenntniss der centralen Projection der Sinnesoberflächen, 1869 / T.H. Meynert. — Wien: S. B. Acad. Wiss, 1870 — S. 547-566.
16. Pearcon J.M.S. The nucleus of Theodor Meynert (1833-1892) / J.M.S. Pearcon // J. Neurol., Neurosurg., Psychiatry. — 2003. — V. 74. — P. 1358.

УДКМ159.923(095) Волошин М.А.

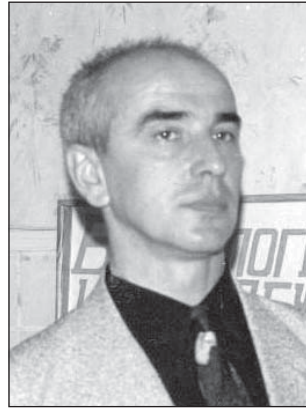
Максимилиан Волошин. «Удивительно полифоническая личность...». Психологический портрет, болезнь, смерть и бессмертие



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, творчество, история болезни и смерти М.А. Волошина.

Ключевые слова: М.А. Волошин, жизнь, творческая деятельность, болезнь.

Maksimilian Voloshin. «Amazingly polyphonic person...». A psychological profile, disease, death and immortality

Kutko I. I., Teryshin V. A., Peresadin N. A.

SE «Lugansk State Medical University»

Resume. In article it is characterized vital activity, creativity, a case history and M.A Voloshin's morses

Key words: M. A. Voloshin, life, creative activity, disease.

*«Плоть человека—свиток, на котором
отмечены все даты бытия.»
М.А. Волошин*

*«Действительно ли все мы такие,
какими можем быть? Или в нас таятся
психологические возможности достиже-
ния таких высот и глубин, о которых боль-
шинство из нас и не мечтает, о которых зна-
ют немногие из нас, реализовать которые
дано лишь единицам.»
А.Г. Маслоу*

Жизнь каждого отдельно взятого человека никогда не является сугубо статичной, поэ-
тому не следует рассматривать связь индивида
с внешним миром так, будто, с одной стороны,
есть личность с неким набором потребностей, а
с другой, отдельно и независимо от неё — со-
циум, который потребности эти удовлетворяет,
или подавляет. Вполне понятно, что есть общие
для всех нас потребности, детерминированные

самой человеческой природой,— потребность в
воздухе, пище и воде, сексуальные желания и
т.п. Но вместе с тем следует обращать внима-
ние и на те стремления, которые приводят к раз-
личиям (дифференциациям) и акцентуациям
характеров и, которые, являются продуктом со-
циально- психологических процессов: любовь и
ненависть; жажда власти, или тенденция к под-
чинению; влечение к чувству наслаждения, или
страх перед ним. Другими словами, человече-
ская натура, страсти и страдания индивида, его
тревоги — это порождение культуры в широком
значении этого понятия.

Исследуя творчество Максимилиана
Волошина и ключевые вехи его биографии, мы
сталкиваемся с его удивительной многомерно-
стью, потрясающей многогранностью и необык-
новенной полифоничностью.

Неординарной и загадочной особен-
ностью поведенческих реакций героя нашей ста-
тьи, особенно в трагическую эпоху револю-
ции и гражданской войны в России, стало его

глубинное ощущение сути происходившего, не вписывавшегося в рамки социальной, классовой, национальной или партийной доктрины. Он хорошо понимал необычайную ценность европейских культурных достижений, но евроцентристом не стал. Познакомившись в годы молодости с таинственным величием азиатских просторов, он искренне проникся евразийским мышлением, почувствовав громадность великого континента, прародины древнейших и мировых религий. В творчестве Волошина ярко проявились «всемирная отзывчивость русского человека» (термин Ф.М. Достоевского), всечеловечность, открытость к другим народам и культурам, необычайно характерная для этого великого поэта и художника. Однако противостоять «грядущему Хаму» Максимилиан Волошин не смог. Его погубили психоэмоциональные срывы, невозможность доказать свои права на «Дом Поэта» и тяжелая бронхиальная астма, которая с годами приобрела характер выраженной психосоматической патологии. Но давайте обо всем по- порядку.

Из истории культуры хорошо известно, что художественно-прикладные изыскания первых десятилетий XX столетия (особенно 1900-1910-х годов) были чрезвычайно насыщенными и выражались в сложной и яркой картине разнонаправленного развития мировой культуры нового времени. Многообразие тогдашних методических подходов, высокая энергия духовных поисков, несмолкавшая ни на минуту «дуэль» стилевых и жанровых установок, огромный диапазон и красочная палитра синтетических форм, способных адекватно отразить действительность, навсегда останутся в истории науковедения и культурологии. На формирование универсальной философской картины окружающего мира в XX веке, развитие гуманистических основ концепции человеческой личности и поэтику неореализма в многогранном творчестве ученых, писателей и в целом представителей искусства ключевое влияние оказали особенности художественного сознания символизма и последовавшей затем постсимволистской эпохи [12, 14, 16-19]. Одним из самых заметных и плодотворных представителей этого исторического периода и распространённого направления в искусстве стал Максимилиан Волошин, оставшийся в исторической памяти как уникальный поэт, замечательный переводчик, талантливый художник, бесподобный эссеист, оригинальный искусствовед и культуролог, выдающийся мыслитель.

Известно, что натуры, столь могуче и щедро одарённые всевозможными талантами, встречаются крайне редко. И гораздо реже в истории науки и культуры можно видеть людей,

обладающих, помимо природных талантов и неординарных способностей, ещё и уникальным душевным складом, ценность коего не менее значима, чем богатое наследие их интеллектуального багажа. Именно такой представляется творческая биография Максимилиана Волошина, — притягательной, могуче одарённой личности с её негибкой гуманистической духовной позицией,

Отметим особо, что в психологическом портрете Волошина чётко выделяются его лидерские качества. Лидерство это было совершенно естественным, натуральным, не артифициально-предвзятым. Она убедительно демонстрировало собой искусство волошинского влияния на многие сотни посетителей, прошедших через его «Дом Поэта». Оно вдохновляло собеседников и соратников на то, чтобы сами люди по своей доброй воле стремились достичь целей, рождавшихся в ходе общения (гением которого Максимилиан Александрович можно назвать по праву). Знакомые и малознакомые стремились за Волошиным прежде всего потому, что он всегда был в состоянии предложить им конкретные средства для удовлетворения жажды познания, а также важнейших для человека потребностей в истине и красоте, указав единственно правильное направление их деятельности. Будучи реально «над схваткой», умиротворяя воюющие стороны, Волошин и в годы Первой Мировой и в период гражданской войны давал возможность всем встреченным им людям не забывать о вечном и великом. К М.А. Волошину можно с полным основанием отнести слова А.С. Грина, бывавшего в «Доме Поэта»: — «Знаю, что моё настоящее будет всегда звучать в сердцах людей».

Незаурядная личность Максимилиана Александровича Волошина, удивительно точно предсказавшего в своих провидческих стихах нелёгкую судьбу XX века, продолжает привлекать и сегодня всех, кого действительно обогащает встреча с теми или иными произведениями из его гениального творческого наследия. Лев Озеров в замечательной статье «Максимилиан Волошин, увиденный его современниками» подчеркивал: «... Историки культуры вправе отнести М.А. Волошина к числу самых выдающихся гуманистов нашего века, таких, как Владимир Короленко, Альберт Швейцер, Ромен Ролан, Томас Манн, Бернард Шоу. Он был бесстрашен в выражении правды, стоек в жизненной борьбе, непреклонен в своей вере в человека и культуру». (Цит. по [16])

Поэтесса Марина Цветаева (1892-1941), прекрасно знавшая Волошина, так сказала о нем однажды: «Макс сам был планета. И мы, крутившиеся вокруг него в каком — то другом,

большом круге, крутились совместно с ним во круг светила, которого мы не знаем. У него была тайна... Это знали все, этой тайны не узнал никто». (Цит. по [10]).

В автобиографических волошинских заметках («По семилетью», «О самом себе» и др.), а также в прекрасно составленной В.П. Купченко «Хронологической канве жизни и творчества М.А. Волошина» [9] упоминается, что родился Максимилиан Волошин 16 мая 1877 года в Киеве в семье члена киевской палаты уголовного и гражданского суда Александра Максимовича Кириенко-Волошина и его жены Елены Оттобальдовны, урождённой Глазер. Своей родословной М.А. Волошину пришлось как-то подробно заниматься, отвечая на вопросы родственников своей невесты Маргариты Сабашниковой, которой он писал в феврале 1906 года: «Отец мой... был сперва мировым посредником, а потом членом суда в Киеве. У деда было большое имение в Киевской губернии... Сам я значусь в паспорте «сыном коллежского советника» и больше никакими бумагами, ни родовыми документами не обладаю» (Цит. по [13]). Известно, что отец М.А. Волошина — Александр Максимович Кириенко-Волошин родился 9 июля 1836 года. Учился Саша Кириенко-Волошин в знаменитой Первой Киевской гимназии, а затем с успехом окончил Университет Святого Владимира. В 1859 году Александр начал юридическую карьеру в Киевской казённой палате, после чего служил в Житомире, Луцке, Одессе, затем опять в Киеве, Таганроге. В 1875 году Александр Максимович получил чин коллежского советника (что соответствовало воинскому званию полковника). К моменту рождения сына в 1877 году А.М. Кириенко-Волошин уже был членом Киевской палаты уголовного и гражданского суда (Цит. по [11]). Дед М.А. Волошина, являвшийся к тому же его крёстным отцом, Максим Яковлевич (1805-1892), в сорокасемилетнем возрасте был киевским городским казначеем, коллежским асессором, а в дальнейшем стал даже статским советником (что соответствовало званию генерала). Бабушка, Евпраксия (Евгения) Ивановна, была очень богатой помещицей, ей принадлежали большие земельные наделы и имения в Оренбургской, Полтавской и Черниговской губерниях. В связи с 30-летием литературной деятельности в 1925 году М.А. Волошин подготовил по просьбе одного издательства очередную автобиографию, в которой коснулся своих фамильных корней. Исследователи, базируясь на этой автобиографии и иных документальных источниках [3-7, 10, 15, 18], уточнили ряд деталей исторического прошлого волошинского рода. Так, отец матери Максимилиана Волошина (дед

с материнской стороны), Оттобальд Андреевич (1809-1873) был инженером-подполковником, а его женой (бабушкой поэта с материнской стороны) была Надежда Григорьевна (урождённая Зоммер, 1823-1908). Прадед Волошина по материнской линии был важным судебным деятелем (ратсгером и синдиком) в остзейском городе Валка Лифляндской губернии. Прадед в своё время участвовал в Итальянском походе с А.В. Суворовым (т.е. был военным), а прапрадед Зоммер был лейб-медиком, приехавшим в Россию из Германии в период царствования Анны Иоанновны. Дед Максимилиана Волошина по отцовской линии Максим Яковлевич, с которым Макс встретился в августе 1886 года, так толковал их фамилию: «Кириенко» происходит от греческого «господин», а «Волошин» - запорожское прозвище, обозначававшее «выходец из Италии». Запись об этом разговоре сделана Максимилианом в письме к его учителю русского языка и словесности, любимому преподавателю Волошина в феодосийской гимназии Юрию Андреевичу Галабутскому (1863-1928) [6].

Раннее детство Макса (так звали его близкие люди во все периоды жизни М.А. Волошина) прошло в Таганроге и Севастополе. Одним из самых первых незабываемых живописных впечатлений мальчика были развалины послевоенного Севастополя с большими деревьями, растущими прямо из середины разрушенных во время крымской войны домов. 9 октября 1881 года умер отец Макса — Александр Максимович, после чего Елена Оттобальдовна с сыном в декабре того же года переезжает в Москву, где поселяется в семье инженера путей сообщения О.П. Вяземского, в Ваганькове. В 1887 году Макс Волошин поступает в частную гимназию Л.И. Поливанова, которая находилась на Пречистенке (дом Пегова). (В настоящее время — это улица Пречистенко, № 32 в Москве). Гимназия эта знаменита тем, что в ней учились известный поэт В.Я. Брюсов и талантливейший писатель Андрей Белый (Б.Н. Бугаёв). Волошин впоследствии вспоминал: «В Поливановской гимназии (в Москве) читал товарищам свои стихи, очень ими одобряемые» (Цит. по [9]). Следует отметить, что у маленького Макса с самых ранних лет было великолепное чувство эстрады: ещё не умея читать, он любил декламировать, для этого всегда становился на стул. С пяти лет, научившись чтению, юный Макс увлекался книгами из материнской библиотеки, с этой поры его постоянными спутниками на всю жизнь становятся Пушкин, Лермонтов и Некрасов, Гоголь и Достоевский, а чуть позже — Байрон и Эдгар По. В Поливановской, а затем в Первой казённой гимназии, находившейся на углу Волхонки и Пречистенского бульвара (ныне — улица

Волхонка, 18, Институт русского языка РАН) Максимилиан Волошин учился до пятого класса.

В автобиографических заметках («По семилетью») М. Волошин пишет так о третьем семилетии своей жизни (1891-1898 гг.). «Мечтаю о юге и молюсь, чтобы стать поэтом. То и другое кажется невыносимым. Но вскоре начинаю писать скверные стихи, и судьба неожиданно приводит меня в Коктебель (1893 г.)» (Цит. по [9]). В ту пору Коктебель представлял собой небольшое селение (типа деревни) в Восточном Крыму, между Феодосией и Судакком, где тогда жили, в основном, болгары. Близ этой деревни в конце 1980-х годов XIX века возник на берегу Чёрного моря курортный посёлок с таким же названием. Переезду Волошина с матерью в Коктебель способствовал их знакомый московский врач Павел Павлович фон Теш (1842-1908), также переселившийся в этот небольшой посёлок. Знакомство с доктором П.П. фон Тешем и его семьёй у Волошиных состоялось в 1890 году (в эту пору как раз Максимилиан и стал в тринадцать лет писать стихи). В конце августа 1893 года Макс начинает посещать занятия в Феодосийской гимназии, где вскоре подружился с А.М. Пешковым — будущим известным учёным — языковедом. Следует особо отметить, что всю жизнь Максимилиана сопровождали великие, выдающиеся и просто известные люди, находившие в Волошине не просто замечательного собеседника и творческую личность, но и человека прекрасных душевных качеств, к которому тянулись все — и одарённые и обыкновенные, и гении и простолюдины. В Коктебеле, который стал для М.А. Волошина истинным пристанищем на всю оставшуюся жизнь, где до сих пор стоит знаменитый «Дом поэта», привлекающий тысячи поклонников со всего света, были написаны первые серьёзные стихотворные произведения, тут были прожиты самые лучшие творческие годы, именно здесь и упокоен прах этого неординарного человека. В июне 2011 года нам посчастливилось посетить Дом-музей, Волошина и на месте подробно познакомиться с обителью гения, побеседовать с работниками музея и исследователями его творчества. С тех пор мы каждое лето по несколько недель проводим в Коктебеле, посещая «Дом поэта», и работаем в научной библиотеке волошинского Дома-музея, за что приносим глубокую благодарность его директору Наталье Мирошниченко. Однако вернёмся к биографии М. А. Волошина.

После окончания феодосийской гимназии Максимилиан в 1897 году поступает на юридический факультет Московского университета и уже в октябре (через несколько недель учёбы) узнаёт, что находится под надзором полиции.

Практически через год занятий в университете Волошина исключают из вуза за участие в студенческих беспорядках и высылают из Москвы в Феодосию. В конце февраля 1899 года Максимилиан вместе со своим другом, начинающим переводчиком М.П. Свободным, в Ялте посещает А.П. Чехова, встреча с которым на всю жизнь оставила в душе будущего поэта и художника неизгладимый след. В августе того же года М. Волошин вместе с матерью Еленой Оттобальдовной и дочерью врача Павла Павловича Теша совершает своё первое заграничное путешествие в Италию и Швейцарию. С тех пор Европа становится для Макса любимым стремлением и жгучей целью. Он бывает в Париже, Кёльне, Берлине. В германской столице вольнослушателем Волошин посещает лекции в Берлинском университете, а также углублённо изучает немецкий язык — родной язык его предков с материнской стороны.

В ноябре 1900 году М.А. Волошина восстанавливают на втором курсе юридического факультета и он какое-то время продолжает учёбу в Московском университете. Летом 1900 года вместе с друзьями-студентами Макс совершает большое заграничное путешествие и посещает Австрию, Германию, Италию и Грецию. 21 августа Волошина арестовывают в Судакке и доставляют в московскую Басманную часть и через две недели выселяют из Москвы до особого распоряжения. В начале сентября из Севастополя вместе с другом семьи инженером В.А. Вяземским Максимилиан отправляется в Среднюю Азию на изыскание трассы проектируемой Оренбург-Ташкентской железной дороги. Молодому человеку пришлось в течение полутора месяцев перемещаться по пустыне с караваном, выполнять обязанности заведующего полевым лагерем и вести пикетаж на прокладываемой в песках Кызыл-Кум трассе будущей стальной магистрали. В ноябре, вернувшись в Ташкент, Макс получает известие о том, что его дело «оставлено без последствий», поэтому он решает навсегда оставить университет, занявшись усердно самообразованием. В этот период Волошин увлечённо изучает философские произведения Владимира Соловьёва и Фридриха Ницше, оказавшие большое влияние на его мировоззрение.

Уже зимой 1901 года Волошин решает ехать в Париж для усиленных занятий литературой и искусством. В столице Франции Макс знакомится с художницей Е.С. Кругликовой, проводит незабываемые вечера в её мастерской и сам начинает рисовать. Он посещает лекции в Лувре, часто бывает в театрах. С группой художников отправляется в пешеходное путешествие по Испании, которое принесло

ему много ярких впечатлений и оставило навсегда след в памяти. Осенью и зимой 1901-1902 года М.А. Волошин много занимается в Сорбонне и Высшей русской школе в Париже. В январе 1902 года в Высшей русской школе Максимилиану было поручено сделать публичное сообщение о творчестве Н.А. Некрасова и А.К. Толстого; этот фундаментальный, тщательно подготовленный доклад очень понравился многочисленным слушателям, убедительно продемонстрировав аудитории недюжинные таланты Волошина, в дальнейшем выдающегося анализатора творчества русских и европейских писателей и поэтов, а также необычайно искусного критика. Весной 1902 года Волошину приходит глубоко осознанное решение целиком посвятить себя искусству, живописи и литературе. С тех пор он встречается с большим количеством знаменитых творческих личностей, сведя короткое знакомство едва ли не со всеми известными писателями, художниками, мыслителями Европы, много путешествует по Италии и Корсике. Познакомившись с Агваном Доржиевым, Макс проявляет большой интерес к буддизму. На протяжении всей заграничной жизни Волошин из Парижа совершает краткие «набеги» в Петербург и Москву, близко сходитесь с А.Н. Бенуа, И.Э. Грабарем, С.П. Дягилевым, В.Я. Брюсовым, А.А. Блоком, В.А. Серовым, К.А. Сомовым, В. В. Розановым (знаменитыми художниками из «Мира искусства» и поэтами из окружения Вячеслава Иванова). Затем следуют скоротечный брак с М.В. Сабашниковой, оставивший по себе в основном досадное недоумение, углублённые занятия теософией, работа российским корреспондентом во Франции, выход первых стихотворных книг, переводы французских поэтов, серия оригинальных статей по искусству.

Тесно общаясь с французскими литераторами, художниками и скульпторами в Париже, посещая музеи, церкви, мастерские деятелей искусства, Волошин довольно близко сходитесь с будущими Нобелевскими лауреатами, автором знаменитой пьесы «Синяя птица» бельгийским поэтом и писателем Морисом Метерлинком (1862-1949) и своим соотечественником профессором И.И. Мечниковым (1845-1916), автором «Этюд о природе человека» и «Этюд оптимизма», а также с приехавшей в Европу танцовщицей Айседорой Дункан, знаменитыми художниками испанцем Пабло Пикассо и мексиканцем Диего Риверой. В 1905 году в Берлине Максимилиан Волошин неоднократно встречается с Рудольфом Штейнером (1861-1925) — выдающимся немецким религиозным философом, основателем Антропософского общества — и посещает его лекции. Четвертое

семилетие жизни (1898-1905) М.А. Волошиным названо «Годы странствий», об этом периоде он сам так сказал: «В эти годы — я только впитывающая губка, я весь — глаза, весь — уши. Странствую по странам, музеям, библиотекам: Рим, Испания, Балеары, Корсика, Сардиния, Андорра... Лувр, Прадо, Ватикан, Уффици... (Цит. по [8-10]). Пятое семилетие (1905-1912) в волошинской автобиографии носит название «Блуждания» и охарактеризовано поэтом как этап блужданий духа: увлечения буддизмом, католичеством, магией, масонством, оккультизмом, теософией, работами Р. Штейнера и других антропософов.

В 1913 году публичная лекция М.А. Волошина об И.Е. Репине вызывает против Макса такую безудержную злостную травлю критиков, что все редакции газет и журналов для его статей закрываются, а книжные магазины объявляют бойкот его произведениям. Годы перед Первой Мировой войной поэт проводит в коктебельском затворе, что даёт Волошину возможность более пристально сосредоточиться на живописи, заставив самого себя радикально переучиваться рисованию с самых азов, согласно более зрелому пониманию им искусства как такового.

Первая Мировая война застаёт Максимилиана в швейцарском Базеле, куда он приезжает трудиться на постройке Гётеанума (иначе — Иоганнес-Бау) — своего рода храма антропософов (со специальной сценой для постановки мистерий). Работа была очень дружной, бок обок с представителями всех враждующих наций, практически в нескольких километрах от полей первых битв Европейской войны, что было замечательной школой человеческого и внеполитического отношения к уродливому явлению в жизни человечества — войне. В 1915 году в Париже поэт готовит книгу антивоенных стихов «Anno Mundi Ardentis» («В год пылающего мира»), которая выходит весной следующего года в издательстве «Зёрна» в Москве. Волошин заявляет себя убеждённым пацифистом. Категорически отказываясь от военной службы, на которую его призывают, он пишет: «Тот, кто убеждён, что быть убитым лучше, чем убивать... не может быть солдатом» (Цит. по [13]).

Возвратившись весной 1917 года в Крым, Максимилиан Волошин более уже не покидает его: ни от кого не спасаясь, никуда не эмигрируя, — все волны гражданской войны и череда смен правительств колейдоскопически проходит над его головой. Он попеременно спасает белых от красных и красных от белых, ежечасно подвергается риску быть схваченным и теми, и другими. В конце концов победившая советская

власть налагает запрет на издание волошинских сочинений, лишая автора единственно возможного способа поддержки существования. В 1920-х годах Волошин много работает акварелью, принимая участие в выставках «Мира искусства» и в выставке общества художников «Жар-цвет». Акварели его приобретаются Третьяковской галереей и многими провинциальными музеями. Центральная комиссия по улучшению быта учёных, учреждённая в 1921 году (ЦЕКУБУ), начинает выплачивать М.А. Волошину денежное жалование в — 60 рублей в месяц. Одним из главных принципов Макса был тот, что корень всех социальных зол лежит в институте заработной платы. Вот почему всё, что Волошин «производил», он раздавал и раздаривал совершенно безвозмездно друзьям и знакомым. Свой дом он превратил в бесплатный приют для писателей, художников и учёных.

Многие его книги при жизни изданы не были. Воля Максимилиана Волошина в полной мере исполнилась лишь спустя много лет после его смерти. Сборники стихов талантливейшего поэта начинают издавать в конце 80-х годов XX столетия — спустя более полувека после кончины великого стихотворца, мыслителя, художника и культуролога. Срок, как пишут литературоведы, вполне достаточный, чтобы стереть культурную память не менее чем у двух поколений граждан любой страны. Почему такое могло случиться с в общем-то незлобивым, предельно честным, правдивым и открытым человеком, наделённым к тому же многочисленными недюжинными талантами? Предполагается, что именно потому, что в этом человеке все качества естественно сосуществовали в органичном, беспримесном и бескомпромиссном состоянии, не дававшем возможность изменить самому себе ни в одну из минут испытаний и искушений многотрудной жизни.

Реконструируя основные вехи судьбы Максимилиана Волошина, восстанавливая его интеллектуально-психологический и эмоциональный портрет при опоре на его собственные высказывания, дневниковые записи, воспоминания современников, попытаемся ответить на этот вопрос последовательно, приняв во внимание предмет, цели и задачи нашей статьи.

Максимилиан Волошин, действительно, был могуче одарён от природы, и прежде всего — с ранних лет — неистощимой любознательностью, жгучим интересом к каждому из встреченных им людей, объективным фактам и обстоятельствам природы и жизни, всевозможным культурным феноменам. Все эти качества крайне важны и для медиков — лиц, помогающих страждущим. Необычайная жажда впечатлений в годы ученичества в гимназии даже мешала обучению Макса в жёстких рамках

существовавших в то время образовательных правил и стандартов. В своих дневниковых записях Волошин признавался, что школьная программа казалась ему большим насилием над его умом; она по сути дела не допускала свободного полёта фантазии и сковывала креативные способности далеко неординарного ученика. Вполне поэтому понятно, по какой причине талантливый и впечатлительный молодой человек, несмотря на свои незаурядные таланты и способности, имел довольно низкие оценки практически по всем школьным предметам.

Нелюбовь (а отчасти даже ненависть) к бывшей в то время в ходу образовательной системе послужила одной из причин того, что способный юноша почти сразу же оставил и занятия на юридическом факультете Московского университета. Истинной школой для Волошина стали «собственные университеты», избранные им по велению души и по глубокому искреннему призванию, — неустанное самообразование, интереснейшие познавательные путешествия по разным странам, знакомство с людьми разных национальностей, жадное чтение и скрупулезное штудирование трактатов и фолиантов в знаменитейших книгохранилищах Европы. Всё это вместе взятое способствовало тому, что Макс Волошин, настоящий «гений самообразования» (так в своё время, кстати, называли и А.М. Горького) стал одним из самых образованнейших людей столетия, подлинным эрудитом, резко выделявшимся глубиной познаний даже среди утончённых «универсалов» серебряного века. Волошин всю свою жизнь неустанно стремился возбуждать интерес к знаниям в каждом из встреченных им людей, он с удовольствием читал лекции по самым разнообразным темам любой аудитории: как завсегдатаям художественных салонов так и молодым солдатам, набранным из вчерашних «тёмных» крестьян. Любимым его занятием было не декларировать излагать мысли, менторски навязывая своё мнение, а вызывать дискуссию, пробуждая интеллектуальные силы в слушателе. Волошин утверждал таким образом человеческое право — и своё собственное и оппонентов — на свободу мнений, на самые противоречивые и парадоксальные суждения.

Максимилиан Волошин совершенно не обращал внимания на мнение о нём окружающих и, потрясая воображение обывателей Коктебеля, носил домотканый хитон, подпоясанный верёвкой, ходил почти всегда босым, а роскошную шевелюру украшал кожаным обручем, напоминая кузнеца, ремесленника или мастера.

Такой свободной и независимой натурой Волошина сделали обстоятельства его жизни.

С ранних детских лет Макс был освобожден от многих ограничений, буквально впитывая богатейшее разнообразие окружающей действительности и наслаждаясь им. Молодой человек никогда не был лимитирован узкими рамками одной — единственной национальности, что вполне понятно, так как его отец происходил из запорожских казаков, а мать — из обрусевших остзейских немцев. Как и во многих иных смешанных семьях, «национальный вопрос» естественным образом снимался сам собой. Прибыв в Коктебель, семья Волошина попала в условия культурной «полифонии», мощного национального многообразия. Испокон веку здесь мирно и дружелюбно сосуществовали греки, евреи, армяне, цыгане, болгары, татары, караимы, русские, а также представители итало-германской эмиграции. В подобных обстоятельствах совсем нетрудно было научиться толерантности; естественная терпимость буквально впитывалась Максом из киммерийского воздуха, ценившегося Волошиным больше всего на свете.

Основой основ его личности была непоколебимая верность раз и навсегда избранному принципу внутренней свободы. Испытанием этого принципа была история с репинской картиной «Иван Грозный и его сын». «Когда несчастный Абрам Балашов исполосовал картину..., я написал статью «О смысле катастрофы, постигшей картину Репина», — вспоминает Волошин. В этой искренней прочувствованной работе он посчитал пострадавшим не Репина, а Балашова, поскольку произведения искусства, изображающие ужасное, сами способны спровоцировать их неадекватное восприятие. В XXI веке, в пору лавинообразного распространения сцен насилия в средствах массовой коммуникации, идея М.А. Волошина кажется не только здоровой, но и в высшей степени справедливой. Но в 1913 году общественное мнение было не на его стороне. За то, что он увидел в новоявленном Герострате несчастного человека, Волошина буквально заклемила пресса, приписывающая ему... «непонимание принципов и основ реалистического искусства». В связи с тем, что авторитет Президента Академии художеств Ильи Репина был в ту пору несокрушим, всё происходящее вылилось в прямую ожесточённую травлю: абсолютно все издательства закрыли перед Волошиным двери и отказались печатать впредь его произведения. В двадцатые годы двадцатого века вновь произошло нечто подобное. Стоящего как бы «над схваткой» выдающегося поэта, творившего «поверх барьеров», совершенно нельзя было простить ни одной из враждующих сторон, участвующих в гражданской войне. Независимая позиция Волошина

буквально подрывала основы и лишала морального алиби негибких борцов за «правое дело». Цинизм властей оказался убийственным. Когда Волошин прочитал свои стихи одному из лидеров революции Каменеву, надеясь, что этот образованный человек по достоинству их оценит, то получил от власти предрежащих полнейший негатив. Принявший поэта внешне вполне радушно и гостеприимно, Каменев, как только за Максом закрылась дверь, лично позвонил во все издательства и дал категорический запрет на издание любых произведений Волошина. С той поры ни одно из советских издательств ни одной волошинской строчки не печатало вплоть до 80-х годов! Однако предел испытаниям в судьбе поэта ещё не настал — под конец многотрудной жизни уже глубоко больной Волошин вынужден был защищать из последних сил главное своё пристанище — дом в Коктебеле, который без его воли и желания был отдан в аренду. Дело еле-еле утряслось, однако Волошин от этого стресса так уже и не оправился. Напомним, что Волошин страдал в течение многих лет бронхиальной астмой, повторными пневмониями, вследствие гормональных нарушений с детских лет у него была избыточная масса тела. Только волошинский «кодекс здоровья», исполняемые истово оздоровительные заповеди, помогавшие поэту находиться в хорошей физической и творческой форме (многочасовые пешеходные прогулки на воздухе, купания в море, радостное, живое общение), давали возможность Волошину практически всегда «оставаться на плаву».

Щедро одарённый природой, Максимилиан Волошин мог делать всё — настоящий мастер золотые руки. Подобно тому как в Николасе Чюрленисе (видном литовском деятеле культуры начала XX века) естественно сочетались оригинальный художник и великолепный композитор и музыкант, в Волошине органично соединились поэт и художник. Неоднократно бывая в Каунасе бывали в музее Чюрлениса, мы любовались его живописными работами и наслаждались оригинальными музыкальными произведениями, испытывая своего рода катарсис. Подобные ощущения у нас возникают и при посещении дома — музея М.А. Волошина в Коктебеле. Как видно из портретов и сохранившихся фотографий, Волошин выглядел потомком какого-то племени крепышей, путешественников, творцов и художников. В нём было что-то основательное, прочное, надёжное. В этом человеке многие люди постоянно искали надёжной опоры. Волошин сводил, сочетал, образовывал гнёзда творцов и тружеников, искренне радовался человеческим встречам и горько сетовал по поводу невстреч. Максимилиан истово верил, что каждый человек от рождения

является гением, что в нём могуче заложена неиссякаемая энергия животворящего солнечного светила.

По нашему мнению, характерным для Волошина было отношение к знаниям и их приобретению: он всячески избегал навязывания односторонних мнений слушателям, стремился не доказать что-то, не настоять менторски на своем («Я же говорил!»), а хотел пробудить мысль слушающих, спровоцировать их, вызвать на дискуссию, разбудить. Он был похож в этом отношении на Сократа. Любимым его занятием было обсуждать. Этим он как бы утверждал право- и свое и оппонентов- на свободу мысли, на самые противоречивые и парадоксальные суждения. Любовь к парадоксу сочеталась в нем с необычайной любовью к театральным эффектам, розыгрышам, к «игре в маски». Все это как бы подчеркивало иллюзорность, несерьезность всякой односторонней точки зрения на мир, утверждало свободную, игру фантазии, фонтанирующую небывалым разнообразием поворотов мысли и ситуаций.

Как поэт космических предчувствий, Волошин должен быть с благодарностью упомянут наукой, именуемой планетологией. «Живопись учила его видеть природу», — говорил знаменитый литератор Вячеслав Иванов. В 1904 году он так писал Волошину: «У вас глаз непосредственно соединён с языком. Вы какой-то говорящий глаз». У Волошина был также и абсолютный слух. Мелодика и ритмика его стиха естественным образом согласуется с системой его зрительных образов, звуковых восприятий, формирующих мысле-образы.

Главной темой многочисленных акварельных рисунков Волошина было изображение воздуха, света, воды, расположение этих стихий по резонированным и резонирующим планам. В методе подхода к природе, изучении и передаче её Волошин был близок к воззрениям классических японских художников (Хокусаи, Утамаро), работы которых многие месяцы тщательно изучал в Париже в Национальной библиотеке. Цели живописца эти выдающиеся японские художники совершенно естественным образом сочетали с задачами исследователя-естественника. Волошин был глубоко убеждён, что «пейзажист должен изображать землю, по которой можно ходить, и писать небо, по которому можно летать, то есть в пейзажах должна быть, (по его мнению), такая грань горизонта, через которую хотелось бы перейти, должен ощущаться тот воздух, который хотелось бы вдохнуть полной грудью, а в небе те восходящие точки, по которым можно было бы взлететь на планере. В одной из своих автобиографий Волошин подчёркивает: «Вся первая половина

моей жизни была посвящена большим пешеходным путешествиям, я обошел пешком всё побережье Средиземного моря, и теперь акварели мне заменяют пешеходные прогулки. Это страна, по которой я гуляю ежедневно, видимая естественно сквозь призму Киммерии, которую я знаю наизусть и за изменением лица которой я слежу ежедневно» (Цит. по [18]). Поэт и художник был горд тем, что первыми ценителями его акварельных работ явились геологи и планеристы, а его сонет «Полдень» даже был напечатан в Крымском журнале виноградарства, по инициативе редакции этого специального издания, что указывало на безукоризненную точность его наблюдений.

В конце июля 1932 года, истерзанный психо-эмоциональными перегрузками, связанными с отстаиванием прав на «Дом поэта», больной психогенной тяжелой бронхиальной астмой, Волошин (современные аллергологи трактуют её как пожизненное хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, ассоциированное с различными структурными изменениями стенок, гиперреактивностью и обструкцией бронхов, которая купируется спонтанно или на фоне лечения) переносит респираторную инфекцию, затем тяжёлую пневмонию, от которых он уже не оправился. 11 августа 1932 года в 11 часов утра на 56 году жизни Волошин скончался. Похороны были назначены на 12 августа на 6 часов вечера. Лидия Аполлоновна Аренс (1889-1976) — мачеха писателя Всеволода Вишневского в воспоминаниях, хранящихся в Доме — музее Волошина, писала так: «Поставили гроб на телегу, запряженную одной лошадью. Все мы и масса народу из всех домов отдыха и вся деревня пошли огромной толпой на самый верх горы, где сам Максимилиан Александрович выбрал себе место для могилы. Лошадь не могла донести до самого верха горы, и тогда мужчины подняли гроб и понесли его и поставили у вырытой могилы. Солнце садилось и освещало лицо Максимилиана Александровича в гробу, и всех, кто стоял кругом, и всю огромную толпу, и чудесный вид оттуда. Все ждали, кто и что скажет или что будет. А прочитали всего два стихотворения, одно Волошина «Коктебель», а второе Баратынского «На смерть Гёте» (Цит. по [10]).

У современного российского учёного Рудольфа Баландина есть книга, названная «Дни творения». В главе посвящённой физике, автор пишет: «В XX веке произошло явление, подмеченное великими физиками — Н. Бором, В. Гейзенбергом, Э. Шредингером, А. Эйнштейном, — но упущенное из вида их последователями. Дело в том, что достижения физиков стали опираться почти исключительно

на сведения, полученные с помощью сложнейшей техники». Далее Р. Баландин подчёркивает: «Об этом хорошо сказал в 1920-е годы Максимилиан Волошин:

«Наедине с природой человек
Как будто озверел от любопытства:
В лабораториях и тайниках
Её пытал, допрашивал с пристрастьем,
Читал в мозгу со скальпелем в руке,
На реактивы пробовал дыханье...
Природа, одурелая от пыток,
Под микроскопом выдавала свои
От века сокровеннейшие тайны:
Механику обрядов бытия».

Известный исследователь пишет далее: «Вот именно — механику бытия (пусть даже и квантовую) нам раскрывает физика» [1]. Цитируемое произведение современного российского ученого показывает, насколько актуален сегодня М.А. Волошин и его произведения для всех разделов науки (в том числе фундаментальной).

Великая актриса и довольно скандальная по характеру особа, язвительная дама с искромётным юмором и философ с сигаретой в зубах Фаина Георгиевна Раневская в книге, составленной по её воспоминаниям, писала о том, что если бы не Макс Волошин, то она и её семья не выжили бы в Крыму в годы гражданской войны [20]. «Сколько в этом человеке было неповторимой прелести!» - восклицала гениальная Раневская. «Я не встречала человека его знаний, его ума, какой-то нездешней доброты. Волошин был большим поэтом, чистым, добрым, большим человеком». Вот таковы две неожиданные характеристики Волошина, принадлежащие учёному и актрисе.

Современное волошиноведение в XXI продолжает активно эволюционировать, многогранные аспекты жизнедеятельности и творчества М.А. Волошина отражены в многочисленных научных трудах, монографиях, различных многотомных изданиях, кинолентах. Поэту, его Дому и Коктебелю посвящены сотни воспоминаний, художественных и документальных произведений, концертных и телевизионных программ, материалов из сети Интернет и выставочных экспозиций. Однако неординарная личность Волошина настоятельно требует дальнейшего глубокого и всестороннего изучения, а главные книги о нём ещё пока не написаны и не изданы. Максимилиан Волошин был и остаётся одной из самых загадочных личностей и влиятельных фигур XX века, а его влияние на молодые умы будет прогрессивно возрастать.

В августе 2013 года нам в очередной раз удалось в течение двух недель жить в Коктебеле. Дом Максимилиана Волошина, которому

исполнилось сто лет, строг, по-коктебельски скромнен и функционален. В нем не просто стоит побывать нашему современнику, в Доме-музее необходимо побродить по всем 22 комнатам, кожей и сердцем ощутить дух «культурного центра Европы», соприкоснуться с тенями знаменитых писателей, поэтов, художников, великих людей XX века. Дом без бьющей в глаза роскоши, очень индивидуален, насыщен книгами (их тысячи), картинами (их сотни), скульптурами и статуэтками (их десятки), цветами, памятью... Все просто. Не сравнить с мещанской роскошью новорусских домов и новоделов. В одном из номеров массовой газеты «Урядовий кур'єр» в довольно интересной статье «Тут Максимилиан воспитывал дух и мысль» журналист Пилипенко допустил принципиальную ошибку, утверждая, что М. А. Волошин «не боролся с болезнью, ибо утратил вкус жизни...». На самом деле, затравленный и обессиленный распрями с властями и обывателями-коктебельцами, не раз и не два покушавшимися на Дом поэта, Максимилиан Волошин устал от безденежья, голода, многочисленных хлопот и забот и просто-напросто «ушел в вечность», оставив нам великую память о себе.

В документальном повествовании Владимира Купченко — известнейшего волошиноведа, долгие годы работавшего директором коктебельского Дома-музея М.А. Волошина, использованы богатейшие фактические материалы, зачастую не известные не только широкой публике, но даже специалистам по русскому «серебряному языку». Медикам будут особенно интересны мемуарные свидетельства, буквально по дням воссоздающие патографию, историю протекания заболеваний поэта на финальной стадии жизни, все обстоятельства его кончины и наступившего затем бессмертия...

Страдая в течение всей жизни довольно ярко манифестированной хронической бронхиальной астмой, которая в волошинском случае приобрела все характеристики психосоматической патологии, Максимилиан Александрович постоянно стремился реконструировать хрупкое душевное равновесие, интуитивно возвращаясь к живописи, стихосложению и общению с медиками, внушавшими пациенту веру в свои силы и способности к преодолению хвори. «За акварелями я окружен той радостью, которая неиссякаемо бьёт во мне от созерцания неба и моря», — так объяснял свою «арттерапию» Волошин знакомой художнице А.П. Остроумовой-Лебедевой. Тем не менее слабость респираторной системы особенно в возрасте после 15 лет постоянно давала себе знать: поэта нередко беспокоили бронхиты, воспаления лёгких, которые довольно долго

сказывались «странной слабостью и апатией». В 1925 году (за 7 лет до смерти) он признается: «Я начал определённо стареть в эти годы под неожиданно выскочившими болезнями». Подсознательно поэта практически постоянно угнетало и то, что при всей своей «солидности и маститости» он оставался почти под полным литературным запретом. Здоровье между тем по-прежнему оставляет желать лучшего: тяжёлые отёки нижних конечностей, мучительная одышка, слабость. Супруга поэта заподозрила почечную недостаточность, гипертонию и «сажает» Волошину на диету, которая, к счастью, оказывает позитивный эффект, отёки спадают и Максимилиан даже несколько привыкает к необычной комбинации голода и жажды»...

Следует особо отметить, что М.А. Волошину была отнюдь не чужда склонность искать корни своих патологических состояний в общении с видными медиками своего времени. Так, с доктором Лифшицем он участвовал в сеансах фрейдовского психоанализа. «Вскрывая» застарелые психологические травмы Максимилиана Александровича, доктор анализировал его сны, побуждал вспоминать детские впечатления ужаса, первые проявления чувственности, «самые ранние воспоминания жизни». И из тайников подсознания извлекалось подчас такое, что, казалось, навсегда было погребено под спудом позднейших жизненных напластований. Почти каждый сеанс приводил к расстройству деятельности желудочно-кишечного тракта и нарастающей сонливости, и по настоящему требованию супруги Марии Степановны сеансы психоанализа были прекращены.

В ноябре 1926 г. в Москве вышла в свет брошюра Е.Л. Ланна «Писательская судьба Максимилиана Волошина», в которой была поставлена задача осмысления линии писательской карьеры нашего героя. Как произошло, что поэт, щедро наделённый «талантом, вкусом и тонкостью», смелый и самостоятельный критик, «звено нашей культурной связи с Францией», на деле оказался в роли «подземного классика»?... Ответа Евгений Ланн ищет в своеобразном «небрежении» поэта Волошина к широким читающим массам, которые он «издёргал своими исканиями». Одиноким был Волошин среди безудержного разлива «барабанно-военной поэзии» времён Первой мировой и среди тотального энтузиазма февральской революции: «одиноким... стоит он и теперь» (в 20-х годах 20-го века)... Отвоёвывая свое законное право быть автономным и независимым, требуя от поэта всегда грести «против течения», он неизбежно обречён «быть изгоем при всех царях и народоустройствах», — заключает Евгений Львович. В начале 1927

года супруги Волошины побывали в Харькове и Москве, где и Макс и Мария Степановна показывались профессорам для принятия мер относительно своего здоровья. Маститый профессор В.Д. Шервинский (директор Института эндокринологии) назначил курс сложного лечения электрическими аппаратами, однако бурная московская жизнь с многочисленными встречами, выставками, чтением стихов страшно измучила Макса и в его здоровье произошли «сдвиги в худшую сторону» (из письма Марии Степановны Лидии Аренс, март 1927 г.)

В тот год необычайно разгулялись природные стихии. Засушливая весна была сменена неприятным дождливым летом с ливнями, сносившими мосты, а в ночь на 11 сентября (роковая дата и для начала 21 века!) произошло знаменитое крымское землетрясение, причинившее значительный ущерб Южному берегу Крыма и породившее волны панического страха за судьбу полуострова. Землетрясение заметно подействовало на психо-эмоциональное состояние и тонкую душевную организацию поэта. «Не проходит дня, чтобы настороженный организм не отмечал три-четыре новых содроганий, — замечал Волошин писателю и врачу В.В. Вересаеву в октябре. — Они идут в убывающем порядке, но нет никогда уверенности в том, что не повторится удар большей силы, который обрушит тебе весь дом на голову». Днём эта мысль никак не давала сосредоточиться на работе, ночью всячески мешала спать. «Эти ежедневные толчки, колебания... окончательно расшатали нервы! — и грустно жаловался поэт в письме Борису Шпаро. Подробно прослежена история болезни и кончины Макса в главе «Закат» (1928-1932) документальной книги В.П. Купченко. Упоминается о частых приступах высокого кровяного давления, простудных заболеваниях (грипп, бронхиты), но главное — о необоснованных претензиях коктебельских пастухов, у которых неизвестно как и кем были искусаны овцы, а подозрение в «преступлении» пало на пса Волошиных... Это был наглый шантаж, отнявший, однако, много сил, нервов и финансовых средств у Макса и Марии Степановны в связи с судебными тяжбами и враждебным общественным мнением, резко осуждавшим «нетрудовой элемент», дельцов, обдeldывавших свои хитрые делишки и втайне наживавшихся на сдаче дома жильцам (такое мнение в коктебельской крестьянской общине поддерживалось и населением и местной властью)...

К лету 1929 г. Волошин начал сильно сдавать... Он чувствует себя крайне усталым — и физически, и морально. Энергетика поэта становится крайне истощенной... Зимой у Волошина случается инсульт. Медики констатируют

«мозговое кровоизлияние, сопровождавшееся парезом руки и ноги, расстройством артикуляции, замедлением восприятия и ассоциации». Приехавший вместе с врачом из Феодосии художник К.Ф. Богаевский был поражён видом друга: «Уже Макса нет, это не прежний Макс! Тем не менее могучий организм еще сопротивляется»...

В феврале 1930 года Волошин собирает медицинские заключения, и в марте феодосийская ВКК удостоверяет у него «склероз мозговых сосудов, миокардит, воспаление почек и общее ожирение». Заключение: «По состоянию здоровья подходит под инвалидность второй группы»...

Летняя страда была для Волошина особенно тяжела. Юлии Оболенской поэт пишет: «Утомляюсь очень быстро и катастрофически. А каждый день у меня экскурсия из «домов отдыха», с которыми нужно беседовать, рассказывать о Крыме, читать стихи, объяснять акварели... Бывают минуты такой усталости духовной, что чувствуешь на губах вкус небытия...» Вынужденный постоянно находиться в людской толчее, Волошин всё чаще испытывает минуты горестного уныния и одиночества. Поэт чувствует, что для него практически «начались часы послеполуденные и предзакатные», усугублявшиеся трудностями материального порядка. Зимой 1931 г. сумеречное состояние души Макса достигает апогея: Кажется, что никогда ему не было так скверно! Хорошо помня о том, что «уныние- грех непрощаемый», Волошин всячески пытается бороться с ним, но одолеть никак не может. В письме к К. Добрянницкому поэт пишет: «... нам приходится видеть кругом только эгоистическую тупость, которая давит и убивает все живые ростки живой жизни». В декабре доктор Славолюбов, осмотрев Макса в Феодосии, заявил: «Это не астма, астма у вас бронхиальная. Это миокардит с ослаблением мускул сердца»... Моральное состояние поэта никак не улучшалось: «Чувствую, что с каждым днем подступают разные симптомы старости: нездоровье, упадок творческих сил, не могу писать стихов, нет прежней неудержимости и настойчивости в живописи»... (в письме к художнице А.П. Остроумовой- Лебедевой).

В июле 1932 г. здоровье Волошина ещё более ухудшается. Застойные явления и почечная атрофия усугубились общей интоксикацией. Держалась изнуряющая лихорадка, увеличивалась слабость, а сознание всё чаще пропадало. Навестивший Волошина издатель Леонид Крумбюгель писал: «Умирает Волошин. Задыхается. Ему впрыскивают камфору, он дышит кислородом. Он сидит в кресле, безучастный к окружающему, не говорит; как будто бы не узнаёт тех, кто около него». 10 августа началась

агония. Писатель В. Владимиров (Долгоруков) вспоминал: «Он умирает трудно. Дача замолкла. Мы, как потерянные, слонялись из угла в угол... Неподалеку, в клубном саду, играл духовой оркестр, приехавший из Феодосии... и, благодаря причудливости эхо, создавалось жуткое впечатление, что половецкие пляски из «Князя Игоря» гремят в доме умирающего»... В 11 часов Волошина не стало. Максимилиан Александрович завещал похоронить его на горе Кучук- Енишар, к востоку от Коктебеля. В августе 2013 года мы снова оказались в Коктебельском доме отдыха писателей «Творческая волна». Много дней занимались в научной библиотеке волошинского Дома- музея, побывали на могиле поэта. Вспоминались практически ежедневно стихи Е. Баратынского «На смерть Гёте», прочитанные писателем Георгием Штормом над могилой Волошина:

«С природой одною он жизнью дышал:
Ручья разумел лепетанье,
И говор древесных листов понимал,
И чувствовал трав прозябанье;
Была ему звёздная книга ясна,
И с ним говорила морская волна...»

Не хочется заканчивать на эпической ноте. Упомянем ещё об одной черте героя нашей статьи. О необыкновенной прозорливости М. Волошина повествует такой факт. Когда на поверхности Луны побывал самоходный передвижной аппарат «Луноход» и с его помощью были получены ценные сведения, а позднее на Луну ступили американские астронавты, то исследователи- планетологи с удивлением для себя убедились с тем, что Волошин в венке своих сонетов «Lunaria», написанном в 1913 году (!) с большим чувством предвидения изобразил «жемчужину небесной тишины»:

«Ни сумрака, ни воздуха, ни вод-
Лишь острый блеск агатов, сланцев, шпатов.
Ни шлейфы зорь, ни веера закатов
Не озаряют чёрный небосвод.
Неистово порывист и нескладен
Алмазный бред морщин твоих и впадин».

В статье из газеты «Известия», названной «Здравствуй, Море дождей!» А. Гурштейн писал: «Словно предвидя, какое огромное значение для науки будет иметь исследование поверхности Луны, лишённой мощного эрозийного воздействия гидросферы, атмосферы и биосферы, Волошин создал яркий поэтический образ безжизненного, хранящего на себе следы отдалённых космогонических катаклизмов лунного мира:

«И страшный шрам на кряже Лунных Альп
Оставила небесная секира.
Ты, как земля, с которой сорван скальп-
-Лик Ужаса в бесстрастности эфира».

На самом деле, изучение «скальпированной» лунной поверхности стало своеобразным ключом к загадкам происхождения и эволюции Солнечной системы, ко многим проблемам сравнительной планетологии. Вот так поэт перебрал «мостик» от своих творческих видений к самой реальной фантастической практике нашего времени — к космонавтике. Поистине широта интересов полифонической личности Волошина и его любовь к истине всегда будут звать к себе всё новых и новых исследователей.

Проникновенно сказал о Волошине известный мемуарист, близко знавший многих видных деятелей культуры и искусства 19-20 веков Сергей Дурылин: «В наше время он был, быть может, единственный человек, который вполне, всецело, навсегда остался самим собою и от которого шло неизменное благоволение людям и высокое благословение жизни. Его нежно, горячо любили, но я не знал человека, который бы его не любил или ненавидел. Не понимали, посмеивались многие, но не было нелюбви к нему ни у кого. Это великая награда в жизни и в смерти»[5].

Чему же может научить сегодняшних медиков приобщение к творчеству поэта и художника Максимилиана Волошина?

Давайте подумаем. В своё время крупнейший российский терапевт Г.А. Захарьин (1829-1897), проповедовавший гуманные идеи всестороннего восстановления здоровья пациента, ратовавший за рациональное, взвешенное сочетание воздействия лекарства и врачебного слова, писал так: «Равно избегая терапевтического нигилизма и увлечения лекарствами, следует ясно сознавать, что истинный, действительный, а не кажущийся только врачебный совет есть лишь тот, который основывается на полном осведомлении об образе жизни, а также на настоящем и прошлом состоянии больного и который заключает в себе не только план лечения, но и ознакомление больного с причинами поддерживающими его болезнь и коренящимися в его образе жизни ... словом разъяснение больному его индивидуальной гигиены» (Цит. по [4]).

Вот этому — то и учат нас произведения Волошина — кропотливому, вдумчивому, сочувственному отношению к «боль терпящим», стремлению утешить больного, помочь отыскать ему в самом себе силы сопротивления, противоборства с болезнью, вдохнуть в страждущего человека веру в исцеление. «... от начала всякого врачевания, — подчёркивал Стефан Цвейг, — страждущее человечество исцелялось благодаря внушению гораздо чаще, чем мы предполагаем и чем склонна допускать врачебная наука. Мировая история доказывает, что не

было ещё столь бессмысленного медицинского метода, который бы на некоторое время не принёс облегчения больному, уверовавшему в него, в этот метод. Наши деды и прадеды лечивались средствами, над которыми сострадательно посмеивается современная медицина, та самая медицина, методы которой наука предстоящих пятидесяти лет, в свою очередь, объявит с такою же улыбкою недействительными и, может даже быть, опасными. Ибо внушению принадлежит огромная, трудновообразимая роль» (Цит. по [11]).

Арттерапия, библиолечение, исцеление с помощью предметов искусства должно в обязательном порядке использоваться думающим врачом. Произведения Волошина, рождающие простую человеческую жалость, нежность и сострадание к больному человеку, наполнены высшей мудростью и дают возможность в полной мере добиться важнейшей задачи врача — исцеления пациента.

Книги и картины Максимилиана Волошина, положенные на музыку и преобразованные кинематографом и телевидением многочисленные произведения его учат действенному гуманизму, неравнодушию, восхищению интеллектуальным потенциалом личности и гениальными творениями рук человеческих. Поистине психотерапевтам можно говорить о феномене «Исцеления Волошиным»!

Автор двух диссертационных исследований о М.А. Волошине Валерий Борисович Жарких в монографии «Умозрение в словах и красках: М.А. Волошин» проникновенно писал: «Понять Волошина, представить в полноте умопостигаемое им... — трудно. Проникнуть в его мыслительную систему — весьма проблематично... Однако есть обстоятельство, которое, с одной стороны возвеличивает личность Волошина, усложняя её постижение, а с другой — открывает путь к этому. Он — носитель цельного знания и полного опыта. Отвергаясь от абстрактного — да художник и не мог бы им удовольствоваться, оставаясь художником, — он превозносил «опыт сердца... и опыт ступней...» [6]. Чем является для нас опыт Волошина, который может очень и очень многому научить врача-психиатра? В своё время Волошин высказался так: «Надо научиться реальностями обогащать своё подсознание» (Цит. По [13]). Входя в сокровищницу волошинской мысли, вступая во владение креативным наследием Максимилиана Александровича, мы можем активно использовать это наследие на благо нашим пациентам лишь тем способом, который имел в виду древнегреческий философ Порфирий, разъяснявший: «Подобное познаётся только через подобное...». Познающий (а истинный врач

всегда находится в этой роли) должен максимально приблизиться к познаваемому (пациент и история его жизни и патологии). Волошин, уподобляясь истинному старателю-трудяге, среди руды ищущему то, что имело неоспоримые ценности, учит нас приходить к смыслам глубинным и сокровенным в душевной и

телесной организации «больтерпящих». В этом его деонтологичность, гуманность и по большому счёту — бессмертие. «Воспоминания о великих людях так же полезны, как их присутствие», — подчеркивал Луций Анней Сенека. Эти слова в полной мере можно отнести и к герою нашей статьи.

Литература

1. Баландин Р.К. Дни творения / Р. К. Баландин. — М.: Вече, 2007. — 448 с.
2. БСЭ. — [3-е изд.]. — Т. 5. — М.: Изд-во СЭ, 1971. — С. 331.
3. Волошина М. (Сабашникова М. В.) Зеленая змея. История одной жизни/ Пер. с нем. М. Н. Жемчужниковой. Вступ. ст. С. О. Прокофьева. — М.: Энигма, 1993. - 413 с.
4. Данчин А. На берегу моря... (О доме-музее в Коктебеле) / А. Данчин // Нева. — 1963. — № 6. — С. 78-84.
5. Дурылин С. Н. В своем углу/ Сост. и примеч. В. Н. Тороповой; Предисл. Г. Е. Померанцевой. — М: Мол. гвардия, 2006. — 413 с.
6. Жарких В.Б. Умозрение в словах и красках: М.А. Волошин.— М., 2008.—240 с.
7. Комарова Е.В. Материалы Международных научно-практических конференций XII, XIII, XIV Волошинских чтений. — Ч. I., XIV Волошинские чтения. Международная научно-практическая конференция «Все видеть, все помнить, все знать, все пережить...» / Е.В. Комарова, Н.М. Мирошниченко // Симферополь: АнтиквА, 2007. — 188 с.
8. Купченко В.П. Он был моим предком. — Ч.2. / В.П. Купченко // Феодосийский альбом. — № 77. — 17 декабря 1999. — С. 6-7.
9. Купченко В.П. Труды и дни Максимилиана Волошина. Летопись жизни и творчества (1877 — 1916) / В.П. Купченко // СПб.:Алетейя, 2002. — 22 с.
10. Купченко В. П. Воспоминания о Максимилиане Волошине: сборник /В.П. Купченко, З.Д. Давыдов. — М.: Советский писатель, 1990. — 720 с.
11. Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном. Пособие по медицинской деонтологии / Е.И. Лихтенштейн // Киев: Вища школа, 1978. — 176 с.
12. Лотман Ю.М. Семиосфера; Культура и Взрыв; Внутри мыслящих миров: статьи; исследования; заметки / Ю.М. Лотман // СПб., 2000. — 704 с.
13. Мирошниченко Н.М. Максимилиан Волошин. Любовь — вся моя жизнь. Стихотворения. Переводы. Статьи. Воспоминания о Максимилиане Волошине. Избранное / Н.М. Мирошниченко — Симферополь: ДИАИПИ, 2008. — 368 с.
14. Набоков В.В. Лекции по русской литературе / В. В. Набоков. — М.: Независимая газета, 1996. — 440 с.
15. Ничик Н.Н. Художественные возможности поэтического слова М. Волошина / Н.Н. Ничик // Научные и методические основы филологического образования в условиях многоязычия.: сб. трудов кафедры общей филологии Крымского гос. индустр. — пед. ин-та. — Киев, 1999. — С. 50-56.
16. Орлов В.Л. На рубеже двух эпох / В.Л. Орлов // Вопросы литературы. — 1966. — № 10. — С. 42-46.
17. Селиванова Е.А. Основы лингвистической теории текста и коммуникации / Е.А. Селиванова. — Киев, 2004. — 286 с.
18. Фидлер Ф. Ф. Волошин М. А. Автобиография. Первые литературные шаги (Серия — автобиографии современных писателей) / Ф.Ф. Фидлер. — М., 1911. — 396 с.
19. Шейнина Е.Я. Энциклопедия символов / Е.Я. Шейнина. — М.; Харьков, 2003. — 652 с.
20. Щеглов Д.А. Фаина Раневская: «Судьба - шлюха» / Д.А. Щеглов // М.: Астрель: АСТ, 2010. — 223 с.

До уваги авторів:

1. До журналу «Психічне здоров'я» приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» на розгляд до журналу «Психічне здоров'я» прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу — українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків), резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку 0151 1,5; шрифт — Times New Roman; розмір шрифту — 14, поля (верхнє і нижнє — 2,5 см, 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

Відкритий шлях до спокою!



ГЛЮТАЛІТ (літію **γ-гідроглутамінат**)

- Нормотонічна дія
- Седативна дія з тонізуючим ефектом

Лікування та профілактика маніакальної фази біполярних афективних розладів
Профілактика депресії у пацієнтів з уніполярними розладами

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ І ФАРМАЦЕВТІВ

ГЛЮТАЛІТ Капсули №20 р.п. UA/9081/01/01 від 07.11.08

СКЛАД: 1 капсула містить 300 мг літію **γ-гідроглутамінату**;

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА. Психолептичні засоби. Антипсихотичні засоби.
Препарати літію. Код АТС N05A N01.

ПОКАЗАННЯ:

- лікування маніакальної фази біполярних афективних розладів та профілактика їх рецидивів;
- профілактика депресії у пацієнтів з уніполярними афективними розладами.

ПРОТИПОКАЗАННЯ.

- підвищена чутливість до компонентів препарату;
- серцево-судинні захворювання з явищами декомпенсації та порушеннями провідності міокарда;
- дисфункція щитовидної залози;
- порушення видільної функції нирок;

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ. Зазвичай препарат переноситься добре. Побічні ефекти мають дозозалежний характер. Інколи на початку лікування можливе виникнення незначного головного болю, запаморочення, нудоти, м'язової слабкості, зниження концентрації уваги. В більшості випадків ці симптоми зникають протягом курсу терапії.

ВИРОБНИК. ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ». Повна інструкція про лікарський засіб міститься на сайті підприємства.



БХФЗ
www.bhfbz.com.ua

03680, Україна, м. Київ, вул. Миру, 17
тел.: (044) 205 41 23 (консультації)
(044) 406 03 08 (аптека)